



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Anabela Silva Sampaio

**Envelhecimento e Proatividade Adaptativa:
Um estudo de base comunitária em Vila Verde**

Curso de Mestrado

Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Alice Bastos

Mestre Raquel Gonçalves

Fevereiro, 2017

AGRADECIMENTOS

Embora esta dissertação seja, pela sua finalidade académica, um trabalho individual, a sua concretização não teria sido possível sem a ajuda e apoio de diversas pessoas. Às quais não posso deixar de agradecer.

À Professora Doutora Alice Bastos, orientadora deste trabalho, expresso o meu profundo agradecimento pelo muito que me tem ensinado com a sua competência científica. Agradeço por tudo quanto tem representado quer para o meu crescimento profissional quer pessoal e, sobretudo, por toda a dedicação, disponibilidade, apoio e amizade ao longo destes anos.

À Professora Raquel Gonçalves, também orientadora deste trabalho, por toda a atenção, preocupação e a total disponibilidade no tratamento estatístico dos dados. Agradeço, ainda, por todo o apoio e incentivo que, de certa forma, me permitiu ultrapassar dificuldades e aprender.

À Professora Doutora Emília Moreira agradeço o profissionalismo e a ajuda que me facultou, quer nas pesquisas em bases de dados eletrónicas, que me permitiram aceder à investigação internacional, quer no domínio dos métodos e técnicas estatísticas.

Às pessoas mais velhas que participaram nesta Avaliação Gerontológica Multidisciplinar pela sua disponibilidade e boa vontade em colaborar nesta investigação.

À Doutora Júlia Fernandes, Vereadora da Educação, Cultura e Ação Social da Câmara Municipal de Vila Verde, agradeço a sua disponibilidade e interesse em abraçar esta investigação.

À Junta de Freguesia de Pico de Regalados, Gondíães e Mós, na sua pessoa o Arquiteto César Cerqueira e o Engenheiro Paulo Rocha, pela colaboração direta no contacto com idosos na comunidade.

Aos meus amigos e familiares de Vila Verde que me apoiaram e se disponibilizaram para entrar em contacto com potenciais participantes para este estudo. E, em especial, ao meu tio Agostinho por me ter acompanhado nesta caminhada, permitindo-me um melhor acesso a parte da amostra.

Aos meus amigos e colegas de Mestrado, em especial à Bruna e ao Flávio pelo companheirismo, força e apoio nos momentos de maior ansiedade. E aos meus amigos Alexandra, Elsa, Marina, Maria, Margarida, Patrícia e Luís por estarem sempre por perto, por todo o incentivo e compreensão pela minha ausência ao longo dos últimos meses. O meu muito Obrigada!

Ao Marco, por me ter acompanhado em todos os momentos, por todo o apoio, compreensão, motivação e pela transmissão de confiança ao longo deste período. Obrigada pela força que sempre me transmitiste e por acreditares em mim, mesmo quando eu própria duvidava das minhas capacidades.

À minha família, em especial aos meus Pais, irmãos e sobrinhos, um enorme obrigada por me fazerem acreditar que isto seria possível e por todo o apoio ao longo deste percurso.

E, sabendo que sozinha nada disto seria possível, Obrigada Pai e Mãe, o vosso esforço e dedicação, permite-me neste momento concluir mais uma etapa da minha vida. Obrigada por todos os ensinamentos e, sobretudo, por todo carinho, por serem os meus pilares e pelo amor incondicional, sem vocês nada disto seria possível...

A vós dedico esta dissertação.

RESUMO

Contexto e objetivo do estudo. A longevidade humana é uma das maiores conquistas da humanidade (ONU, 2003), mas o facto de as pessoas viverem cada vez mais anos, não significa que estejam a envelhecer bem e com qualidade de vida (Rowland, 2009; Walker & Mollenkopf, 2010). Com o avançar dos anos torna-se cada vez mais difícil alcançar um balanço positivo entre ganhos e perdas (Baltes, 1997). No entanto, alguns modelos de envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Kahana & Kahana, 1996) veem as pessoas mais velhas como proativas, que podem regular a sua qualidade de vida através do envolvimento ativo e da utilização de recursos que promovam a adaptação preventiva e/ou corretiva às mudanças e aos desafios inerentes ao processo de envelhecimento. Embora o comportamento ao longo da vida seja determinante para envelhecer bem, é fundamental atender às características da pessoa, ao lugar e tempo em que se vive e aos recursos disponíveis em territórios específicos, pois estes potenciam e limitam o próprio processo de envelhecimento. Neste sentido, é fundamental identificar as necessidades, capacidades e preferências das pessoas mais velhas, para traçar Planos de Ação adequados. Daí a relevância da Avaliação Gerontológica Multidimensional em lugares específicos. Face ao exposto, o presente estudo visa proceder à Avaliação Gerontológica Multidimensional no Município de Vila Verde para posteriormente traçar linhas orientadoras para o Plano Gerontológico Municipal.

Método. Este estudo de natureza quantitativa inclui uma amostra com 5% da população com 65 ou mais anos, tomando por base o último Censo da População (INE, 2011), a residir em casa em duas Uniãoes de Freguesia do concelho de Vila Verde, estratificada em termos de género e idade. A recolha de dados foi efetuada através do Protocolo de Avaliação de Necessidade Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEPGeroSOC_Revisto; Bastos *et al.*, 2013).

Resultados. Os 83 participantes deste estudo têm uma idade média de 77 anos ($dp=7,9$), 54,2% são mulheres e 84,3% têm menos de cinco anos de escolaridade. A maioria dos participantes é independente nas atividades básicas da vida diária (94%) mas, predominantemente dependente nas atividades instrumentais da vida diária (54,22%), sendo que 15,9% apresenta défice cognitivo, ausência de sintomatologia depressiva (85,5%), elevada satisfação com a vida e reduzido valor de risco de isolamento social (7,2%). Observaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do funcionamento individual em função da escolaridade, sendo que os menos escolarizados obtêm pior desempenho; relativamente ao género observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas redes sociais e na sintomatologia depressiva, sendo que as mulheres apresentam piores indicadores; em termos de idade observam-se diferenças estatisticamente significativas nas atividades instrumentais de vida diária, no desempenho cognitivo, nas redes sociais e na sintomatologia depressiva, sendo que os mais velhos (80+ anos) apresentam pior desempenho. A análise da utilização e necessidade de serviços comunitários demonstrou que, na globalidade, são os participantes mais dependentes que utilizam mais serviços comunitários, à exceção dos serviços sociais e recreativos, sendo estes últimos os serviços onde se evidencia uma maior necessidade.

Conclusão. Os resultados apresentados vão ao encontro da literatura no domínio e sugerem a necessidade dos Planos Gerontológicos Municipais terem em conta os recursos internos e externos, uma vez que com a longevidade as capacidades individuais reduzem, sendo necessário alocar recursos. Esta situação é particularmente notória com o aumento da dependência na vida diária na quarta idade.

Palavras-Chave: Longevidade; Envelhecimento bem-sucedido; Proatividade adaptativa; Avaliação Gerontológica Multidimensional; Gerontologia Social.

Fevereiro, 2017

ABSTRACT

Context and purpose of the study. Human longevity is one of the greatest achievements of mankind (UN, 2003), however living more years does not mean that they are aging well and with quality of life (Rowland, 2009; Walker & Mollenkopf, 2010). As the years go by it becomes increasingly difficult to achieve a positive balance between gains and losses (Baltes, 1997). In this context, some successful aging models (Baltes & Baltes, 1990; Kahana & Kahana, 1996) see older people as proactive, that they can regulate their quality of life through active involvement in society and use of resources that promote preventive and/or corrective adaptation to the changes and challenges inherent to the aging process. Although lifelong behavior is determinant for aging well, it is fundamental to take into account the characteristics of the person, the place and time in which they live and the resources available in specific territories, since they enhance and limit the aging process itself. In this sense, it is essential to identify the needs, capacities and preferences of old people to draw up appropriate Action Plans. In this sense, it stands out the relevance of Multidimensional Gerontological Assessment in specific places. Given the above, the present study aims to proceed to the Multidimensional Gerontological Assessment in the Municipality of Vila Verde in the sense of draw some guidelines for the Municipal Gerontological Plan.

Method. This quantitative study includes a sample of 5% of the old population (aged 65 or more) that live at home in Vila Verde county, stratified in terms of gender and age. This sample is based on the last Population Census (INE, 2011). It was used the Community Needs Assessment Protocol associated with the Population Aging (ANCEPGeroSOC_R, Bastos *et al.*, 2013) to the data collection.

Results. The 83 participants in this study have a mean age of 77 years ($sd = 7,9$), 54,2% are women and 84,3% have less than five years of schooling. The majority of the participants are independent in the basic activities of daily life (94%) but predominantly dependent in the instrumental activities of daily life (54,2%), 15,9% have cognitive deficit, absence of depressive symptomatology (85,5%), high satisfaction with life and low risk of social isolation (7,2%). Statistically significant differences were observed in all dimensions of individual functioning as a function of schooling, with the less schooled performing worse. Regarding gender, statistically significant differences were observed in social networks and depressive symptomatology, with women having worse indicators. In terms of age, there are statistically significant differences in instrumental activities of daily living, cognitive performance, social networks and depressive symptomatology, and the older ones (80+ years) present worse perform. The analysis of the use and need for community services has shown that, overall, the most dependent participants are those who use more community services, with the exception of social and recreational services, the latter being the services where there is a greater need.

Conclusion. The results presented are in line with literature in the field and suggest the need of the Municipal Gerontological Plans to take into account the internal and external resources, since with the longevity the individual capacities reduce, being necessary to allocate resources. This situation is particularly noticeable with the increase in dependence on daily life in the fourth age.

Keywords: Longevity; Successful aging; Adaptive proactivity; Multidimensional Gerontological Assessment; Social Gerontology.

February, 2017

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA	9
1. O fenómeno do envelhecimento humano e a Gerontologia Social	11
1.1. A Gerontologia e suas especialidades	11
1.2. Tipologias do Envelhecimento	15
2. Perspetivas teóricas face ao envelhecimento humano	19
2.1. Teorias acerca da idade e do envelhecimento	20
2.2. A visão “life-span” e “life course” acerca do envelhecimento	22
3. O envelhecimento como adaptação proativa	28
3.1. Envelhecimento bem-sucedido: uma visão positiva do envelhecimento	28
3.2. Envelhecimento e ambiente: a relevância de “aging in place”	37
4. Avaliação Gerontológica Multidimensional: aspetos micro e macro	41
4.1. Aspetos micro – orientados para as dimensões do funcionamento individual	43
4.2. Aspetos macro - orientados para a comunidade	54
4.3. Síntese dos aspetos principais	55
CAPÍTULO II – MÉTODO	61
1. Plano de Investigação e participantes	63
2. Instrumentos de recolha de dados	66
3. Procedimentos de recolha de dados	71
4. Estratégias de análise de dados	72
CAPÍTULO III - RESULTADOS	73
1. Descrição sociodemográfica dos participantes e seu ambiente proximal	75
2. Avaliação das capacidades do individuo em função de dimensões específicas	81
3. Dimensões do envelhecimento em função de diferentes grupos sociodemográficos	85
4. Utilização e necessidade percebida de serviços comunitários	88
IMPLICAÇÕES PARA O PGM	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	123

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. População Residente (N.º) por Freguesia em estudo, Superfície (Km ²) e Densidade Populacional (Hab./Km ²) (Rede Social Vila Verde, 2015).....	64
Tabela 2. População residente total e com 65 ou mais anos por freguesia em estudo (Censos, 2011)	65
Tabela 3. Distribuição amostral (5% do total da população com 65 ou mais anos, Censos 2011)..	65
Tabela 4. Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	76
Tabela 5. Recursos económicos dos participantes face às necessidades percebidas	77
Tabela 6. Condições da habitação/casa: acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato	78
Tabela 7. Redes de vizinhança, serviços e necessidades das pessoas mais velhas.....	79
Tabela 8. Vantagens de viver na freguesia e necessidades percebidas.....	80
Tabela 9. Funcionalidade nas atividades de vida diária (ABVD e AIVD).....	81
Tabela 10. Desempenho cognitivo no MMSE por dimensão	82
Tabela 11. Desempenho cognitivo no MMSE segundo idade e escolaridade	83
Tabela 12. Funcionamento da rede social (LSNS-6)	84
Tabela 13. Sintomatologia depressiva (GDS-15).....	84
Tabela 14. Satisfação com a vida (SWLS)	85
Tabela 15. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário.....	86
Tabela 16. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género	87
Tabela 17. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade	88
Tabela 18. Utilização e necessidade de serviços gerais de apoio	90
Tabela 19. Utilização e necessidade de gerais de apoio (continuação).....	91
Tabela 20. Utilização e necessidade de serviços sociais e recreativos	92
Tabela 21. Utilização e necessidade de serviços de saúde	94
Tabela 22. Utilização e necessidade de serviços não classificados.....	95
Tabela 23. Utilização de serviços e necessidade percebida.....	96
Tabela 24. Utilização de serviços e funcionalidade nas AIVD	97
Tabela A1. Análise da funcionalidade para as ABVD, por item do Índice de Barthel.....	127
Tabela A2. Análise da funcionalidade para as AIVD, por item do Índice de Lawton.....	128
Tabela A3. Análise da satisfação com a vida, por item da SWLS.....	129

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação da Teoria Integrada da Gerontologia Social de Bass (2009, p. 362)	14
Figura 2. Concelho de Vila Verde (Rede Social Vila Verde, 2015)	63

LISTA DE ABREVIATURAS

EBS - Envelhecimento Bem-Sucedido
SOC - Seleção, Otimização e Compensação
PDCV – Psicologia Desenvolvimental de Ciclo de Vida
WHO - *World Health Organization*
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
AVD - Atividades da Vida Diária
ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
MMSE- *Mini Mental Station Examination*
LSNS-6 -Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6
GDS-15 - Escala de Depressão Geriátrica
SWLS - Escala de Satisfação com a Vida
PGM - Plano Gerontológico Municipal

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade incontornável do século XXI, representando um dos maiores desafios da atualidade (Phillipson, 2010). Apesar de em Portugal o envelhecimento ter ocorrido mais tardiamente do que na generalidade dos países, a intensidade da sua manifestação tem transformado este fenómeno numa prioridade social e política indiscutível (Rosa, 2012). De acordo com a autora, com um aumento exponencial, sem precedentes, do número de pessoas com 65 e mais anos (3ª idade), ou com 80 e mais anos (4ª idade), a par da diminuição abrupta dos nascimentos e da população jovem, Portugal é hoje um dos países mais envelhecidos da Europa e do Mundo.

De acordo com Figueiredo (2007) vários fatores contribuíram para o envelhecimento populacional: (1) o aumento da esperança média de vida, como consequência dos avanços tecnológicos no tratamento de doenças; (2) a intervenção da Saúde Pública na prevenção e promoção da saúde das populações; (3) a melhoria das condições sociais e estilos de vida saudáveis. De acordo com a mesma fonte, a par do aumento da longevidade, também a redução acentuada da fecundidade parece ser responsável pelo aumento da proporção de pessoas mais velhas em relação às outras faixas etárias.

Face a este panorama, o aumento do envelhecimento da população fez com que se gerasse a necessidade de aprofundar o conhecimento científico sobre a última fase do ciclo de vida, fazendo com que o estudo do processo de envelhecimento ganhasse um relevo e uma prioridade indiscutíveis (Fonseca, 2006). De facto, se pensarmos na pertinência que os temas relativos à vida adulta, à velhice e ao envelhecimento, têm vindo a adquirir, nos últimos anos, revela-se urgente estudar e conhecer mais aprofundadamente a última fase do ciclo de vida.

No entender de Paúl (2012) esta necessidade impulsionou o surgimento duma nova ciência - a Gerontologia - que segundo a mesma fonte é a área científica que estuda, de forma holística, o processo de envelhecimento humano, a velhice e o velho. Em concordância com a complexidade e a multidimensionalidade do processo de envelhecimento e da velhice e a heterogeneidade da pessoa idosa, a Gerontologia reúne contributos de diversas áreas científicas, constituindo-se, uma Ciência de natureza multidisciplinar de tendência interdisciplinar como defende Bass (2009).

Como ramo da Gerontologia, surge a Gerontologia Social. Tal como a Gerontologia, a Gerontologia Social é uma ciência multidisciplinar com uma base teórica biopsicossocial, enfatizando mais pormenorizadamente o estudo do impacto das condições sociais, socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e velhice, bem como das consequências sociais resultantes desse processo (Fernández-Ballesteros, 2004). Dito de outro modo, a Gerontologia Social amplia a vertente social do processo de envelhecimento humano.

Com o surgimento da Gerontologia e da Gerontologia Social e devido ao aumento do interesse pelo estudo do processo de envelhecimento, pela consciência do seu impacto, quer a nível social quer individual, o século XX traduziu-se num período particularmente fértil para a evolução desta área do conhecimento científico. Marcado pela disseminação duma multiplicidade de teorias explicativas do processo de envelhecimento, como refere Bengtson, Gans, Outney e Silverstein (2009), onde importa destacar o vasto contributo por parte da *Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida* (“life-span Development Psychology”) de Paul Baltes e colaboradores (1987, 1990, 1997, 1999) e da *Teoria do Curso de Vida* (“Life Course Theory”) de Glen Elder (1974/1999). Estas duas perspetivas teóricas partilham da ideia de que o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida.

A longevidade humana é seguramente das maiores conquistas da Humanidade (ONU, 2003). Porém, mais importante que viver muitos anos, é vivê-los com qualidade. Por outras palavras, importa acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida (Rowland, 2009; Walker & Mollenkopf, 2010). O que nem sempre acontece. Pois, como sabemos, o envelhecimento é um processo natural, progressivo e inevitável, em que o ser humano, com o passar dos anos, vai sofrendo diversas alterações ao nível biológico, psicológico e social (Cancela, 2007). Como consequência dessas alterações há uma maior tendência para o sedentarismo, o isolamento social e uma maior vulnerabilidade face à doença, o que leva, muitas vezes, à redução da qualidade de vida e bem-estar.

No entanto, sem querer negar a probabilidade de condições negativas, Fernández-Ballesteros (2008) defende que estas podem ser prevenidas e/ou modificadas uma vez que o ser humano possui ao longo do ciclo de vida elevados níveis de plasticidade. De acordo com Baltes (1987; Baltes & Baltes, 1990), apesar de as pessoas possuírem níveis elevados de plasticidade ao longo das suas vidas - grande variabilidade individual na capacidade de

adaptação face às mudanças colocadas pelo processo de envelhecimento -, existem limites para esta plasticidade. Estando a plasticidade dependente da experiência e da aprendizagem acumuladas, enquanto capacidades de reserva, assim como o recurso à tecnologia e ao conhecimento pragmático, poderão ajudar a compensar o declínio de algumas competências.

De acordo com Lalanda (2013), o envelhecimento bem-sucedido pode e deve ser construído, ao longo de toda a vida, de modo a prevenir ou até evitar o impacto negativo do tempo, através de estratégias que visem manter a autonomia, a permanência no seu meio natural de referência, contribuindo assim, para o prolongamento da vida com qualidade. Ou seja, o ser humano é proativo, mas há constrangimentos sociais (intra e intergerações) e individuais (a nível intrapessoal) que limitam e potenciam o próprio processo de envelhecimento.

Nesta linha de pensamento, Kahana e Kahana (1996; Kahana, kahana & Kercher, 2003; Kahana, King, Kahana, Kercher, Bohne & Lechner, 2005) apresentam um modelo de envelhecimento bem-sucedido (EBS) designado de *Proatividade Preventiva e Corretiva* (“Preventive and Corrective Proactivity”), que descreve como os adultos mais velhos podem melhorar a sua própria qualidade de vida (através de adaptações proactivas) quando enfrentam problemas crónicos de saúde e fragilidade. Reconhecendo e aceitando o direito dos adultos mais velhos e a preferência por um envolvimento proativo na formação do seu próprio destino, estes autores afirmam poder dar passos importantes para facilitar o EBS. A proatividade adaptativa consiste na capacidade dos adultos mais velhos se envolverem em comportamentos (preventivos ou corretivos), através de recursos internos e externos, de forma a melhorar a sua qualidade de vida (Kahana, Kelley-Moore & Kahana, 2012). Um aspeto crucial da proatividade é ter capacidade para planear o envelhecimento com antecedência, uma vez que a antecipação das necessidades futuras permite aos adultos mais velhos tomar medidas mais eficazes.

Tendo em conta que nunca se viveu durante tanto tempo e a preferência por envelhecer nas suas próprias casas, onde as pessoas mais velhas se sentem enraizadas, forma de os mais velhos manterem a independência (capacidade de cuidar de si próprio, isto é, capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros), a autonomia (habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais no

quotidiano) e contacto com o suporte social, torna-se premente que os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementem medidas de política de envelhecimento ativo e de –“aging in place” – *envelhecer no seu próprio lugar* (Paúl, 2005a) –, que melhorem a saúde, a participação e a segurança da população idosa, com vista a aumentar a qualidade de vida e o bem-estar à medida que as pessoas envelhecem nas suas próprias casas (WHO, 2002; Charles, Emlet & Moceris, 2011).

Como refere Madeira (2013) o envelhecimento ativo implica, uma comunidade concertada e cooperante. Surgindo a necessidade de complementaridade e convergência nas iniciativas públicas e privadas, para darem resposta aos desafios da atualidade, não só do envelhecimento demográfico e do perfil das necessidades, capacidades e expectativas das pessoas, mas também da obrigatoriedade de alcançarmos a sustentabilidade dos sistemas de proteção e bem-estar social. Tal exige a criação de medidas, por um lado, promotoras das capacidades e autonomia dos mais velhos e, por outro, responsivas às situações mais graves de vulnerabilidade social e sofrimento pessoal.

No entanto, para que seja exequível a implementação dessas medidas é fundamental proceder a um levantamento das necessidades comunitárias associadas ao envelhecimento da população. Daí a pertinência da Avaliação Gerontológica Multidimensional, que permite reunir informação específica relativa às características das pessoas mais velhas, de forma a caracterizar a população idosa e, assim, desenhar um plano gerontológico que dê resposta às necessidades evidenciadas em territórios específicos.

Uma Avaliação Gerontológica Multidimensional é o ponto de partida para um processo que deve conduzir a um plano de intervenção (e.g. Plano Gerontológico Municipal) dirigido aos problemas e necessidades do indivíduo, tendo como objetivo obter informação suficientemente precisa, rigorosa, fiável, válida e livre de viés, bem como alcançar uma compreensão dos problemas, necessidades e pontos fortes da pessoa (Bastos, Faria, Gonçalves & Lourenço, 2015a). No fundo é obter informação na qual basear a tomada decisão sobre o tipo de intervenção a usar.

Por sua vez, de acordo com a Unidade de Intervenção e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI, 2016) um Plano Gerontológico é um instrumento de política de planeamento estratégico dirigido à população sénior de uma determinada localidade/território delimitado, onde é definida a estratégia de intervenção a desenvolver

junto desta, numa lógica de promoção de uma cidadania plena, de uma sociedade inclusiva e da qualidade de vida da pessoa, que favoreçam a manutenção das pessoas no seu domicílio, onde se sentem enraizados. Este tem como principal objetivo traçar ações ajustadas às reais necessidades da população idosa de uma determinada localidade.

Um Plano Gerontológico resulta de uma visão integrada do processo de envelhecimento com vista na promoção do envelhecimento ativo, bem-sucedido e saudável da população, através da implementação de medidas programáticas e ações adequadas às necessidades, capacidades e expectativas da população.

Em Portugal, mais precisamente na Região Norte, tem sido feito um enorme trabalho no que diz respeito à Avaliação Gerontológica Multidimensional em territórios específicos. Este trabalho parte do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), mais precisamente no curso de mestrado em Gerontologia Social, ministrado na Escola Superior de Educação. Esta Avaliação Gerontológica Multidimensional tem vindo a ser desenvolvida em diversos municípios da zona de influência do IPVC, como é o caso de Viana do Castelo (Rodrigues, 2012), Amares (Sá, 2013), Santo Tirso (Pereira, 2013), Vila do Conde (Angeiras, 2013), Monção (Alves, 2013) e Vizela (Pereira, 2016), através dum protocolo de colaboração estabelecido com as demais autarquias.

Assim, torna-se necessário proceder à Avaliação Gerontológica Multidisciplinar de modo a providenciar serviços ajustados às reais capacidades e necessidades da população mais velha, visando a sua qualidade de vida e bem-estar. Daí a pertinência deste estudo – realizar a Avaliação Gerontológica Multidimensional no Município de Vila Verde, um concelho inserido numa zona rural.

Face ao exposto, a presente dissertação visa proceder à Avaliação Gerontológica Multidimensional no Município de Vila Verde para posteriormente traçar linhas orientadoras para o Plano Gerontológico Municipal. Para esse efeito é fundamental identificar situações problemáticas das pessoas mais velhas, com vista no envelhecimento ativo e bem-sucedido. Assim, o presente estudo tem como objetivos: (1) caraterizar a população em estudo em função das caraterísticas sociodemográficas, capacidades funcionais, cognitivas e socio-emocionais; (2) analisar as dimensões do envelhecimento em

função das características sociodemográficas; e (3) avaliar a utilização e necessidade percebida dos serviços comunitários.

Esta dissertação encontra-se estruturada em três capítulos. O capítulo I diz respeito ao enquadramento teórico e empírico que abordará quatro grandes temáticas: (1) o fenómeno do envelhecimento humano e a Gerontologia Social, onde serão abordadas as especificidades da gerontologia e as diversas tipologias do envelhecimento; (2) as perspetivas teóricas face ao envelhecimento, que terá um foco especial nas perspetivas “*life-span*” e “*life course*”; (3) o envelhecimento como adaptação proativa, onde será apresentada uma visão positiva do envelhecimento, bem como a relevância de “*aging in place*”; e (4) a Avaliação Gerontológica Multidimensional: aspetos micro e macro, sendo abordados nomeadamente a funcionalidade nas AVD, o funcionamento cognitivo, o funcionamento socioemocional, assim como a utilização e necessidade de serviços comunitários. Posteriormente, o capítulo II descreve o modo como o estudo foi planeado e conduzido, ou seja, diz respeito às opções metodológicas, nomeadamente, os participantes do estudo, os instrumentos, procedimentos de recolha de dados e estratégias de análise de dados. Por fim, o capítulo III corresponde à apresentação dos resultados, seguindo-se a sua discussão. Este trabalho finaliza com a apresentação das implicações para o Plano Gerontológico Municipal (PGM).

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

1. O fenómeno do envelhecimento humano e a Gerontologia Social

Ao longo do último século, a população mundial tem assistido a uma transformação demográfica abrupta e sem precedentes na história, marcada pelo progressivo envelhecimento da população. Num contexto em que esta mudança demográfica se acentua, é fundamental aprofundar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento daí a importância da Gerontologia e Gerontologia Social (e.g., Paúl, 2012).

Deste modo, a presente secção dedica-se especialmente a uma reflexão sobre estas duas áreas científicas do conhecimento, bem como ao seu foco de estudo, o fenómeno do envelhecimento humano.

1.1. A Gerontologia e suas especialidades

A **Gerontologia** é, como refere Neri (2008), uma ciência relativamente recente, que surge no início do Século XX, sendo o termo utilizado pela primeira vez em 1903 por Metchinickoff, cujo léxico resulta da combinação do termo grego *gero* (velho) e *logía* (estudo). Na altura, Metchinickoff previu que esse campo teria uma crescente importância no decorrer do século XX, devido aos ganhos na longevidade humana, consequência dos avanços da Ciência e da Medicina. Mais tarde, estas previsões vieram-se a confirmar, pois, tal como refere Fernández-Ballesteros (2004), com o aumento da longevidade humana, a sociedade deparou-se com o fenómeno do envelhecimento humano, o que impulsionou o desenvolvimento desta área. Começando a ganhar força sobretudo na segunda metade do século XX, mais precisamente a partir da década de 80 (Paúl, 2012).

De acordo com Rodrigues, Rauth e Terra (2006) a Gerontologia é um campo de estudo específico que surge após a Segunda Guerra Mundial, com o impulso de estudos realizados entre 1930 e 1950 no âmbito da Biologia, Psicologia e Sociologia do Envelhecimento, assim com o desenvolvimento de estudos, novas teorias começaram a abrir caminho para investigações mais sistemáticas sobre o processo do envelhecimento. De acordo com estes autores, a Gerontologia é vista por muitos, não como uma ciência propriamente dita, mas como um conjunto de disciplinas científicas que intervêm num mesmo campo - a velhice. Sendo considerada como uma ciência multidisciplinar.

Na atualidade encontra-se uma diversidade de definições de Gerontologia, sendo que Millán-Calenti (2006, p.3) define como «*la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, tanto biológicos como psicológicos o sociológicos, teniendo en cuenta, además, su evolución histórica y los factores referidos a la salud de la persona mayor*». Para Neri (2008), trata-se de 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. Interessa-se também pelo estudo das características das pessoas mais velhas, bem como pelas várias experiências da velhice e do envelhecimento ocorridas em diferentes contextos socioculturais e históricos.

Esta posição aproxima-se da visão de Fernández-Ballesteros (2004) que define a Gerontologia como a ciência que tem como objeto de estudo o processo de envelhecimento, a velhice e o velho. Além disso, a Gerontologia requiere e abrange conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais, ou seja, tem uma base multidisciplinar, sendo a sua aproximação teórica biopsicossocial. Por fim, refere que se trata de uma ciência de carácter interventivo, com vista à melhoria das condições de vida das pessoas mais velhas, quer em contextos públicos como privados.

Para finalizar, como refere Millán-Calenti (2006), a Gerontologia é uma ciência com uma série de objetivos, uns gerais, que se referem à sua própria essência, e outros específicos, delimitados por cada um dos seus ramos e disciplinas que englobam e que podem ser resumidos da seguinte forma: (1) Objetivos Gerais - conhecer o processo do envelhecimento e os fatores que o influenciam e melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas; (2) Objetivos específicos - elaborar um sistema de assistência integral à pessoa idosa, tanto do ponto de vista da saúde como social; promover os recursos necessários para que a pessoa idosa possa permanecer no seu domicílio; melhorar o nível de formação dos profissionais da área; e fomentar a investigação no domínio, a fim de alcançar progressos neste ramo de conhecimento.

Quanto à **Gerontologia Social**, de acordo com Neri (2008), este termo foi utilizado pela primeira vez por Clark Tibbits em 1954, para descrever a área da Gerontologia que se ocupa pelo impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2004), a Gerontologia Social, tal como a Gerontologia, é uma ciência multidisciplinar com uma base teórica biopsicossocial, diferenciando-se na ênfase atribuída às questões sociais, que são aprofundadas e analisadas mais pormenorizadamente, como se pode observar na seguinte afirmação:

"A Gerontologia Social representa uma especialização da Gerontologia que além de ocupar-se do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, nas consequências sociais desse processo, assim como as ações sociais que podem interpor-se para melhorar os processos de envelhecimento" (p.36).

Assim, a Gerontologia Social procura estudar o comportamento sociodemográfico da população, as diferenças sociais, culturais, económicas e ambientais do envelhecimento, bem como as condições políticas, jurídicas, económicas, educativas, ambientais e sociais que permitam melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos mais velhos.

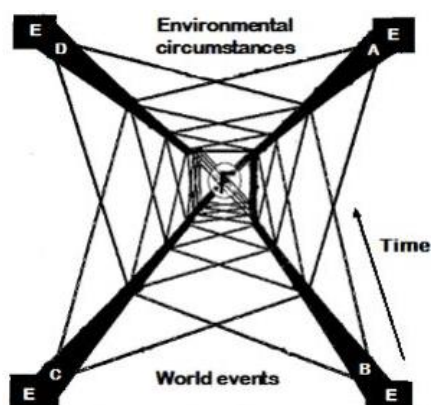
A par da Gerontologia, a Gerontologia Social é uma ciência de cariz interventivo (Fernández-Ballesteros, 2004), que permite criar planos de intervenção em prol da qualidade da prestação dos serviços das respostas sociais à terceira idade. Como referem Bastos, Faria, Amorim e Melo de Carvalho (2013, p.2) do ponto de vista metodológico (para investigar, avaliar, intervir) a Gerontologia Social "torna-se numa ciência camaleónica na medida em que, aparentemente, usa tudo o que está ao seu alcance para delinear estratégias e procedimentos de ação para lidar com a complexidade e a mudança humanas". Assim, cabe ao Gerontólogo Social, possuir um conhecimento biopsicossocial da velhice e do envelhecimento, aplicando-o em prol do maior bem-estar das pessoas mais velhas (Fernández-Ballesteros, 2004).

De facto, a Gerontologia Social é uma área de estudo bastante abrangente devido à sua condição multidimensional, condição que tem vindo a ser discutida nos últimos anos, sendo de destacar a Teoria Integrada em Gerontologia Social de Bass (2009). Este autor, ao invés de se basear numa simples filosofia, apresenta uma proposta que combina os componentes micro e macro do envelhecimento, fornecendo assim, coerência para a compreensão do indivíduo em processo de envelhecimento na sociedade contemporânea.

De acordo com Bass (2009), uma Teoria Integrada em Gerontologia Social combina uma *macroperspetiva* que avalia os contextos de vida (social, económico, ambiental,

cultural e político) que influenciam o comportamento humano e a saúde com a *microperspetiva* que avalia o nível individual e familiar ao longo de várias dimensões.

Bass (2009) propõe que, para se pensar a questão do envelhecimento na Gerontologia Social, se utilize uma nova representação gráfica – uma imagem estruturada, como uma teia *tri-dimensional*, ou uma rede em que os vários elementos interagem mutuamente entre si em distintos momentos no tempo, esta pode ser vista, ainda, (se nos imaginarmos deitados no chão a olhar para cima), como uma torre (Figura 1).



Legenda:

- A - Família, religião e tradições e expectativas culturais
- B - Circunstâncias macro e microeconómicas e recursos individuais
- C - Política Pública, serviços de saúde, sistemas de suporte social e programas governamentais
- D - Constructos sociais (e.g., estratificação social, status)
- E - Contextos históricos residuais
- F - Fisiologia individual e condição psicológica

Figura 1. Representação da Teoria Integrada da Gerontologia Social de Bass (2009, p. 362)

Na figura 1 é apresentada a representação gráfica da Teoria Integrada em Gerontologia Social de Bass (2009), em que a dimensão vertical corresponde ao tempo, na experiência acumulada, na história e nos eventos que influenciam o indivíduo, que se encontra localizado no centro (F).

Se nos imaginarmos deitados no chão a olhar para cima, vemo-nos dentro duma “torre”, suportada por quatro “vigas”. Sendo cada uma dessas vigas denominadas, pelo autor, como os principais componentes que influenciam o curso de vida individual: (A) Cultura, (B) Economia, (C) Estado/Governo e (D) Sociedade. Cada uma destas “vigas” encontra-se fixa num bloco, refletindo os acontecimentos do passado que são transportados para o presente e para o futuro. À medida que se olha para cima, a partir do centro, é possível explorar as dimensões temporais experienciadas pelo indivíduo e pela sua coorte/geração, ao longo do processo de envelhecimento. Além das quatro vigas, a torre apresenta apoios diagonais, interligados entre si, de forma a realçar a interação entre os diferentes elementos sociais, económicos, governamentais e culturais.

De acordo com Bastos e colaboradores (2013), esta torre tem a particularidade de agregar uma grande diversidade de perspectivas, podendo o investigador/avaliador/interventor focalizar-se num dos aspetos da torre – o indivíduo, ou então a estrutura social, ou ainda as circunstâncias económicas, ou as políticas governamentais ou o ambiente. Assim, à partida basta enunciar a partir de que lugar se está a avaliar/intervir/investigar, sendo considerado, por estes autores, como um bom ponto de partida para a interdisciplinaridade.

Face ao exposto, o ponto de partida para a Avaliação Gerontológica Multidimensional no Município de Vila Verde assenta numa visão integrada do processo de envelhecimento através da combinação de aspetos micro (nível individual e familiar) e macro (contextos de vida - social, económico, ambiental, cultural e político). Ou seja, sendo a Avaliação Gerontológica Multidimensional o ponto de partida para um processo que deve conduzir a um Plano Gerontológico Municipal, importa fazer um levantamento das necessidades e potencialidades da população alvo (microperspetiva), bem como analisar a utilização e necessidade percebida dos serviços comunitários (macroperspetiva), de forma a orientar uma intervenção baseada na evidência, que vá de encontro às necessidades, capacidades e expetativas das pessoas.

1.2. Tipologias do Envelhecimento

Com o aumento da longevidade humana, são cada vez mais os autores que se debruçam no estudo do fenómeno do envelhecimento humano. Apesar do envelhecimento ser, desde sempre, motivo de reflexão do homem (Paúl, 2005b) com o decorrer dos tempos o conceito e as atitudes face à população idosa têm vindo a mudar, tornando-se cada vez mais usual falarmos de envelhecimento (Rosa, 2012). Seja porque o tema merece mais atenção, seja porque o “ser velho” é uma realidade cada vez mais presente na nossa sociedade. Embora fosse mais corrente usarmos este termo para caracterizar o envelhecimento individual, o envelhecimento populacional ganha cada vez mais visibilidade. Estes dois termos, embora se cruzem, apresentam significados distintos. De acordo com Fernández-Ballesteros (2004) enquanto o envelhecimento populacional se refere ao que ocorre a nível macro-social, o envelhecimento individual ocupa-se do

conhecimento de como os indivíduos envelhecem, ou em termos mais precisos, que mudanças existem ao longo da vida ou com o passar dos anos.

A população mundial está a envelhecer a passos acelerados, prevendo-se que entre 1970 e 2025 haverá um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas (WHO, 2002). Posto isto, o envelhecimento populacional é hoje uma certeza em todos os países à escala mundial, ao qual a União Europeia e Portugal não são alheios.

De acordo com Paúl e Fonseca (2005), o crescimento da população idosa é já um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa atual. Habitado durante décadas a viver com uma imagem de si mesmo, sob o ponto de vista demográfico, alicerçada em elevadas taxas quer de natalidade, quer de mortalidade, Portugal enfrenta presentemente uma realidade que, sendo comum à generalidade dos países europeus, só agora começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento significativo do peso das pessoas mais velhas no conjunto da população total. Assistindo-se, atualmente, como refere Rosa (2012), ao que se designa “duplo envelhecimento” da pirâmide etária, fenómeno que começou a surgir a partir da segunda metade do século XX. De acordo com a mesma fonte, no ano de 2000, pela primeira vez na história de Portugal, observou-se que o grupo etário dos «65 e mais anos» continha mais pessoas do que o grupo dos jovens (dos 0 aos 14 anos), o que ainda se verifica atualmente.

O aumento da esperança média de vida tem sido apontado por vários autores como o fator que mais tem contribuído para envelhecimento populacional (Figueiredo, 2007). A par deste fator, o avanço tecnológico no tratamento de doenças, o gradual relevo da saúde pública na prevenção e promoção da saúde, a melhoria das condições sociais e dos hábitos de saúde e, em alguns países, a redução acentuada da fecundidade parecem ser responsáveis igualmente pelo aumento da proporção de pessoas mais velhas em relação às outras faixas etárias.

Na mesma linha, Rosa (2012) identifica como principais causas do envelhecimento populacional a redução da mortalidade e da fecundidade. Afirmando que num passado não muito longínquo a esperança média de vida dos portugueses rondava os 40 anos. Hoje deparamo-nos com um aumento da esperança média de vida para 76 anos nos homens e

82 nas mulheres. De forma a sustentar estes factos, a autora faz referência à redução da mortalidade e consequente aumento da esperança de vida devido ao progresso científico e social e à reduzida taxa de mortalidade infantil, bem como à diminuição da fecundidade, consequência do retardar do projeto de maternidade (aproximadamente 29 anos), a maior instrução/escolaridade da população, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a terciarização da economia, e ainda a urbanização.

Face ao exposto, importa clarificar o conceito de envelhecimento na sua vertente individual que, segundo Cancela (2007), consiste num processo progressivo e heterogéneo, uma vez que todos nós envelhecemos de forma distinta. Afeta todos os seres vivos, ou seja, é inevitável, sendo o seu termo natural a morte do organismo.

De acordo com Rosa (2012), o envelhecimento individual apresenta duas componentes: (1) o envelhecimento cronológico que resulta exclusivamente da idade, definido como um processo universal, progressivo e inevitável e (2) o envelhecimento biopsicológico (corpo/mente), este pode ser visto como um reflexo do envelhecimento cronológico, no entanto distingue-se por ser menos linear e por não ser fixo em termos de idade, uma vez que é vivido por cada indivíduo de forma distinta. Este tipo de envelhecimento está intrinsecamente relacionado com os hábitos e estilos de vida, género, condicionantes genéticas e da sociedade onde o indivíduo se insere.

Segundo Hooyman e Kiyack (2011), os gerontólogos encaram o envelhecimento através de quatro parâmetros distintos: (1) o envelhecimento cronológico, percecionado com base na idade do indivíduo, ou seja, nos anos de vida do indivíduo; (2) o envelhecimento biológico, relacionado com as mudanças físicas que reduzem a eficiência dos organismos, sendo determinado através da avaliação da capacidade funcional e eficiência dos sistemas de órgãos de um indivíduo, bem como, dos níveis de atividade física; (3) envelhecimento psicológico, que compreende as mudanças que ocorrem nos processos sensoriais percebidos, capacidades cognitivas, capacidade de adaptação e de personalidade; e (4) o envelhecimento social, que se refere às mudanças de papéis e relações com a família, amigos e outros apoios informais, e dentro das organizações, como grupos religiosos e políticos. Relativamente a este assunto, os autores realçam a ideia de que o envelhecimento com base, apenas, na idade cronológica nem sempre coincide com

a idade biológica, psicológica e social, pois cada indivíduo envelhece de forma distinta. Tal como aponta Fernández-Ballesteros (2004), a idade cronológica por si só diz muito pouco da forma como se envelhece, considerando mais significativa o modo como se envelhece.

Também Schroots e Birren (1980) defendem que o envelhecimento é um processo biopsicossocial, considerando que o envelhecimento apresenta três componentes: (a) a Biológica que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, denominado de senescência; (b) a Social que está relacionada com os papéis sociais, apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário; e (c) a Psicológica que é determinada pela capacidade de autorregulação do indivíduo no campo de forças, pela tomada de decisões e opções, face ao processo de senescência e envelhecimento.

A ideia de que o envelhecimento é um processo biopsicossocial, marcado por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais é consensual. No entanto, o processo de envelhecimento pode, também, ser classificado como normal, patológico e ótimo ou bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990). Para estes autores, o envelhecimento normal é aquele que ocorre inevitavelmente com o avanço da idade, com a ausência de patologia biológica ou mental. Por sua vez, o envelhecimento patológico é determinado pela etiologia médica, é aquele que ocorre devido à presença de patologias ou síndromes de doença. Por último, o envelhecimento ótimo ou bem-sucedido refere-se a uma espécie de “utopia”, é aquele que ocorre em condições ambientais favoráveis e propícias ao desenvolvimento/crescimento psicológico.

Associado ao processo de envelhecimento individual temos o conceito de “velhice”, derivada do termo “velho”, etimologicamente procedente do latim “*veclus*”, “*vetulusm*”, que significa “a pessoa de muita idade” (Fernández-Ballesteros, 2004). A velhice é uma etapa do ciclo de vida do indivíduo que, apesar de não se saber ao certo quando inicia (Rosa, 2012), é considerada como a última fase da vida do indivíduo, diferenciando-se do envelhecimento, uma vez que este é um processo que ocorre desde o nascimento até à morte.

De acordo com esta autora, a velhice pode ser encarada de duas perspetivas distintas: (1) a positiva, que vê a velhice como o privilégio de chegar a idades mais avançadas, como sinónimo de sabedoria e experiência de vida, encarada como a fase em que se pode realizar os sonhos, que não estão disponíveis aquando da vida ativa; e, por

outro lado (2) a negativa, que vê a velhice como sinónimo de fragilidade e fraqueza, devido à associação à morte e à deterioração física e cognitiva, bem como à solidão e isolamento.

Tradicionalmente, a velhice é classificada de “terceira idade” ou até mesmo de “quarta idade” (Baltes, 1997). Baltes e Smith (2003) consideram que a distinção entre terceira e quarta idade é fundamental, devido à existência de descontinuidades e diferenças qualitativas entre as idades da velhice.

Segundo estes autores a “terceira idade” está associada a boas notícias tais como o aumento da expectativa de vida, boa forma física e mental, existência de substanciais reservas cognitivo-emocionais, mais pessoas que envelhecem com sucesso, níveis elevados de bem-estar pessoal e emocional e adoção de estratégias eficazes de gestão de ganhos e das perdas da velhice. Por outro lado, a “quarta idade” está associada a notícias menos boas, nomeadamente, perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem; aumento de sintomas de *stress* crónico; considerável prevalência de demências; elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade, e multimorbilidade.

Face ao exposto, é de salientar a pertinência quer da Gerontologia, quer da Gerontologia Social, na medida em que ambas se preocupam com o estudo dum fenómeno, cada vez mais, presente na sociedade - o envelhecimento. Note-se que o envelhecimento é um fenómeno complexo dado a sua diversidade e heterogeneidade, sendo difícil de categorizar. Porém, de um modo geral, este tem sido descrito como um processo natural e inevitável, comum a todos os seres vivos/organismos, que ocorre ao longo da vida acompanhado por mudanças biológicas, psicológicas e sociais, podendo assumir uma configuração normal, patológica e, na melhor das hipóteses, bem-sucedida. Numa ótica populacional deparamo-nos com uma população cada vez mais envelhecida, resultado do aumento da longevidade e à diminuição da taxa da natalidade, tornando-se assim o fenómeno do envelhecimento humano cada vez mais um tema de extrema importância.

2. Perspetivas teóricas face ao envelhecimento humano

Relativamente ao envelhecimento, um dos aspetos a salientar é a existência de múltiplas teorias que acentuam as mudanças a nível biológico, psicológico e social. As ideias

acerca do modo como o envelhecimento ocorre dão lugar a teorias e modos de investigar. Nesta secção vamos analisar este assunto.

2.1. Teorias acerca da idade e do envelhecimento

Apesar de já se saber muito sobre o processo de envelhecimento, "o estudo científico do envelhecimento tem apenas três quartos de século" (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein, 2009, p. 4). Para estes autores, o envelhecimento é um processo biopsicossocial, conduzindo assim ao surgimento de uma multiplicidade de teorias explicativas deste processo, provenientes das ciências biológicas, psicológicas, sociais e políticas. De facto, os últimos 10 anos são marcados pelos avanços significativos no desenvolvimento de teorias interdisciplinares que contemplam abordagens de diversas perspectivas disciplinares, tendo em vista uma teoria unificada.

De acordo com Bengtson e colaboradores (2009) as teorias biológicas do envelhecimento partem do princípio que o organismo experiencia três etapas fundamentais: (1) crescimento e desenvolvimento; (2) maturação; e (3) declínio e morte. Os principais paradigmas teóricos que orientam a investigação no campo das teorias biológicas do envelhecimento são orientados pelos processos estocásticos (mutação genética aleatória e o *stress* oxidativo) e a senescência programada (expressões genéticas estruturadas na idade avançada). Esta perspetiva destaca o consenso sobre o papel que a evolução e a seleção natural têm na longevidade e uma discordância acerca de como este processo pode ter ocorrido. Austad (2009, como citado em Bengtson *et al.*, 2009) argumenta que apesar da existência de mais de 300 teorias na biologia do envelhecimento, estas podem ser efetivamente reduzidas em três teorias gerais: (1) taxa-de-vida (uso e desgaste), (2) envelhecimento programado e (3) teorias evolucionárias do envelhecimento e da senescência. Na perspetiva deste autor, a teoria da senescência evolucionária aparece como o maior suporte empírico na literatura, postulando que genes com efeitos prejudiciais acumulam-se na idade avançada, uma vez que estes têm escapado à força da seleção natural.

Segundo a mesma fonte, as teorias psicológicas do envelhecimento evidenciam a perspetiva desenvolvimental de ciclo de vida (*life-span*) e a metateoria da Otimização

Seletiva com Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990) como o ponto de partida para diversas teorias psicológicas e modelos. Como é o caso da teoria da seletividade socioemocional, abordada na obra por Blanchard-Fields e Stange, Willis, Schaie e Martin, e por Kryla-Lighthann e Mather e o Modelo convoy de relações sociais por Antonucci, Birditt e Akiyama. De acordo com Bengtson e colaboradores (2009), estes autores transmitem uma visão otimista acerca do envelhecer e ser velho, realçando os aspetos positivos do envelhecimento em supremacia ao declínio. Predominando como conceitos chave a adaptação, a otimização e compensação, e a plasticidade. Contudo, as teorias evidenciam algumas diferenças temáticas. Enquanto umas se centralizam na mudança (refletida nos conceitos de plasticidade), outras focam-se na estabilidade (regulação emocional e equilíbrio).

No que concerne às teorias das ciências sociais do envelhecimento, Bengtson e colaboradores (2009) postulam que o progresso teórico tem sido mais desafiador em Gerontologia Social. Em parte isso deve-se ao facto de os fenómenos sociais e o curso de vida serem extraordinariamente complexos e fluidos, mas também porque os investigadores se aproximam dos seus tópicos com diferentes epistemologias. Dentro das teorias das Ciências Sociais destaca-se a perspetiva de curso de vida. As teorias das Ciências Sociais explicam a complexidade e a diversidade do processo de envelhecimento no contexto social, e baseiam-se, em termos gerais, na interação simbólica e na teoria da estrutura social. Segundo estes autores, as teorias das Ciências Sociais do envelhecimento dão destaque às desigualdades e desvantagens cumulativas, sendo que esta teoria incorpora elementos de conteúdo macro e microsociológicos e tem em consideração a forma como os sistemas sociais geram desigualdades em vários níveis. A teoria da desigualdade cumulativa atenta à perceção de desvantagem e não apenas às condições objetivas da sua situação, que tem sido a abordagem dominante em estudos prévios da acumulação de desvantagem. Daí a teoria da desigualdade cumulativa dar atenção à natureza intergeracional da desigualdade.

Em suma, na medida em que nenhuma das teorias consegue, individualmente, explicar o processo de envelhecimento no seu todo, a Gerontologia enquanto Ciência Multidisciplinar, de tendência interdisciplinar, como defende Bass (2009), inclui contributos

de várias disciplinas nomeadamente da Biologia, Psicologia e Sociologia na tentativa de explicar o envelhecimento como processo biopsicossocial.

2.2. A visão “life-span” e “life course” acerca do envelhecimento

O crescente interesse que, a partir dos anos 60, passou a existir em torno do envelhecimento, da velhice e o velho, levando mesmo à emergência da Gerontologia como campo de investigação e intervenção, desencadeou o aparecimento duma multiplicidade de teorias, onde importa destacar o vasto contributo por parte das teorias da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida (*life-span*) lideradas por Paul Baltes e colaboradores (1987, 1997, 1990) e da perspectiva de curso de vida (*life course*) de Glen Elder (1974/1999). De acordo com Mayer (2003), a Psicologia *life-span* e a Sociologia *life course* apresentam caminhos convergentes e divergentes em termos teóricos e empíricos. Enquanto a perspectiva *life-span*, proveniente da Psicologia, se debruça sobre o desenvolvimento e o envelhecimento ao longo de todo ciclo de vida, como resultado de mudanças nas capacidades funcionais e de adaptações comportamentais, a perspectiva *life course*, proveniente da Sociologia, procura perceber a evolução das trajetórias de vida, como produto das regras institucionais e das forças estruturais sociais, num espaço e tempo delimitado. No entanto, ambas as perspectivas partilham da ideia central de que o envelhecimento é um processo que decorre ao longo de toda a vida.

De acordo com Baltes (1987), a Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida (PDCV), ou na sua versão sucinta Psicologia do Ciclo de Vida (PCV), assenta em seis princípios/“proposições teóricas”, que permitem explicar as dinâmicas entre o crescimento e o declínio:

(1) *Desenvolvimento ao longo da vida* (“Life-span development”): o desenvolvimento ontogenético é um processo que ocorre ao longo de toda a vida, sendo que não há supremacia de períodos de idade na regulação da natureza do desenvolvimento; em todos os estádios do ciclo de vida há lugar a processos contínuos (cumulativo) e descontínuos (inovação).

(2) *Multidirecionalidade* (“Multidirectionality”): há diversidade considerável na direção das mudanças que constituem a ontogênese do desenvolvimento, mesmo dentro de cada domínio, ou seja, o desenvolvimento não evolui numa só direção.

(3) *Desenvolvimento como ganho/perda* (“development as gain/loss”): o processo de desenvolvimento consiste sempre numa ocorrência conjunta de ganhos (crescimento) e perdas (declínio) ao longo da vida.

(4) *Plasticidade* (“plasticity”): no desenvolvimento psicológico há muita plasticidade intra-individual (modificabilidade dentro-da-pessoa). A plasticidade corresponde ao potencial que as pessoas possuem para alterar a sua trajetória de vida, mas essa trajetória está dependente das condições de vida e da experiência acumulada.

(5) *As vidas humanas são situadas/enraizadas historicamente* (“Historical embeddedness”): o desenvolvimento ontogenético pode variar substancialmente de acordo com as condições sociais e culturais. Ou seja, há influências normativas ligadas à história.

(6) *O contextualismo como paradigma* (“Contextualism as paradigma”): todo o curso de desenvolvimento individual pode ser compreendido como resultado de interações dialéticas entre três sistemas de influências desenvolvimentais: normativas ligadas à idade, normativas ligadas à história e não normativas. O modo como estes três sistemas operam entre si pode ser caracterizado em termos meta-teóricos, dando lugar ao paradigma contextualista.

(7) *O desenvolvimento como campo multidisciplinar* (“Field of development as multidisciplinar”): O desenvolvimento psicológico precisa ser visto num contexto multidisciplinar, fornecido por outras disciplinas, tais como, Sociologia, Biologia, Antropologia, entre outras. A abertura da perspectiva *life-span* às outras Ciências implica que uma visão psicológica purista ofereça uma representação parcial do desenvolvimento do comportamento da concepção à morte.

Em síntese, Paul Baltes (1987) apresenta a PDCV como a ciência que estuda a constância e a mudança no comportamento ao longo da vida. Ao especificar os principais pressupostos teóricos, o autor coloca em destaque uma visão do desenvolvimento como processo ao longo da vida, que se constrói nas dinâmicas entre crescimento e declínio. Influenciado por múltiplas forças normativas e não normativas.

Partindo da ideia central de que o desenvolvimento não está completo na idade adulta, mas que se estende ao longo de toda a vida, Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999) assumem que o desenvolvimento é um processo dinâmico, multidimensional e multidirecional, onde estão envolvidos processos adaptativos de aquisição, manutenção, transformação e desgaste em estruturas e funções psicológicas.

Na ótica de Baltes e colaboradores (1999) é esperado que a teoria e a investigação no âmbito da PCV consiga obter conhecimento relativamente a três componentes do desenvolvimento individual: “(a) aspetos comuns (regularidades) no desenvolvimento; (b) diferenças interindividuais no desenvolvimento; (c) plasticidade intra-individual (maleabilidade) no desenvolvimento. A atenção conjunta a cada um destes componentes, bem como as especificações das interações relacionadas com a idade, constituem as bases conceptuais e metodológicas do estudo do desenvolvimento” (pp.472-473).

De acordo com a mesma fonte, o ser humano é simultaneamente produto da biologia e da cultura, sendo esta última fundamental para compensar e superar as fragilidades e desajustamentos de tipo biológico que se vão acentuando com o avanço da idade.

Com base nas perspetivas evolutiva e ontogenética, Baltes (1997; Baltes *et al.*, 1999) considera três princípios (constrangedores) fundamentais da arquitetura de vida da ontogenia humana: (1) a plasticidade biológica diminui com a idade; (2) para que os aspetos de crescimento do desenvolvimento humano se estendam ao longo da vida, recursos baseados na cultura são necessários em níveis cada vez mais elevados; e (3) a eficácia da cultura diminui com a idade. A aplicação conjunta desses princípios sugere que a arquitetura de vida se torna cada vez mais incompleta com a idade. Este grau de incompletude pode ser definido através da relação entre ganhos e perdas no funcionamento. Por outras palavras, como a plasticidade biológica tende a diminuir com a idade, a incompletude arquitetónica é crescente, uma vez que nem sempre a cultura consegue compensar essa perda.

Consistente com a relação ganhos/perdas desenvolvimentais, é delineada uma metateoria/modelo do desenvolvimento que se baseia na interação recriada e adaptativa entre três processos de regulação comportamental: seleção, otimização e compensação (SOC; Baltes, 1997; Baltes *et al.*, 1999).

A primeira operacionalização do modelo SOC foi efetuada por Baltes em 1987, através do recurso à expressão “otimização seletiva com compensação”, apresentando três características, cada uma delas indicativa de uma relação ganho/perda: “(a) evolução contínua de formas especializadas de adaptação como um traço geral de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida; (b) adaptação às condições de envelhecimento biológico e social perante as limitações crescentes de plasticidade; e (c) esforços seletivos e compensatórios individuais para lidar com os défices e controlar de modo eficaz o envelhecimento” (Baltes, 1987, p. 616).

Os autores que, ao longo do tempo, têm estado envolvidos na conceptualização e operacionalização prática do modelo SOC, vêem este modelo como uma estratégia promissora para compreender e explicar o processo adaptativo, sendo uma mais-valia para a perspetiva desenvolvimental do ciclo de vida (Baltes *et al.*, 1999). Dada a importância deste modelo, voltaremos a ele no ponto três deste primeiro capítulo.

Em suma, o interesse central da perspetiva *life-span* (Baltes, 1987, 1997; Baltes & Baltes, 1990; Baltes *et al.*, 1999) reside na forma como a relação pessoa-contexto se associa a trajetórias desenvolvimentais adaptativas, enfatizando assim a relevância da plasticidade e do contexto histórico. Esta assume o desenvolvimento e o envelhecimento como um processo biopsicossocial, complexo e contínuo, multidimensional e multidirecional, de mudanças orquestrados por influências genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e pela interação entre a pessoa e o meio ambiente. Além disso, é fulcral ter em conta os conceitos de seletividade, otimização e compensação (Modelo SOC), na medida em que para se atingir níveis de sucesso no desenvolvimento e envelhecimento, é primordial ter capacidade para selecionar metas, otimizar recursos e procurar compensações, quando os meios disponíveis para atingir as metas estiverem comprometidos (Baltes, 1997). Face ao exposto, a perspetiva *life-span* torna-se nuclear para este estudo, na medida em que é fundamental para perceber as ligações dinâmicas entre os indivíduos e o contexto, que estão associadas ao carácter de mudança da plasticidade ao longo do ciclo de vida e que, por sua vez, proporcionam aos indivíduos um papel ativo na promoção do seu próprio desenvolvimento.

No que à “life course” diz respeito, Glen Elder, (1974/1999; Elder & Giele, 2009; Elder, Johnson & Crosnoe, 2004), autor de referência da perspectiva *life course*, considera que o processo de envelhecimento é moldado pelas circunstâncias históricas e sociais ao longo da vida. Esta ideia está sistematizada num conjunto de princípios que foram revistos ao longo de várias décadas. Num capítulo introdutório do “Handbook of the life course” (Mortimer & Shanahan, 2004), a propósito da emergência de desenvolvimento da teoria *life course*, os princípios paradigmáticos surgem enunciados da seguinte forma por Elder e colaboradores (2004, pp. 10-14):

(1) O princípio do *desenvolvimento ao longo do ciclo de vida* (“life-span development”): o desenvolvimento humano e o envelhecimento são *processos ao longo da vida* (“lifelong process”).

(2) O princípio da *agência* (“agency”): os indivíduos constroem o seu próprio curso de vida através de escolhas e ações tendo em conta as oportunidades e constrangimentos dentro das circunstâncias históricas e sociais.

(3) O princípio do *tempo e do lugar* (“time and place”): o curso de vida do indivíduo está embebido e moldado por tempos históricos e lugares que experienciam ao longo do seu tempo de vida.

(4) O princípio do “*timing*”: os antecedentes e consequentes desenvolvimentais das transições e acontecimentos de vida e os padrões comportamentais variam de acordo com o seu *timing* na vida da pessoa.

(5) O princípio das *vidas ligadas* (“linked live”- integração social): as vidas estão ligadas de modo interdependente e as influências socio-históricas são expressas através de redes de relações partilhadas.

Posteriormente, Elder e Giele (2009) retomam esta questão paradigmática, defendendo que o curso de vida e o desenvolvimento humano são influenciados pela localização geográfica e histórica, as ligações aos outros, a agência humana na construção do seu próprio curso de vida e as variações no *timing* dos acontecimentos e papéis sociais. No entender dos autores, estes princípios são consistentes com o princípio do *desenvolvimento ao longo do ciclo de vida* - o desenvolvimento humano e o envelhecimento são processos ao longo da vida. Novamente, os cinco princípios são agregados em quatro: (1) o *contexto histórico e geográfico* (“Cultural Background”) - as

biografias das pessoas estão localizadas em comunidades específicas e tempos históricos; (2) o enraizamento social das vidas humanas (“social embeddedness”) - as vidas mudam assim como as relações e os papéis sociais, ou seja, as ligações sociais a outros significativos estabelecem as formas de socialização e controlo no modo como as ações e as decisões vão sendo “canalizadas”; (3) agência e controlo pessoal – o processo através do qual as pessoas se posicionam a si próprias em papéis e situações específicas; (4) o *timing* (adaptação estratégica) – *quando* (“when”) é que um acontecimento ou transição ocorre na vida de uma pessoa e se isso é cedo ou tarde relativamente a outras pessoas e às perspetivas normativas. Note-se que formalizados em quatro ou cinco princípios, as ideias centrais da teoria ou perspetiva *life course* se mantêm.

Em suma, Glen Elder e colaboradores (1974/1999; Elder & Giele, 2009; Elder *et al.*, 2004) assumem a perspetiva de curso de vida como uma sequência de acontecimentos e papéis socialmente definidos que o indivíduo desempenha ao longo da vida.

De acordo com Marshall (2009) a perspetiva *life course* foi desenvolvida explicitamente nas *Social Sciences* há mais de 40 anos. Contudo, nos últimos 20 anos, os académicos têm vindo a enriquecer esta perspetiva sugerindo que: “As instituições sociais (...) proporcionam uma base estrutural para ordenar a vida das pessoas, permitindo-nos assim referir à estrutura social do curso da vida. Nesta perspetiva, os indivíduos são vistos como nascidos numa sociedade que apresenta um conjunto estruturado de papéis a serem ocupados ao longo de suas vidas e um conjunto de mecanismos que estabelecem restrições ou oportunidades de mobilidade através deste campo estruturado. As pessoas podem modificar a estrutura social do curso de vida, principalmente através da ação social em causa” (p. 574).

Embora a *life course* seja, por natureza, da sociologia, Marshall (2009) afirma que a proposta de Elder (1998) enquadra esta perspetiva mais em termos individuais do que na estrutura social, sendo o *life course* individual, estruturado por normas associadas à idade e a outros constrangimentos, biológicos e sociais.

Segundo Hutchison (2010), a perspetiva de curso de vida assume que a vida das pessoas desde o nascimento até à morte (desenvolvimento humano) é moldada pela idade cronológica, pelos relacionamentos, bem como pelas transições de vida e a mudança social.

O curso de vida é, assim, visto como a incorporação de vidas individuais em estruturas sociais, principalmente na forma de participação em papéis sociais.

Face ao exposto, nota-se que do ponto de vista teórico, há consenso sobre o entendimento de que o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida. Apesar das perspectivas *life-span* e *life course* serem por natureza distintas (Psicologia vs. Sociologia) estas aproximam-se em determinados aspetos. Além de verem o desenvolvimento como um processo que ocorre ao longo da vida, ambas as perspectivas consideram que os indivíduos têm a capacidade de construir o seu próprio curso de vida, através de escolhas e ações tendo em conta as oportunidades e constrangimentos dentro das circunstâncias históricas e sociais, assumindo, assim, a relevância e a influência do contexto em que a pessoa se insere.

3. O envelhecimento como adaptação proativa

Do ponto de vista da investigação em Gerontologia, nas últimas décadas, tem-se verificado a emergência do que é designado de “novo paradigma” no campo da investigação sobre o envelhecimento, que consiste numa visão positiva deste processo (Fernández-Ballesteros, 2008). Esta visão positiva do envelhecimento adotou uma multiplicidade de designações, onde importa destacar o envelhecimento bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1987, 1998; Baltes & Baltes, 1990; Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2003; 2005) e o envelhecimento ativo (WHO, 2002).

3.1. Envelhecimento bem-sucedido: uma visão positiva do envelhecimento

No final do século XX, começaram a ganhar força uma série de ideias e evidências empíricas sob uma visão positiva do envelhecimento – *Envelhecimento Bem-Sucedido* (EBS). Neste seguimento, surgem duas obras de grande envergadura - com a mesma designação – nomeadamente a obra de Rowe e Kahn (1998) e a obra de Baltes e Baltes (1990). Mais tarde, como crítica ao modelo proposto por Rowe e Kahn (1987, 1998), surge o modelo de Kahana e Kahana (1996) designado de Proatividade Preventiva e Corretiva,

que constitui um modelo integrador de EBS, que ao longo das últimas décadas tem dado vastos contributos neste domínio.

A obra de Rowe e Kahn (1998) sintetiza os principais resultados do *Estudo Longitudinal da Fundação MacArthur* (1984) que, de acordo com Fonseca (2005), foi um dos principais contributos para a afirmação deste conceito nos últimos 20 anos do século XX. Sustentados nestes resultados Rowe e Kahn (1998) apresentam um modelo concetual de EBS, caracterizado pela capacidade para manter três características essenciais: (1) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; (2) elevado funcionamento cognitivo e físico; e (3) envolvimento/compromisso ativo com a vida. A hierarquia entre os componentes é representada pela integridade das funções física e cognitiva. Essas funções atuam como potencial para a realização das atividades sociais, envolvendo as relações interpessoais e as atividades produtivas, remuneradas ou não.

Por sua vez, Baltes e Baltes (1990), numa perspetiva psicológica, apresentam um conjunto de ideias centrais para que o alcance de um EBS seja possível. Estes consideram que é necessário ter em consideração critérios múltiplos, dentre os quais se destacam: duração da vida (longevidade), saúde física e mental, eficácia cognitiva, competência social e produtividade, controlo pessoal e satisfação com a vida. Na ausência de consenso quanto à inter-relação e relativa importância de cada um dos critérios anteriormente enunciados, os autores apresentam um conjunto de proposições e de estratégias (*guidelines*).

As proposições estabelecidas por Baltes e Baltes (1990) sobre a natureza do envelhecimento humano são sete, sendo elas: (1) há diferenças substanciais entre o envelhecimento normal, patológico e ótimo; (2) há muita heterogeneidade no processo de envelhecimento; (3) há muita reserva latente; (4) há perda na capacidade de reserva na fase final do ciclo de vida; (5) as pragmáticas baseadas no envelhecimento e na tecnologia podem retardar o declínio nas mecânicas cognitivas ligadas à idade; (6) com a idade o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez mais reduzido; e (7) o self mantém-se resiliente na velhice.

Face a este enquadramento de proposições sobre a natureza do envelhecimento, os autores defendem que é possível delinear uma série de *guidelines* para orientar o EBS. No entanto, referem que não se pode traçar estratégias diretamente ligadas a cada princípio, mas sim numa ótica de articulação de princípios. Daí as

guidelines/orientações/estratégias para a intervenção em envelhecimento bem-sucedido: (1) para reduzir a probabilidade do envelhecimento patológico, os indivíduos devem optar por um estilo de vida saudável ao longo da vida; (2) dada a grande heterogeneidade humana (variabilidade intra e interpessoal), é fundamental evitar soluções simplistas e, encorajar a flexibilidade individual e coletiva; (3) reforçar as capacidades de reserva (neuronal, comportamental e societal), através da participação em atividades educativas, motivantes e ligadas à saúde; (4) os velhos-muito-velhos necessitam de suportes/dispositivos compensatórios devido às perdas na capacidade de reserva ao longo do ciclo de vida; e (5) as alterações no equilíbrio entre ganhos e perdas, tal como a contínua resiliência do *self*, levam à necessidade de facilitar o ajustamento à realidade “objetiva” sem perda do sentido de si mesmo.

Retomando as ideias iniciais (Baltes, 1987), os autores supracitados propõe um modelo de envelhecimento bem-sucedido – O Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC). Que, de uma forma genérica, consiste num processo dinâmico de equilíbrio entre ganhos e perdas, envolvendo a interação de três mecanismos – *seleção, otimização e compensação*.

De acordo com Baltes e Baltes (1990), a *seleção* consiste no processo de adaptação do indivíduo e da sociedade para concentrar-se nos domínios prioritários, que envolvem uma convergência de questões ambientais e motivações individuais, habilidades e capacidade biológica. A *otimização* reflete a visão de que as pessoas se envolvem em comportamentos para enriquecer e aumentar as suas capacidades gerais e maximizar os seus percursos de vida selecionados no que diz respeito à quantidade e qualidade. Por fim, a *compensação* que se torna operacional quando as capacidades comportamentais específicas são perdidas ou reduzidas.

Assim, para estes autores, a velhice para ser bem-sucedida repousa na prossecução de duas finalidades, que são a procura de um elevado nível de funcionamento e o evitamento de comportamentos de risco. Sendo o EBS um processo adaptativo que, por intermédio de uma estratégia de otimização seletiva com compensação, permite ao indivíduo gerir o balanço de ganhos e perdas e assim maximizar a eficácia no alcançar das metas para si prioritárias, num contexto de inevitável redução de recursos/capacidades.

Posteriormente, Kahana e Kahana (1996; Kahana *et al.*, 2003, 2005) propõe um modelo integrador de envelhecimento bem-sucedido utilizando variáveis sociológicas e psicológicas, designado *Modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva*. Um modelo baseado na proatividade, com o objetivo de aumentar a capacidade de resiliência das pessoas mais velhas. Este assume uma postura proativa, baseada na prevenção (antes de acontecer) de fatores stressores e na correção desses acontecimentos, tentando explicar como os indivíduos apresentam indicadores de envelhecimento bem-sucedido quando chegam à terceira idade, sendo este modelo, um modelo de processo.

De acordo com os autores supracitados, este modelo especifica como fatores stressores (componente B) - eventos recentes ou a longo-prazo e a incongruência pessoa-ambiente - na ausência de “amortecedores” protetores, desencadeiam uma cadeia de eventos que colocam em causa os “outcomes” (*resultados*) de qualidade de vida (componente F). Este modelo assume como resultados de qualidade de vida os estados afetivos, o significado de vida e manutenção de atividades e as relações com valor. Por outras palavras, estes resultados podem ser condicionados pela exposição ao *stress* acumulado, devido a acontecimentos de longa duração ou acontecimentos recentes como, por exemplo, o surgimento de doença crónica, perdas sociais e incongruência pessoa-ambiente.

Este modelo reflete, ainda, as hipóteses tradicionais sobre o papel dos recursos externos (componente E) e dos recursos internos (componente C) para atenuar os efeitos adversos do *stress* acumulado. Isto é, os recursos internos (satisfação com a vida, autoestima, altruísmo, estratégias de *cooping*, orientação para o futuro e esperança) e externos (financeiros, sociais e emergentes - acesso a tecnologia e cuidados de saúde) permitem ativar mecanismos de forma a atenuar as situações adversas de *stress*, tendo assim um grande impacto na qualidade de vida. Assim, quantos mais recursos internos e externos o indivíduo tiver, maior a probabilidade de atingir melhores resultados de qualidade de vida.

Os mecanismos fundamentais que evitam e/ou moderam as consequências adversas dos fatores stressores e asseguram a qualidade de vida são as adaptações proativas (componente D). Este modelo apresenta três tipos de adaptação proativa, respetivamente, adaptações preventivas tradicionais (promoção da saúde, planeamento

do futuro e ajudar os outros), adaptações corretivas tradicionais (mobilizar apoio, substituição de papéis e modificações ambientais) e adaptações corretivas e preventivas emergentes (utilização de tecnologia, consumo de cuidados de saúde e autoaperfeiçoamento).

Além disso, de acordo com este modelo é fundamental ter em consideração o contexto temporal e espacial em que o indivíduo se insere (componente A). Mais especificamente, as autoras reconhecem a influência que o contexto temporal (história e biografia) e espacial (demográficas e comunitárias) assume sobre os fatores stressores, as oportunidades e as escolhas do indivíduo e qualidade de vida do próprio, uma vez que o contexto em que o indivíduo se insere tem impacto positivo ou negativo sobre o seu próprio desenvolvimento.

Em suma, de acordo com este modelo, os indicadores de envelhecimento bem-sucedido, resultados da qualidade de vida, advém da interação do contexto temporal e espacial, da exposição ao *stress* e dos recursos internos e externos. Este modelo encara as pessoas como agentes ativos que se envolvem em comportamentos preventivos e corretivos, de forma a maximizar a sua qualidade de vida, promovendo um envelhecimento bem-sucedido.

Envelhecimento Ativo

Apresentados os principais modelos de envelhecimento bem-sucedido importa, agora, clarificar o conceito de envelhecimento ativo, que de acordo com Fernández-Ballesteros (2008) aparece mais frequentemente na última década.

O termo envelhecimento ativo foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90, sendo definido como “*o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança*”, que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002, p.12). Este conceito visa apoiar políticas que mantenham as pessoas ativas durante tanto tempo quanto possível, permitindo que estas percecionem o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e

capacidades. Ao mesmo tempo, proporciona proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

Assim, o Envelhecimento Ativo é sustentado sob três pilares (WHO, 2002): (1) *saúde*, baseada em diagnósticos médicos ou percebida pelo próprio; (2) *segurança*, que abrange um conjunto de questões macro que lançam um olhar crítico sobre o planejamento urbano e os lugares habitados mas também atentam sobre os espaços privados e o clima de não-violência das comunidades e (3) *participação social* na comunidade em que está inserido e que é marcado pelas relações estabelecidas com distintos subsistemas institucionais.

Mais recentemente, com o objetivo de salientar a necessidade de consciencialização das pessoas mais velhas para o pleno exercício da cidadania ativa, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) reformulou o seu conceito, acrescentando a *aprendizagem ao longo da vida* como o quarto pilar para o Envelhecimento Ativo. Definindo-o da seguinte forma:

“O Envelhecimento Ativo é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (p.44).

De acordo com a mesma fonte, Políticas eficazes, que tenham em consideração estes quatro pilares do Envelhecimento Ativo, contribuirão de forma elevada na capacidade dos indivíduos obterem os recursos necessários à resiliência e ao bem-estar pessoal durante o curso de vida.

De acordo com a WHO (2002) o envelhecimento ativo integra quatro conceitos chave, nomeadamente, autonomia (habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais no quotidiano, tendo em conta as suas próprias regras e preferências), independência (capacidade de cuidar de si próprio, isto é capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros), qualidade de vida (perceção que o individuo tem da sua própria vida, incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa está inserida) e expectativa de vida saudável (tempo de vida que se espera viver sem necessitar de cuidados especiais).

Com a finalidade de esclarecer os fatores múltiplos e interativos que determinam se a pessoa envelhece ativamente ao longo da vida ou não a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) promulgou um conjunto inter-relacionado de fatores determinantes do envelhecimento ativo. Estes fatores determinantes podem ser: (1) transversais - cultura e género; (2) pessoais - fatores biológicos, genéticos e psicológicos; (3) comportamentais - estilos de vida saudáveis e participação ativa no cuidado da própria saúde; (4) económicos - rendimentos, proteção social e oportunidades de trabalho digno; (5) meio ambiente físico - acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas; (6) sociais - apoio social, educação e alfabetização, prevenção de saúde e abuso; (7) serviços sociais e de saúde. Porém, de acordo com a OMS (2007) estes determinantes devem ser encarados segundo uma perspetiva de ciclo de vida, que reconheça que as pessoas mais velhas não são um grupo homogéneo e que a diversidade individual aumenta com a idade.

Tendo por base os determinantes suprarreferidos, a Organização das Nações Unidas (ONU, 2002) sugere que para que as pessoas possam ter mais oportunidades de gozar de uma vida mais produtiva, devem ser criadas as condições certas, designadamente: (a) os serviços sociais e de saúde devem educar, incentivar e permitir às pessoas o controlo da sua própria saúde, bem como refletir uma boa relação qualidade/preço, proporcionando o acesso em condições de igualdade; (b) as políticas de envelhecimento ativo devem tomar medidas que reduzam a pobreza e aumentem a participação ativa das pessoas mais velhas; (c) o meio físico deve ser adequado à população idosa, para que esta possa sair à rua com segurança, garantindo a sua independência; (d) o apoio social, o acesso à educação/aprendizagem permanente e a proteção da violência e dos maus tratos são fatores fundamentais; (e) o indivíduo deve compensar as perdas de determinadas capacidades cognitivas através do conhecimento e experiência acumulada, podendo estas, efetivamente, ser reduzidas ou evitadas; e, por último, (f) o indivíduo deve adotar um estilo de vida saudável.

Resumindo, o modelo de envelhecimento ativo (WHO, 2002) sugere que para se envelhecer bem é fundamental que ao longo da vida, e não apenas aquando a velhice, o indivíduo adote estilos de vida saudáveis e participem de forma ativa no cuidado da sua própria saúde. A mesma fonte refere, ainda, que o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e utilizar

medicamentos de forma correta podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo.

Como aplicação prática e estratégica do envelhecimento ativo, a OMS lançou em 2007 o guia para *Cidades Amigas das Pessoas mais velhas* (“Age-Friendly Cities”). Baseando-se na abordagem da WHO (2002), relativamente ao envelhecimento ativo, este Guia tem como finalidade levar as cidades a tornarem-se mais amigas das pessoas mais velhas, de modo a beneficiarem do potencial que as pessoas mais velhas representam para a humanidade. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas mais velhas adapta as suas estruturas e serviços de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades.

O Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas tem por finalidade “ajudar as cidades a olharem para si mesmas do ponto de vista das pessoas mais velhas a fim de identificarem onde e como poderão tornar-se mais amigas das pessoas idosas” (OMS, 2007, p.11). De acordo com Fonseca e Fontes (2011), existem dezenas de cidades, em todo o mundo, que a partir deste guia estão a incorporar-se na rede global das cidades amigas das pessoas mais velhas. Sendo que em Portugal aderiram, até à data, apenas as cidades de Lisboa e Porto, tornando-se premente a necessidade de alargar este conceito a outros municípios do país, nos quais as pessoas mais velhas se deparam diariamente com inúmeras barreiras, desde arquitetónicas a sociais, de saúde ou segurança.

Um modelo integrador de envelhecimento

No sentido de facultar um modelo integrador de compreensão do envelhecimento ativo, que abarcasse vários constructos teóricos propostos por diferentes autores, Fernández-Ballasteros (2008) propõe o modelo Multidimensional e Multinível, no qual são incluídos quatro elementos construtivos. Em primeiro lugar, o modelo considera tanto fatores distais – condições históricas ou longitudinais que acompanham o indivíduo ao longo do seu ciclo de vida porque são relevantes no seu desenvolvimento – como proximais – condições transversais ou determinantes a curto-prazo. Em segundo lugar, e seguindo a perspetiva ecológica de Bronfenbrenner (1977), os fatores distais e proximais referem-se aos sistemas ou níveis macro (sociedade), meso (contexto) e micro (pessoa) e a sua

influência nos percursos desenvolvimentais. As condições no nível macro distais referem-se a circunstâncias socio-históricas no curso da vida da pessoa que influenciam o seu crescimento e desenvolvimento. No nível meso, a comunidade e a família são fatores distais que, em transação com a pessoa, determinam o seu crescimento e desenvolvimento biopsicológico. Finalmente, o nível micro refere-se à pessoa enquanto agente biológico, comportamental, e psicológico ativo. O terceiro elemento constituinte deriva da teoria sociocognitiva de Bandura (1986) e do princípio do determinismo recíproco. Este princípio defende que o funcionamento individual depende das transações ente o ambiente (físico e social, etc.), o funcionamento pessoal (cognitivo, emocional, etc.) e do comportamento do indivíduo. Estas três condições determinam-se reciprocamente, salientando o facto de que o ser humano é um agente ativo, num mundo ativo. Ao longo do ciclo de vida, as pessoas desenvolvem reportórios de comportamentos adaptativos básicos (cognitivo-linguístico, emocional-motivacional, e sensório-motor), que influenciam a seleção e criação de ambientes e situações através do seu próprio comportamento ativo. Por último, a quarta característica deste modelo deriva das propostas de Baltes e Baltes (1990), relativamente à sugestão dos mecanismos adaptativos de seleção, otimização e compensação como reguladores do desenvolvimento humano.

Em suma, este modelo multidimensional e multinível do processo de envelhecimento integra vários fatores determinantes operadores de transações que resultam no envelhecimento ativo. Podendo este último ser percebido como o produto do processo de adaptação que ocorre ao longo da vida, essencialmente através de mecanismos de Seleção, Otimização e Compensação, que são potenciados pelos níveis macro, meso e micro. Deste modo, a autora postula que a promoção do envelhecimento ativo implica a otimização de todas as condições ambientais através das intervenções ao nível biomédico, físico, psicológico e sociocultural, com vista a alcançar um funcionamento ótimo em quatro domínios fundamentais: (1) saúde e bem-estar físico; (2) funcionamento cognitivo; (3) regulação emocional e motivacional; e (4) elevada participação e funcionamento social. Os amplos contributos da investigação empírica no âmbito do envelhecimento têm, de facto, vindo a sustentar estes quatro domínios como pilares fundamentais para um envelhecimento ativo.

É, assim, consensual entre os autores, que o ser humano é um agente ativo que constrói o seu próprio curso de vida através de escolhas/ações adaptativas (preventivas e corretivas/otimizadoras e compensadoras), com vista no EBS, tendo em conta as oportunidades (recursos internos e externos) e constrangimentos (influências normativas e não normativas), dentro das circunstâncias históricas e socioculturais (Baltes, 1987; Kahana *et al.*, 2003, 2005; Fernández-Ballesteros, 2008). Esta ideia está, intrinsecamente, implícita nos princípios das perspetivas *life course* de Elder (1999) e *life-span* de Baltes (1987), que vêem o ser humano como um agente ativo com elevados níveis de plasticidade na construção do seu próprio curso de vida, tendo em consideração que há uma série de constrangimentos que influenciam o desenvolvimento/envelhecimento, como o contexto em que a pessoa se insere, nomeadamente o tempo histórico e as condições socioculturais. Em modo de conclusão, como referem Ribeiro e Paúl (2011), um EBS, satisfatório ou ativo não depende de fatores como a sorte ou o património genético, mas sim de cada um de nós, das nossas ações e responsabilidades individuais. Assim, a adoção de uma atitude proativa ao longo da vida torna-se essencial para o alcance do EBS. Partindo do princípio que o contexto onde a pessoa se insere pode assumir uma grande influência no modo como envelhecemos, consideramos pertinente analisar seguidamente a relação entre o envelhecimento e o ambiente.

3.2. Envelhecimento e ambiente: a relevância de “aging in place”

O crescente protagonismo do envelhecimento populacional a par do interesse pela relação entre a pessoa e o ambiente fez com que a década de 80 do século XX se traduzisse num período particularmente fértil para a evolução da Teoria Ecológica Ambiental, devido à reprodução de uma multiplicidade de modelos ambientais com o objetivo de explicar a relação pessoa-ambiente (Fernández-Ballesteros & Rodríguez, 2004; Paúl, 2005a; Batistoni, 2014). Dessa multiplicidade de modelos, destacam-se o Modelo Pressão-Competência de Lawton e Nahemow's (1973), o Modelo de Congruência Pessoa-Ambiente de Kahana (1982) e o Modelo de Congruência/Complementaridade de Carp e Carp (1984).

De acordo com Paúl (2005a), o Modelo Ecológico de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow's (1973) prediz a adaptação ambiental das pessoas mais velhas,

através da relação entre o nível de competência individual e o nível de pressão exercida pelo ambiente. De acordo com este modelo as pressões exercidas pelo meio colocam à prova as competências de cada indivíduo evidenciando a sua capacidade de adaptação. Quando as exigências do meio são excessivas em relação às competências do indivíduo há uma tendência a provocar sentimentos como o *stress* e, quando inadequadas, podem mesmo levar à perda de competências dos indivíduos, pela falta de uso. Neste sentido, o ideal seria que o ambiente promovesse a utilização de todas as competências do indivíduo, de forma a prevenir eventuais perdas. Esta relação entre competência e pressão geraram a hipótese da docilidade ambiental, ou seja, quanto menos competente for o indivíduo, maior é o impacto do ambiente sobre seu comportamento, assim como, quanto mais competente for, menor será a influência do meio ambiente.

Complementarmente, em 1987, Lawton reformulou este modelo propondo a hipótese da proatividade ambiental, reconhecendo que o indivíduo não é passivo frente às restrições na competência impostas pelas pressões do ambiente, podendo alterar o meio, ou a forma de lidar com ele, em seu favor e não apenas limitar-se a “sofrer” as suas consequências, como forma de satisfazer as suas necessidades e otimizar as suas competências (Paúl, 2005c; Batistoni, 2014).

De acordo com Batistoni (2014), os modelos que se seguiram, como o Modelo de Congruência Pessoa-Ambiente de Kahana (1982) - em que o comportamento é uma função da congruência entre as características pessoais (como necessidades) e o que o ambiente tem a oferecer (capacidade de suprir tais necessidades) - e o Modelo de Congruência/Complementaridade (Carp & Carp, 1984) - que se centra na aproximação entre as características da pessoa e as características do meio ambiente, uma vez que são estas as que facilitam ou inibem a satisfação das necessidades básicas para continuar uma vida independente - procuraram aprofundar e operacionalizar a interação entre variáveis pessoais e ambientais, assim como analisar mecanismos de adaptação indivíduo-meio.

Em suma, como refere Paúl (2005a), os diversos modelos da perspectiva ambiental do envelhecimento baseiam-se na importância do contexto físico e humano nos resultados diferenciais do processo de envelhecimento, tendo como ideia subjacente maximizar o EBS a partir de uma relação adequada entre a pessoa e o meio em que esta se insere. De acordo com Fonseca (2005) o modelo ecológico de Lawton (1983, 1989) propiciou conhecimentos

necessários para que hoje se tenha como óbvio que o local onde se vive desempenha um papel preponderante na compreensão de diferentes padrões de envelhecimento, bem como para perceber porque é que certos indivíduos alcançam, e outros não, o EBS. O conceito de *aging in place* revela-se assim central para a compreensão entre o contexto de residência e o envelhecimento bem-sucedido.

O conceito de “*aging in place*”, traduzido por Paúl (2005a) como “*envelhecer no próprio lugar*”, tem merecido uma crescente preocupação essencialmente pelo aumento da proporção de pessoas mais velhas em todos os países. Esta autora, em linha com a WHO (2002) defende que envelhecer em casa até uma idade mais avançada, ao cuidado de familiares, irá tornar-se cada vez mais comum, devido à preferência notória, pela maioria das pessoas mais velhas, em continuar a residir no seu domicílio. Este cenário revela-se, assim, num novo desafio para os investigadores e profissionais do âmbito da Gerontologia, assim como para os decisores políticos na formulação de políticas sociais (Charles *et al.*, 2011; Fänge, Oswald & Clemson, 2012).

Wiles, Leibing, Guberman, Reeve e Allen (2011) justificam a preferência das pessoas envelhecer no seu próprio lugar, como uma forma de estas manterem a independência, a autonomia e o contacto social, incluindo amigos, vizinhos e familiares. Segundo estes autores, envelhecer em casa/comunidade, durante o máximo tempo possível, torna-se benéfico não só para a própria pessoa, mas também para os decisores políticos e profissionais de Saúde e do Social, visto que pode evitar os custos dos cuidados da institucionalização.

De acordo com Charles e colaboradores (2011), o conceito de *aging in place* caracteriza-se pela capacidade de continuar a viver no ambiente escolhido pelo indivíduo, mesmo quando o declínio da sua competência reduz ou ameaça a sua independência, adaptando-se às necessidades e condições que se vão alterando ao longo do tempo. Esta posição aproxima-se de Pastalan (2009) que define o *aging in place* como a capacidade da pessoa idosa permanecer na própria residência, mesmo quando confrontada com mudanças de vida, através da alocação de serviços de apoio que deem resposta às suas necessidades. De acordo com o autor, as principais mudanças que podem limitar

severamente a oportunidade do *aging in place* são a diminuição das capacidades físicas e mentais, como é o caso da doença de Alzheimer, e dos rendimentos, bem como a viuvez.

Aging in place é, também, considerado como a política emergente que atende à compreensão das mudanças ocorridas no envelhecimento e no ambiente onde a pessoa se insere, elegendo a manutenção da pessoa no seu meio natural como meio preferencial de vida (Pynoos, Caraviello & Cícero, 2009). Assim, falar em envelhecimento e ambiente torna-se um desafio que se coloca a nível do indivíduo, em termos de resultados do envelhecimento, na transição direta entre este e o meio, e a nível social, no que diz respeito a políticas e planeamento de serviços para os mais velhos (Paúl, 2005a).

Uma vez que envelhecer em casa parece ser a alternativa mais favorável, a autora anteriormente mencionada, em linha com a OMS (2007), refere que a nível residencial as prioridades vão para a criação de um ambiente amigável, livre de barreiras, onde as atividades de vida diária possam ser realizadas com a máxima eficácia, pelo próprio, ou com ajuda. Além disso, a autora refere a segurança como outro dos aspetos básicos da intervenção ambiental, seja ao nível do contexto doméstico, prevenindo as quedas e os acidentes, seja ao nível da comunidade, em termos de um ambiente sem obstáculos, bem sinalizado e sem criminalidade, criando ambientes seguros onde as pessoas mais velhas possam circular e participar em atividades instrumentais ou lúdicas.

Martin, Santinha, Rito e Almeida (2012), em linha com as perspetivas *life-span* (Baltes, 1987) e *life course* (Elder, 1999) que consideram que o processo de envelhecimento é influenciado pelo contexto no qual a pessoa se insere, referem ser essencial que qualquer tentativa de estudo, investigação ou intervenção no envelhecimento acarrete e se preceda da preocupação em compreender o respetivo ambiente de vida da pessoa. Tornando-se premente o desenvolvimento de modelos integrados de intervenção, que facilitem o *aging in place*. Para estes autores,

“Envelhecer na comunidade exige a integração de medidas de cariz ambiental, mas, igualmente, a consideração de medidas de teor social, de que é exemplo a prestação de serviços diversificados no domicílio e redes de vizinhança implicadas nas necessidades dos seus residentes, bem como medidas de carácter tecnológico que, reunidas, respondam às necessidades das populações mais vulneráveis” (p.190).

A ideia de que as pessoas mais velhas, na sua maioria, assumem uma preferência por envelhecer nas suas casas, e que o meio em que a pessoa se insere tem repercussões

no seu processo de envelhecimento é consensual. Neste contexto, é fundamental que as entidades locais olhem o processo de envelhecimento humano, atendendo à congruência entre as capacidades e necessidades das pessoas mais velhas e as condições do ambiente, de forma a planear, sobretudo, estratégias preventivas, com vista no envelhecimento proativo e bem-sucedido no lugar. O primeiro passo é a implementação de Planos Gerontológicos Municipais, construídos de forma a dar resposta às necessidades e expectativas dos seus cidadãos. Daí a pertinência da Avaliação Gerontológica Multidimensional.

4. Avaliação Gerontológica Multidimensional: aspetos micro e macro

De acordo com Paixão e Reichenheim (2005) uma avaliação gerontológica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Esta deve ter como objetivo o diagnóstico precoce de problemas/necessidades dos mais velhos, de modo a serem orientados serviços de apoio capazes de dar resposta a essas necessidades, visando o envelhecimento no lugar. Para estes autores, as dimensões mais utilizadas na avaliação da pessoa idosa são o estado funcional, a saúde mental (cognição e emoção) e o funcionamento social. Assegurando o estado funcional como a dimensão central da avaliação.

Para Bastos e colaboradores (2015a), uma avaliação gerontológica multidimensional consiste no ponto de partida para um processo que deve conduzir a um plano de intervenção dirigido aos problemas e necessidades do indivíduo, tendo como objetivo obter informação suficientemente precisa, rigorosa, fiável, válida e livre de viés, bem como alcançar uma compreensão dos problemas, necessidades e pontos fortes do cliente. No fundo é obter informação na qual basear a tomada decisão sobre o tipo de intervenção a usar. Na mesma linha, Arrazola, Lezaun, Manchola e Méndez (2001) referem que a avaliação das capacidades das pessoas mais velhas consiste em recolher e organizar a informação pertinente acerca das características dos indivíduos, bem como as situações em que se encontram, de forma a permitir a tomada de decisões.

Tendo em conta a heterogeneidade da população idosa, a avaliação deve adaptar-se às características da mesma, quer a nível de grupo etário, como a nível cultural, os

instrumentos devem ser de fácil administração, devem recolher dados relevantes, discriminar níveis de funcionamento, e serem flexíveis caso seja necessária alguma alteração, além disso devem ter em vista um diagnóstico e permitir estabelecer um plano terapêutico.

De acordo com os autores supracitados, para realizar uma avaliação das capacidades das pessoas mais velhas é necessário ter em conta os seguintes domínios: saúde física; funcionamento cognitivo; funcionamento psicoafectivo; habilidades e relações sociais; capacidade funcional e competência comportamental; relações familiares; cultura; utilização do tempo livre; contexto ambiental; organização; participação sociocomunitária; e crenças e valores. Ou seja, para se alcançar uma perspetiva integrada das capacidades das pessoas mais velhas é fundamental fazer uma análise multidimensional.

Segundo Rodrigues (2009) a avaliação gerontológica consiste num esforço multidisciplinar, que compreende a avaliação de problemas de saúde, funcionais, psicossociais e do meio envolvente, de forma a identificar as necessidades dos mais velhos com o intuito de maximizar o seu estado funcional, bem como recomendar/orientar cuidados que permitam obter o melhor resultado possível. Ao utilizar instrumentos de natureza diversa, o profissional deverá fazer uma avaliação, o mais completa possível, das áreas onde a pessoa é habitualmente deficitária, que determinam o seu comportamento e condicionam a sua autonomia e, conseqüentemente a sua qualidade de vida, enquadrando-o na realidade familiar e social em que vive.

Para que esta avaliação seja rigorosa é fundamental ter em atenção os instrumentos a utilizar. Como refere Sequeira (2010) existe uma série de instrumentos, uns mais simples e outros mais complexos. Competindo a quem os utiliza seleccionar os mais adequados em função dos seus objetivos.

Em suma, como refere Bastos e colaboradores (2015a), “a avaliação gerontológica multidimensional surge como uma espécie de *pronto a vestir da profissão*, com protocolos internacionais mais ou menos *standardizados* que permitem proceder a um *screening* do problema do cliente e a uma análise compreensiva da situação (análise de capacidades e necessidades do cliente) para depois traçar um plano de intervenção, ou seja, um fato à medida do cliente” (p.29).

Neste sentido, a Avaliação Gerontológica Multidimensional para este estudo reside numa visão integrada do processo de envelhecimento através da combinação de aspetos micro (orientados para as dimensões do funcionamento individual) e macro (orientados para a utilização e necessidade de serviços comunitários).

4.1. Aspetos micro – orientados para as dimensões do funcionamento individual

Assumindo que o envelhecimento é um processo biopsicossocial, qualquer avaliação que se efetue terá de ser necessariamente multidisciplinar, abarcando todas as suas dimensões. Ou seja, o envelhecimento humano não pode ser descrito, explicado ou previsto, sem se ter em consideração as dimensões biológica, psicológica/cognitiva e social, que lhe estão inerentes (Fonseca, 2006).

Na mesma linha de pensamento, Rodrigues (2009) refere que o processo de envelhecimento se encontra estreitamente ligado ao conceito de capacidade funcional/autonomia funcional, sendo este último definido como a capacidade que um indivíduo possui para a realização das atividades necessárias que assegurem o seu bem-estar, integrando um domínio biológico, psicológico (cognitiva e afetiva) e social. Assinalando que é fundamental que qualquer avaliação/intervenção da pessoa mais velha se proceda de forma integrada. Por conseguinte, apresenta-se de seguida aspetos específicos da avaliação gerontológica multidimensional: (1) Funcionalidade nas atividades de vida diária; (2) Funcionamento cognitivo; e (3) Aspetos socioemocionais.

A Funcionalidade nas atividades de vida diária: conceito e medida

A funcionalidade ou capacidade funcional encontra-se associada a conceitos como a autonomia e a independência no desempenho de atividades de vida diária (AVD) frequentes e indispensáveis para todos os indivíduos como, por exemplo, os cuidados pessoais e a adaptação ao meio, que possibilitem a pessoa mais velha viver sozinha em sua casa (Botelho, 2005). Por outras palavras, o conceito atividades da vida diária (AVD) refere-se então a uma variedade de comportamentos instrumentais que as pessoas devem realizar adequadamente para cuidar de si mesmas, de forma a viver independente e autonomamente.

Quando falamos em funcionalidade ou capacidade funcional, as pessoas podem ser classificadas em dois grandes grupos: independentes e dependentes (Botelho, 2005). O indivíduo independente é aquele que consegue satisfazer as suas AVD, tais como as tarefas relacionadas com o cuidado pessoal (tomar banho, vestir-se, pentear-se, ir à casa de banho, controlar os esfíncteres, levantar-se, deitar-se, andar, alimentar-se), recorrendo apenas a auxílios mecânicos como andarilhos e canadianas. Por sua vez, o indivíduo dependente corresponde aquele que necessita de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade.

De acordo com Arrazola e colaboradores (2001) entende-se por AVD todas aquelas tarefas necessárias para cuidar de si mesmo, bem como do ambiente que o rodeia, afirmando-se como um preditor fulcral para a saúde e bem-estar. Posto isto, e tendo em conta as repercussões pessoais, sociais e económicas que o nível de capacidade funcional nas AVD podem acarretar, é fundamental que qualquer avaliação/intervenção as tenha em consideração.

Tradicionalmente, a literatura evidencia dois tipos de AVD, nomeadamente as atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). De acordo com Sequeira (2010), as ABVD são definidas de modo sucinto como um conjunto de atividade primárias do indivíduo, relacionadas com o autocuidado e a morbilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, incluindo atividades como: comer, utilizar a casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. No fundo, são todas aquelas atividades imprescindíveis para que uma pessoa possa viver de forma independente. Por sua vez, e de acordo com a mesma fonte, as AIVD são constituídas pelas atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estas atividades estão diretamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro, o uso do telefone, etc.

De acordo com Gordilho e colaboradores (2001), a maioria das pessoas mais velhas desenvolve, ao longo da vida, doenças crónicas devido às perdas do funcionamento dos órgãos e do sistema biológico. O que pode ou não levar a limitações funcionais que, por sua vez, podem gerar um aumento significativo na incapacidade e dependência da pessoa na realização das AVD. Além da presença de doenças, Aykawa e Neri (2008) referem que

existe uma série de fatores que podem influenciar o nível de incapacidade e dependência da pessoa mais velha como, por exemplo, a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente, bem como o contexto social, económico e cultural.

De acordo com Rodrigues (2009) a dificuldade no desempenho de determinadas AVD ocorre primeiramente em relação às AIVD, uma vez que são as mais complexas. Sendo que as perdas relativas às ABVD surgem na maioria das vezes após as perdas das AIVD.

Assim, a funcionalidade torna-se uma dimensão basilar na Avaliação Gerontológica Multidimensional, sendo fundamental para permitir traçar medidas preventivas e corretivas. Como refere Fernández-Ballesteros (2004), um dos objetivos fundamentais de atuação na velhice incide sobre as AVD com o objetivo principal de manter a pessoa autónoma e independente, concretizados através de programas de avaliação e de intervenção. De acordo com Aykawa e Neri (2008), a avaliação é imprescindível para que possam ser estabelecidos indicadores capazes de identificar pessoas com perda funcional e orientar as ações para a manutenção da funcionalidade, mantendo-as na comunidade/casa o maior tempo possível, com o máximo de independência e qualidade de vida.

De entre os instrumentos/medidas utilizados no âmbito da avaliação da funcionalidade para as AVD, destacam-se como alguns dos mais utilizados o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) e o Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), que permitem avaliar a funcionalidade para as ABVD e AIVD, respetivamente.

O Funcionamento cognitivo: conceito e medida

Um outro aspeto importante do envelhecimento refere-se ao funcionamento cognitivo e à perda/declínio das capacidades cognitivas. Porém, importa esclarecer, tal como refere Paúl (2005b), que a perda das capacidades cognitivas não é um assunto pacífico e muito menos um dado adquirido.

Segundo Arrazola e colaboradores (2001) o funcionamento cognitivo é aquele que permite receber a informação do ambiente em que o indivíduo se insere, processá-la, memorizá-la e dispor dela para a sua utilização posterior. Sendo as suas principais funções

a percepção, atenção, concentração, orientação, cálculo, memória, linguagem, raciocínio e julgamento. No entender destes autores, com o avançar da idade há uma deterioração da memória e das funções motoras e relacionadas com a velocidade de processamento, por sua vez, pode haver uma melhoria na linguagem, raciocínio e sabedoria.

No aumento da perspectiva *life-span*, Baltes (1997; Baltes *et al.*, 1999) desenvolveu um novo modelo - modelo do processo dual - que permite a compreensão do funcionamento cognitivo através de duas categorias: (1) as mecânicas da mente ou inteligência fluida e (2) as pragmáticas da mente ou inteligência cristalizada. As primeiras declinam com a idade, porque dependem de mecanismos neurológicos responsáveis pelo processamento da informação, os quais normalmente declinam no envelhecimento (determinada pela Biologia). De acordo com Bastos, Faria e Moreira (2012), do ponto de vista das operações psicológicas, esta componente inclui a velocidade, precisão e coordenação de operações de processamento mental elementares, memória sensorial e motora, discriminação, categorização e atenção seletiva, assim como a capacidade de raciocínio. Por sua vez, as segundas, não só não declinam como podem apresentar progressos, desde que existam oportunidades culturais e que as capacidades fluidas não sofram declínio patológico acentuado (determinada fundamentalmente pela cultura). Exemplos típicos desta componente incluem a capacidade de leitura e escrita, qualificações educativas, capacidades profissionais, estratégias de resolução de problemas do quotidiano, bem como, o conhecimento sobre o *self* e o significado e condução da própria vida (Bastos *et al.*, 2012).

Este modelo é consistente com a ideia de que há um balanço entre ganhos e perdas ao longo da vida, sendo fundamental o exercício de otimização seletiva com compensação (SOC) previsto no modelo de Baltes (1987, 1990, 1997) permitindo, efetivamente, compensar as perdas à medida que a idade avança.

Neste sentido, importa destacar os trabalhos de dois investigadores de relevo como W. Schaie e P. Baltes. O primeiro nos EUA (Seattle) e o segundo na Europa (Berlim) lideraram os estudos empíricos mais promissores para a investigação no âmbito do funcionamento cognitivo, nomeadamente o *Seattle Longitudinal Study* (Schaie, 1996) e o *Berlin Aging Study* (BASE –Baltes & Mayer, 1999).

O Estudo Longitudinal de Seattle liderado por Schaie (1996) contribuiu para o esclarecimento do envelhecimento/desenvolvimento cognitivo, utilizando um desenho sequencial, de forma a garantir um maior controlo de variáveis. Este estudo teve o seu início em 1956 com adultos entre 22 e 70 anos de idade e, contou com a participação de cerca de 500 pessoas. Ao longo de quatro décadas os participantes foram testados com uma bateria de testes para as capacidades funcionais e mentais a cada sete anos.

A partir deste estudo, Schaie (1996) conclui que, apesar de algumas capacidades declinarem a partir dos 70 anos, a inteligência cristalizada (pragmáticas cognitivas) tende a conservar-se desde que não estejam presentes problemas de saúde graves. De uma forma sucinta, os resultados deste estudo evidenciam que, (1) não existe um padrão uniforme de mudanças nas capacidades cognitivas, relacionadas com a idade; (2) as capacidades fluidas tendem a declinar mais cedo do que as capacidades cristalizadas; (3) a velocidade de percepção é a única que mantém um declínio linear ao longo da idade desde o início da idade adulta; (4) o raciocínio indutivo apresenta uma mudança positiva, e quase linear de geração para geração, enquanto a compreensão verbal e a orientação espacial, mostram diferenças mais suaves; e (5) o desempenho cognitivo é plástico e pode ser melhorado com treino, sendo que os efeitos deste treino são passíveis de serem mantidos a longo prazo. Ou seja, este estudo veio, também, apoiar a dissociação entre as duas componentes principais da inteligência, nomeadamente a mecânica e a pragmática, permitindo verificar que à medida que envelhecemos, assiste-se a um declínio da eficiência cognitiva global, devido à menor capacidade de processamento da informação e de resposta.

Por sua vez, o estudo BASE (Baltes & Mayer, 1999), um estudo de cariz multidisciplinar que procurou analisar as várias dimensões de vida em 516 indivíduos com idades entre os 70 e os 100 anos, veio comprovar que a idade é, de facto, um fator de risco para o declínio cognitivo, na medida em que o funcionamento das capacidades intelectuais básicas piora nos anos mais avançados da vida e que a diminuição da velocidade do processamento da informação leva a perdas de memória e atenção. Dito de outro modo, na passagem da 3ª para a 4ª idade assiste-se a uma descontinuidade da capacidade adaptativa individual, no sentido de um progressivo declínio das funções cognitivas. Na 4ª idade a tendência para o declínio cognitivo aumenta, em particular na presença de doença, depressão e/ou oportunidades sociais e educativas reduzidas; os mais velhos apresentam

piores resultados nas tarefas de memória a curto prazo, sobretudo na evocação; a partir dos 70 anos a percentagem de declínio intelectual nas mecânicas da mente (velocidade perceptiva, raciocínio, memória) era independente das características sociodemográficas; as pragmáticas da mente (fluência verbal, conhecimento) mantiveram-se estáveis até aos 80 anos, momento em que passaram a declinar.

Tanto o Estudo Longitudinal de Seattle como o Estudo do Envelhecimento de Berlim sustentam a existência de reservas cognitivas em pessoas de idade avançada, possibilitando aos adultos e aos mais velhos continuar a desenvolver as suas capacidades cognitivas enquanto o estado físico e a saúde o permitirem (Fonseca, 2007). Assim, os resultados destes estudos vieram fortalecer o pressuposto da PDCV, a otimização do desenvolvimento psicológico, quer por meios de intervenções intencionadas e deliberadas, quer pela criação de contextos de vida favoráveis.

Estes dois estudos têm proporcionado importantes evidências empíricas que muito têm contribuído para a desconstrução da ideia de que existe um declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade. Estes comprovam que as pessoas adultas e idosas evidenciam elevados níveis de plasticidade que se expressa numa grande variabilidade interindividual, bem como na multidimensionalidade e multidireccionalidade (Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 2003; Baltes, *et al.*, 1999; Schaie, 1996). Destacando a importância da intervenção e do treino cognitivo, como forma de otimizar o funcionamento cognitivo e compensar/atenuar eventuais perdas de algumas das capacidades cognitivas.

Em termos de instrumentos de avaliação, uma das principais escalas de avaliação neste âmbito é o Mini Mental State Examination (MMSE - Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta & Martins, 2009; Freitas, Simões, Alves & Saltana, 2015), um teste de rastreio de défice cognitivo que avalia de forma rápida e simples um conjunto de funções cognitivas. Identificada por Sequeira (2010) como, provavelmente, a escala de avaliação do funcionamento cognitivo mais utilizada mundialmente, constituindo-se um instrumento de avaliação cognitiva de referência nas pessoas mais velhas, uma vez que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade e grupo etário.

Aspetos socioemocionais

Os fatores sociais são considerados como fundamentais ao longo da vida das pessoas, principalmente nas fases de maior vulnerabilidade, como é o caso do envelhecimento (Paúl, 2005b; 2005c). De acordo com a autora, as redes sociais assumem um efeito protetor ou “almofada” que amortece o *stress* associado ao envelhecimento, como por exemplo em situações de descompensação.

De acordo com a literatura à medida que as pessoas envelhecem verifica-se um decréscimo dos contactos sociais e uma tendência para limitar estes contactos às relações mais íntimas e próximas (Carstensen, 1995). Tal como refere Paúl (2005b), ao longo do ciclo de vida, as redes sociais dos indivíduos mudam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros. Apontando como principais causas das mudanças na rede social do indivíduo acontecimentos como a reforma ou a mudança de residência. Além disso, com o avançar dos anos, as pessoas mais velhas deparam-se com a morte de conjugues e amigos, o que leva à degradação ou reorganização da sua rede, facilitando ou dificultando a sua manutenção no seio da comunidade. Também Papália e colaboradores (2006) apontam a reforma como uma das explicações possíveis para este fenómeno, uma vez que há uma diminuição dos contatos sociais. Outra explicação possível reside no facto de se tornar cada vez mais difícil, para as pessoas mais velhas, sair de casa e manter o contacto com outras pessoas devido ao acumular de doenças na terceira idade.

Posto isto, importa definir o conceito de rede social, que de um modo geral, pode ser definida como um conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm, entre si, laços típicos de relações recíprocas (dar e receber), que ocorrem ao longo da vida (Neri, 2008).

Segundo Kahn e Antonucci (1980) as redes de suporte social podem ser categorizadas quanto a: (1) propriedades estruturais - tamanho, estabilidade, homogeneidade, simetria, complexidade e grau de ligação entre os membros; (2) natureza - formais versus informais, amigos versus familiares e próximas versus distantes; (3) função - ajuda, afetiva, informativa ou instrumental; e (4) grau de desejabilidade – de livre escolha versus imposta, positiva versus negativa, funcional versus disfuncional.

De acordo com Neri (2008), duas teorias clássicas da Gerontologia - a teoria da atividade e a teoria do afastamento/desvinculação - estabeleceram que o isolamento é uma condição normal e esperada na velhice, provocada por normas sociais que

estabelecem um consentimento tácito e recíproco entre as pessoas mais velhas e a sociedade sobre a restrição de papéis e oportunidades para os mais velhos. Contudo essas teorias têm sido contraditas pela investigação.

Como alternativa para estas explicações tradicionais, Cartensen (1995) apresenta a *teoria de seletividade socioemocional*, que enfatiza a seletividade dos indivíduos na manutenção das relações sociais. De acordo com esta teoria, a redução da amplitude da rede de relações sociais e a restrição da participação social na velhice refletem processos motivacionais. Com o avançar da idade, os contatos sociais são avaliados, procurados ou evitados com base na sua qualidade afetiva. De acordo com a autora, as pessoas mais velhas ao verem a sua vida mais constrangida e próxima no fim tornam-se emocionalmente mais seletivas, investindo seletivamente em relações mais íntimas e significativas. Simultaneamente, descartam as relações de menor importância, perturbadoras, ou que exigem excessivos recursos emocionais. Essas ações combinadas dão origem a experiências emocionais significativas que, mesmo sendo menos numerosas, são mais efetivas para promover o seu bem-estar subjetivo.

Antonucci e colaboradores (Antonucci & Akiyama, 1997; Kahn & Antonucci, 1980) propõe uma nova teoria acerca do contacto social – Teoria do *Comboio Social* (“Social Convoy”) - que vem complementar a *Teoria de Seletividade Socioemocional*, baseando-se na *teoria de Ligação Afetiva* de Bowlby. De acordo com esta teoria, as pessoas passam pela vida cercadas de “comboios” de relações íntimas com distintos graus de proximidade, com as quais podem contar para ajuda, bem-estar e apoio social. Ou seja, ao longo da vida, as pessoas tendem a selecionar, investir e sedimentar um grupo restrito e significativo de relações sociais, com pessoas geralmente pertencentes à mesma coorte/geração. Ao longo da vida, esses comboios exercem funções adaptativas, pois ajudam a desenvolver a identidade e a interpretar expectativas e realizações do curso de vida, considerados cruciais para o bem-estar subjetivo das pessoas mais velhas. De acordo com esta teoria, quem se encontra mais apoiado pode enfrentar doenças, situações stressantes e outras dificuldades da vida em melhores condições. Para estes autores, apesar de o apoio social ser visto como potenciador de qualidade de vida, este depende da interpretação e valorização subjetiva da pessoa. Uma vez que um apoio desnecessário, não desejado, mesmo sendo bem-intencionado, pode ter efeitos negativos ao produzir dependências e afetar a autoestima.

De acordo com Antonucci e Ajrouch (2007), enquanto as relações mais próximas, como o cônjuge e outros familiares, tendem a ser altamente valorizadas pelo indivíduo e estáveis ao longo da vida, as relações com amigos, vizinhos e colegas, são mais instáveis e sujeitos às alterações dos papéis dos indivíduos.

Neri (2008) na sua obra enuncia as principais evidências da literatura na temática da rede de relações sociais na velhice, mencionando que as redes informais de suporte social são de extrema importância em pessoas mais velhas fragilizadas e dependentes. Sendo que a rede de relações e apoios informais são compostas essencialmente por familiares, vizinhos e amigos, da qual a família se evidencia como a fonte primária de suporte social. A manutenção das relações sociais com a família e amigos torna-se crucial, na medida em que favorece o bem-estar psicológico e social da pessoa. Não obstante, a presença de amigos íntimos assume, também, um papel preponderante, uma vez que na velhice avançada o bem-estar subjetivo pode ficar comprometido devido à perda desse tipo de relações. Na mesma linha de concordância, Paúl (2005b) aponta que a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento bem-sucedido.

Em suma, com o avançar da idade há uma tendência para o decréscimo do tamanho/dimensão da rede de relações sociais, bem como do suporte social recebido, devido a fatores como a doença ou morte de membros da rede social da pessoa mais velha. Porém, verifica-se que para que as pessoas estejam satisfeitas com a sua rede social, torna-se mais importante a qualidade das relações do que propriamente a quantidade. Tal como refere Neri (2008), mais do que a quantidade, a qualidade percebida das relações sociais torna-se mais importante, quer para a satisfação com a vida, como para as relações sociais, e ainda para a saúde física e mental.

A avaliação das redes sociais na investigação e prática gerontológica requer o uso de instrumentos válidos e eficazes que sejam simples, concisos e de fácil aplicação na população mais envelhecida. Assim, destaca-se a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6; Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) como um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a integração social e o risco de isolamento social em pessoas mais velhas residentes na comunidade.

A tonalidade afetiva das relações nem sempre é positiva. Assim, a depressão torna-se um aspeto fundamental a considerar na avaliação socioemocional. De acordo com Sequeira (2010), torna-se cada vez mais frequente a presença de manifestações depressivas nas pessoas mais velhas, expressando-se, na maioria das vezes, através de auto verbalizações negativas relativamente a si mesmo, aos outros, ao mundo e à velhice. Neste contexto, revelam uma perceção diminuta das suas capacidades, uma baixa autoestima e adotam uma participação social reduzida.

De acordo com Drago e Martins (2012), em Portugal, num total de mais de um milhão e meio de pessoas com 65 ou mais anos, mais de 100 mil têm depressão. Neste sentido, as autoras consideram que a depressão deve ser vista como um dos problemas de saúde mais importantes da atualidade, uma vez que resulta em sentimentos de tristeza e isolamento social que, muitas das vezes, têm como desfecho o suicídio. As autoras atestam, ainda, que apesar de a depressão poder ocorrer em todas as idades, é nas idades mais avançadas que ela atinge os índices mais elevados de morbilidade e mortalidade, na medida em que assume formas confundíveis, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, consequentemente, de tratar.

De acordo com Sequeira (2010), em muitas situações, a depressão encontra-se associada à demência, o que dificulta o diagnóstico de ambas. Assim, é fundamental que, numa fase precoce, se proceda a utilização de um instrumento de medida que nos possa ajudar na tomada de decisão sobre o diagnóstico de depressão.

Para Rodrigues (2009), o apoio social surge, para as pessoas mais velhas com depressão, como um elemento protetor do declínio nas capacidades de realização das atividades de vida diária, designadamente na preservação e no estímulo das suas habilidades na execução das ABVD. Uma possível explicação reside no facto de o suporte social poder reduzir os sintomas da patologia, uma vez que a interação social promove a atividade física e mental, diminuindo, desta forma, a gravidade dos efeitos depressivos.

No entender deste autor, reconhecer a depressão nas pessoas mais velhas exige uma avaliação atenta, pois a maioria destas pessoas não se queixa de distúrbios depressivos, ou tristeza, ou falta de interesse em participar em atividades. Uma forma de identificar a depressão na pessoa mais velha pode ser através da mudança de

comportamentos, tais como o afastamento social, sentimento de solidão, diminuição das atividades sociais, ou a falta de interesse em fazer coisas que o indivíduo fazia habitualmente, deixar de participar em eventos sociais, familiares e de amigos, entre outras.

Uma das formas de avaliar a sintomatologia depressiva é através da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2003), uma escala que tem sido muito utilizada como instrumento de diagnóstico de sintomatologia depressiva em pessoas mais velhas, permitindo distinguir as pessoas deprimidas das pessoas não deprimidas.

De acordo com Fragoeiro (2008) a medição de situações como depressão, proporciona um quadro incompleto de bem-estar sendo imperativo avaliar a satisfação com a vida e as emoções positivas. A avaliação individual de bem-estar é determinada pelo estado afetivo presente e pela avaliação cognitiva da vida.

De acordo com Diener (1984) a satisfação com a vida é um processo de julgamento cognitivo avaliativo global da própria vida, em que compara as circunstâncias da vida real com as expectativas e desejos de vida. Como tal, quanto mais baixa for a diferença entre a percepção das circunstâncias da vida real de um indivíduo e o seu padrão de referência, mais elevados irão ser os seus níveis de satisfação com a vida. Para Diener (2000) a satisfação com a vida pode ser ajustada pelo afeto, uma vez que as pessoas que apresentam maior satisfação com a vida são aquelas que possuem maior suporte afetivo.

A satisfação com a vida é um dos principais critérios para um EBS, sendo comumente, influenciada pelas alterações físicas, mentais e sociais, bem como pela percepção que o indivíduo tem de si próprio (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Paúl & Fonseca, 2005).

Uma das formas de avaliar a satisfação com a vida é através da Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990), uma vez que permite medir a satisfação com a vida enquanto processo de julgamento cognitivo, no sentido de avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo fez sobre a qualidade da própria vida (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005).

Em suma, com a diminuição ou perda da funcionalidade inerente ao processo de envelhecimento e, o consequente aumento da vulnerabilidade biopsicossocial da população mais velha, que conduz uma série de constrangimentos para a satisfação e qualidade de vida, faz com que sejam cada vez mais as suas necessidades. Estas devem ser colmatadas através do recurso a serviços comunitários.

4.2. Aspetos macro - orientados para a comunidade

Utilização e necessidade de serviços comunitários

A utilização de serviços reflete a necessidade percebida ou sentida pela pessoa mais velha em requerer apoio para se manter seguro no seu ambiente envolvente (Rodrigues, 2009). No entender do autor, torna-se relevante que as respostas às necessidades deste grupo populacional não passem apenas pelos serviços de saúde mas, também, pela combinação de esforços entre estes e os serviços de apoio social. Pois, como o mesmo autor refere, a estratégia de uma resposta adequada em termos de saúde pressupõe a colaboração dos restantes recursos da comunidade num objetivo comum. Assim, a população mais velha requer uma coordenação dos serviços públicos, efetiva e eficiente, que lhes permita manter os níveis de autonomia e independência durante o maior tempo possível.

De acordo com a WHO (2002) um dos determinantes para o envelhecimento ativo são os serviços sociais e de saúde, estes devem ser integrados, coordenados e eficazes em termos de custos. Não pode haver discriminação de idade na provisão de serviços e os provedores destes devem tratar as pessoas de todas as idades com dignidade e respeito. De acordo com o Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (OMS, 2007), os serviços comunitários devem se adaptar às diferentes necessidades e capacidades das pessoas mais velhas, estes devem ser suficientes e de boa qualidade. Devem ser apropriados e acessíveis, uma vez que estes serviços, nomeadamente os serviços de saúde e de apoio social, são fundamentais para a manutenção da autonomia e da independência.

De acordo com um estudo levado a cabo por Stoddart, Whitley, Harvey e Sharp (2002), são as pessoas mais velhas mais velhas, viúvas, sem transporte próprio quem mais utiliza serviços comunitários (serviços domiciliários, públicos e privados), assim como as

mais dependentes, com problemas cognitivos e emocionais e dificuldades de mobilidade. Para estes autores, a compreensão dos determinantes para o uso de serviços é fundamental devido ao número crescente de pessoas mais velhas na população e à política do *aging in place*.

Desta forma, o conhecimento da utilização e da necessidade sentida de serviços comunitários, por parte das pessoas mais velhas, torna-se uma dimensão primordial que reforça a pertinência da Avaliação Gerontológica Multidimensional para a adequação dos serviços face às necessidades identificadas. Neste sentido, o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007), surge como uma das ferramentas mais importantes atualmente disponíveis para a avaliação neste domínio, uma vez que mede a utilização e a necessidade percebida de vários tipos de serviços, o que permite a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões fundamentadas sobre o impacto de recursos e serviços.

4.3. Síntese dos aspetos principais

Nesta secção, e antes de apresentarmos uma síntese dos aspetos mais relevantes para o estudo empírico, apresenta-se uma breve revisão da investigação para as variáveis em estudo.

No que diz respeito à funcionalidade, Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2003) efetuaram um estudo sobre a capacidade para AIVD, redes de suporte social, satisfação e qualidade de vida. Este estudo contou com uma amostra de 234 idosos (117 de áreas rurais e 117 de áreas urbanas), com média de idade de 75 anos, maioritariamente do sexo feminino (61%). Os resultados deste estudo mostram que as duas comunidades são diferentes em algumas características sociodemográficas, como a escolaridade e a situação financeira (favorecendo os idosos urbanos) e o nível de autonomia (maior em idosos rurais). Relativamente à rede social, esta é maior para idosos rurais, no entanto, essa rede é mais alargada a familiares e amigos e mais reduzida de confidentes. Por sua vez, no que concerne à satisfação com a vida, os idosos rurais apresentam menor sentimento de ansiedade, bem como uma atitude mais positiva em relação ao seu próprio envelhecimento, não obstante, ambas as comunidades têm um sentimento semelhante de

solidão e uma percepção um pouco negativa de saúde e qualidade de vida. Por último, ambos os grupos de participantes consideram o envelhecimento no local como muito importante e exigem mais serviços comunitários.

Nunes, Nakatani, Silveira, Bachion e Souza (2010) administraram um questionário sociodemográfico e os Índices de Barthel e Lawton numa amostra de 388 idosos, sendo que a maioria (57,5%) tinha entre 60 e 69 anos, 58,5% eram mulheres e 39,7% eram analfabetos. Como principais resultados, verificou-se que 34,8% dos participantes necessitavam de ajuda em uma ou mais ABVD e 60,6% nas AIVD. Os fatores mais frequentemente associados a essa dependência em ambas as atividades foram a falta de equilíbrio e mobilidade reduzida, depressão, défice cognitivo e idade superior a 80 anos.

Relativamente ao funcionamento cognitivo, Freitas e colaboradores (2015) efetuaram um estudo normativo do MMSE para a população portuguesa, onde analisaram a influência de variáveis sociodemográficas sobre o desempenho dos participantes no teste. Por meio de uma amostra constituída por 850 indivíduos adultos cognitivamente saudáveis, os investigadores verificaram que a idade contribui significativamente para explicar a variância de scores do MMSE (aproximadamente 26%). A par da escolaridade, que explica cerca de 18% da variância dos resultados do MMSE. Ou seja, de acordo com este estudo, quanto mais velhos e menos escolarizados forem os indivíduos, pior é o desempenho cognitivo. No entanto, os investigadores constataram que variáveis como género, estado civil e emprego não tem efeitos significativos sobre os resultados do MMSE.

Diniz, Volpe e Tavares (2007) avaliaram o impacto do nível educacional e da idade no desempenho no MMSE (versão portuguesa) em idosos residentes na comunidade. Numa amostra de 176 indivíduos com idades compreendidas entre 65 a 97 anos. Neste estudo, tanto a idade como a escolaridade produziram influência estatisticamente significativa na pontuação no MMSE. Sendo que, quanto maior a escolaridade do indivíduo, melhor é o seu desempenho no MMSE e quanto maior a sua idade, pior é a sua pontuação no MMSE.

Ribeiro e colaboradores (2012) efetuaram um estudo com o objetivo de traduzir e validar, para uma amostra portuguesa, o LSNS-6, a versão reduzida de um instrumento especificamente criado para avaliar as redes sociais dos mais velhos. Este estudo contou

com uma amostra de 207 participantes com idades compreendidas entre 65 e 96 anos ($M=77,2$). Todos os participantes são residentes em Portugal Continental e a maioria reside numa vila ou aldeia (88,4%), é do sexo feminino (62%), casada (48,8%) e apresenta menos de 4 anos de escolaridade (58,9%). Na sua globalidade, os resultados obtidos apontam que 15% dos participantes apresentam um valor de risco isolamento social. Além disso, a variação dos resultados da escala e subescalas por grupo etário e em relação ao género evidenciaram que a rede social (no score total e em ambas as subescalas) revela ser inferior nos participantes mais velhos. Relativamente ao género, a relevância das diferenças apontaram um menor isolamento para os homens na subescala “Amigos”.

Rodrigues (2009) avaliou o estado funcional e a utilização e necessidade sentida de serviços em pessoas com 65 ou mais anos. Foi aplicado a uma amostra de 202 participantes o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos. Como principais resultados o autor refere que as mulheres e os idosos com 85 ou mais anos apresentam mais incapacidade funcional, e surgem como os maiores utilizadores de serviços. Os serviços com maior utilização encontram-se no grupo de serviços de apoio económico (ajuda económica em geral) e de saúde (consultas médicas). Os de maior necessidade sentida surgem no grupo de serviços gerais de apoio (serviços de monitorização, serviços domésticos e serviços administrativos).

Bastos, Faria, Moreira, Morais, Melo-de-Carvalho e Paúl (2015b) apresentam um estudo que teve como objetivo analisar diferenças entre grupos ecológicos de vizinhança em quatro dimensões: humana, física ou institucional, atividade social ou coletiva, acessibilidade e funcionamento individual. Este estudo contou com uma amostra de 3% da população com 65 ou mais anos a residir na comunidade em cinco freguesias da cidade de Viana do Castelo, estratificada por idade e género. A recolha de dados foi feita através de um protocolo de avaliação que incluiu a versão em portuguesa dos índices de Barthel e Lawton, o MMSE e a GDS-15. Os 162 participantes tinham idade média de 75 anos ($dp = 7,0$), 54% eram mulheres e 90% tinham menos de 7 anos de escolaridade. A maioria dos participantes eram independentes nas ABVD ($M=90$) e moderadamente dependentes nas AIVD ($M=13$), 20% apresentaram comprometimento cognitivo e uma pontuação média de 8 pontos na GDS-15. Além disso, este estudo encontrou algumas diferenças entre grupos

etários, sendo que os idosos mais velhos apresentaram piores resultados na funcionalidade para as AIVD, no MMSE, bem como na GDS-15.

Sá (2013) avaliou as capacidades e necessidades de pessoas com 65 ou mais anos a viver só em zonas rurais geograficamente isoladas, através do Protocolo de Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP_GeroSOC_R.2013; Bastos *et al.*, 2013). Este estudo contou com uma amostra de 38 participantes com média de idades de 75 anos, maioritariamente do sexo feminino (60,5%), com grau de escolaridade reduzido (65,8%) e viúvos (44,7%). Como principais resultados a autora destaca que a maioria dos participantes (60,5%) é independente nas ABVD e moderadamente dependente nas AIVD e não apresenta défice cognitivo (86,8%). Relativamente às redes sociais observou que 28,9% apresenta maior risco de isolamento social e quanto à satisfação com a vida, os participantes obtêm valores médios de 23,2 pontos. No que diz respeito à utilização e necessidade de serviços comunitários, os serviços mais utilizados são os de monitorização e os serviços legais ou administrativos, utilizados por 44,7% dos participantes. Além disso, 44,7% dos participantes referem necessitar de transporte mais vezes do que dispõe.

Pereira (2016) analisou a capacidade funcional, cognitiva e socioemocional em função das características sociodemográficas, as relações entre características sociodemográficas e as dimensões do envelhecimento e avaliou a utilização e a necessidade percebida dos serviços comunitários associados ao envelhecimento, através do Protocolo de Avaliação ANCEP_GeroSOC.R (Bastos *et al.*, 2013). Este estudo contou com 124 participantes, maioritariamente do sexo feminino (55,6%), com uma média de idade de 74 anos e com 1-4 anos de escolaridade (74,2%). Como principais resultados a autora refere que 83,9% dos participantes são independentes nas ABVD e 54,8% nas AIVD, 73,4% não apresenta défice cognitivo e o risco de isolamento social é reduzido (16,9%). Quanto à utilização e necessidade de serviços comunitários os serviços mais utilizados são o uso de medicamentos psicotrópicos (50,8%) e os serviços de transporte (42,7%) e o serviço com maior necessidade percebida face à utilização é o serviço de desporto. De acordo com este estudo, os idosos mais dependentes são os que mais utilizam os serviços, à exceção dos serviços sociais e recreativos.

Foram abordados ao longo deste capítulo aspetos sobre áreas-chave do envelhecimento que enquadram a construção deste estudo, sendo importante sintetizar algumas ideias principais. Deste modo, importa salientar que o aumento significativo da população idosa e o desafio que tal representa quer a nível social quer individual, foi uma das principais razões para que o estudo do processo de envelhecimento ganhasse um relevo e uma prioridade indiscutíveis.

A longevidade humana é, certamente, das maiores conquistas da humanidade do último século, mas o facto de as pessoas viverem cada vez mais anos, não significa que estejam a envelhecer bem e com qualidade de vida. Assim, a longevidade torna-se um dos maiores desafios da atualidade, pois, mais importante que viver muitos anos, é vivê-los com qualidade. Mas será que a nossa sociedade e as comunidades estão preparadas para lidar com as necessidades de uma população cada vez mais envelhecida?

Apesar das pessoas mais velhas não serem um grupo de risco enquanto tal, com o processo de envelhecimento há uma maior vulnerabilidade biopsicossocial, estando a pessoa mais velha mais suscetível a acontecimentos de vida que levam, muitas das vezes, à redução da qualidade da mesma. No entanto, alguns modelos de envelhecimento bem-sucedido e ativo veem as pessoas mais velhas como proativas que podem e devem regular a sua qualidade de vida através da definição e concretização de objetivos. Para tal, os indivíduos devem envolver-se de forma proativa ao longo de toda a vida, através da utilização de recursos profícuos que contribuam para uma melhor adaptação às mudanças e aos desafios inerentes ao processo de envelhecimento humano.

Ao darmos ênfase à capacidade proativa adaptativa mediante situações adversas enfrentadas pelas pessoas mais velhas, desconstruímos o mito do declínio uniforme na idade avançada, característico das concepções biológicas. Muitas pessoas podem, efetivamente, alcançar um balanço positivo entre ganhos e perdas em idades avançadas. Acreditamos que as perdas na capacidade da reserva biológica podem ser compensadas com ganhos na resiliência psicológica, sendo possível alocar reservas para evitar efeitos negativos ou patológicos causados pelo processo de envelhecimento.

Porém, sabendo que a capacidade de adaptação (plasticidade) humana diminui ao longo do ciclo de vida, em especial na 4ª idade, ficando a pessoa idosa mais sensível às influências do meio ambiente (determinante na promoção do bem-estar e qualidade de

vida), é fundamental atender às características ambientais para uma melhor compreensão dos processos diferenciados de envelhecimento. Assim, viver na comunidade, e mais concretamente na sua casa, de forma bem-sucedida, ativa e proativa não depende apenas do indivíduo mas de tudo que o rodeia.

Deste modo, as necessidades e os problemas com que se debatem as pessoas mais velhas deverão ser avaliados, para que entidades responsáveis possam delinear medidas/ações programáticas e alocar serviços por um lado, preventivos e promotores das capacidades e autonomia das pessoas mais velhas e, por outro, responsivos às situações de maior vulnerabilidade biopsicossocial, numa lógica de envelhecimento ativo e bem-sucedido no lugar. Neste sentido, torna-se imprescindível que as entidades locais (e.g. Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia) procedam a uma Avaliação Gerontológica Multidimensional, assente numa visão integrada do processo de envelhecimento através da combinação de aspetos micro (necessidades e potencialidades do indivíduo) e macro (utilização e necessidade percebida dos serviços comunitários), como ponto de partida para o desenho de Planos Gerontológicos.

Finalizada a revisão da literatura, há razões para pensar que uma das linhas de intervenção em Gerontologia Social passa pela Avaliação Gerontológica Multidimensional, em contextos específicos, como ponto de partida para o desenho de Planos de Intervenção.

Neste contexto, o presente estudo proceder-se-á a uma micro e macroanálise do envelhecimento, orientada para as dimensões do funcionamento individual e para a utilização e necessidade de serviços comunitários, respetivamente, com o objetivo de (1) caracterizar a população em estudo em função das características sociodemográficas, capacidades funcionais, cognitivas e socio-emocionais; (2) analisar as dimensões do envelhecimento em função das características sociodemográficas; e (3) avaliar a utilização e necessidade percebida dos serviços comunitários. Pretende-se, assim, com este estudo contribuir para o conhecimento sobre o perfil das pessoas mais velhas que residem no concelho de Vila Verde, identificando necessidades e potencialidades que permitam elaborar propostas inovadoras, para posteriormente traçar o Plano Gerontológico Municipal. Na sequência da revisão da literatura, e tendo em consideração os objetivos de estudo, apresenta-se em seguida o Plano de Investigação (Capítulo II – Método).

CAPÍTULO II – MÉTODO

Neste capítulo, apresentam-se as opções metodológicas mais relevantes para se proceder à avaliação gerontológica multidimensional no Município de Vila Verde.

1. Plano de Investigação e participantes

O presente estudo terá lugar em duas Uniões de freguesia da Região Centro do Município de Vila Verde, nomeadamente, a União de Freguesias de Pico de Regalados, Gondães e Mós e a União de Freguesias de Vila Verde e Barbudo.

O Município de Vila Verde é um concelho do distrito de Braga com uma área de 228,67 Km² distribuída administrativamente por 33 freguesias (ver figura 2) e uma população de 47 546 habitantes (Censos, 2011). Considerado como um dos concelhos maiores da província do Minho e o terceiro mais populoso do Distrito, logo a seguir aos núcleos urbanos de Barcelos e Braga, apresentando em 2011 uma densidade populacional de 211,89 hab/Km² (Rede Social Vila Verde, 2015).

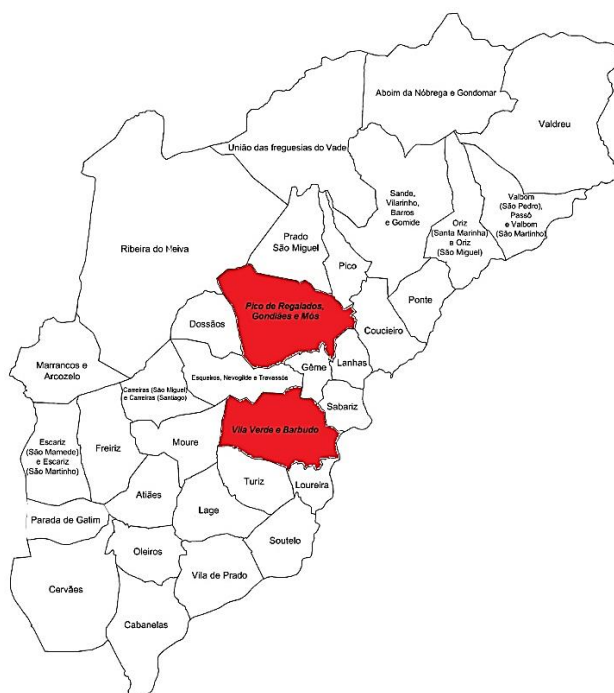


Figura 2. Concelho de Vila Verde (Rede Social Vila Verde, 2015)

O Município de Vila Verde, localizado no NUTS III – Cávado, situa-se na parte noroeste do país, em pleno centro do Minho, confinando com os municípios de Ponte da Barca a norte, Terras de Bouro e Amares a nascente, Ponte de Lima e Barcelos a poente e Braga a sul.

Relativamente à população mais envelhecida, importa destacar que do total de 47 548 habitantes, 8 301 têm idade igual ou superior a 65 anos (17, 33%), apresentando um índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) de 103,8.

Por questões de exequibilidade prática do estudo no tempo previsto, foram apenas incluídas neste estudo duas Uniões de Freguesia que englobam cinco freguesias, nomeadamente a União de freguesias de Vila Verde e Barbudo e a União de freguesias de Pico de Regalados, Gondíães e Mós (assinaladas a vermelho na figura 1), onde residem, de acordo com os Censos (2011), cerca de 18% da população total do concelho (8 562 habitantes).

Tabela 1. População Residente (N.º) por Freguesia em estudo, Superfície (Km²) e Densidade Populacional (Hab./Km²) (Rede Social Vila Verde, 2015)

Freguesia	HM	H	M	Superfície (Km ²)	Densidade Populacional (Hab./Km ²)
União de Freguesias de Pico de Regalados, Gondíães e Mós	1515	717	798	9,53	158,97
União de Freguesias de Vila Verde e Barbudo	7047	3380	3667	7,52	937,10

Relativamente à densidade populacional nestas duas Uniões de Freguesias, como se pode verificar na Tabela 1, há uma grande discrepância de valores entre elas, pois apesar de ambas estarem situadas na região centro do concelho, enquanto a União de Freguesias de Pico de Regalados, Gondíães e Mós é mais rural, a União de Freguesias de Vila Verde e Barbudo é mais urbana. Podendo estes valores estarem associados à sua situação geográfica e estratégica face ao centro urbano de Braga, quer pela sua dinâmica socioeconómica, quer pelos traços de urbanidade, que proporcionam melhores acessibilidades (Rede Social Vila Verde, 2015).

Importa ainda referir que do total de 8 562 habitantes nas duas Uniões de Freguesia, 1 226 têm 65 ou mais anos (14,3%). Na Tabela 2 podemos observar que a freguesia com maior número de pessoas com 65 ou mais anos é a Freguesia de Vila Verde, uma vez que é a freguesia com maior população. No entanto, é a freguesia com menor percentagem de pessoas com 65 ou mais anos face à população total (11,4%). Por sua vez, verificamos que

a freguesia com menor número de pessoas mais velhas é a freguesia de Mós, uma vez que é a freguesia com menor número de habitantes, porém é a freguesia com a percentagem mais elevada de pessoas com 65 ou mais anos (20,7%).

Tabela 2. População residente total e com 65 ou mais anos por freguesia em estudo (Censos, 2011)

Freguesias	Total	65 ou mais anos			
		HM		H	M
		n	%	n	n
Vila Verde	4647	532	11,4	236	296
Barbudo	2400	411	17,1	166	245
Pico de Regalados	845	157	18,6	74	83
Gondiães	347	59	17,0	26	33
Mós	323	67	20,7	29	38

Participaram neste estudo indivíduos com 65 ou mais anos residentes de duas Uniãos de Freguesias do Concelho de Vila Verde a viver na comunidade/casa. Para cada uma das freguesias, estimou-se inquirir 5% da população com 65 ou mais anos, respeitando a distribuição por pequenos grupos etários e por grupos de género, de acordo com os Censos da População 2011, como se pode verificar na Tabela 3 (INE, 2012). Assim, previa-se incluir neste estudo 85 participantes, no entanto, devido à inexistência de indivíduos do género masculino com 90 ou mais anos em duas freguesias, apenas foram incluídos neste estudo 83 participantes. Respetivamente, 12 em Pico de Regalados, 11 em Mós, 11 em Gondiães, 28 em Vila Verde e 21 em Barbudo.

Tabela 3. Distribuição amostral (5% do total da população com 65 ou mais anos, Censos 2011)

Grupo etário	Zona Geográfica														
	Pico de Regalados			Gondiães			Mós			Vila Verde			Barbudo		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
65-69	2	1	1	2	1*	1*	2	1*	1*	8	4	5	4	2	2
70-74	2	1	1	2	1*	1*	2	1	1*	9	3	3	4	2	2
75-79	2	1	1	2	1	1*	2	1*	1	6	2	3	4	2	2
80-84	2	1	1	2	1*	1*	2	1*	1*	5	2	2	4	1	3
85-89	2	1*	1	2	1*	1*	2	1*	1*	3	1	1	3	1	2
90+	2	1*	1*	2	1*	1*	2	1*	1*	2	1*	1	2	1*	1
Total	12	6	6	12	6	6	12	6	6	28	13	15	21	9	12

*Apesar da representatividade (5%) deste grupo etário ser zero, sempre que possível será entrevistada uma pessoa nesta faixa etária.

A amostra ($n = 83$) ultrapassa os 5% da população idosa residente nas Uniãos de Freguesias do Concelho de Vila Verde selecionadas, uma vez que, segundo as normas da investigação de base comunitária todas as faixas etárias devem estar presentes no estudo, não omitindo, se possível, nenhum caso em que 5% tivesse representatividade zero.

Relativamente às estratégias de amostragem, foram utilizados procedimentos não probabilísticos, com recurso à técnica “bola de neve”. Assim, foram incluídos no presente estudo todos os indivíduos que cumpriam o critério de inclusão género e grupo etário, e que, facultando o seu consentimento informado, aceitaram participar neste estudo.

2. Instrumentos de recolha de dados

No sentido de responder aos objetivos do estudo, foi elaborado pela equipa de investigação o Consentimento Informado (ANEXO I) e o protocolo de avaliação gerontológica multidimensional - *Protocolo de Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias* Associadas ao Envelhecimento da População (ANCEPGeroSOC_Revisto; Bastos, Faria, Moreira & Melo de Carvalho, 2013). Este protocolo é parte integrante de um projeto de investigação-intervenção de base comunitária - *Envelhecer a Norte*.

O protocolo anteriormente mencionado é composto por uma parte inicial que diz respeito à ficha sociodemográfica, por sete instrumentos, respetivamente, Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo *et al.*, 2007), Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein *et al.*, 1975; Guerreiro *et al.*, 1994; Morgado *et al.*, 2009; Freitas *et al.*, 2015), Escala Breve de redes sociais de Lubben (LSNS-6; Lubben, 1988; Ribeiro *et al.*, 2012), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15; Yesavage *et al.*, 1983; Barreto *et al.*, 2003), Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007) e Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Diener *et al.*, 1985; Neto *et al.*, 1990) e, por último, um grupo de questões finais.

A **ficha sociodemográfica**, composta por questões de resposta aberta e fechada, permite caraterizar, de forma global, a população em estudo. Esta ficha avalia um conjunto de aspetos sociodemográficos relativos à pessoa (género, idade, estado civil, escolaridade,

entre outros), dados relativos à habitação e sobre a ecologia ao lugar (acessibilidade e bens e serviços).

O **Índice de Barthel** (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) é um instrumento que avalia a funcionalidade para a realização de dez *atividades básicas de vida diária* (ABVD): alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência da cadeira – cama e deambulação. Cada item apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 (zero) corresponde à dependência total e 5, 10 ou 15 correspondem aos níveis de diferenciação da independência. A amplitude da cotação das respostas pode variar entre 0 e 100, no qual uma maior pontuação indica maior grau de independência na ABVD, de acordo com os seguintes pontos de corte: 1) entre 90 e 100 - independente; 2) entre 60 e 85 - ligeiramente dependente; 3) entre 40 e 55 - moderadamente dependente; 4) entre 20 a 35 - severamente dependente; e 5) inferior a 20 - totalmente dependente. No que diz respeito às características psicométricas, no estudo de Araújo e colaboradores (2007) verifica-se que o Índice de Barthel apresenta boa consistência interna, com um elevado nível de fidelidade, suportado por um α de *Cronbach* de 0,96. De acordo com estes autores, o estudo das propriedades psicométricas deste instrumento revelam que é efetivamente um instrumento fiável, e que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas mais velhas, de uma forma objetiva, no contexto comunitário.

O **Índice de Lawton** (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) é um instrumento de avaliação das *atividades instrumentais da vida diária* (AIVD), permitindo avaliar o grau de dependência nesse tipo de atividades, quer de forma global, como de forma parcelar em cada uma das oito atividades que inclui, sendo elas: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização do transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação. Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3 (ex., “lavar a roupa”), de 1 a 4 (ex., “preparar a comida”) ou de 1 a 5 (ex., “cuidar da casa”), em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O Índice de Lawton, global varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte: (1) valor 8 – *independente*; (2) entre 9 – 20 pontos – *moderadamente dependente*, necessita

de uma certa ajuda; (3) superior a 20 pontos – *severamente dependente*, necessita de muita ajuda. No que respeita às qualidades psicométricas desta medida, e de acordo com o estudo de adaptação para a língua portuguesa, o Índice de Lawton apresenta boa *consistência interna* (α de *Cronbach* de 0,92), em termos de validade foi efetuada uma análise de componentes principais através do método de *Varimax*, sendo que se sobressai um fator que explica 65% da variância total, o que explica o carácter unidimensional deste instrumento (Sequeira, 2007).

O **Mini-Mental State Examination** (MMSE; Folstein *et al.*, 1975; Guerreiro, *et al.*, 1994; Morgado *et al.*, 2009; Freitas *et al.*, 2015) é um teste de rastreio de défice cognitivo que avalia de forma rápida e simples um conjunto de funções cognitivas. Este instrumento inclui 30 questões organizadas em seis domínios cognitivos: (1) orientação; (2) retenção; (3) atenção e cálculo; (4) evocação; (5) linguagem; e (6) habilidade construtiva. Cada item do teste é pontuado com 0 ou 1 ponto e a cotação total varia entre 0 e 30 pontos, correspondendo este último ao melhor desempenho, ou seja, ausência de deterioração cognitiva. Para o presente estudo foram utilizados os pontos de corte de Freitas e colaboradores (2015) para a população portuguesa com 65 ou mais anos, considerando os valores abaixo do desvio padrão de 1,5 valores face à pontuação média deste grupo etário do estudo normativo: para 1-4 anos de escolaridade o ponto de corte definido como indicador de défice cognitivo foi 26 pontos, para 5-9 anos, 10-12 anos e mais de 12 anos o ponto de corte definido foi de 28 pontos. No que diz respeito às qualidades psicométricas deste instrumento, e de acordo com o estudo de Freitas e colaboradores (2015), o Mini-Mental State Examination (MMSE) apresenta um valor moderado em relação à consistência interna (α de *Cronbach* de 0,464).

A **Escala Breve de Redes Sociais de Lubben** (LSNS-6; Lubben, 1988; Ribeiro *et al.*, 2012) é uma escala breve que avalia a integração social e o risco de isolamento social em pessoas mais velhas residentes na comunidade, através da medição da perceção do apoio social recebido por familiares e amigos. Avalia o tamanho, a proximidade e a frequência dos contactos da rede social do indivíduo. Esta escala é constituída por dois conjuntos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. A pontuação total da LSNS-6 resulta do somatório dos 6 itens, podendo esta variar entre 0 e 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre

0 e 5. As pontuações inferiores a 12 indicam maior risco de isolamento social. No que concerne às características psicométricas, a LSNS-6 apresenta uma consistência interna adequada (α de Cronbach de 0,798).

A **Escala de Depressão Geriátrica** (GDS-15; Yesavage *et al.*, 1983; Barreto *et al.*, 2003) avalia a presença de sintomas depressivos na população idosa, através dum conjunto de itens considerados fortemente correlacionados com o diagnóstico de depressão. Esta versão foi especificamente construída para medir sintomatologia depressiva na população idosa, a qual é constituída por quinze questões de resposta dicotómica (sim/não). Relativamente à cotação, ao responder afirmativamente às questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 e negativamente às questões 1, 5, 7, 11 e 13 é atribuído a cada questão 1 ponto, caso a resposta seja contrária a esta será atribuído a cada questão 0 pontos, podendo a cotação total da escala variar entre 0 e 15 pontos. Como pontos de corte a versão original define que uma cotação de 5 ou mais pontos determina depressão e um total igual ou maior que 11 caracteriza depressão severa (Cardão, 2009). Para o presente estudo foram utilizados os pontos de corte de Simões, Prieto, Pinho, Sobral e Firmino (2015): 0-4 (“normal”); 5-8 (“depressão ligeira”); 9-11 (“depressão moderada”); e 12-15 (“depressão severa”). No que diz respeito às características psicométricas, a GDS-15 apresenta boa consistência interna (α de Cronbach de 0,83).

O **Questionário de avaliação Funcional Multidimensional dos Idosos** (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007) foi desenvolvido para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida dos idosos (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária) e mede, também, a utilização e a necessidade percebida de vários tipos de serviços, o que permite a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões fundamentadas sobre o impacto de recursos e serviços (Rodrigues, 2008). A recolha de dados é realizada através de entrevista pessoal à pessoa mais velha, ou, no caso de impossibilidade desta, a um informante ou a ambos. Este questionário encontra-se dividido em duas partes: (A) Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional (QAFM); e (B) Questionário de Avaliação de Serviços (QAS). Apesar do OARS ser um questionário muito abrangente, o facto de este estar dividido em duas partes (A e B) permite optar-se por não o utilizar na sua completude. Assim, neste estudo, apenas foi utilizada a parte B (QAS) do questionário,

que diz respeito à avaliação da utilização e a necessidade percebida de serviços, avaliando 19 serviços distribuídos em seis categorias: (1) serviços gerais de apoio; (2) serviços sociais e recreativos; (3) serviços de saúde; (4) serviços de apoio econômico; (5) serviços de apoio, avaliação e coordenação; e (6) serviços não classificados (Fillenbaum, 1988, como citado em Rodrigues, 2008). Estes são avaliados através da utilização atual (nos últimos 6 meses), a frequência com que são utilizados e a necessidade percebida. No que se refere às características psicométricas, para comprovar a existência de coerência interna e a validade de construção da adaptação da versão portuguesa foi realizada a análise fatorial (α de *Cronbach*) dos itens subjetivos, agrupando-os tal como na versão original, sendo que para as cinco escalas de avaliação funcional do instrumento o α de *Cronbach* situou-se entre 0,64 e 0,91.

A **Escala de Satisfação com a Vida** (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990) mede a satisfação com a vida enquanto processo de julgamento cognitivo, no sentido de avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo fez sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005). Esta escala é composta por cinco itens, todos formulados no sentido positivo, tipificados numa escala de tipo Likert de 7 pontosa, ou seja, para cada item existe sete possibilidades de resposta: (1) Totalmente em desacordo; (2) Desacordo; (3) Ligeiramente em desacordo; (4) Nem de acordo nem em desacordo; (5) Ligeiramente de acordo; (6) Acordo; (7) Totalmente de acordo. Podendo, assim, a pontuação total variar entre 5 e 35 pontos, sendo que a pontuação 20 apresenta o ponto médio, ou seja, igualdade de satisfação e insatisfação. A versão original apresenta os seguintes pontos de corte: pontuações entre 5 e 9 indicam extrema insatisfação com a vida, 10 e 14 pontos referem insatisfação, 15 e 19 pontos apontam para ligeira insatisfação, 21 e 25 pontos sugerem ligeira satisfação, 26 e 30 pontos indicam satisfação e 31 e 35 referem extrema satisfação (Pavot & Diener, 1993). Por sua vez, a versão portuguesa de Neto e colaboradores (1990) não definiu pontos de corte. Relativamente às características psicométricas da escala, este apresenta uma consistência interna adequada com um α de *Cronbach* de 0,78.

3. Procedimentos de recolha de dados

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

Numa primeira fase, foi estabelecido o contacto com a Vereação do Pelouro da Ação Social da Câmara Municipal de Vila Verde, no sentido de delinear estratégias que facilitassem o acesso à amostra. Através do Pelouro da Ação Social da Câmara Municipal de Vila Verde foram estabelecidos os primeiros contactos telefónicos com os presidentes de Junta das duas Uniões de Freguesias em estudo, com a finalidade de divulgar o mesmo junto da população alvo.

A recolha de dados decorreu entre 22 de maio a 15 de julho de 2016 através de entrevistas presenciais que foram agendadas mediante a disponibilidade dos participantes.

O protocolo ANCEPGeroSOC (Bastos *et al.*, 2013) foi administrado aos participantes presencialmente em casa ou outros locais previamente combinados, como juntas de freguesia e centro de dia.

Para garantir as questões éticas e deontológicas, no início de cada entrevista foram explicados o carácter e os objetivos do estudo aos participantes, bem como a disponibilidade temporal que se esperava deles. Foi ainda explicado de forma clara que a participação era voluntária bem como a liberdade de desistência a qualquer momento da entrevista. Foi assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos e garantido o anonimato dos protocolos. Estas informações foram também apresentadas por escrito sob a forma de um consentimento informado que, depois de lido e explicado, foi assinado pelos participantes, bem como pela investigadora.

Após concordância dos participantes, procedeu-se à administração do protocolo de investigação. Sendo que a informação foi recolhida através de procedimentos de hetero-administração (entrevista) assistida pela investigadora. Em média, a administração do protocolo durou cerca de 45 minutos.

4. Estratégias de análise de dados

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24, recorrendo-se a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial, no sentido da exploração de associações entre variáveis e diferenças de grupos.

Deste modo, tendo por referência os objetivos do presente trabalho e no sentido de caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico, das suas capacidades e do seu ambiente proximal, realizaram-se análises de estatística descritiva referentes a frequências absolutas e relativas para descrever variáveis categóricas e ordinais, bem como medidas de tendência central, como a média e medidas de dispersão, como o desvio-padrão, para a descrição de variáveis intervalares.

Posteriormente, procedeu-se à análise estatística inferencial, tendo sido utilizados diferentes testes estatísticos de forma a analisar a associação entre características sociodemográficas (idade, género e escolaridade) e diferentes dimensões do envelhecimento. Assim, uma vez que as variáveis género e escolaridade não seguiam uma distribuição normal (verificada através do teste Kolmogorov- Smirnov), foram utilizados os testes não paramétricos U de Mann-Whitney (para comparar dois grupos independentes) e o Kruskal Wallis Test (para comparar mais de dois grupos independentes), respetivamente. Relativamente à variável idade foi utilizado o teste t de amostras independentes dado que a mesma seguia uma distribuição normal.

Para efetuar a análise contrastada entre o número de participantes que utilizam os diferentes serviços comunitários e o número de participantes que considera necessitar dos mesmos, foi calculada a diferença entre estes numerais. Por fim, procedeu-se à análise da associação entre a utilização de serviços comunitários e a funcionalidade nas AIVD, usando o teste qui quadrado; quando a frequência esperada segundo a hipótese de independência foi inferior a 1 usou-se o teste de Fisher.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados relativos à avaliação gerontológica multidimensional realizada à população com 65 ou mais anos do concelho de Vila Verde. Inicialmente são descritas as características sociodemográficas dos participantes e do seu ambiente proximal. Posteriormente, segue-se a apresentação dos resultados referentes à avaliação das capacidades individuais (dimensões do funcionamento), bem como as necessidades ligadas à utilização de serviços comunitários num território mais alargado.

1. Descrição sociodemográfica dos participantes e seu ambiente proximal

Como se pode observar na Tabela 4, no presente estudo, foram inquiridos 83 indivíduos com 65 ou mais anos, 38 homens (45,8%) e 45 mulheres (54,2%), com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos ($M=77,1$, $dp=7,9$). Aproximadamente 60,2% ($n=50$) dos participantes têm entre 65 e 79 anos (3ª idade) e os restantes 39,8% ($n=33$) têm 80 ou mais anos (4ª idade).

Ao nível da escolaridade, verifica-se que em média, os participantes frequentaram a escola aproximadamente 4 anos ($M=3,66$, $dp=3,09$). Em termos mais específicos observa-se que 60,2% ($n=50$) têm entre 1 e 4 anos de escolaridade, 10,8% ($n=9$) entre 5 e 9 anos, 3,6% ($n=3$) entre 10 e 12 anos, 1,2% ($n=1$) dos participantes têm escolaridade superior ao ensino secundário. É de salientar que 24,1% ($n=20$) são analfabetos. Note-se que o grupo de participantes com 65-79 anos apresenta uma média de escolaridade ligeiramente superior ao grupo com 80 ou mais anos ($M=4,22$, $dp=2,8$ vs. $M=2,82$, $dp=3,35$, respetivamente).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes (53%) é casada, 37,3% são viúvos, 7,2% são solteiros e 2,4% separados ou divorciados. Na distribuição do estado civil pelos grupos etários verifica-se que no grupo com 65-79 anos, a maioria é casada (68%), enquanto mais de metade dos participantes com 80 ou mais anos (54,5%) são viúvos.

No que respeita ao nível de rendimentos atual mensal por pessoa, pode-se constatar que mais de metade dos participantes, mais precisamente 52,4 % dos participantes ($n=45$), têm rendimentos entre os 250 e os 499 euros, 25,6% dos participantes ($n=21$) entre os 500 e os 749 euros, 8,5% ($n=7$) entre os 1000 e os 1999 euros,

8,5% ($n=7$) inferior a 249 euros, 3,7% ($n=3$) entre 750 e 999 euros e, por último, apenas 1,2% ($n=1$) tem rendimentos mensais superiores a 2000 euros.

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	65-79 anos $n= 50$		80+ anos $n= 33$		Total $n= 83$	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Masculino	24	48	14	42,4	38	45,8
Feminino	26	52	19	57,6	45	54,2
Idade $M(dp)$						
	71,70 (4,25)		85,27 (4,08)		77,10 (7,87)	
Min-Max	65-79		80-93		65-93	
Escolaridade $M(dp)$						
	4,22 (2,8)		2,82 (3,35)		3,66 (3,09)	
Min-Max	0-12		0-15		0-15	
0	6	12	14	42,4	20	24,1
1-4	36	72	14	42,4	50	60,2
5-9	5	10	4	12,1	9	10,8
10-12	3	6	--	--	3	3,6
13+	--	--	1	3	1	1,2
Estado civil						
Solteiro	3	6	3	9,1	6	7,2
Casado/União de facto	34	68	10	30,3	44	53,0
Separado/divorciado	--	--	2	6,1	2	2,4
Viúvo	13	26	18	54,5	31	37,3
Nível de rendimentos atual mensal/pessoa^{a)}						
Inferior a 249	5	10	2	6,1	7	8,5
Entre 250 e 499	23	46,9	20	60,6	43	52,4
Entre 500 e 749	13	26,5	8	24,2	21	25,6
Entre 750 e 999	1	2	2	6,1	3	3,7
Entre 1000 e 1999	6	12,2	1	3	7	8,5
Superior a 2000	1	2	--	--	1	1,2
Sector de atividade profissional						
1º Sector – Agricultura	7	14	12	36,4	19	22,9
2º Sector -Indústria	7	14	2	6,1	9	10,8
3º Sector - Serviços	26	52	11	33,3	37	44,6
Outros	10	20	8	24,2	18	21,7

a) $n=82$

No que concerne ao sector de atividade profissional predominante ao longo da vida ativa, verifica-se que 44,6% dos participantes trabalhou no sector dos serviços, 22,9% na agricultura, 21,7% em outros e 10,8% na indústria. Na distribuição dos sectores de atividade por grupos etários note-se que enquanto a faixa etária dos 65 aos 79 anos a maioria dos participantes (52%) trabalhou no sector dos serviços, na faixa etária dos 80 ou

mais anos apenas 33,3 % trabalhou nesse sector, havendo uma maior percentagem de participantes, 36,4%, no sector da agricultura. De salientar, que a maioria dos participantes está reformada, à exceção de 3 participantes do género feminino (duas com 65 anos de idade e uma com 66 anos).

Tabela 5. Recursos económicos dos participantes face às necessidades percebidas

	Total n=83	
	n	%
São os rendimentos suficientes?		
Não	40	48,2
Sim, mas apenas chegam para os gastos	20	24,1
Cobrem sem problemas os gastos	23	27,7
Os rendimentos cobrem as necessidades?		
Com dificuldade	35	42,2
Razoavelmente	28	33,7
Muito bem	20	24,1
Os rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?		
Sim	18	21,7
Não	51	61,4
Ns/Nr	14	16,9
Necessita de ajuda económica extra, tendo em consideração os seus rendimentos?		
Sim	29	34,9
Não	45	54,2
Ns/Nr	9	10,8

Relativamente aos recursos económicos face às necessidades percebidas, como se pode observar na Tabela 5, 48,2% (n=40) dos participantes referem que os seus rendimentos não são suficientes, enquanto 27,7% (n=23) afirmam que os seus rendimentos cobrem, sem problema, os gastos e 24,1% (n=20) consideram que os seus rendimentos apenas chegam para os gastos. Quando questionados sobre se os rendimentos permitem fazer face a uma situação inesperada, mais de metade dos participantes (61,4%) referiram que não, sendo que apenas 21,7% afirmaram que sim.

Apesar da percentagem de participantes que consideram os seus rendimentos insuficientes, que cobrem as necessidades com dificuldade, ser a mais elevada, mais de metade dos participantes (54,2%) refere não precisar de ajuda económica extra, no entanto, 34,9% dos participantes consideram que precisam de ajuda.

Tabela 6. Condições da habitação/casa: acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato

	Total n=83	
	n	%
Casa com condições adequadas	80	96,4
Razões invocadas para avaliar as boas condições^{a)}		
Tem tudo que é preciso	26	44,1
É boa	15	25,4
Casa grande/espçosa	6	10,2
Obras recentes	11	18,6
Não tem escadas	1	1,7
Razões más condições^{b)}		
Condições mínimas	2	66,7
Casa velha e deteriorada	1	33,3
Tem barreiras arquitetónicas		
Escadas e banheira	3	3,6
Escadas	38	45,8
Banheira	1	1,2
Não tem barreiras arquitetónicas	41	49,4
Outros problemas		
Humidade	44	53,0
Recursos da casa		
Eletricidade	83	100,0
Televisão	83	100,0
Telefone/telemóvel	80	96,4
Aquecimento	35	42,2
Água canalizada	83	100,0
Saneamento	47	56,6
Dificuldades em deslocar-se fora de casa		
Sim	26	31,3
Não	57	68,7
Tipos de dificuldade/problemas^{c)}		
Problemas de locomoção/mobilidade	26	100,0

a) n=41; b) n=3; c) n=26

No que diz respeito à habitação, um total de 80 participantes (96,4%) considera que globalmente a sua casa tem condições adequadas às suas necessidades, sendo que apenas 41 dos participantes exploram as boas características das suas casas (Tabela 6). De entre estas características, destacam-se ter tudo o que é preciso (44,1%), ser uma casa boa (25,4%), ter obras recentes (18,6%) e ser grande/espçosa (10,2%), sendo a característica menos apontada a ausência de escadas (1,7%). Por sua vez, três participantes (3,6%) apontaram condições desfavoráveis da sua casa sendo que, dois dos participantes (66,7%) referem que a casa apenas possui as condições mínimas e um dos participantes (33,3%) considera que a sua casa é velha/deteriorada.

Dentro de casa, 42 participantes (50,6%) referem ter barreiras arquitetónicas que lhes dificultam a mobilidade. Como barreiras arquitetónicas, 38 participantes referiram as escadas, um referiu a banheira e três referiram ambas. Relativamente a outros problemas da casa, 44 dos participantes (53%) referem ter humidade em casa. Quanto aos recursos da casa, a totalidade dos participantes tem eletricidade, televisão e água canalizada em suas casas e 96,4% tem telefone ou telemóvel, por sua vez, apenas 56,5% dos participantes usufruem de saneamento e apenas 42,2% tem aquecimento. Relativamente à mobilidade fora de casa, 26 participantes (31,3%) referem sentir dificuldade em deslocar-se fora de casa de casa, nomeadamente devido a problemas de locomoção.

Tabela 7. Redes de vizinhança, serviços e necessidades das pessoas mais velhas

	Total n=83	
	n	%
Tempo que reside na freguesia <i>M (dp)</i>	51,7 (25,9)	
Min-Máx	0,5 - 93,0	
Relação com os vizinhos		
Próxima e amigável	81	97,6
Inexistente	-	-
Afastada	2	2,4
Conflituosa	-	-
Tem transporte público para ir da sua casa até:		
Segurança Social	38	45,8
Hospital	62	74,7
Finanças	37	44,6
Centro de Saúde	24	28,9
Piscina	44	53,0
Equipamentos sociais necessários na sua freguesia para apoiar as pessoas mais velhas		
Centro de Dia	83	100,0
Serviço de Apoio Domiciliário	82	98,8
ERPI (Estrutura Residencial para pessoas mais velhas)	81	97,6
Centro de Convívio	82	98,8
Centro de Noite	80	96,4
Acolhimento Familiar	67	80,7

Em média, os participantes residem na freguesia há aproximadamente 52 anos ($dp=25,9$), variando entre 0,5 e 93 anos (Tabela 7). Relativamente à relação com os vizinhos, a maioria dos participantes (97,6%) considera que é próxima e amigável, enquanto 2,4% considera que é afastada.

No que diz respeito à rede rodoviária, 74,7% dos participantes referem ter transporte público de sua casa ao hospital, 53% até à piscina, 45,8% até à Segurança Social, 44,6% até às Finanças e 28,9% até ao Centro de Saúde. Apesar de estas percentagens serem relativamente baixas, não significa que os participantes não tenham acesso a estes serviços, uma vez que alguns dos participantes têm Centro de Saúde, Hospital, Finanças, Segurança Social e Piscina na própria freguesia, deslocando-se a pé ou de transporte próprio ou com familiares.

Quando questionados sobre que equipamentos/respostas sociais seriam necessários para apoiar as pessoas mais velhas na sua freguesia, todos os participantes referiram o Centro de Dia (100%), 98,8% referiram o Serviço de Apoio Domiciliário e o Centro de Convívio, 97,6% a Estrutura Residencial para pessoas mais velhas, 96,4% o Centro de Noite e, por último, 80,7% o Acolhimento Familiar.

Tabela 8. Vantagens de viver na freguesia e necessidades percebidas

	Total n=83	
	n	%
Vantagens de viver na freguesia		
Localização geográfica (acesso a transportes e serviços)	33	39,7
Ambiente (sossego e paisagem)	22	26,5
Conheço toda a gente	4	4,8
Terra onde sempre viveu	13	15,6
Não tem vantagens	13	15,7
Outras	9	10,8
Ao residir aqui, do que sente mais falta?		
Nada	37	44,6
Serviços de saúde e sociais	8	9,6
Bens básicos (água canalizada, saneamento)	5	6,0
Serviços e comércio	8	9,6
Rede rodoviária (estradas)	7	8,4
Família, amigos, companhia	1	1,2
Recursos financeiros	2	2,4
Atividades lúdicas/lazer	10	12,0
Outros	7	8,4

Relativamente às vantagens da freguesia de residência, a vantagem mais referida pelos participantes foi a localização geográfica (39,7%), seguindo-se do ambiente sossegado e da paisagem (26,5%) e o facto de ser a terra onde sempre viveram (15,6%), porém 15,7% dos participantes referiram que a freguesia não tem vantagens (Tabela 8).

Quanto às necessidades percebidas, nomeadamente ao que os participantes sentem mais falta na freguesia, 44,6% dos participantes afirmam não sentir falta de nada. Sobre este assunto, as atividades lúdicas e de lazer foram as mais apontadas (12%), seguindo-se os serviços de saúde e sociais (9,6%) e os serviços e comércio (9,6%), a rede rodoviária (8,4%) e bens básicos (saneamento) (6%).

2. Avaliação das capacidades do indivíduo em função de dimensões específicas

Dada a grande diversidade de medidas utilizadas, a descrição das capacidades do indivíduo faz-se numa perspetiva biopsicossocial. Apresenta-se em seguida os resultados obtidos na funcionalidade nas ABVD e AIVD, o funcionamento cognitivo e aspetos socioemocionais.

Funcionalidade na vida diária

Relativamente à funcionalidade para as ABVD, os participantes obtiveram uma pontuação média de 97,4 pontos ($dp=10,0$) no Índice de Barthel, variando entre 35 e 100 pontos (Tabela 9).

Tabela 9. Funcionalidade nas atividades de vida diária (ABVD e AIVD)

	Total n= 83	
	<i>n</i>	%
Funcionalidade nas ABVD <i>M (dp)</i>	97,4(10,0)	
Min-Max	35-100	
Independente	78	94,0
Ligeiramente dependente	3	3,6
Moderadamente dependente	1	1,2
Severamente dependente	1	1,2
Totalmente dependente	0	0
Funcionalidade nas AIVD <i>M (dp)</i>	12,1(5,5)	
Min-Max	8 – 29	
Independente	38	45,8
Moderadamente dependente	37	44,6
Severamente dependente	8	9,6

A maioria dos participantes é independente na realização das ABVD (94%), sendo que 3,6% são ligeiramente dependentes, 1,2% são moderadamente dependentes e 1,2% são severamente dependentes.

Em relação à funcionalidade para as AIVD, os participantes obtiveram uma pontuação média de 12,1 pontos ($dp=5,5$) no Índice de Lawton, variando entre 8 e 29 pontos. Cerca de 45,8% dos participantes são independentes na realização das AIVD, 44,6% são moderadamente dependentes e 9,6% são severamente dependentes.

Funcionamento cognitivo

Relativamente ao funcionamento cognitivo os participantes obtiveram uma pontuação média de 26,3 ($dp=4,0$) no MMSE, variando entre 11 e 30 pontos (Tabela 10). Analisando os resultados relativamente às dimensões do funcionamento cognitivo verifica-se que, de uma forma geral, os participantes obtêm médias nas várias dimensões do MMSE que se aproximam com o limite máximo da pontuação possível. A dimensão na qual os participantes obtiveram resultados médios mais baixos, face à amplitude teórica de cada dimensão foi a organização visuo-percetiva, com uma média de 0,51 ($dp=0,50$), sendo que amplitude teórica varia entre 0 e 1.

Tabela 10. Desempenho cognitivo no MMSE por dimensão

	Participantes ($n=83$)		
	Amplitude Teórica	M (dp)	Min-máx
MMSE	0-30	26,31 (4,04)	11-30
Orientação	0-10	9,14 (1,35)	4-10
Memória Imediata	0-3	2,36 (0,33)	0-3
Cálculo	0-5	3,86 (1,76)	0-5
Memória de Trabalho	0-3	2,30 (0,95)	0-3
Linguagem	0-8	7,54 (0,61)	5-8
Organização Visuo-Perceptiva (desenho)	0-1	0,51(0,50)	0-1

No entanto, quando retirados os participantes com 0 anos de escolaridade, de acordo com o estudo normativo de Freitas e colaboradores (2015), como se pode verificar na Tabela11, a pontuação média dos 63 participantes com 1 ano ou mais de escolaridade sobe para 27,8 pontos ($dp=2,9$). Da totalidade dos participantes, apenas 10 (15,9%) obtiveram pontuação abaixo do ponto de corte definido como indicador de défice cognitivo, considerando os valores de referência para o grupo etário 65 ou mais anos e o grupo de escolaridade dos participantes de Freitas e colaboradores (2015).

Tabela 11. Desempenho cognitivo no MMSE segundo idade e escolaridade

Idade	Escolaridade (anos)				Qualquer escolaridade
	1 a 4	5 a 9	10 a 12	>12	
65 - 79	28,2 (2,2) <i>n</i> =36	29,0 (1,0) <i>n</i> =5	29,3 (1,2) <i>n</i> =3	-- <i>n</i> =0	28,4 (2,0) <i>n</i>=44
80+	25,8 (4,3) <i>n</i> =14	27,8 (3,3) <i>n</i> =4	-- <i>n</i> =0	30,0 - <i>n</i> =1	26,4 (4,0) <i>n</i>=19
Todos	27,5 (3,1) <i>n</i> =50	28,4 (2,2) <i>n</i> =9	29,3 (1,6) <i>n</i> =3	30,0 - <i>n</i> =1	27,8 (2,9) <i>n</i>=63
Indicador de défice cognitivo do grupo global (<i>n</i>=63)^{a)}					
Com défice <i>n</i> (%)					10 (15,9)
Sem défice <i>n</i> (%)					53 (84,1)

a) Proporção de participantes que apresentam indicadores de défice cognitivo foi calculada apenas para os 63 participantes com 1 ou mais anos de escolaridade, de acordo com Freitas e colaboradores (2015)

Analisando o desempenho no MMSE segundo a idade e a escolaridade, observou-se que o desempenho cognitivo é mais elevado no grupo da terceira idade relativamente ao grupo da quarta idade. Enquanto o grupo com 65-79 anos apresentam uma pontuação média de 28,4 pontos ($dp=2,0$), os participantes com 80 ou mais anos obtiveram uma pontuação média de 26,8 pontos ($dp=4,0$). Quanto à escolaridade, também se verificaram algumas diferenças entre grupos, sendo que os participantes com mais anos de escolaridade apresentam melhores resultados do que os participantes com menos escolaridade.

Aspetos Socioemocionais

A Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, como se pode verificar na Tabela 11, mostra-nos que a média relativa à rede social dos participantes é de 20,83 ($dp=6,27$), sendo que as pontuações variam entre 3 e 30 pontos. A pontuação média obtida nos itens relativos à família é ligeiramente superior à pontuação relativa aos amigos ($M=11,1$ vs $M=9,7$, respetivamente). Da totalidade dos participantes, 7,2% apresenta uma pontuação indicativa de maior risco de isolamento social.

Tabela 12. Funcionamento da rede social (LSNS-6)

	Total (n=83)		
	<i>M (dp)</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>Amplitude Teórica</i>
Rede Social (LSNS-6 Total)	20,83 (6,27)	3-30	0-30
Família	11,12 (3,81)	0-15	0-15
Amigos	9,71 (4,30)	0-15	0-15
Risco social	<i>n</i>	<i>%</i>	
Maior risco de isolamento social	6	7,2	
Menor risco de isolamento social	77	92,8	

Relativamente à sintomatologia depressiva, os participantes obtiveram uma pontuação média de 1,90 ($dp=2,20$) na GDS-15, variando a pontuação entre 0 e 9 pontos (Tabela 13). Considerando os pontos de corte da GDS-15 para a população portuguesa, determinados por Simões e colaboradores (2015), verifica-se que a maioria dos participantes (85,5%) não apresenta depressão, sendo que 13,3% apresenta depressão ligeira e 1,2% apresenta depressão moderada.

Tabela 13. Sintomatologia depressiva (GDS-15)

	Total (n=83)		<i>Min-Máx</i>	<i>Amplitude Teórica</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>		
Sintomatologia depressiva (GDS-15) <i>M(dp)</i>	1,9(2,2)		0-9	0-15
Grupos de sintomatologia depressiva				
Normal	71	85,5	0-4	0-4
Depressão ligeira	11	13,3	5-8	5-8
Depressão moderada	1	1,2	9	9-11
Depressão severa	0	0	-	12-15

No que à satisfação com a vida diz respeito, os participantes obtiveram uma pontuação média de 31,20 ($dp=4,02$) na SWLS, variando entre 18 e 35 pontos (Tabela 14). Tendo em consideração que o ponto médio da escala é 20, é possível verificar que a média obtida ($M=31,20$) é consideravelmente superior, estando mais próxima do nível máximo de satisfação do que níveis de insatisfação. Assim, os resultados apontam que os participantes estão globalmente satisfeitos com a sua vida.

Tabela 14. Satisfação com a vida (SWLS)

	Total (n=83)		
	<i>M (Dp)</i>	<i>Min- máx</i>	<i>Amplitude Teórica</i>
Satisfação com a vida (SWLS Total)	31,20 (4,02)	18-35	5-35
De muitas formas a minha vida está próxima do meu ideal	6,20 (1,10)	2-7	1-7
As condições da minha vida são excelentes	5,64 (1,18)	2-7	1-7
Estou satisfeito com a minha vida	6,55 (0,97)	2-7	1-7
Até agora tenho tido as coisas importantes que quero na vida	6,66 (0,61)	4-7	1-7
Se pudesse viver tudo de novo, não mudaria quase nada	6,14 (1,12)	1-7	1-7

Analisando os itens SWLS, verifica-se que a pontuação obtida em cada item se situa acima do ponto médio na escala de *Likert*, o que significa que os participantes manifestam satisfação com a vida em todos os itens. O item em que os participantes manifestam maior satisfação é a obtenção das coisas mais importantes na vida (“Até agora tenho tido as coisas importantes que quero na vida”) ($M=6,66$). Por sua vez, o item em que os participantes manifestam menor satisfação diz respeito à autoavaliação da condição de vida (“As condições da minha vida são excelentes”) ($M=5,64$).

3. Dimensões do envelhecimento em função de diferentes grupos sociodemográficos

Foram exploradas diferenças de grupos relativamente às pontuações obtidas nas escalas de avaliação gerontológica multidimensional: Índice de Barthel, Índice de Lawton, Mini Mental State Examination (MMSE), Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), Escala de Satisfação com a vida (SWLS) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).

Comparando as pontuações dos participantes em função do grupo etário (com o teste *t*, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos 65-79 anos e os 80+ anos nas dimensões da avaliação relativas à funcionalidade para as AIVD, funcionamento cognitivo, redes sociais e sintomatologia depressiva, uma vez que apresentam uma correlação de $p<0,05$ ($0,00<p<0,038$). A pontuação média dos participantes com 80 ou mais anos é significativamente superior à pontuação média dos participantes com 65-79 anos no Índice de Lawton ($M=15,55$ vs. $M=9,86$) e na GDS-15

($M=2,52$ vs. $M=1,50$), cuja maior pontuação significa piores resultados. Por sua vez, tiveram uma pontuação significativamente inferior no MMSE ($M=24,00$ vs. $M=27,84$), na LSNS-6 ($M=22,12$ vs. $M=18,88$), cuja menor pontuação significa piores resultados. Apesar de estas serem as únicas diferenças significativas, na globalidade os participantes com 80 ou mais anos apresentam piores resultados (Tabela 15), apresentando assim uma maior vulnerabilidade nas várias dimensões da avaliação.

Tabela 15. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário

	Grupo etário	Média (<i>dp</i>)	Min-Máx	<i>t</i>	<i>p</i>
Barthel	65-79	99,20 (3,83)	75-100	1,700	,098
	80+	94,70 (14,89)	35-100		
Lawton	65-79	9,86 (3,12)	8-20	-4,654	,000**
	80+	15,55 (6,54)	8-29		
MMSE	65-79	27,84 (2,40)	22-30	4,193	,000**
	80+	24,00 (4,89)	11-30		
Lubben	65-79	22,12 (5,85)	6-30	2,370	,020*
	80+	18,88 (6,46)	3-30		
Satisfação com a Vida	65-79	30,92 (4,22)	20-35	-,793	,430
	80+	31,64 (3,72)	18-35		
GDS-15	65-79	1,50 (2,13)	0-8	-2,104	,038*
	80+	2,52 (2,18)	0-9		

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

Comparando os resultados dos participantes em função do grupo de género observaram-se diferenças estatisticamente significativas na GDS-15 ($p=0,012$) e na LSNS-6 ($p=0,032$). Relativamente à GDS-15, as mulheres obtiveram uma pontuação média mais elevada, em relação aos homens ($M=2,56$ vs. $M=1,13$), cuja maior pontuação significa maior sintomatologia depressiva. Por sua vez, na Escala Breve de Redes Sociais obtiveram uma pontuação média inferior ($M=19,40$ vs. $M=22,53$), cuja menor pontuação significa maior risco de isolamento social. Apesar de estas serem as únicas diferenças significativas entre homens e mulheres, como se pode verificar na Tabela 16, de uma forma global os participantes do género feminino apresentam indicadores de maior vulnerabilidade em todas as dimensões da avaliação individual à exceção das AVD (Barthel e Lawton).

Tabela 16. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género

	Género	Média (dp)	Min-Máx	U	p
Barthel	Feminino	97,89 (8,63)	45-100	836,000	,759
	Masculino	96,84 (11,52)	35-100		
Lawton	Feminino	11,89 (5,71)	8-29	793,000	,551
	Masculino	12,39 (5,34)	8-26		
MMSE	Feminino	25,56 (4,62)	11-30	711,000	,182
	Masculino	27,21 (3,05)	19-30		
Lubben	Feminino	19,40 (6,32)	3-30	621,000	,032*
	Masculino	22,53 (5,83)	6-30		
Satisfação com a Vida	Feminino	30,64 (4,84)	18-35	814,500	,708
	Masculino	31,87 (2,66)	26-35		
GDS-15	Feminino	2,56 (2,56)	0-9	586,500	,012*
	Masculino	1,13 (1,32)	0-5		

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

Quando comparadas as pontuações dos participantes em função dos grupos de escolaridade (0 anos; 1-4 anos; 5+ anos) através do teste Kruskal Wallis (Tabela 17), verificam-se diferenças estatisticamente significativamente entre os grupos de escolaridade em todas as dimensões da avaliação individual ($H(3) < 33,1$; $p < 0,043$). Globalmente, os participantes com maior nível de escolaridade apresentam melhores resultados em todas as dimensões do envelhecimento quando comparados com os participantes com menos escolaridade.

Analisando as diferenças entre subgrupos, verificam-se diferenças significativas no Índice de Barthel ($U = 365,0$; $p = 0,001$) e no Índice de Lawton ($U = 144,5$; $p = 0,00$) entre os participantes com 0 e com 1-4 anos de escolaridade. No MMSE verifica-se que os participantes com 0 anos de escolaridade apresentam diferenças significativas face aos participantes com 1-4 anos e aos participantes com 5+ anos ($U=100,5$; $p=0,00$; $U=10,500$; $p=0,00$, respetivamente), estando o melhor desempenho associado aos grupos com maior nível de escolaridade. Relativamente à Escala de Lubben, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes com 0 e 1-4 anos de escolaridade ($U=312,5$; $p=,014$) e entre os grupos com 0 e 5 ou mais anos de escolaridade ($U=50,5$; $p=,003$). Relativamente à satisfação com a vida não se observam diferenças estatisticamente significativas entre subgrupos, no entanto as pontuações são tendencialmente mais elevadas nos participantes mais escolarizados.

Tabela 17. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade

	Escolaridade	Média (<i>dp</i>)	Mediana (min-máx)	<i>H</i>	<i>p</i>
Barthel	0	94,25 (13,01)	100,00 (45-100) ‡	9,5	,009
	1-4	99,80 (0,99)	100,00 (95-100)		
	5+	93,08 (18,77)	100,00 (35-100)		
Lawton	0	16,75 (6,41)	15,50 (8-29) ‡	23,1	,000
	1-4	9,94 (3,47)	8,00 (8-21)		
	5+	13,38 (6,01)	10,00 (8-24)		
MMSE	0	21,70 (3,69)	22,50 (11-28) ‡	33,1	,000
	1-4	27,52 (3,06)	29,00 (17-30)		
	5+	28,77 (1,96)	30,00 (23-30) Ω		
Lubben-6	0	16,80 (6,79)	18,50 (3-26) ‡	9,8	,007
	1-4	21,68 (5,67)	22,00 (6-30)		
	5+	23,77 (4,17)	26,00 (15-30) Ω		
Satisfação com a Vida	0	29,25 (4,95)	30,00 (18-35)	6,3	,043
	1-4	31,68 (3,34)	32,00 (20-35)		
	5+	32,38 (4,17)	35,00 (21-35)		
GDS-15	0	3,35 (2,46)	3,00 (0-9) ‡	13,6	,001
	1-4	1,36 (1,98)	1,00 (0-8)		
	5+	1,77 (1,64)	2,00 (0-5)		

‡ Verificam-se diferenças significativas entre os participantes com 0 e com 1-4 anos de escolaridade

£ Verificam-se diferenças significativas entre os participantes com 1-4 anos e com 5 ou mais anos de escolaridade

Ω Verificam-se diferenças significativas entre os participantes com 0 e com 5 ou mais anos de escolaridade

Por último, na GDS-15 observam-se diferenças significativas entre os participantes com 0 e com 1-4 anos de escolaridade ($U=230,5$; $p=0,00$), sendo que os últimos têm uma pontuação mais baixa face aos primeiros, o que significa que têm menos sintomatologia depressiva.

4. Utilização e necessidade percebida de serviços comunitários

Para a avaliação da utilização e necessidade percebida de serviços foi utilizada a parte B da OARS-PT (2008). Na avaliação dos serviços apresentamos dados referentes à utilização e necessidade sentida, nos seis meses anteriores ao questionário, de um conjunto de 19 serviços distribuídos por cinco grupos: serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos; serviços de saúde; serviços de apoio, avaliação e coordenação; e serviços não classificados. De destacar que no que se refere à categoria de serviços gerais de apoio, o serviço de emprego foi excluído por não se enquadrar no perfil dos participantes. Os serviços de apoio económico não foram também incluídos no estudo para

evitar sobreposição de dados, uma vez que foram incluídas questões relativas a este assunto no questionário sociodemográfico.

Os dados relativos ao grupo de serviços gerais de apoio encontram-se expostos nas Tabelas 18 e 19, sendo este grupo composto pelos serviços de cuidados pessoais, serviços de supervisão contínua, serviços de monitorização, serviços domésticos, serviços de preparação de refeições e serviços administrativos.

Relativamente aos serviços de cuidados pessoais, apenas 9 participantes (10,8%) receberam ajuda, nos últimos seis meses, nos seus cuidados pessoais. Essa ajuda foi feita por um familiar (88,9%) ou por alguém pago por essa ajuda (11,1%). Em 44,4% dos participantes a pessoa levou, em média, menos de ½ hora por dia a ajudá-los, em 33,3% demorou entre ½ hora e 1 hora ½ por dia e, por último, em 22,2% a pessoa demorou mais de 1 hora ½ por dia. Destes 9 participantes 88,9% refere ainda receber essa ajuda. Relativamente à necessidade percebida do total dos participantes (n=83) importa ressaltar que apenas 9,6% (n=8) afirmam necessitar de ajuda na prestação destes serviços.

Relativamente aos serviços de supervisão contínua verifica-se que, nos últimos seis meses, apenas dois participantes (2,4%) receberam supervisão durante vinte e quatro horas por dia. Para ambos os participantes, essa supervisão contínua foi efetuada por um familiar, e atualmente continuam a ter essa pessoa junto deles as vinte e quatro horas por dia. No que diz respeito à necessidade sentida, é de salientar que apenas 2,4% do total dos participantes reconhece necessitar de alguém que trate de si as vinte e quatro horas do dia.

No que concerne aos serviços de monitorização, os dados evidenciam que 77 participantes (92,8%), durante os últimos seis meses, tiveram alguém que, pelo menos cinco vezes por semana, procurasse, por telefone ou pessoalmente, saber como se encontravam, para se certificar que tudo estava bem. Essa monitorização surge, em grande parte (73%) por familiares e, em outros casos por um amigo (1,3%) ou, para além de familiares, alguém de uma instituição ou Segurança Social (3,9%). Do total dos 77 participantes, todos referem beneficiar atualmente deste serviço. Porém, apenas 57 participantes (68,7%) consideram necessitar de alguém que monitorize o seu estado.

Tabela 18. Utilização e necessidade de serviços gerais de apoio

	Total n=83	
	n	%
Serviços de Cuidados Pessoais		
Teve ajuda nos cuidados pessoais	9	10,8
Quem ajudou ^{a)}		
Familiar	8	88,9
Alguém a quem paga por essa ajuda	1	11,1
Quanto tempo ^{a)}		
Menos de ½ hora por dia	4	44,4
½ hora a 1 hora ½ por dia	3	33,3
Mais de 1 hora ½ por dia	2	22,2
Ainda recebe ajuda ^{a)}	8	88,9
Acha que necessita de ajuda para os cuidados pessoais	8	9,6
Supervisão contínua		
Recebeu supervisão durante 24 horas por dia	2	2,4
Quem tratou de si ^{b)}		
Familiar	2	100,0
Ainda tem de estar alguém junto de si 24 horas por dia	2	100,0
Considera necessitar de supervisão 24 horas por dia	2	2,4
Serviços de monitorização		
Beneficiou de serviço de monitorização	77	92,8
Quem o fez ^{c)}		
Familiar	73	94,8
Amigo	1	1,3
Familiar + Alguém de uma instituição ou Seg. Social	3	3,9
Ainda beneficia deste serviço ^{a)}	77	100,0
Considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado	57	68,7

a) n=9; b) n=2; c) n=77

Relativamente aos serviços domésticos, como se pode verificar na Tabela 18, 68,7% dos participantes tiveram, nos últimos seis meses, alguém que regularmente os ajudasse nas tarefas domésticas. Na maioria dos casos (80,4%) o serviço é prestado por um familiar (não pago), em 14,3% é prestado por alguém pago para esse efeito e em 5,4% o serviço é prestado por alguém de uma instituição ou da Segurança Social, sendo que estes empregam, em média, 17 horas e meia ($dp=12,0$) para realizar essas tarefas. Quando questionados se ainda têm essa ajuda, todos os 57 participantes responderam de forma positiva. Porém, apenas 56 participantes (67,5%) consideram necessitar de ajuda para realizar as tarefas domésticas.

No que diz respeito à preparação de refeições, 50 participantes (60,2%) referem ter tido ajuda, não só nos últimos seis meses, mas também atualmente, na preparação de refeições ou ter comido fora de casa. Tal como na prestação de serviços domésticos, a

ajuda na preparação de refeições parte, na maioria dos casos (76,0%), por um familiar (não pago), em 10% dos participantes por alguém pago por essa ajuda e em 14% por alguém de uma instituição ou Segurança Social. Relativamente à necessidade percebida, apenas 44 do total de participantes (53,0%) referem necessitar de alguém que lhes prepare regularmente as refeições, por não serem capazes de as confeccionar.

Tabela 19. Utilização e necessidade de gerais de apoio (continuação)

	Total n=83	
	n	%
Serviços Domésticos		
Teve ajuda regular nas tarefas domésticas	57	68,7
Quem ajudou ^{a)}		
Familiar	45	80,4
Alguém a quem paga por essa ajuda	8	14,3
Alguém de uma instituição ou Seg. Social	3	5,4
Quantas horas semanais <i>M(dp)</i> ^{a)}	17,5 (12,0)	
Ainda tem ajuda ^{a)}	57	100
Considera necessitar de ajuda para realizar as tarefas domésticas	56	67,5
Preparação de Refeições		
Teve ajuda na preparação de refeições ou teve que comer fora de casa	50	60,2
Quem ajudou ^{b)}		
Familiar	38	76,0
Alguém a quem paga por essa ajuda	5	10,0
Alguém de uma instituição ou Seg. Social	7	14,0
Ainda tem alguém que lhe prepare as refeições ^{b)}	50	100,0
Considera necessitar de ajuda para preparar refeições	44	53,0
Serviços administrativos, legais e de proteção		
Teve ajuda para questões legais, ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro	22	26,5
Quem o/a ajudou ^{c)}		
Familiar	22	100,0
Ainda tem alguém que o/a ajuda nestas questões ^{c)}	22	100,0
Considera necessitar de ajuda nas questões legais e financeiras	18	21,7

a) n=57; b) n=50; c) n=22

Os dados relativos à utilização de serviços administrativos, legais e de proteção mostram que, nos últimos seis meses, 22 participantes (26,5%) tiveram alguém que os ajudasse em questões legais, ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas. Como se pode constatar na Tabela 19, essa ajuda é prestada, na totalidade dos casos, por familiares. Quando questionados se ainda têm alguém que o/a ajuda nestas questões, todos os 22 participantes (100%) responderam que sim. No entanto, em termos gerais apenas 18 participantes (21,7%) consideram necessitar de este serviço.

Na Tabela 20 estão apresentados os dados relativos aos serviços sociais e recreativos, que incluem, além dos serviços sociais/recreativos, as viagens e o desporto.

Tabela 20. Utilização e necessidade de serviços sociais e recreativos

	Total n=83	
	n	%
Serviços sociais e recreativos		
Participou em atividades organizadas por grupo local, paróquia, junta de freguesia	27	32,5
Número de vezes por semana $M (dp)^{a)}$	2,4 (1,8)	
Ainda participa nessas atividades ou grupos ^{a)}	21	77,8
Acha que necessita participar neste tipo de atividades	44	53,0
Viagens		
Nos últimos dois anos realizou viagem organizada pela junta de freguesia, câmara, outras instituições	39	47,0
Fez ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano	34	41,0
Acha que necessita viajar	65	78,3
Desporto		
Participou em algum programa de exercício físico organizado por junta de freguesia ou outra instituição	15	18,1
Número de vezes por semana $M (dp)^{b)}$	1,8 (0,6)	
Ainda participa neste programa de desporto ^{b)}	14	93,3
Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico	37	44,6

a) n=27; b) n=15

No que diz respeito aos serviços sociais e recreativos, os dados mostram que 32,5% (n=27) da amostra participou, nos últimos seis meses, em alguma atividade social/recreativa organizada por um grupo local, como por exemplo a paróquia ou a junta de freguesia. Estes frequentam estas atividades, em média, cerca de duas vezes por semana ($M=2,4$; $dp=1,8$). Destes 27 participantes, 77,8% (n=21) ainda participa nessas atividades ou grupos. Quanto à necessidade percebida, importa ressaltar que mais de metade da amostra (53%) considera que necessita participar neste tipo de atividades.

Relativamente à utilização de serviços referentes a viagens, os dados mostram que, durante os dois últimos anos, 47% dos participantes realizaram pelo menos uma viagem organizada pela junta de freguesia, câmara, ou por outra instituição. Quando questionados se fizeram ou esperam fazer alguma viagem deste tipo este ano, 41% dos participantes responderam de forma positiva. De salientar que é notória a necessidade sentida deste serviço por parte da amostra, uma vez que 78,3% dos participantes consideram necessitar de viajar.

Quanto aos serviços de desporto, apenas 18,1% dos participantes participaram em algum programa de exercício físico organizado pela junta de freguesia ou por outra instituição, nos últimos seis meses. Em média, os participantes participavam nestas atividades cerca de duas vezes por semana ($M=1,8$; $dp=0,6$). Destes participantes, 93,3% continuam a participar nestas atividades. Apesar de apenas 18,1% dos participantes frequentarem este tipo de atividades, 44,6% considera que necessita praticar algum desporto ou exercício físico.

Os dados relativos ao grupo dos serviços de saúde, constituído pelos serviços de saúde mental, utilização de medicamentos psicotrópicos, serviços de enfermagem e de fisioterapia, apresentam-se na Tabela 21.

Relativamente aos serviços de saúde mental, apenas dois participantes (2,4%) receberam, nos últimos seis meses e, continuam a receber orientação ou tratamento por problemas familiares, de “nervos” e/ou emocionais, sendo que apenas um deles esteve hospitalizado. Em média, esses participantes tiveram, nos últimos seis meses, cerca de duas consultas ($M=1,5$; $dp=0,7$) com médicos, psiquiatras ou outros profissionais. Quando questionados sobre a necessidade deste serviço, apenas 2,4% dos participantes consideraram necessitar.

No que diz respeito à utilização de medicamentos psicotrópicos, 36,1% dos participantes, nos últimos seis meses, tomaram medicamentos receitados para os “nervos” (tais como calmantes) ou para a depressão. A grande maioria destes participantes (93,5%) refere ainda estar a tomar essa medicação e, do total da amostra, 37,3% considera que necessita tomar este tipo de medicação.

Quanto à utilização de cuidados de enfermagem, apenas 12% dos participantes afirmam ter recebido este tipo de cuidado nos últimos seis meses. Esses cuidados são prestados em grande maioria dos casos por um enfermeiro (80%), em 10% dos casos por um familiar ou amigo e, igualmente, em 10% por alguém pago para prestar esses serviços. Relativamente ao número de horas médio de cuidados de enfermagem, a maioria destes participantes (90%) usufrui destes cuidados só para lhes dar a medicação e apenas um dos participantes (10%) refere usufruir de serviços de enfermagem mais de uma hora por dia.

Destes 10 participantes, 70% recebeu estes cuidados durante menos de um mês, enquanto 30% refere ter recebido durante mais de três meses. Importa ainda referir que 70% destes participantes ainda recebem este tipo cuidado. Quanto à necessidade percebida, apenas 8,4% da amostra total considera necessitar de cuidados de enfermagem.

Tabela 21. Utilização e necessidade de serviços de saúde

	Total n=83	
	n	%
Serviços de saúde mental		
Recebeu orientação ou tratamento por problemas familiares, de “nervos”, emocionais	2	2,4
Esteve hospitalizado por problemas de “nervos” ou emocionais ^{a)}	1	50,0
Número de consultas com médicos, psiquiatras ou outros profissionais <i>M(dp)</i> ^{a)}	1,5 (0,7)	
Ainda esta a receber essa ajuda ^{a)}	2	100,0
Acha que necessita de tratamento por problemas familiares, de “nervos”, emocionais	2	2,4
Medicamentos psicotrópicos		
Tem tomado algum medicamento receitado para “nervos”, depressão	30	36,1
Ainda está a tomar ^{b)}	29	93,5
Acha que necessita tomar este tipo de medicação	31	37,3
Cuidados de Enfermagem		
Recebeu cuidados de enfermagem	10	12,0
Quem ajudou nesses cuidados ^{c)}		
Familiar ou amigo	1	10,0
Enfermeiro	8	80,0
Alguém a quem paga por essa ajuda	1	10,0
Número de horas médio de cuidados de enfermagem ^{c)}		
Só para dar-lhe medicação oral	9	90,0
Mais de 1 hora por dia	1	10,0
Durante quanto tempo recebeu essa ajuda ^{c)}		
Menos de 1 mês	7	70,0
Mais de 3 meses	3	30,0
Ainda recebe cuidados de enfermagem ^{c)}	7	70,0
Acha que necessita de cuidados de enfermagem	7	8,4
Fisioterapia		
Tem feito fisioterapia	18	21,7
Quem lhe prestou esses cuidados ^{d)}		
Fisioterapeuta (pago)	15	83,3
Alguém de uma instituição ou Segurança Social	3	16,7
Número de sessões por semana <i>M(dp)</i> ^{d)}	3,3 (1,7)	
Ainda faz fisioterapia ^{d)}	5	27,8
Acha que necessita de fisioterapia	29	34,9

a) n=2; b) n=30; c) n=10; d) n=18

Por fim, no que concerne à utilização de serviços de fisioterapia, apenas 21,7% dos participantes afirmam ter recorrido a este serviço, nos últimos seis meses, sendo que atualmente apenas 5 participantes o fazem (27,8%). Na maioria dos casos (83,3%) o cuidado é prestado por um fisioterapeuta (pago) (83,3%) e em alguns casos (16,7%) por

alguém de uma instituição ou Segurança Social. Em média, estes participantes tinham 3 sessões por semana ($M=3,3$; $dp=1,7$). De salientar que, 34,9% do total da amostra considera necessitar deste serviço.

O grupo dos serviços de apoio, avaliação e coordenação incluem os serviços de coordenação, informação e apoio e os serviços de avaliação sistemática multidimensional. No entanto, nenhum dos participantes usufruiu, nos últimos seis meses, destes serviços, bem como, nenhum dos participantes considerou necessitar dos mesmos.

O grupo dos serviços não classificados é constituído pelos serviços de transporte (Tabela 22), serviços de preparação para as atividades da vida diária e serviços de realojamento. No entanto, quer nos serviços de preparação para as atividades de vida diária quer nos serviços de realojamento, não há qualquer indicação de utilização nem de necessidade sentida em toda a amostra.

Tabela 22. Utilização e necessidade de serviços não classificados

	Total $n=83$	
	n	%
Transporte		
Quem o leva às compras, médico, visitas		
Vai sozinho/a	39	47,0
Familiar	32	38,6
Amigo	1	1,2
Vai sozinho ou com familiar	9	10,8
Vai sozinho ou com amigo	1	1,2
Transporte público ou com amigo	1	1,2
Deslocações por semana M (dp)	3,0 (3,8)	
Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe	3	3,6

Relativamente aos serviços de transporte, verifica-se que 47% da amostra costumam ir sozinhos às compras, ao médico ou visitar alguém, 38,6% referem que é um familiar que os levam, 10,8% vai sozinho ou com um familiar, 1,2% vai com um amigo, 1,2% vai sozinho ou com um amigo e 1,2% vai de transporte público ou com um amigo. Em média os participantes fazem três deslocações por semana ($M=3,0$; $dp=3,8$) e, apenas, 3,6% dos inquiridos consideram necessitar de transporte mais vezes do que dispõem.

A Tabela 23 apresenta uma análise comparativa entre a utilização de serviços e a necessidade percebida pelos participantes face aos mesmos.

Tabela 23. Utilização de serviços e necessidade percebida

	Utilização de Serviços (n=83)		Necessidade percebida (n=83)		Dif ^{a)}
	n	%	n	%	
Serviços gerais de apoio					
Serviços de cuidados pessoais	9	10,8	8	9,6	1
Supervisão contínua	2	2,4	2	2,4	0
Serviços de monitorização	77	92,8	57	68,7	20
Serviços domésticos	57	68,7	56	67,5	1
Preparação de refeições	50	60,2	44	53,0	6
Serviços administrativos	22	26,5	18	21,7	4
Serviços sociais e recreativos					
Serviços sociais/recreativos	27	32,5	44	53,0	-17
Viagens	39	47,0	65	78,3	-26
Desporto	15	18,1	37	44,6	-22
Serviços de saúde					
Serviços de saúde mental	2	2,4	2	2,4	0
Medicamentos psicotrópicos	30	36,1	31	37,3	-1
Cuidados de enfermagem	10	12	7	8,4	3
Fisioterapia	18	21,7	29	34,9	-11
Serviços de avaliação e coordenação					
Serviços de coordenação, informação e apoio	0	0,0	0	0,0	0
Avaliação sistemática multidimensional	0	0,0	0	0,0	0
Serviços não classificados					
Transporte	83	100,0	3	3,6	97

a) Diferença entre utilização de serviços e necessidade percebida

Dessa análise verifica-se, para a maioria dos serviços, que o número de participantes que o utiliza é igual ou, até, superior ao número de participantes que considera necessitar deste (e.g., supervisão contínua, serviços de monitorização, respetivamente). No entanto, observa-se uma grande necessidade percebida em relação aos serviços sociais/recreativos, sendo que há uma grande discrepância entre o número de participantes que utiliza estes serviços e o número de participantes que considera necessitar destes. Nomeadamente, nos serviços associados a viagens, apenas 39 participantes usufruem deste serviço face à necessidade percebida por parte de 65 participantes (*Dif* = -26), nos serviços de desporto 15 participantes usufruem do serviço face à necessidade percebida por parte de 37 participantes (*Dif* = -22) e nos serviços sociais e recreativos em que apenas 27 participantes usufruem deste serviço face à necessidade percebida por parte de 44 participantes (*Dif* = -

17). Verifica-se ainda uma grande necessidade em relação aos serviços de fisioterapia, na medida em que apenas 18 participantes referem utilizar este serviço, face à necessidade percebida por parte de 29 participantes ($Dif = -11$).

Quando analisada a associação entre o uso de serviços e recursos comunitários e o desempenho nas AIVD é possível verificar que, no que diz respeito aos Serviços gerais de apoio, os serviços de monitorização são os mais utilizados quer pelos participantes dependentes quer independentes (100% vs. 84,2%), seguindo-se os serviços domésticos (86,7% vs. 47,4%), a preparação de refeições (75,6% vs. 42,1%), os serviços administrativos (44,4% vs. 5,3%), os serviços de cuidados pessoais (17,8% vs. 2,6%) e, por último os serviços de supervisão contínua que são utilizados, apenas, por 4,4% dos participantes dependentes. Importa salientar que nos Serviços gerais de apoio foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre grupos em todos os serviços e recursos comunitários, à exceção da Supervisão contínua.

Tabela 24. Utilização de serviços e funcionalidade nas AIVD

	Independente <i>n</i> =38		Dependente <i>n</i> =45		Teste	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Serviços gerais de apoio						
Serviços de cuidados pessoais	1	2,6	8	17,8	4,9	,027
Supervisão contínua	-	-	2	4,4	1,7	,291 ^{a)}
Serviços de monitorização	32	84,2	45	100,0	7,7	,006
Serviços domésticos	18	47,4	39	86,7	14,8	,000
Preparação de refeições	16	42,1	34	75,6	9,6	,002
Serviços administrativos, legais e de protecção	2	5,3	20	44,4	16,2	,000
Serviços sociais e recreativos						
Serviços sociais/recreativos	15	39,5	12	26,7	1,5	,215
Viagens dirigidas a idosos	18	47,4	21	46,7	,004	,949
Desporto	8	21,1	7	15,6	,420	,517
Serviços de saúde						
Serviços de saúde mental	1	2,6	1	2,2	,015	,904
Medicamentos psicotrópicos	12	31,6	18	40,0	,765	,491
Cuidados de enfermagem	2	5,3	8	17,8	3,0	,081
Fisioterapia	8	21,1	10	22,2	,017	,898
Serviços não classificados						
Transporte						
Vai sozinho	27	71,1	12	26,7		
Vai acompanhado	11	28,9	33	73,3	16,3	,000

a) teste de Fisher

Por sua vez, no que diz respeito aos serviços sociais e recreativos existe uma maior utilização por parte dos participantes independentes face aos participantes dependentes. No entanto, note-se que essas diferenças não são estatisticamente significativas. Quer para os participantes independentes quer dependentes, o serviço mais utilizado diz respeito às viagens (47,4% vs. 46,7%, respetivamente), seguindo-se os serviços sociais/recreativos (39,5% vs. 26,7%) e por último os serviços de desporto (21,1% vs. 15,6%).

Quanto aos serviços de saúde, a utilização mostra-se novamente mais elevada no grupo de participantes dependentes, à exceção da utilização dos serviços de saúde mental. Quer para os participantes independentes quer dependentes, o uso de medicamentos psicotrópicos evidencia-se o serviço de saúde mais utilizado (31,6% vs. 40%, respetivamente), seguindo-se a fisioterapia (21,1% vs. 22,2%), os cuidados de enfermagem (5,3% vs. 17,8%) e, por último, os serviços de saúde mental (2,6% vs. 2,2%).

No caso dos serviços não classificados, nomeadamente os serviços de transporte, é de destacar que todos os participantes (independentes e dependentes) referem ter transporte quando necessitam (transporte próprio, de familiar, amigos ou transporte público), sendo que os idosos independentes usam os transportes maioritariamente sozinhos (71,1%) e os idosos dependentes fazem-no com a ajuda de amigos e/ou familiares (73,3%).

Na globalidade, são os participantes mais dependentes que utilizam mais serviços comunitários, à exceção dos serviços sociais e recreativos, em que a percentagem é mais elevada nos participantes independentes.

IMPLICAÇÕES PARA O PGM

Antes de traçar as implicações para o Plano Gerontológico Municipal (PGM) importa analisar e discutir os resultados, tendo por base o enquadramento conceptual e o planeamento do estudo. Para o efeito retoma-se os objetivos inicialmente estabelecidos: (1) caraterizar a população em estudo em função das caraterísticas sociodemográficas, capacidades funcionais, cognitivas e socio-emocionais; (2) analisar as dimensões do envelhecimento em função das caraterísticas sociodemográficas; e (3) avaliar a utilização e necessidade percebida dos serviços comunitários.

Para a concretização destes objetivos recorreu-se a uma amostra constituída por 83 pessoas com 65 ou mais anos a residir no domicílio em duas Uniões de Freguesia do concelho de Vila Verde, nomeadamente a União de Freguesias de Pico de Regalados, Gondiaes e Mós e a União de Freguesias de Vila Verde e Barbudo. Em termos de género, 38 pessoas são do género masculino (45,8%) e 45 do género feminino (54,2%). A idade das pessoas que integram a amostra varia entre os 65 e os 93 anos ($M=77,1$; $dp=7,87$) e, quando analisada por grupos etários, verifica-se que 50 dos participantes têm entre 65 e 79 anos (3ª idade) e 33 têm 80 ou mais anos (4ª idade). Os participantes frequentaram a escola, em média, quatro anos ($M=3,66$; $dp=3,09$), no entanto existem diferenças significativas entre grupos etários, enquanto o grupo da 3ª idade apresenta uma média de 4,22 anos de escolaridade, os participantes da 4ª idade frequentaram a escola em média 2,82 anos. Importa, ainda, referir que a maioria das pessoas são casadas (53%), no entanto quando analisadas as diferenças entre grupos etários verifica-se que, enquanto os participantes da 3ª idade são maioritariamente casados (68%), a maioria dos participantes da 4ª idade são viúvos (54,5%). No que concerne ao sector de atividade profissional, enquanto a maioria dos participantes com idades entre os 65 e os 79 anos (52%) trabalhou no sector dos serviços durante a vida ativa, o sector de trabalho predominante no grupo dos participantes com 80 ou mais anos foi o da agricultura (36,4%). Relativamente ao nível económico, é de salientar que 69% dos participantes apresenta rendimentos mensais inferiores a 499 euros. Face a esta realidade, 48,2% dos participantes refere que os seus rendimentos não são suficientes e 61,4% considera que estes não permitem fazer face a uma situação inesperada, sendo que 34,9% dos participantes afirmam necessitar de ajuda económica extra. De acordo com o Diagnóstico Social da Rede Social de Vila Verde (2015),

na maioria das vezes, as pensões de velhice são a única fonte de rendimento das pessoas com 65 ou mais anos. Considerando dados do INE (2014), Vila Verde regista um valor médio anual de pensões de 3 700 euros, que corresponde a um valor médio mensal de 308,33 euros. De salientar que estes valores ficam um pouco aquém da realidade nacional, que apresenta um valor médio anual de 4 998 euros e da região norte com 4 674 euros. Face ao atual contexto de crise, esta situação requer um acompanhamento acrescido, dado que, de acordo com a WHO (2002), os fatores económicos são um dos determinantes de Envelhecimento Ativo. Na mesma linha, Kahana e colaboradores (2003, 2005) consideram que os rendimentos financeiros são um recurso (externo), assumindo um papel importante no Envelhecimento Bem-Sucedido. De acordo com o modelo de estes autores, os recursos (internos e externos) são fundamentais no alcance de resultados de qualidade de vida, que por sua vez se traduzem em Envelhecimento Bem-Sucedido, uma vez que permitem ativar mecanismos proativos de forma a atenuar as situações adversas de *stress*. Portanto, face à longevidade humana é fundamental mobilizar recursos (internos e externos) para envelhecer bem.

Relativamente às condições da habitação, a maioria dos participantes (96,4%) considera ter boas condições habitacionais. De salientar, no entanto, que mais de metade dos participantes (50,6%) identifica barreiras arquitetónicas à sua mobilidade, destacando-se as escadas e a banheira. Além disso, importa realçar que cerca de 58% dos participantes não têm aquecimento nas suas casas e que cerca de 43% não têm saneamento, sendo estes considerados recursos básicos habitacionais. Considerando que o envelhecimento é influenciado pelo meio em que a pessoa se insere (Elder, 1999; Baltes, 1987; Kahana *et al.*, 2005; Fernández-Ballesteros, 2008) e estando estas pessoas a residir em suas casas, é fundamental a criação de um ambiente amigável, livre de barreiras, onde as AVD possam ser realizadas com a máxima eficácia, pelo próprio, ou com ajuda (Paúl, 2005a). Nesta linha, e como refere Fonseca (2005), o local onde se vive desempenha um papel preponderante na compreensão de diferentes padrões de envelhecimento, bem como para compreender porque é que certos indivíduos alcançam, e outros não, um envelhecimento bem-sucedido.

Para além da questão da habitação, relativamente ao lugar onde se envelhece, verificou-se que os participantes residem em média nas suas freguesias há cerca de 52

anos. Quando questionados sobre as vantagens de residir na freguesia, 39,7% dos participantes destacaram a localização geográfica, 26,5% salientaram o facto de o ambiente ser sossegado e terem uma boa paisagem e 15,6% referiram ser a “terra onde sempre viveram”. Embora a maioria dos participantes assumisse uma visão positiva da sua freguesia, 12% dos participantes referiram que devia haver mais atividades lúdicas e de lazer, 9,6% refletiram a necessidade de mais serviços comunitários (saúde, sociais e comércio), 8,4% necessidades ao nível da rede rodoviária, principalmente no que respeita aos transportes públicos e 6% referiram a necessidade de bens básicos, nomeadamente o serviço de saneamento.

De acordo com a WHO (2002), o meio ambiente físico é um determinante importante na promoção de um envelhecimento ativo, na medida em que influencia, de forma positiva ou negativa, o processo de envelhecimento. De acordo com esta fonte, o meio ambiente deve adequar-se às necessidades e capacidades dos mais velhos, de forma a garantir a sua independência, sendo que a acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas devem ser asseguradas. Os serviços de transporte público acessíveis de baixo custo são fundamentais para que as pessoas possam participar integralmente na sociedade, especialmente para os mais velhos com problemas de mobilidade.

Através da avaliação da utilização e necessidade de recursos e serviços comunitários, foi possível verificar que o serviço mais utilizado por estes participantes é o serviço de transporte, uma vez que todos os participantes (independentes e dependentes) referem ter transporte quando necessitam (transporte próprio, de familiar, amigos ou transporte público), destacando-se o facto de apenas uma pessoa utilizar os transportes públicos, sendo que a maioria conduz ou vai com algum familiar. No entanto, é de salientar que enquanto os idosos independentes nas AIVD usam os transportes maioritariamente sozinhos (71,1%), os idosos mais dependentes fazem-no com a ajuda de amigos e/ou familiares (73,3%). Neste contexto, e uma vez que apenas três participantes referem necessitar de transporte mais vezes do que dispõe, a acessibilidade em termos de transporte pode não ser tão relevante como parece.

Tendo em consideração que 31,3% dos participantes sente dificuldades em deslocar-se fora de casa, devido a problemas de mobilidade decorrentes do

envelhecimento, a adequabilidade de um ambiente sem barreiras arquitetônicas é fundamental, quer na habitação, quer na comunidade. Se analisarmos este assunto à luz do modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow's (1973), é primordial um ambiente que facilite a utilização de todas as competências do indivíduo.

No que diz respeito à *funcionalidade para a vida diária*, a maioria dos participantes é independente nas ABVD (94%) mas, predominantemente dependente nas AIVD (54,2%). Verificamos, pois, que estamos perante pessoas bastante independentes na vida diária. No entanto, foram verificadas algumas diferenças significativas entre grupos etários e grupos de escolaridade, sendo que os participantes mais velhos apresentaram significativamente piores resultados na funcionalidade para as AIVD e os participantes menos escolarizados maior dependência quer nas ABVD quer nas AIVD. Não se evidenciando diferenças significativas no que diz respeito ao género. Neste sentido, os resultados deste estudo corroboram com a literatura relevante no domínio, que considera que a dificuldade no desempenho de determinadas AVD ocorre primeiramente em relação às AIVD, uma vez que são as mais complexas, e só posteriormente às ABVD (Rodrigues, 2009). No presente estudo, observa-se que efetivamente a redução na funcionalidade na vida diária está associada à idade. Num estudo levado a cabo por Pereira (2016), que inclui a avaliação da funcionalidade nas AVD de pessoas mais velhas, também, com recurso ao Índice de Barthel e à Escala de Lawton, verificam-se resultados similares aos obtidos na presente investigação, sendo que a maioria dos participantes é independente quer nas ABVD (83,9%) quer nas AIVD (54,8%), cuja maior dependência é evidenciada significativamente nos participantes com 80 e mais anos. Ou seja, a quarta idade apresenta efetivamente uma grande incompletude como referia Baltes (1997).

Em relação ao *funcionamento cognitivo*, na globalidade, os participantes obtiveram uma pontuação média de 26,3 pontos, sendo que o valor médio nas várias dimensões do MMSE se aproxima do limite máximo da pontuação. No entanto, quando retirados os participantes analfabetos, de acordo com o estudo normativo de Freitas e colaboradores (2015), a pontuação média dos 63 participantes com 1 ou mais anos de escolaridade sobe para 27,8 pontos. Verifica-se, pois, que estamos perante participantes com um bom desempenho cognitivo, sendo que apenas 15,9% dos participantes apresenta défice

cognitivo, considerando os valores de referência para o grupo etário e o grupo de escolaridade. Importa ainda referir que foram verificadas diferenças significativas relativamente à idade e ao nível de escolaridade, sendo que os participantes da 4ª idade e menos escolarizados revelaram pior desempenho cognitivo. No que ao género diz respeito, apesar dos homens obterem tendencialmente pontuações mais elevadas no MMSE em relação às mulheres, não se evidenciaram diferenças significativas. No estudo de Diniz e colaboradores (2007), que analisou o nível educacional e a idade no desempenho no MMSE em 176 idosos residentes na comunidade, os resultados foram similares, na medida em que tanto a idade como a escolaridade produziram influência estatisticamente significativa na pontuação no MMSE. Dito de outra forma, quanto maior a idade e menor a escolaridade do indivíduo, pior tende a ser o seu desempenho cognitivo. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que demonstram que há descontinuidades e diferenças qualitativas entre as idades da velhice (3ª e 4ª idade), sendo que é na 4ª idade que se evidencia uma maior perda no potencial cognitivo (Baltes & Smith, 2003).

No que diz respeito aos aspetos socioemocionais é de considerar os aspetos positivos e negativos que esta dimensão comporta: (1) aspetos positivos – a rede de relações e o bem-estar/satisfação com a vida; (2) aspetos negativos – as perturbações de humor/depressão.

Relativamente às *redes sociais*, a existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e um ótimo prognóstico de bem-estar, uma vez que permite facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacto (Paúl *et al.*, 2003). A Escala Breve de Redes Sociais de Lubben permite-nos obter informação sobre a quantidade, a periodicidade e a intimidade (proximidade) do contacto com elementos da rede de suporte, nomeadamente com familiares e amigos. A média global da rede social dos participantes do presente estudo é de 20,83 ($dp=6,27$), sendo que os valores relativos à família ($M=11,12$) são ligeiramente superiores aos valores obtidos relativamente aos amigos ($M=9,71$). Dito de outro modo, os resultados mostram que os participantes, na sua globalidade, apresentam um bom funcionamento da rede social, todavia o suporte está predominantemente ligado à família. Esta constatação reforça a ideia da importância da família, que se evidencia, na maioria das vezes, como a fonte

primária de suporte social às pessoas mais velhas (Neri, 2008). Além disso, estes resultados vêm corroborar a ideia defendida por Antonucci e Ajrouch (2007), de que enquanto as relações mais próximas, como o cônjuge e outros familiares, tendem a ser altamente valorizadas pelo indivíduo e estáveis ao longo da vida, as relações com amigos, vizinhos e colegas, são mais instáveis e sujeitos às alterações dos papéis dos indivíduos. Se compararmos estes resultados com os resultados obtidos no estudo de Paúl e colaboradores (2003), em que as médias relativas à família e aos amigos foram de 10 e 12 pontos, respetivamente, verifica-se que estes valores são significativamente diferentes na categoria dos amigos mas não relativamente à família. Avaliado o risco de isolamento social através da LSNS-6 verificamos que apenas 6 participantes se encontram em maior risco de isolamento social. Importa salientar que estamos perante uma amostra em que cerca de 80% dos participantes vivem com o cônjuge e/ou outros familiares e somente 19% vivem sozinhos (consultar Tabela A3, Anexo 1). Além disso, o facto da maioria dos participantes (97,6%) classificar a sua relação com os vizinhos como próxima e amigável, pode também estar relacionado com estes resultados. Quando comparados os resultados da LSNS-6 com dados sociodemográficos foram encontradas diferenças significativas relativamente à idade, género e escolaridade, sendo que os participantes mais novos, homens e com mais escolaridade apresentaram maior capacidade relacional. Estes resultados aproximam-se, em alguns aspetos, dos resultados obtidos no estudo de Ribeiro e colaboradores (2012), na medida em que nesse estudo a variação dos resultados da escala e subescalas por grupo etário e em relação ao género evidenciaram que a rede social (no score total e em ambas as subescalas) revela ser inferior nos participantes mais velhos e, no que ao género diz respeito, apenas foram encontradas diferenças significativas na subescala “Amigos”, sendo que as mulheres apresentam piores resultados face aos homens. Importa, ainda, salientar que os resultados da presente investigação vão ao encontro das principais evidências da literatura no domínio das relações sociais, sendo que, à medida que as pessoas envelhecem há um decréscimo dos contactos sociais e uma tendência para limitar estes contactos às relações mais íntimas e próximas (Carstensen, 1995).

No que diz respeito à *satisfação com a vida* ou bem-estar, quando consideradas as características sociodemográficas, observa-se que tendencialmente são os participantes com 65-79 anos, homens e com maior nível de escolaridade que apresentam maior

satisfação com a vida, no entanto estas diferenças apenas foram estatisticamente significativas relativamente à escolaridade. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Pereira (2016), uma vez que também se observou que o grupo de participantes dos 65-79 anos, homens e com maior escolaridade revelou maior satisfação com a vida. A satisfação com a vida é um dos principais critérios para um Envelhecimento Bem-Sucedido, sendo comumente influenciada pelas alterações físicas, mentais e sociais, bem como pela percepção que o indivíduo tem de si próprio (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Paúl & Fonseca, 2005). Para além disso, de acordo com o modelo de Kahana e colaboradores (2003, 2005), a satisfação com a vida é considerada como um recurso interno que facilita ao indivíduo ativar mecanismos proativos adaptativos de forma a atenuar ou até evitar as situações adversas de *stress* (e.g., perdas físicas, mentais e sociais), contribuindo para a qualidade de vida e para o envelhecimento bem-sucedido. Por outras palavras, a satisfação com a vida não pode ser vista apenas como um critério de envelhecimento bem-sucedido, mas como um recurso/“step” para alcançar a qualidade de vida, facilitando a promoção de um envelhecimento bem-sucedido.

Outro aspeto fundamental a considerar é a *sintomatologia depressiva*, visto que se torna cada vez mais frequente a presença de manifestações depressivas nas pessoas mais velhas (Sequeira, 2010). Esta expressa-se, na maioria das vezes, através de auto verbalizações negativas relativamente a si mesmo, aos outros, ao mundo e à velhice. Como se pôde observar na análise dos resultados deste estudo, 85,5% dos participantes não apresenta sintomatologia depressiva, sendo que os restantes apresentam sintomatologia depressiva ligeira a moderada. Uma das razões que pode eventualmente justificar estes resultados é o facto de 29 participantes (34,9%) estar a tomar medicamentos psicotrópicos (e.g. calmantes), receitado para “nervos” ou depressão. De salientar que os resultados deste estudo evidenciaram que a sintomatologia depressiva aumenta significativamente com a idade, indo ao encontro do que a literatura no domínio defende - apesar de a depressão poder ocorrer em todas as idades, é nas idades mais avançadas que ela atinge os índices mais elevados de morbilidade e mortalidade, na medida em que assume formas difíceis de diagnosticar e, consequentemente, de tratar (Drago & Martins, 2012). Observou-se, ainda, neste estudo a existência de diferenças significativas entre grupos de género e

de escolaridade, prevalecendo uma maior tendência de sintomatologia depressiva em mulheres e em indivíduos menos escolarizados.

Face ao exposto, os resultados da avaliação biopsicossocial do indivíduo enquadram-se nas ideias de Baltes (1997) que defende que a arquitetura de vida se torna cada vez mais incompleta com a idade. Podendo este grau de incompletude ser definido através da relação entre ganhos e perdas no funcionamento. Dito de outro modo, apesar de não ser impossível alcançar um saldo positivo entre ganhos e perdas, em todas as idades da vida, a otimização do desenvolvimento/envelhecimento humano é muito difícil de se prolongar em idades avançadas, uma vez que a plasticidade biológica diminui com a idade, assim como a eficiência da cultura.

No que diz respeito à *utilização e necessidade percebida de serviços comunitários*, de acordo com o Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (OMS, 2007), estes serviços devem-se adaptar às muitas e complexas necessidades das pessoas mais velhas. Devem ser suficientes, de boa qualidade, apropriados e acessíveis, uma vez que estes serviços (serviços de saúde e de apoio social) são fundamentais para manter a independência e a autonomia. Com o aumento significativo do número de pessoas mais velhas na população e o aumento de políticas de *aging in place*, com o intuito de manter as pessoas mais velhas nos seus próprios domicílios, Stoddart e colaboradores (2002) consideram a utilização de serviços um assunto fundamental. Os principais resultados da avaliação da utilização e necessidade de serviços comunitários, na presente investigação, demonstram que, na globalidade, são os participantes mais dependentes nas AIVD que utilizam mais serviços comunitários, à exceção dos serviços sociais e recreativos, em que a percentagem é mais elevada nos participantes independentes. Estes resultados vão ao encontro da revisão da investigação no domínio, nomeadamente ao estudo de Rodrigues (2009), que evidenciou que os participantes que apresentam maior incapacidade funcional (mulheres e idosos com 85 ou mais anos) surgem como os maiores utilizadores de serviços. Outro estudo, levado a cabo por Pereira (2016), também conclui que parece existir uma maior necessidade e utilização de serviços de apoio e de saúde por parte dos participantes mais dependentes, enquanto os mais independentes manifestam maior interesse no

desenvolvimento de serviços sociais e recreativos. Também Stoddart e colaboradores (2002) consideram que a dependência é um determinante para o maior uso de serviços.

Os serviços com maior utilização, além dos transportes, encontram-se no grupo de serviços gerais de apoio, respetivamente os serviços de monitorização, serviços domésticos e preparação de refeições. Seguindo-se os serviços sociais recreativos, nomeadamente no que respeita a viagens e os serviços de saúde, onde se destaca o uso de medicamentos psicotrópicos. Os de maior necessidade sentida surgem no grupo de serviços sociais e recreativos, destacando-se as viagens, seguindo-se os serviços gerais de apoio, designadamente os serviços de monitorização, serviços domésticos e preparação de refeições. Também no estudo de Sá (2013), que inclui a avaliação da utilização e necessidade de serviços comunitários, se verificou que o serviço mais utilizado pelos participantes foram os serviços de monitorização. Comparando com o estudo de Pereira (2009) verifica-se que os resultados também são similares, na medida em que o uso de medicamentos psicotrópicos e os serviços de transporte estão entre os serviços mais utilizados.

Ao contrastar o número de participantes que utilizam os vários serviços comunitários e o número de participantes que considera necessitar desses serviços, verifica-se uma grande coincidência entre estes valores para a maioria dos serviços. No entanto, observaram-se diferenças negativas (em que a necessidade sentida era superior à utilização do serviço) para todos os serviços sociais e recreativos e, com menos significância, nos serviços de saúde, nomeadamente nos serviços de fisioterapia e no uso de medicamentos psicotrópicos.

Relativamente aos serviços sociais/recreativos importa realçar que as entidades locais, nomeadamente a Câmara Municipal e as Juntas de Freguesia promovem passeios anuais para as pessoas mais velhas, além disso o município em parceria com instituições locais, disponibiliza, a um preço simbólico, atividades desportivas destinadas à população mais velha (ginástica, hidroginástica), inseridas no Programa “Seniores Ativos” (Rede Social Vila Verde, 2015). Assim, surge a questão do porquê haver uma discrepância tão significativa entre o número de participantes que considera necessitar de serviços sociais/recreativos, viagens e desporto destinados à população idosa e o número de participantes que usufrui deste tipo de serviços, quando as entidades locais promovem

estas atividades. Várias poderão ser as explicações possíveis, relativamente ao programa “Seniores Ativos” importa salientar, por um lado, a possibilidade relativa à reduzida divulgação das atividades junto da população idosa, e por outro, o facto da Junta de Freguesia de Pico de Regalados Gondães e Mós não ter parceria neste programa, sendo que para que as pessoas mais velhas desta união de freguesias participe nestas atividades têm que se deslocar à freguesia de Vila Verde, ou serem sócios da Casa do Povo de Pico de Regalados, uma Instituição Particular de Segurança Social (IPSS). Outra razão que pode eventualmente justificar esta discrepância de valores são os problemas de saúde, em especial problemas de mobilidade, assim como a falta de tempo. Pois, aquando a aplicação dos protocolos, muitos dos participantes que consideravam necessitar destes serviços referiam que não participavam devido a problemas de saúde e mobilidade, dos próprios ou dos conjugues, e outros referiam a falta de tempo, uma vez que continuavam a trabalhar, caso que se evidenciou principalmente em comerciantes e agricultores.

À luz do modelo de Kahana e Kahana (1996; Kahana *et al.*, 2003, 2005), considere-se os serviços comunitários como recursos externos dos indivíduos que podem, efetivamente, “amortecer” ou atenuar o efeito negativo de eventos stressores, nomeadamente as perdas biológicas, psicológicas, e sociais e contribuir para a qualidade de vida das pessoas. Para tal, é fundamental que estes serviços sejam adequados e acessíveis para que as pessoas possam utilizá-los de forma preventiva (antes de acontecer), como a participação em atividades sociais/recreativas e de desporto, ou de forma corretiva (após a presença de fatores stressores), como o uso de fisioterapia ou o recurso a serviços de cuidados pessoais. Em contra partida, se estes serviços não forem adequados e acessíveis, incapazes de colmatar as necessidades das pessoas, gerar-se-á mais *stress*, podendo comprometer o bem-estar e a qualidade de vida das mesmas.

Em suma, estamos perante um grupo de pessoas que estão a viver de forma independente e autónoma nas suas casas, embora com rendimentos muito reduzidos, contando sobretudo com o apoio dos filhos e do conjugue (Tabela A3). Apesar do baixo nível de escolaridade, na globalidade, estas pessoas apresentam um bom desempenho cognitivo, estão satisfeitas com as suas vidas, não apresentando sintomatologia depressiva. Aparentemente, apresentam uma rede social de apoio extensa, constituída essencialmente por familiares, vizinhos e amigos, e uma boa acessibilidade a serviços comunitários, que

em conjunto fornecem suporte emocional e algum suporte instrumental (e.g., tarefas domésticas, preparação de refeições) permitindo-lhes, assim, mesmo aos que vivem sós, permanecerem nas suas casas.

Muito embora os participantes apresentem bons resultados ao nível da funcionalidade para as AVD, funcionamento cognitivo e socioemocional, há uma tendência negativa dos resultados em função da idade. Neste sentido, e à luz do Modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e Kahana (1996; Kahana *et al.*, 2003, 2005), é fundamental que os indivíduos adotem comportamentos proativos adaptativos, essencialmente preventivos, como forma de precaver as mudanças e os desafios inerentes à maior vulnerabilidade biopsicossocial do processo de envelhecimento. Para tal, as pessoas mais velhas devem envolver-se ativamente na construção do seu curso de vida, utilizando os recursos disponíveis, quer internos (e.g., satisfação com a vida), quer externos (e.g., financeiros, sociais e serviços comunitários), de forma a atenuar as situações adversas que constroem a qualidade de vida, tendo uma maior probabilidade de alcançar o envelhecimento bem-sucedido.

Conscientes de algumas limitações deste estudo, não podemos afirmar que esta Avaliação Gerontológica Multidimensional se encontra totalmente completa. Em primeiro lugar, esta avaliação está limitada a duas Uniões de freguesias da região centro do Município de Vila Verde, muito embora estratificada em termos de género e idade. Ainda que a seleção da amostra tenha obedecido às quotas de representatividade por género e grupo etário, o acesso às pessoas idosas mais dependentes poderá estar comprometido devido ao procedimento de amostragem - “bola de neve”. Além disso, a população avaliada apresenta um nível de escolaridade reduzido e uma elevada percentagem de analfabetos, o que poderá introduzir viés nos resultados e levantar, consequentemente, algumas questões para um protocolo com instrumentos padronizados. Por fim, a extensão do protocolo de recolha de dados poderá, em alguns casos, ter induzido cansaço aos participantes podendo, efetivamente, ter comprometido o rigor das suas respostas.

Assim, para a prossecução deste estudo recomenda-se que se acrescente uma entrevista não estruturada para melhor compreender a articulação entre recursos internos e externos. Face ao exposto, seria relevante prosseguir com a Avaliação Gerontológica

Multidimensional no Município de Vila Verde, incluindo as restantes freguesias do concelho.

No que ao Plano Gerontológico Municipal (PGM) diz respeito apresenta-se em seguida algumas recomendações orientadoras para um plano de intervenção com vista a aumentar a proatividade adaptativa à medida que as pessoas vão envelhecendo.

Se atendermos ao modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e colaboradores (1996, 2003, 2005), por exemplo o voluntariado social traduz-se numa adaptação proativa preventiva, que contribui para a manutenção de atividades e o significado de vida, que os autores consideram como *outcomes* de qualidade de vida. De acordo com Souza e Lautert (2008), o trabalho voluntário surge como uma ferramenta que possibilita às pessoas idosas sentirem-se mais ativas e úteis socialmente, atuando como um mecanismo protetor da saúde e da qualidade de vida. Assim, e dada a existência do Banco Local de Voluntariado no município de Vila Verde recomenda-se uma maior dinamização e incentivo à participação por parte das pessoas mais velhas, de forma a ampliar a sua participação no desenvolvimento comunitário e promover/manter o sentimento de utilidade.

Uma vez que foram encontradas diferenças significativas entre níveis de escolaridade para todas as dimensões do envelhecimento individual, sendo que os participantes menos escolarizados apresentavam piores resultados, recomenda-se o incentivo e a promoção da aprendizagem ao longo de toda a vida (mais recente pilar do envelhecimento ativo; OMS, 2015). Neste sentido, seria pertinente o desenvolvimento de infraestruturas educativas acessíveis para todas as idades e o apoio ao desenvolvimento de academias seniores. Tendo em consideração o baixo nível económico dos participantes (69% possui rendimentos inferiores a 499 euros/mês), uma solução possível para permitir às pessoas mais velhas o acesso com desconto a determinados bens e serviços, seria a criação de um cartão sénior, uma medida adotada por várias autarquias do nosso país.

Um dos problemas mais comuns às pessoas mais velhas é a perda de contactos sociais. Os laços sociais que se constituíram ao longo da vida ativa, caso não sejam cultivados e estimulados, tendem a perder-se progressivamente. Aparentemente, as pessoas idosas que participaram nesta investigação possuem uma boa rede social, sendo

que apenas 7,2% dos participantes apresentam maior risco de isolamento. No entanto, verificou-se que com o avançar da idade há uma tendência para a diminuição da rede social e, consequentemente, o aumento do risco de isolamento social. Neste sentido, e uma vez que 19% dos participantes vivem sozinhos e cerca de 40% vive apenas com o conjugue, é fundamental que o município promova atividades que estimulem e cultivem o contacto social, de forma a prevenir eventuais perdas.

Dada a necessidade evidenciada, por parte dos participantes, de serviços sociais e recreativos que proporcionem momentos lúdicos e de lazer, a criação de espaços de convívio (e.g. associações de reformados), nas freguesias, destinados à população mais velha seria uma medida importante a implementar. Estes espaços (disponibilizados pelas juntas de freguesia) iriam funcionar como um local de acolhimento e encontro social, onde fossem fomentadas atividades, gratuitas ou de baixo custo, promotoras de um envelhecimento ativo, tendo sempre em conta as necessidades, capacidades e expetativas individuais de cada pessoa. As atividades lúdicas e de lazer têm como objetivo promover o envolvimento ativo na comunidade, estimulando as relações interpessoais, a experimentação de emoções positivas, de forma a prevenir ou atenuar o isolamento social e a sintomatologia depressiva, contribuindo para um maior bem-estar e qualidade de vida.

De acordo com a investigação científica e tal como pudemos comprovar neste estudo, com o avançar da idade há uma tendência para a diminuição do desempenho cognitivo, assim seria pertinente a promoção de atividades de estimulação e treino cognitivo de forma a prevenir ou otimizar eventuais perdas.

De salientar, ainda, a importância da participação em atividades físicas regulares e moderadas, uma vez que de acordo com WHO (2002), este tipo de atividades podem retardar declínios funcionais, bem como prevenir o aparecimento de doenças crónicas. Como se pode observar na presente investigação, apesar do município integrar um programa de atividade física, designadamente, “Seniores Ativos”, há um considerável número de participantes que refere necessitar deste tipo de serviços, pelo que se recomenda uma maior divulgação do programa, bem como estabelecer parcerias com todas as juntas de freguesia do concelho, de modo a facilitar o acesso a toda a população idosa em condições de igualdade.

Face à utilização e necessidade percebida de serviços, recomenda-se a criação de um Programa de Turismo Sénior, que promova passeios a baixo custo, tendo em consideração o baixo nível económico, bem como o interesse e necessidade sentida de viajar dos participantes deste estudo. Em termos operacionais, este programa deve promover a visita a locais de interesse histórico, paisagístico, cultural e religioso, assim como promover programas de miniférias, tal como já acontece na freguesia de Vila Verde e Barbudo.

Uma vez que este estudo evidencia um considerável número de pessoas idosas a viverem sós nas suas casas, é fundamental criar medidas e alocar serviços eficazes e inovadores que promovam condições favoráveis ao envelhecimento bem-sucedido no lugar. Assim, uma das intervenções possíveis passaria por criar um serviço de teleassistência que disponibilize respostas imediatas perante determinadas situações de emergência, contribuindo para a manutenção da autonomia das pessoas idosas no seu domicílio.

Para finalizar, é de suma importância a criação de um Gabinete de Apoio à Pessoa Idosa, nas instalações da Ação Social do município, de forma a agilizar respostas às suas necessidades. Um espaço especificamente direcionado à população com 65 ou mais anos de idade, onde estes possam encontrar apoio na resolução de variadas questões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Alves, A. (2013). *Envelhecer em casa em ambientes predominantemente rurais e moderadamente urbanos: um estudo de base comunitária em Monção* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Angeiras, C. (2013). Envelhecimento e sentido de comunidade: um estudo na zona piscatória das Caxinas – Vila do Conde (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1997). Concern with others at midlife: Care, comfort, or compromise. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (147-169). USA: The University of Chicago Press.
- Antonucci, T. C., & Ajrouch, K. J. (2007). Social resources. In H. Mollenkopf & A. Walker (Eds.), *Quality of life in old age* (pp. 49-64). New York: Springer.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- 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.
- Aykawa, A. C., & Neri, A. L. (2008). Capacidade funcional. In A. L. Neri (Ed.) *Palavras-chave em Gerontologia* (pp. 29-33). Campinas: Alínea.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 5, 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as Foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471- 507.
- 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.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista portuguesa de saúde pública*, 32(2), 188-196.
- Barros-Oliveira, J. (2004). *Desenvolvimento cognitivo e personológico do idoso*. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3(2), 477-597.
- Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-374). New York: Springer Publishing Company.

- Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Melo de Carvalho, J. M. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, 1(1).
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015a). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto a vestir e o fato à medida?. *EXEDRA - Revista científica da ESEC*, 11-28.
- Bastos, A. M., Faria, C. G., Moreira, E., Morais, D., Melo-de-Carvalho, J. M., & Paul, M. C. (2015b). The importance of neighborhood ecological assets in community dwelling old people aging outcomes: A study in northern Portugal. *Frontiers in aging neuroscience*, 7(156), 1-8.
- Batistoni, S. S. T. (2014). Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 17(3), 647-657.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-136). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Cancela, D.M.G (2007). *O processo de envelhecimento*. Porto: O portal dos psicólogos [Documento eletrónico]. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidende for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156.
- Charles, A., Emlet, A., & Mocerri, J. T. (2011). The Importance of Social Connectedness in Building Age-Friendly Communities. *Journal of aging research*, 2012, 42-50.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychology*, 55(1), 34-43.
- Diniz, B., S., O., Volpe, F. M., & Tavares, A. R. (2007). Nível educacional e idade no desempenho no minixame do estado mental em idosos residentes na comunidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(1), 13-17.
- Drago, S., & Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Elder, G. H. (1999). *Children of the Great Depression: Social Change in Life Experience*, 25th Anniversary ed. United States of America: Perseus Books Group.
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2004). The Emergence and Development of life Course Theory. In J. T. Mortimer, & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the Life Course* (pp. 3-19). United States America: Springer.
- Elder, G. H., & Giele, J. Z. (2009). Life Course Studies: An Evolving Field. In G. H. Elder, & J. Z. Giele (Eds.), *The Craft Life Course Research* (pp. 1-24). New York: The Guilford Press.
- Fänge, A. M., Oswald, F., & Clemson, L. (2012). Aging in place in late life: theory, methodology, and intervention. *Journal of aging research*, 2012, 1-2.

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging - the contribution of psychology*. Cambridge: Hogrefe.
- Fernández-Ballesteros, R., & Rodríguez, J. (2004). Ambiente y vejez. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social* (pp. 251-273). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(2), 277-289.
- Fonseca, C. J. V., & Fontes, R. M. (2011). *O Guia global das cidades amigas das pessoas mais velhas em 8 perguntas e 8 respostas: Um guia prático para a divulgação do conceito* (trabalho realizado no âmbito do Curso de Pós-Graduação em “Gestão Organizacional de Equipamentos Sociais destinados a Pessoas mais velhas”). Universidade Fernando Pessoa, Lisboa.
- Fragoeiro, I. M. A. R. (2009). *A saúde mental das pessoas mais velhas na Região Autónoma da Madeira*. (Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). The relevance of sociodemographic and health variables on MMSE Normative Data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 0, 1-9.
- Gordilho, A., Sérgio, J., Silvestre, J., Ramos, L. R., Freire, M. P. A., Espindola, N., Maia, R., Veras, R., & Karsch, Ú. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Hooyman, N. & Kiyak, H. (2011). *Social Gerontology: A multidisciplinary perspective* (9ª edição). Boston: Pearson.
- Hutchison, E. D. (2010). *A Life Course Perspective. Dimensions of human behavior: The changing life course*, 4, 1-38.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011 – Resultados definitivos [Documento eletrónico]. Retirado de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros_populacao
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-41). New York: Springer Publishing Company.
- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). *Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing*. *Ageing International*, 28(2), 155-180.
- Kahana, E. King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wykle, P. J. Whitehouse, & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life-span* (pp. 103-126). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Ageing & mental health*, 16(4), 438-451.

- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-span development and behavior*, 3, 253-286.
- Lalanda, P. (2013). Prefácio. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. P. Miúdo & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 13-15). Ponte Delgada: Letras Lavadas edições.
- Madeira, J. (2013). Pensar no ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre as gerações. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. P. Miúdo & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 23-28). Ponte Delgada: Letras Lavadas edições.
- Marshall, V. (2009). Theory informing public policy: The life course perspective as a policy tool. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silversytein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 573-593). NY: Springer.
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas mais velhas: problemas e desafios em contexto português. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 177-203.
- Mayer, K. U. (2003). The sociology of the life course and lifespan psychology: diverging or converging pathways?. In U. M. Staudinger & U. Lindenberger (Eds.), *Understanding human development: Dialogues with lifespan psychology* (pp. 463-481). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Millán-Calenti, J. C. (2006). Gerontología y geriatría. In J. C. Millán-Calenti (Ed.), *Principios de Geriatría y Gerontología* (pp. 3-20). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- 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. (2008). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Nunes, D. P., Nakatani, A. Y. K., Silveira, E. A., Bachion, M. M., & Souza, M. R. D. (2010). Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência Saúde Coletiva*, 15(6), 2887-2898.
- Organização das Nações Unidas. (2002). *Melhorar a saúde e o bem-estar na velhice: argumentos a favor de um envelhecimento ativo*. Madrid: Segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento.
- Organización de las Naciones Unidas. (2003). *Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Madrid: Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento.
- Organização Mundial da Saúde (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas* (Fundação Calouste Gulbenkian, trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Brasil: Centro Internacional de Longevidade Brasil.
- Pacheco, E., & Blanco, M. (2003). Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de población*, 9(38), 159-193.
- Paixão Jr, C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de saúde pública*, 21(1), 7-19.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). Desenvolvimento Psicossocial na Terceira Idade. In D. E. Papalia, S. W. Olds, & R. D. Feldman (Ed.) *Desenvolvimento humano* (pp.702-736). São Paulo: Artmed.

- Pastalan, L. A. (1990). *Aging in place: The role of housing and social supports*. New York: Haworth Press.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist*, 8(3), 160-167.
- 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. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005c). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp.1-17). Lisboa, Portugal: Lidel-edições técnicas, Lda.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment*, 5(2), 164-172.
- Pereira, C. (2013). *Avaliação multidimensional da população com 65+ anos no perímetro urbano de Santo Tirso* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Pereira, M. (2016). *Envelhecimento e avaliação gerontológica multidimensional: um estudo de base comunitária no Município de Vizela* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Phillipson, C. (2010). Ageing and urban society: growing old in the 'Century of the City'. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.). *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (pp. 597-606). Los Angeles, EUA: Sage.
- Pynoos, J., Caraviello, R., & Cicero, C. (2009). Lifelong housing: the anchor in aging-friendly communities. *Generations*, 33(2), 26-32.
- Rede Social Vila Verde (2015). Diagnóstico Social [Documento eletrónico]. Recuperado de <http://www.cm-vilaverde.pt/documents/21418/72685/Diagn%C3%B3stico+Social/ce7169f8-fef8-4423-ba28-4467ac8f99bb?version=1.0>
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- 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). *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 15, 217-234.
- Rodrigues, M. (2012). *A multidimensionalidade do envelhecimento em lugares específicos: um estudo no Município de Viana do Castelo* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Rodrigues, N. C., Rauth, J., & Terra, N. L. (2006). *Gerontologia social: para leigos*. Porto Alegre, Brasil: EDIPUCRS.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 23(2), 109-115.

- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização serviços*. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda.
- Rodrigues, R. M. C., Silva, C. F. R. D., Loureiro, L. M. D. J., Silva, S. M. D. T. D., Crespo, S. S. D. S., & Azeredo, Z. D. A. S. (2015). Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 65-74.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: FFMS.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). The structure of successful aging. In J. W. Rowe, & R. L. Kahn (Eds.), *Successful aging: The MacArthur foundation study* (pp. 36-52). New York: Pantheon.
- Rowland, D. T. (2009). Global population aging: history and prospects. In P. Uhlenberg (Ed.), *International handbook of population aging* (pp. 37-65). USA: Springer.
- Sá, C. (2013). *Envelhecer em zonas rurais isoladas: avaliação gerontológica multidimensional no Município de Amares* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: the Seattle longitudinal study*. New York: Cambridge University Press.
- Schroots, J., & Birren, J., (1980). A Psychological point of view toward human aging and adaptability. *Adaptability and Aging, Proceedings of 9th Internacional Conference of Social Gerontology, Quebec, Canada, 9*, 43-54.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: pontes e alcapões*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Simões, M. R., Prieto, G., Pinho, M. S., & Firmino, H. (2015). Geriatric Depression Scale (GDS-30). In M. R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escala e Testes na Demência* (3ª. edição; pp. 128-133). Lisboa: Novartis.
- Souza, L. M., & Lautert, L. (2008). Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 42(2), 371-376.
- Stoddart, H., Whitley, E., Harvey, I., & Sharp, D. (2002). What determines the use of home care services by elderly people?. *Health & social care in the community*, 10(5), 348-360.
- Unidade de Investigação e Formação Sobre Adultos e Idosos (2016). Plano Gerontológico [Documento eletrónico]. Retirado de <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/index.php/servicos?id=23>
- Walker, A., & Mollenkopf, H. (2010). International and multi-disciplinary perspectives on quality of life in old age: conceptual issues. In H. Mollenkopf, & A. Walker (Eds.), *Quality of life in old age: International and multi-disciplinary perspectives* (pp. 3-13). Netherlands: Springer.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2011). The meaning of “ageing in place” to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366.
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1 – Tabelas descritivas dos resultados

Dimensões do envelhecimento individual

Relativamente à funcionalidade para as atividades básicas de vida diária (ABVD), como se pode observar na Tabela A1, os participantes obtêm melhores resultados nos itens relativos ao controlo intestinal (todos os participantes são independentes), à alimentação e à deambulação (98,8% são independentes). No entanto, 7,2% dos participantes são dependentes nas atividades de higiene corporal e banho.

Tabela A1. Análise da funcionalidade para as ABVD, por item do Índice de Barthel

Caraterísticas	Total n= 83	
	n	%
Alimentação Min-Max	5-10	
Independente	82	98,8
Necessidade de alguma ajuda	1	1,2
Dependente	0	0
Vestir Min-Max	0-10	
Totalmente Independente	77	92,8
Necessidade de alguma ajuda	4	4,8
Dependente	2	2,4
Banho Min-Max	0-5	
Totalmente Independente	77	92,8
Dependente	6	7,2
Higiene Corporal Min-Max	0-5	
Totalmente Independente	77	92,8
Dependente	6	7,2
Utilizar casa de banho Min-Max	5-10	
Independente	80	96,4
Necessita de ajuda	3	3,6
Dependente	0	0
Controlo intestinal Min-Max	10-10	
Independente	83	100
Incontinência Ocasional	0	0
Incontinente fecal	0	0
Controlo vesical Min-Max	0-10	
Independente	80	96,4
Incontinência Ocasional	1	1,2
Incontinente ou algaliado	2	2,4
Subir escadas Min-Max	0-10	
Independente sobe e desce escadas	79	95,2
Necessita de ajuda	2	2,4
Dependente	2	2,4
Transferência cadeira cama Min-Max	0-15	
Independente	81	97,6
Necessita de ajuda mínima	1	1,2
Necessita de grande ajuda	1	1,2
Dependente	0	0
Deambulação Min-Max	0-15	
Independente	82	98,8
Necessita de ajuda	0	0
Independente com cadeira de rodas	0	0
Dependente	1	1,2

Tabela A2. Análise da funcionalidade para as AIVD, por item do Índice de Lawton

Caraterísticas	Total n= 83	
	n	%
Cuidar da casa Min-Max	1-5	
Cuidar da casa sem ajuda	49	59,0
Faz tudo exceto trabalho pesado	7	8,4
Só faz tarefas leves	10	12,0
Necessita de ajuda para todas as tarefas	2	2,4
Incapaz de fazer alguma coisa	15	18,1
Lavar a roupa Min-Max	1-3	
Lava a sua roupa	58	69,9
Só lava pequenas peças	12	14,5
Incapaz de lavar a sua roupa	13	15,7
Preparar comida Min-Max	1-4	
Planeia, prepara e serve sem ajuda	63	75,9
Prepara se lhe derem os ingredientes	2	2,4
Prepara pratos pré-cozinhados	0	0
Incapaz de preparar as refeições	18	21,7
Ir às compras Min-Max	1-4	
Faz as compras sem ajuda	58	69,9
Só faz pequenas compras	10	12,0
Faz as compras acompanhado	7	8,4
Incapaz de ir às compras	8	9,6
Uso do telefone Min-Max	1-4	
Usa-o sem dificuldade	57	68,7
Só liga para lugares familiares	9	10,8
Necessita de ajuda para o usar	7	8,4
Incapaz de usar o telefone	10	12,0
Uso de transporte Min-Max	1-3	
Viaja em transporte público ou conduz	67	80,7
Só anda de táxi	10	12,0
Incapaz de usar o transporte	6	7,2
Uso do dinheiro Min-Max	1-3	
Paga as contas, vai ao banco, etc.	68	81,9
Só em pequenas quantidades de dinheiro	11	13,3
Incapaz de utilizar o dinheiro	4	4,8
Responsável pela medicação Min-Max	1-3	
Responsável pela sua medicação	74	89,2
Necessita que lhes preparem a medicação	5	6,0
Incapaz de se responsabilizar pela medicação	4	4,8

Quanto à funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como se pode observar na Tabela A2, os participantes apresentam melhores resultados nas atividades relacionadas com a responsabilidade pela medicação 89,2%, destacando-se também os itens de uso de dinheiro, pagar as contas, vai ao banco (81,9%) e o uso de transporte, viajar em transporte público ou conduzir (80,7%). Por outro lado, 21,7% dos participantes são incapazes de preparar as refeições e 18,1% é incapaz de fazer qualquer coisa no que diz respeito ao cuidar da casa.

Tabela A3. Características da rede de suporte social

	Total <i>n</i> =83	
	<i>n</i>	%
Com filhos	77	92,8
Nº de filhos <i>M(dp)</i>	3,37 (2,36)	
Min-Máx	1-11	
Nº de pessoas com quem vive <i>M(dp)</i>	1,81 (1,65)	
Min-Máx	0-6	
Vive sozinho	16	19,3
Vive com o conjugue	33	39,8
Vive com familiares (filhos, netos, irmãos, entre outros)	34	40,9
Quando necessita de ajuda a quem recorre		
Conjugue	28	33,7
Filhos	62	74,7
Netos	8	9,6
Outros familiares	11	13,3
Vizinhos	4	4,8
Amigos	1	1,2
Alguém pago (e.g. empregada)	3	3,6
Não tem ninguém a quem recorrer	2	2,4

Relativamente à rede de suporte social, verifica-se que 92,8% dos participantes tem filhos, sendo a média de cerca de 3 filhos por pessoa, variando entre 1 e 11. Relativamente ao agregado familiar, as pessoas vivem em média com cerca de duas pessoas, sendo que 40, 9% vive com vários familiares (e.g. filhos, netos, irmãos, entre outros), 39,8% dos participantes vive com o conjugue e 19,3% vive sozinho. Como se pode verificar na Tabela A3, os participantes quando necessitam de ajuda no seu dia-a-dia recorrem maioritariamente à família, onde se destacam os filhos (74,7%) e o conjugue (33,7%), sendo que apenas 4,8% recorre a vizinhos, 3,6% a alguém paga para prestar essa ajuda e 1,2% a amigos. De salientar, ainda, que da totalidade dos participantes dois afirmam não ter ninguém a quem recorrer.

Anexo 2. Consentimento Informado

Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Educação
Consentimento Informado dos Participantes

O presente estudo subordinado ao tema avaliação gerontológica multidimensional comunitária no concelho de Vila Verde insere-se no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e tem como objetivo caracterizar a população idosa residente nas freguesias de Pico de Regalados, Gondiaães e Mós e Vila Verde e Barbudo, para conhecer como vivem, as suas principais necessidades e os recursos de apoio da comunidade.

Fui informado(a) que, para participar neste estudo, me será pedido que responda às várias perguntas, que me serão colocadas, sobre as minhas actividades do dia-a-dia, as minhas capacidades mentais, bem como as minhas relações sociais.

Sei que os objectivos deste estudo em que fui convidado(a) a participar foram delineados por uma equipa 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 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: _____

O Investigador: _____

Observação: _____

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

Nº de Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

Morada: _____
