



**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO**

**Paula Alexandra Torres Lima**

**Envelhecimento Bem-Sucedido, Competência na Vida Diária  
e Recursos Ecológicos**

Um estudo em território mediantemente urbano do Município de Viana do Castelo

**Curso de Mestrado  
Gerontologia Social**

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Alice Bastos

Maio de 2017



Aos meus pais.



## RESUMO

**Contexto e Objetivo.** Ao longo das últimas décadas do século XX emergiu uma nova visão do envelhecimento, concebendo-o como processo desenvolvimental multidimensional, multidirecional e multicausal, que ocorre ao longo da vida, numa interação dinâmica de ganhos e perdas numa relação bidirecional pessoa-contexto (Baltes, 1987, 1997; Lerner, 2002). A investigação sugere que face às exigências e necessidades específicas associadas ao envelhecimento, a disponibilidade de recursos internos (sensoriomotores, cognitivos, da personalidade e sócio-relacionais) facilitam e melhoram o funcionamento na vida diária das pessoas idosas, moderam os efeitos negativos da idade e favorecem o envelhecimento bem-sucedido (M. Baltes & Lang, 1997; Kahana & Kahana, 1996; Rowe & Kahn, 1997). À medida que as pessoas envelhecem, os recursos ecológicos/comunitários assumem uma importância cada vez maior, podendo constituir-se como facilitador ou constrangedor do funcionamento na vida diária (Paúl, 2005; Wahl & Iwarsson, 2007). Contudo, são ainda escassas as evidências empíricas sobre a influência dos recursos ecológicos nas várias dimensões do funcionamento individual (Bastos, Faria, Moreira, Morais, Melo de Carvalho & Paúl, 2015). Assim, este estudo tem como objetivo analisar as dimensões do funcionamento individual de pessoas com 65+ anos a residir na comunidade em função das características sociodemográficas e dos recursos ecológicos.

**Método.** Partindo do Censo da População estimou-se avaliar 3% da população com 65 + anos, a residir em casa em seis freguesias de Viana do Castelo classificadas como mediamente urbanas (N=100). Para recolha de dados foi realizada uma avaliação gerontológica multidimensional dos participantes através dos seguintes instrumentos: (i) *Ficha de Avaliação Sociodemográfica*, para avaliar as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade e estatuto socioeconómico); (ii) *Avaliação da Funcionalidade nas Atividades Instrumentais da Vida Diária- Índice de Lawton* (AIVD, Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa de Sequeira, 2007) (iii) *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein & Mchugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); (iv) *Subescala de Avaliação de Recursos Sociais - Parte A - Older American Resources and Services Questionnaire* (OARS; Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa de Rodrigues, 1999); (v) *Check-List de Recursos Ecológicos* (Lima & Bastos, 2017), elaborada para efeitos de identificação dos recursos ecológicos.

**Resultados.** Fazem parte deste estudo 100 participantes, com uma média de idade de 77 anos ( $M = 76,82$ ;  $DP = 8,35$ ), com um mínimo de 65 e máximo de 94 anos, sendo 53% mulheres. Relativamente à escolaridade, 69% têm entre 1 e 4 anos de escolaridade, variando entre 0 e 12 anos de escolaridade. Da análise das dimensões do funcionamento individual observa-se diferenças significativas na funcionalidade nas AIVD, desempenho cognitivo e recursos sociais, em função do género, apresentando as mulheres valores mais elevados na dependência ( $p < 0,05$ ), menores valores de desempenho cognitivo ( $p < 0,01$ ) e valores superiores nos recursos sociais ( $p < 0,01$ ). Relativamente à idade, observa-se que as pessoas mais velhas (80+ anos) obtêm valores superiores de dependência nas AIVD ( $p < 0,01$ ). No desempenho cognitivo (MMSE) observam-se diferenças significativas em função da escolaridade ( $p < 0,01$ ) sendo que as pessoas mais escolarizadas obtêm melhor desempenho, o mesmo acontecendo nos recursos sociais ( $p < 0,01$ ). Quanto à dimensão dos recursos ecológicos, não se observam diferenças significativas em todas as dimensões do funcionamento individual ( $p > 0,05$ ).

**Conclusão.** Face aos resultados, conclui-se que o funcionamento individual difere em função das características sociodemográficas, mas o mesmo não acontece relativamente aos recursos ecológicos. Neste sentido, a intervenção gerontológica deverá ter em consideração estes aspetos para a prática da promoção do envelhecimento bem-sucedido.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento Bem-Sucedido, Gerontologia Social, Funcionalidade na Vida Diária, Recursos Ecológicos.



## ABSTRACT

**Context and Purpose:** During the last decades of the twentieth century, a new vision/perspective of *ageing* emerged, conceiving it as a multidimensional, multidirectional and multi-causal developmental process that occurs throughout life, in a dynamic interaction of gains and losses in a two-way relationship between person and context (Baltes, 1987, 1997; Lerner 2002). Scientific research suggests that in view of the specific needs and requirements associated with *ageing*, the availability of internal resources (sensorimotor, cognitive, personality, and socio-relational) facilitate and improve functioning in the daily life of older people, moderates the negative effects of age and favoring successful *Ageing* (M. Baltes, & Lang, 1997; Kahana & Kahana, 1996; Rowe & Kahn, 1997). As people age, community ecological assets become increasingly important, and can be a facilitator or a constraint on functioning in daily life (Paúl, 2005 Wahl & Iwarsson, 2007). However, there is still little empirical evidence on the influence of ecological assets on the various dimensions of individual functioning (Bastos, Faria, Moreira, Morais, Melo de Carvalho & Paúl, 2015). This study aims to analyze the dimensions of the individual functioning of 65+ year olds community dwelling people due to sociodemographic characteristics and ecological assets.

**Methodology.** Based on the Population Census, it was estimated assess 3% of the population aged 65+ years old lived at home in six parishes classified as medium urban areas of a North Portugal town. To collect data, a multidimensional gerontological evaluation of the participants was carried out through the following instruments: (i) *Sociodemographic Assessment Sheet*, to assess sociodemographic variables (gender, age, marital status, education and socioeconomic status, among others); (ii) *Functionality in the Instrumental Activities of Daily Life - Lawton's Index* (IADL, Lawton & Brody, 1969, Portuguese version of Sequeira, 2007), (iii) *Mini-Mental State Examination* (MMSE, Folstein & Mchugh, 1975; Portuguese version of Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); (iv) *Sub-scale of Social Resources Assessment - Part A - Older American Resources and Services Questionnaire* (OARS; Fillenbaum & Smyer, 1981; Portuguese version of Rodrigues, 1999); (v) Checklist of Ecological Resources (Lima & Bastos, 2017), elaborated for the purpose of identification of ecological assets.

**Results.** A total of 100 participants were included, with a mean age of 77 years ( $M = 76.82$ ;  $SD = 8.35$ ), with a minimum of 65 and a maximum of 94 years, of which 53% were women. Regarding schooling, 69 have between 1 and 4 years of schooling, varying between 0 and 12 years. From the analysis of the dimensions of individual functioning, there are significant differences in functionality in IADL activities, cognitive performance and social resources, as a function of gender, with women having higher values of dependence ( $p < 0.05$ ), having lower values of cognitive performance ( $p < 0.01$ ) and having higher values in social resources ( $p < 0.01$ ). Regarding age, it is observed that older people (80+ years) obtain higher values of dependence on functionality in the IADL ( $p < 0.01$ ). In cognitive performance (MMSE), significant differences were observed as a function of schooling ( $p < 0.01$ ), with people with more schooling performing better, as did social resources ( $p < 0.01$ ). In relation to ecological assets, it doesn't explain de differences on the dimensions of individual functioning.

**Conclusion.** Given the above, it is concluded that the individual functioning differs according to sociodemographic dimensions, but the same doesn't occur relating to ecological assets. In this way, gerontological intervention should take these results into account in its practices in promoting successful ageing.

**Keywords:** Successful Ageing, Social Gerontology, Functionality in Daily Living, Ecological Assets.





## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA</b>	
<b>1. O Envelhecimento Bem-Sucedido, Desenvolvimento Humano e Gerontologia</b>	11
1.1 Envelhecimento Bem-Sucedido	11
1.2 O Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido de Rowe e Kahn	14
1.3 O Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido de Baltes e colaboradores	17
1.4 O Modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e colaboradores	26
1.5 O Modelo Multidimensional e Multinível de Fernández-Ballesteros	30
1.6 Uma análise integrada dos modelos de Envelhecimento Bem-Sucedido	31
<b>2. A Competência na Vida Diária</b>	32
2.1 A Funcionalidade nas Atividades de Vida Diária (AVD): dependência física?	32
2.2 Funcionamento Cognitivo na Vida Diária: dependência mental?	40
2.3 Recursos Sociais: Rede de Relações e Suporte Social	47
<b>3. Recursos Ecológicos e Envelhecer no Lugar</b>	55
3.1 Contributos da Gerontologia Ambiental	55
3.2 Contributos do Contextualismo Desenvolvimental	59
<b>CAPÍTULO II - MÉTODO</b>	
1. Plano de investigação e participantes	65
2. Instrumentos de recolha de dados	68
3. Procedimentos de Recolha de Dados	73
4. Estratégia de análise de dados	73
<b>CAPÍTULO III - RESULTADOS</b>	
1. Descrição das características sociodemográficas dos participantes e ambiente proximal	77
2. Descrição das dimensões do funcionamento individual dos participantes	89
3. Análise comparativa do funcionamento individual em função das características sociodemográficas e dos recursos ecológicos	94

<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>111</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. População com 65 ou mais anos residente nas freguesias selecionadas e cálculo amostral de 3%	69
Tabela 2. Características sociodemográficas dos participantes	79
Tabela 3. Atividades de lazer dos participantes	82
Tabela 4. Condições de Habitação/Casa	82
Tabela 5. Mobilidade no Exterior da Casa/Comunidade	84
Tabela 6. Perceção de Locais de Apoio na Freguesia	84
Tabela 7. Descrição dos Recursos Ecológicos, por freguesia	85
Tabela 8. Descrição das Coletividades e Associativismo Local, por freguesia (Fontes: Relatório de Diagnóstico Social de Viana do Castelo (CLAS, 2013) e websites das freguesias)	87
Tabela 9. Funcionalidade nas Atividades da Vida Diária (AIVD)	89
Tabela 10. Desempenho Cognitivo, por grupo de idade e grau de escolaridade no total da amostra e de acordo com Freitas e colaboradores (2015)	92
Tabela 11. Perceção das Relações Sociais dos participantes	93
Tabela 12. Perceção da disponibilidade de recursos na comunidade	95
Tabela 13. Descrição da Classificação dos Recursos Sociais	96
Tabela 14. Análise do funcionamento individual segundo as características sociodemográficas	97
Tabela 15. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo os Recursos Ecológicos (Teste de Mann-Withney)	99

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Adaptação do Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido de Rowe e Kahn (1997; p.434)	15
Figura 2 - Adaptação do Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990, p.22)	20
Figura 3 - Adaptação do Modelo SOC (adaptado de Baltes, Lindenberger e Staudinger,1999; p.483)	22



## INTRODUÇÃO

---



O envelhecimento é um processo de desenvolvimento humano multidimensional que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo, constituído por um conjunto de padrões de crescimento, estabilidade e declínio nos domínios biológico, psicológico e social, num processo de mudanças adaptativas de ganhos e perdas (Baltes, 1987; Fernández-Ballesteros, 2009a). De acordo com Hooyman e Kiyak (2011), nos primeiros estádios de vida ocorrem processos de *crescimento* e *maturação* física e social; a partir dos 30 anos, ocorrem mudanças que refletem o declínio normal em todos os sistemas orgânicos, processo designado por *senescência*, que acontece gradualmente no organismo, reduzindo a viabilidade dos diferentes sistemas corporais e aumentando a vulnerabilidade à doença, sendo esta a última fase do desenvolvimento do organismo.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009b) a palavra *velho* vem do latim *veclus*, *vetulusm*, que significa "pessoa com muita idade". A autora faz a distinção entre *velho*, *envelhecimento* e *velhice*, referindo que enquanto o *envelhecimento* é um processo que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, a *velhice* corresponde à última etapa de vida do indivíduo, que pode ser definida em função da idade *cronológica* (normalmente considerada a partir dos 65 anos de idade nos países desenvolvidos), da idade *psicológica*, que se refere ao padrão de estabilidade/mudança e crescimento/declínio dos aspetos psicológicos, e da idade *social*, que se refere às tarefas, papéis e normas sociais atribuídos às pessoas com idade avançada, numa determinada sociedade.

Segundo Schaie e Willis (2003) sendo um conceito multidimensional, o envelhecimento humano tem sido abordado por várias ciências, nomeadamente pela biologia, a psicologia e as ciências sociais. O envelhecimento pode considerar-se como um processo *endógeno* e involuntário que opera de forma cumulativa ao longo do tempo acabando numa modificação adversa de células; ou como um processo *exógeno*, como consequência de danos provocados por doenças. O conceito biológico de envelhecimento é baseado essencialmente na probabilidade de sobrevivência de um organismo, estando fortemente associado a esta característica.

Quanto às definições psicológicas de envelhecimento, Schaie e Willis (2003) consideram as funções psicológicas que se desenvolvem e declinam ao longo do ciclo de vida, por exemplo, a linguagem, a sabedoria e o raciocínio. O envelhecimento é um processo não linear de maturação, estabilidade e declínio da função cognitiva ou intelectual, mas também emocional e social/relacional. Como iremos abordar, o funcionamento cognitivo no adulto e no adulto com idade avançada constitui um processo desenvolvimental interativo entre o organismo e o meio, constituído por mudanças positivas e negativas, e dotado de *plasticidade* (biológica, psicológica e comportamental) que permite a adaptação do indivíduo às mudanças desenvolvimentais.

Numa visão desenvolvimental e contextualista do envelhecimento, Baltes (1987, 1997) concetualiza o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do ciclo de vida, numa interação entre o organismo e o meio e dotado de plasticidade desenvolvimental. Numa análise da teoria de Baltes, Fonseca (2005; 2007) considera destaca o papel ativo do indivíduo na construção do próprio desenvolvimento, influenciando-o, quer diretamente

através das escolhas que realiza, quer indiretamente mudando os próprios contextos onde o desenvolvimento e o envelhecimento ocorrem. Esta visão considera o desenvolvimento humano como um sistema altamente complexo onde se interligam e interagem dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Baltes (1987) aponta para dois princípios básicos do paradigma contextualista do desenvolvimento humano: a *reciprocidade da relação entre organismo e o meio*, e a *plasticidade do desenvolvimento psicológico*, que se refere às mudanças sistemáticas e organizadas da estrutura ou função do desenvolvimento num determinado período de tempo. A partir destes princípios surge um conjunto de teorias que partilham as ideias básicas do processo de desenvolvimento como a *plasticidade* da mudança, a *multidirecionalidade* do desenvolvimento e o aumento das *diferenças interindividuais* com a idade. Dentro do paradigma contextualista do desenvolvimento, destaca-se a *perspetiva desenvolvimental do ciclo de vida* de Paul Baltes (1987) que foi fundamental na abordagem do envelhecimento e do envelhecimento bem-sucedido.

Para as ciências sociais, e na mesma perspetiva, de acordo com Schaie e Willis (2003), a definição de envelhecimento considera a posição do indivíduo num contexto social constituído por normas estabelecidas relacionadas com a idade, podendo as mesmas variar por alterações na sociedade. Os autores sintetizam as influências socio-históricas que afetam o desenvolvimento do adulto ao longo da vida como: a) *Influências normativas ligadas à idade*; b) *Influências normativas relacionadas com a história*; c) *Influências não normativas*. As *influências normativas relacionadas com a idade* referem-se a aspetos biológicos (como a puberdade e a menopausa) e ambientais (como a socialização e a aquisição de papéis normativos, como a entrada para escola, o casamento e a reforma) que direcionam o curso de vida. As *influências normativas relacionadas com a história* são acontecimentos marcantes numa dada cultura e num momento particular, podendo ser sociais, tais como a crise económica, uma guerra ou qualquer acontecimento político; ou naturais, como catástrofes ambientais ou epidemias. Estas influências, que afetam com impacto significativo uma geração de pessoas são designadas por efeito de *coorte*. As *influências não normativas* referem-se a fatores que afetam a vida dos indivíduos, mas nem todos, obrigatoriamente, o experienciam, podendo ser acontecimentos inesperados positivos ou negativos (como o desemprego, o divórcio ou uma doença grave).

Segundo a mesma fonte, todas estas influências podem afetar os indivíduos de forma diferenciada de acordo com as fases da vida em que se encontram. Na idade adulta e velhice, os investigadores têm centrado a atenção predominantemente no impacto das influências relacionadas com a idade e as influências não normativas.

Envelhecer com sucesso é um objetivo a alcançar cada vez mais na vida dos indivíduos de muitas sociedades. Quer ao nível individual, quer em termos coletivos, se procuram as condições favoráveis e o ambiente ideal para viver a última fase do ciclo de vida, caracterizada pela idade avançada e pela maior probabilidade de declínio das competências físicas, psicológicas e sociais em virtude da natureza limitada do organismo (Baltes, 1997). Estas limitações exigem a utilização inteligente de recursos de modo a



responder às necessidades específicas da população mais velha. Outro dado relevante é o facto de que cada vez mais adultos em idade avançada preferirem o ambiente *natural* para viver a fase mais tardia, no lugar onde viveram ao longo do tempo, mantendo relações próximas com os mais significativos, como a família, os vizinhos, os amigos e os grupos da comunidade (Wahl & Iwarsson, 2007).

Viver no meio natural de vida em idade avançada tem sido objeto de investigação nas últimas décadas, tendo dado origem a um movimento designado por *ageing in place*, que se refere ao facto de os adultos em idade avançada permanecerem a viver no seu contexto (privado) de vida com um nível mínimo de autonomia, como alternativa à institucionalização (Fernández-Carro, 2013).

O fenómeno de envelhecimento demográfico generalizado, que despoletou na segunda metade do século XX (Rowland, 2009), caracterizado pelos avanços da medicina, da tecnologia e pela melhoria das condições de vida em geral, levou à necessidade de compreender e explicar o fenómeno do envelhecimento, quer ao nível do funcionamento individual, biológico, psicológico, comportamental e social dos adultos mais velhos, quer ao nível do impacto que as condições do meio envolvente externo exercem no funcionamento desses adultos, contribuindo para dar resposta às suas necessidades e favorecer o envelhecimento bem-sucedido.

Até aos finais dos anos 70 do século XX, predominou uma visão negativa do envelhecimento, como um processo caracterizado por perdas, declínio físico e mental, estados de doença, aumento da incapacidade e de condição de dependência das pessoas mais velhas. Esta visão de cariz predominantemente biológico estava associada a uma noção de fatalidade, incompatível com a possibilidade de poder envelhecer com sucesso, qualidade de vida e no seu *habitat*.

A proliferação de estudos de investigação sobre o desenvolvimento adulto e envelhecimento, com recurso a metodologias de investigação mais eficientes, fez surgir uma nova visão do processo de envelhecimento, tendo-se demonstrado que se trata de um fenómeno multidimensional, multicausal e multidirecional, dando origem a uma elevada variabilidade nas formas de envelhecer aos níveis biológico, comportamental, mental e social (Baltes, 1987). Independentemente da disfuncionalidade numa dimensão do funcionamento individual, por exemplo, ao nível do estado físico e estado de saúde (Kahana, King, Kahana, Menne, Webster, Dan, Kercher, Bohne, & Lechner, 2005) é possível ser bem-sucedido noutras dimensões do envelhecimento, sendo proativo na procura de recursos (internos e externos) que permitam ao indivíduo gerir as alterações e compensar as dificuldades inerentes ao envelhecimento, tornando-se competente no quotidiano. Estas evidências advêm do conhecimento científico de que o organismo humano possui uma considerável *capacidade de reserva* cognitiva e comportamental (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990) que vigora ao longo do ciclo de vida, incluindo a idade adulta e avançada, capacidade que pode ser ativada e otimizada com recurso à aprendizagem e ao treino. A capacidade de reserva permite ao indivíduo manter-se resiliente, capaz de confrontar e lidar com acontecimentos de vida negativos e stressantes,

como é a condição de doença (Kahana *et al*, 2005).

O estudo do desenvolvimento do adulto e envelhecimento é um campo científico que está cargo da Psicologia do Desenvolvimento do Ciclo de Vida, sendo a Gerontologia a área disciplinar que estuda as mudanças que ocorrem na idade avançada (velhice) congregando saberes da Biologia, da Psicologia, da Sociologia, entre outras (Paúl, 2012). O interesse pelo estudo dos mais velhos através da Gerontologia surgiu em força nos anos 50 e intensificou-se nos anos 70 em virtude de uma sociedade tecnologicamente avançada, dos problemas que essa sociedade coloca em termos de exigências, e devido às consequências provocadas pelo envelhecimento demográfico, que colocaram às sociedades desafios ao nível económico, social e político (Rowland, 2009) relacionadas com a necessidade de preparar a integração do mais velhos nessas sociedades (Schaie & Willis, 2003).

A Gerontologia explica os problemas funcionais das pessoas em idade avançada em termos da capacidade para levar uma vida independente e o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo, relativamente a aspetos biológicos, psicológicos e sociais da senescência (Bengtson, Rice e Jonhson, 1999; como citado em Paúl, 2005). A Gerontologia abrange ainda aspetos do envelhecimento normal e patológico e do potencial de mudança dos mais velhos. Com este propósito afirmou-se como área do saber autónoma para compreender o curso de vida humano (Paúl, 2012).

Segundo Callenti (2004), a Gerontologia está dividida em vários ramos, a gerontologia clínica (na qual se inclui a geriatria), a gerontologia experimental e a gerontologia social. Como afirma Fernández-Ballesteros (2008) a *Gerontologia Social* constitui o ramo da gerontologia que se ocupa dos aspetos sociais do envelhecimento e, tendo surgido em 1960, ganhou relevância nos anos setenta impulsionada pela noção de bem-estar.

De acordo com Hooyman e Kiyak (2011) o termo *Gerontologia Social* descreve a área da Gerontologia que se preocupa com o impacto das condições socioculturais no processo de envelhecimento e as suas consequências sociais. Este campo científico desenvolveu-se em virtude das diferenças históricas e culturais nos modos de envelhecer, nomeadamente nos grupos mais vulneráveis e nas sociedades menos desenvolvidas. Neste sentido, os *gerontólogos sociais* estão interessados em como as experiências da população mais velha e a diversidade no envelhecimento afetam e são afetadas pela estrutura social.

Fernández-Ballesteros (2009b) apresenta uma definição abrangente de *Gerontologia Social* como "( . . . ) uma especialização da Gerontologia que para além de se ocupar com o estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao estudo do impacto das condições

socioculturais e ambientais no envelhecimento e na velhice, nas consequências sociais deste processo, assim como nas ações que se podem desenvolver para melhorar o processo de envelhecimento." (p.36). Para a autora, o *gerontólogo social* deve ter conhecimentos de todas as áreas disciplinares, ao nível bio-psico-social da velhice e envelhecimento, ampliando o nível *social* na medida em que este é necessários para compreender o fenómeno em prol do benefício das pessoas em idade avançada.

A concetualização e investigação do envelhecimento bem-sucedido têm por base a noção de que o envelhecimento humano é, simultaneamente, um processo coletivo e individual e que o funcionamento individual das pessoas em idade avançada é o resultado da interação entre vários níveis do contexto em que os indivíduos estão inseridos (contextualismo desenvolvimental). Por outro lado, as bases teóricas e empíricas do envelhecimento assentam numa visão *agêntica* do ser humano, segundo a qual este detém capacidade proativa para delinear o curso do seu desenvolvimento (Wahl & Oswald, 2010).

Em relação às dimensões do contexto ecológico o envelhecimento bem-sucedido tem sido analisado ao nível de aspetos micro, meso e do macrossistema nos quais o indivíduo se insere, como a casa onde habita, as características das relações sociais que estabelece com familiares, amigos, vizinhança, do suporte social da rede, e dos recursos externos disponibilizados nos sistemas de saúde, social, educação, cultura e lazer (Bronfenbrenner, 1979; 1999).

Em relação às dimensões do indivíduo e seus recursos internos, tem sido abordado o funcionamento ao nível das competências físicas (funcionalidade) nas atividades da vida diária, a competência cognitiva (funcionamento intelectual), e nas relações sociais (número e qualidade das relações sociais) e ao nível da utilização e necessidade sentida de recursos (serviços) na comunidade pelos mais velhos. Ao nível do funcionamento individual dos adultos em idade avançada, têm sido ainda analisadas as dimensões sociodemográficas que estão associadas ao sucesso do envelhecimento, nomeadamente as dimensões de género, idade, nível educacional e estatuto socioeconómico (*e.g.* estado civil e rendimento). Existem ainda estudos que procuram encontrar regularidades no envelhecimento bem-sucedido em diferentes tipos de territórios caracterizados como urbanos e rurais (Wahl & Oswald, 2010).

Face ao exposto, o presente estudo surge da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento, numa perspetiva desenvolvimental-contextual e ecológica. Descrevendo e analisando o funcionamento individual de pessoas idosas no seu dia-a-dia, a residir em casa num território específico, poderá aprofundar o conhecimento sobre a influência das variáveis sociodemográficas e dos recursos ecológicos nas dimensões do funcionamento. Dito de outro modo, este estudo tem como objetivo analisar as dimensões do funcionamento individual de pessoas com 65+ anos a residir em casa/comunidade em função das características sociodemográficas e dos recursos ecológicos.

Em termos de objetivos específicos pretende-se (1) descrever as características sociodemográficas das pessoas com 65+ anos a residir em casa/comunidade e do seu ambiente proximal em território mediantemente urbano; (2) descrever as dimensões do funcionamento individual na vida diária - funcionalidade nas atividades instrumentais (AIVD), desempenho cognitivo e recursos sociais; (3) identificar os recursos ecológicos da comunidade do território em estudo; e (4) analisar as dimensões do funcionamento individual em função das características sociodemográficas e dos recursos ecológicos.

Para concretizar estes objetivos, no Capítulo I deste trabalho descrevemos o *estado da arte* relativamente ao tema, discutindo as teorias e modelos de envelhecimento bem-sucedido, as dimensões do funcionamento individual e dos recursos ecológicos. No Capítulo II aborda-se o *método de investigação* onde se apresenta o plano de investigação, os participantes e os instrumentos e procedimentos de recolha de dados. No Capítulo III apresenta-se os *resultados* obtidos face aos objetivos estabelecidos. Finalmente procede-se à *discussão* dos resultados e *conclusão*.

## **CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA**

---



## 1. O Envelhecimento Bem-Sucedido, Desenvolvimento Humano e Gerontologia

O envelhecimento é um novo fenómeno. A longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. Nas últimas décadas o envelhecimento bem-sucedido tem reunido investigadores das mais diversas áreas científicas e o processo de envelhecer tem sido alvo de programas de investigação sistemática. Apresentam-se de seguida, os aspetos mais relevantes sobre este assunto.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009a) desde os tempos mais remotos até à atualidade, permaneceram duas visões contrastantes sobre o envelhecimento humano: uma visão *negativa*, com Aristóteles (383-322 a. C.) e Séneca (4-65 d.C.), para os quais a última fase da vida humana se considerava uma enfermidade natural, de deterioração física e mental, e uma visão *positiva*, com Platão (427-347 a.C.), segundo o qual o ser humano envelhece como viveu e, por isso, deveria preparar-se para envelhecer bem ao longo da vida, e Cícero (106-43 a.C.) que na sua obra *De senectute* refere que a virtude cresce com a idade.

Também ao longo do século XX, segundo Fernández-Ballesteros (2009a), numa visão negativa, a *Teoria de Desvinculação* de Cummings e Henry nos anos sessenta coloca em evidência a necessidade dos mais velhos diminuírem o envolvimento e participação social e, numa perspetiva positiva, a *Teoria da Atividade* de Havighrust e a *Teoria da Continuidade* de Atchley apresentam uma visão global do envelhecimento como sendo uma extensão ou continuidade da meia-idade, no qual as pessoas em idade avançadas procuram manter papéis, relações e estatutos, fazendo substituições ajustadas dos papéis anteriores por atividades produtivas, de voluntariado, espiritualidade ou lazer. Numa visão contextualista desenvolvimental e agêntica (Fonseca, 2007), se por um lado o envelhecimento humano supõe um declínio na eficácia e eficiência dos sistemas biológicos, psicológicos e sociais, em que aumenta a vulnerabilidade face à doença crónica ou aguda, por outro, supõe a capacidade ativa do organismo para agir sobre o seu ambiente tendo em vista a adaptação e a sua transformação no sentido do próprio bem-estar.

### 1.1 Envelhecimento Bem-Sucedido

Segundo a mesma fonte, a concetualização do *envelhecimento bem-sucedido* decorreu durante o último terço do século XX em três períodos: (1) Até ao final dos anos setenta, no qual a investigação se centra no estudo das mudanças biomédicas, psicológicas e sociais associadas à idade, com poucas referências aos *modos ou formas de envelhecer*; (2) Um segundo período nos anos 80, no qual surge o conceito de envelhecimento *com êxito* ou *bem-sucedido* e se desenvolvem definições, estudos empíricos sobre preditores desta forma de envelhecer e modelos teóricos sobre o novo conceito; (3) Desde os anos 90 até à atualidade, no qual se tem desenvolvido investigação sobre o envelhecimento bem-

sucedido e saudável com recurso a novas metodologias de investigação, propondo-se novas definições empíricas, outros preditores e modelos teóricos. Em síntese, de acordo com a autora, o novo paradigma conceitual e de investigação do envelhecimento ressurgiu nos anos 80 do século XX, tendo sido adotada por vários autores das ciências biomédicas e das ciências sociais.

Segundo Baltes e Baltes (1990) o ressurgimento do conceito de envelhecimento bem-sucedido nos anos 80 deve-se à qualidade do conceito e à emergência de questões relacionadas com o envelhecimento demográfico no mundo moderno, o que, atualmente, constitui um desafio para o desenho de políticas sociais no âmbito do envelhecimento ao nível global. Para Fernández-Ballesteros (2009a) o conceito de envelhecimento bem-sucedido tem assumido, desde então, várias denominações, como envelhecimento "saudável", "com êxito", "ótimo", "vital", "produtivo", "ativo", "positivo", ou conceitos mais amplos como "envelhecer bem" ou "boa vida".

Para Baltes e Baltes (1990) a associação entre *envelhecimento* e *sucesso*, numa primeira abordagem, parece representar um paradoxo, dado que o processo de envelhecimento estaria associado à perda, declínio e aproximação da morte, enquanto o sucesso está conotado com ganhos e balanço positivo. Esta contradição do conceito fariam da definição de *envelhecimento bem-sucedido* uma tarefa complexa. Para resolver tal paradoxo, os mesmos autores defendem que a definição de envelhecimento bem-sucedido deve conter uma visão sistémica e uma abordagem *multicritério*. Tal como o envelhecimento é considerado um processo biológico, psicológico e social no qual se produzem interações recíprocas entre o organismo biológico, a pessoa e o meio (Baltes, 1987), a qualidade do "êxito" ou "sucesso" deve igualmente ser analisada sob uma perspetiva multidimensional.

Neste sentido, Baltes e Baltes (1990) assumem que o envelhecimento bem-sucedido pode ser definido de acordo com um conjunto de sete indicadores ou critérios mais ou menos consensuais: a "longevidade", a "saúde biológica/física", a "saúde mental", a "eficácia cognitiva", a "competência social e produtividade", o "controlo pessoal" e a "satisfação com a vida", mas esta classificação torna-se insuficiente, considerando os autores que para a definir envelhecimento bem-sucedido é necessário adotar uma abordagem de *processo*, começando por distinguir envelhecimento *normal*, envelhecimento *patológico* e envelhecimento *ótimo*.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009a) a abordagem teórica do envelhecimento bem-sucedido deve ter por base a perspetiva de ciclo de vida, segundo a qual o indivíduo desenvolveria competências para resolver dificuldades e minimizar as consequências das perdas ao longo da idade, obtendo um funcionamento positivo ou ideal ao longo da vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) adotou o termo "envelhecimento ativo" para expressar o processo de envelhecimento que se constitui como uma experiência positiva definindo-o como um "processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, cujo objetivo é melhorar o bem-estar e a qualidade de



vida à medida que se envelhece." (p.12). O conceito de "envelhecimento ativo" surge assim na sequência do conceito de envelhecimento saudável ou com saúde, conceito abrangente que integra, para além deste, aspetos sociais, económicos, psicológicos e ambientais do envelhecimento.

O conceito de envelhecimento ativo, de acordo com a OMS (2015), inclui um conjunto de fatores ou "determinantes" de natureza *pessoal* (fatores genéticos, biológicos e psicológicos), *comportamental* (estilos de vida saudáveis e participação no cuidado da própria saúde), *económica* (rendimentos, emprego e proteção social), do *meio físico* (acessibilidade, mobilidade, habitação e alimentação segura) e *sociais* (apoio e recursos sociais, educação, saúde, segurança e aprendizagem ao longo da vida).

O conceito de envelhecimento ativo está, assim, relacionado com o conceito de envelhecimento bem-sucedido, e ambos estão relacionados com o de *qualidade de vida*, incluindo este as componentes de *satisfação com a vida e bem-estar*. Numa proposta integradora, Fernández-Ballesteros (2009a) sintetiza a relação teórica entre os dois conceitos, tendo por base o modelo de Lawton (1983) que se refere ao facto de as condições pessoais como o bem-estar, a competência e a saúde, estarem presentes, quer no envelhecimento bem-sucedido quer na qualidade de vida; no entanto, enquanto a qualidade de vida abrange também aspetos ambientais (objetiva e subjetivamente percebidos), o envelhecimento bem-sucedido pode considerar-se um conjunto de condições essencialmente individuais, que abarcam vários âmbitos e níveis de funcionamento biopsicossocial do indivíduo, dependente de condições externas ou ambientais de vida (família, comunidade ou sociedade).

Outra questão que tem sido alvo do interesse dos investigadores é o facto de o conceito de envelhecimento bem-sucedido não ser apenas um conceito científico, antes existir também implícito na "mente" das pessoas em geral e das pessoas mais velhas em particular, expressando-se na sua linguagem comum. Um considerável número de investigações realizadas neste âmbito dão conta de como os adultos em idade avançada definem, descrevem e percebem o envelhecimento bem-sucedido (por ex., Fernández-Ballesteros, Garcia, Abarca, Blanc, Efklides, Moraitou, Kornfeld, Lerma, Mendoza-Numez, Mendoza-Ruvalcaba, Orosa, Paúl & Patricia, 2010). Neste estudo realizado por Fernández-Ballesteros e colaboradores (2010) os autores, examinaram as similaridades e diferenças entre conceitos de envelhecimento bem-sucedido em países Latino Americanos e Europeus e em dois grupos de idade. Procurando fazer comparações interculturais sobre o conceito implícito de envelhecimento bem-sucedido, foi aplicado um questionário de 20 itens em dez países. Após determinarem que não havia diferenças significativas entre os países latino-americanos e europeus, foi definido um conceito comum entre os grupos de todos os países que descrevia cinco características principais do conceito de envelhecimento bem-sucedido: boa saúde, satisfação com a vida, propósito e significado de vida, ser

independente e ter boas relações com a família e os amigos. Estes conceitos vão, assim, de encontro às componentes de envelhecimento bem-sucedido objetivas referidas na literatura. Desta investigação emerge, pois, um conceito multidimensional de envelhecimento bem-sucedido, que é descrito na base de domínios físico, emocional, cognitivo e social e que vão de encontro às evidências teóricas e empíricas existentes.

Como afirma Fernández-Ballesteros (2009a) a teorização do envelhecimento bem-sucedido, foi sendo desenvolvida pela investigação a partir de definições baseadas em critérios, com o objetivo de encontrar diferenças interindividuais nas várias formas de envelhecer e distinguir entre variáveis preditoras, fatores de risco e determinantes do envelhecimento bem-sucedido, procurando descrever e clarificar as dimensões incluídas neste processo. De seguida iremos analisar três modelos de envelhecimento bem-sucedido que resultam da investigação no domínio.

## **1.2. O Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido de Rowe e Kahn**

Um dos modelos de envelhecimento bem-sucedido foi proposto por Rowe e Kahn (1987; 1997; 1998).

Numa versão inicial, para definir envelhecimento bem-sucedido, Rowe e Kahn (1987) distinguiram o conceito de envelhecimento "normal" de envelhecimento "patológico", enfatizando a necessidade de manter uma boa saúde e evitar a doença para atingir estado de envelhecimento "normal".

Posteriormente os autores (Rowe & Kahn, 1997; 1998) contribuíram para a distinção entre envelhecimento "normal" e envelhecimento "bem-sucedido", contrariando a tendência geral da Gerontologia em enfatizar apenas a distinção entre envelhecimento "patológico" e "não patológico", isto é, *com* e *sem* doença ou incapacidade. Os autores consideraram que a distinção entre envelhecimento patológico e não patológico não era critério suficiente para definir envelhecimento bem-sucedido, sugerindo que dentro do envelhecimento não patológico existiam dois grupos de pessoas: o grupo "normal", constituído por pessoas com envelhecimento não patológico mas com elevado risco de doença e envelhecimento "bem-sucedido", com pessoas com baixo risco de doença e elevado funcionamento.

Baseados essencialmente na investigação levada a cabo pela *McArthur Foundation Research Network on Successful Aging*, Rowe e Kahn (1997) propuseram um modelo segundo o qual, o envelhecimento bem-sucedido resulta da capacidade de manter três comportamentos ou características-chave em simultâneo: (1) *baixo risco de doença ou incapacidade* relacionado com a doença; (2) *bons níveis de funcionamento físico e cognitivo*; e (3) *envolvimento ativo com a vida*. As três componentes estão relacionadas entre si e a relação entre elas é, de alguma forma, hierárquica. Deste modo, a ausência de doença e incapacidade permite obter um melhor funcionamento físico e mental que, por sua vez, permite um maior envolvimento com a vida. É, pois, a combinação entre os três

componentes que representa o conceito de envelhecimento bem-sucedido mais exaustivamente. Cada uma das componentes de envelhecimento bem-sucedido resulta igualmente da combinação de vários fatores, sendo que cada uma inclui subcomponentes. Por exemplo, a baixa probabilidade de doença refere-se não apenas à ausência ou presença de doença em si mesma, mas também à ausência, presença e severidade de fatores de risco. As capacidades físicas e cognitivas são potenciais para a ação, informando sobre o que a pessoa *pode fazer* e não apenas sobre o que *realmente faz*. O envelhecimento bem-sucedido, segundo este modelo, vai para além do potencial, envolvendo a atividade do sujeito. O envolvimento com a vida pode assumir variadas formas, mas o modelo concentra-se essencialmente em duas: as relações interpessoais e a atividade produtiva. As relações interpessoais envolvem contactos e interações com os outros, trocas de informação, suporte emocional e assistência direta. A atividade produtiva é aquela que cria valor social, podendo ser, ou não, remunerada. Nesta perspetiva, o envolvimento ativo com a vida e a relação com os outros constituem os aspetos críticos para envelhecer bem.

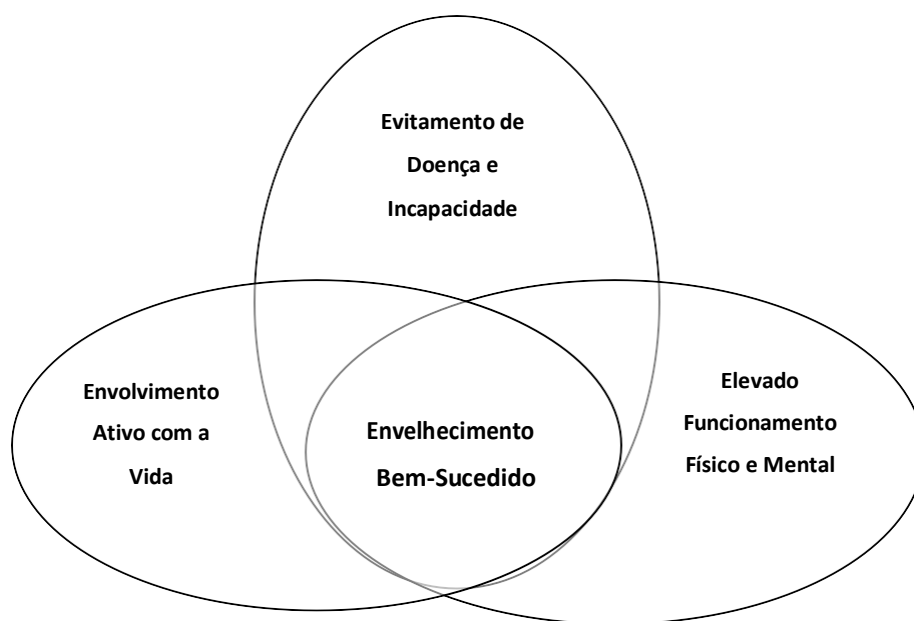


Figura 1 - Adaptação do Modelo de *Envelhecimento Bem-Sucedido* de Rowe e Kahn (1997; p.434)

O modelo de Rowe e Kahn sofreu algumas críticas. Numa revisão da literatura sobre o envelhecimento bem-sucedido realizada por Martin, Kelly, B. Kahana, E. Kahana, Willcox, Willcox, e Poon (2015), os autores apontam para o facto do modelo de Rowe e Kahn, ao ter sido testado empiricamente para perceber em que medida as pessoas idosas detinham uma, duas ou as três componentes de envelhecimento bem-sucedido, se verificar que apenas um pequeno número de idosos apresentava os três níveis de funcionamento em simultâneo, e um número igualmente muito reduzido estarem capazes de manter elevados níveis de funcionamento caracterizados como "bem-sucedidos". Nesta revisão, os autores apresentam dados de um estudo longitudinal que evidencia que numa amostra de adultos de meia-idade (54 anos) apenas 11% dessa geração foi considerado "bem-sucedida" aos 85

anos e deste grupo, os que eram saudáveis aos 70 anos, 77% sobreviveu até à idade de 85 anos enquanto apenas 24% sobreviveu até aos 95, com menos de 1% com saúde.

Masoro (2001) critica igualmente o modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn pelo facto de este subvalorizar a importância de fatores genéticos e da espécie, determinantes na deterioração do organismo em idade avançada e por considerar apenas os indivíduos que "envelhecem bem", não considerando os que têm "menos sucesso" no envelhecimento.

Numa abordagem realizada por Katz e Calasanti (2015) sobre o passado controverso do envelhecimento bem-sucedido e a geração futura da investigação sobre o tema, são apresentadas algumas críticas ao modelo de Rowe e Kahn, considerando-o incompleto, na medida em que negligencia fatores estruturais e sociais que exercem influência sobre o envelhecimento, nomeadamente no que concerne às disparidades e desigualdades sociais que desencadeiam. A crítica versa essencialmente sobre a questão da responsabilidade atribuída aos indivíduos sobre os estilos de vida que adotam para envelhecer com sucesso, esquecendo as situações em que o *sucesso* não ocorre devido a aspetos que não estão sobre controlo individual (por exemplo, questões de género, etnia, rendimento, grau educacional e idade) e que se tornam cada vez mais salientes à medida que a idade avança, destacando o potencial destes fatores para provocar exclusão e desigualdades na oportunidade para envelhecer bem e que compete às políticas regular e promover.

Também Rubinstein e Medeiros (2015) criticam o modelo de Rowe e Kahn pelo facto de este dar demasiada ênfase à ação social individual, criando uma "dupla classe" de pessoas mais velhas e carecendo de providenciar uma agenda política capaz de promover uma verdadeira mudança social e cultural para o envelhecimento bem-sucedido, sobretudo para aqueles que não têm sucesso. Outras críticas vão no mesmo sentido, considerando que o modelo de Rowe e Kahn ao enfatizar o controlo pessoal dos mais velhos no envelhecimento bem-sucedido, negligencia os fatores históricos, do contexto cultural e das relações sociais no funcionamento na idade avançada. Estes autores propõem uma abordagem de curso de vida de modo a permitir que a questão do envelhecimento bem-sucedido seja alinhada com questões de micro e macro-nível.

A Gerontological Society of America (2015) aponta ainda para a importância do papel que o ambiente tem no envelhecimento bem-sucedido, referindo como os idosos residentes em ambientes incongruentes cooperam de modo diferente com as suas necessidades e objetivos não atendidos, sustentando que o modo como os idosos fazem face a esta incongruência depende das avaliações subjetivas e dos repertórios de *coping* que detêm, isto é, a capacidade para gerir as dificuldades inerentes ao envelhecimento.

### 1.3. O Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido de Baltes e colaboradores

Um segundo modelo de envelhecimento bem-sucedido foi proposto por Baltes e Baltes (1990). Face à ausência de consenso relativo aos critérios de envelhecimento bem-sucedido - "longevidade", "saúde biológica/física", "saúde mental", "eficácia cognitiva", "competência social e produtividade", "controlo pessoal" e "satisfação com a vida", Baltes e Baltes (1990) assumiram que a definição do conceito deveria assentar num conjunto de pressupostos teóricos sobre a natureza do envelhecimento humano que permitiam distinguir entre envelhecimento *normal*, *patológico* e *bem-sucedido*. Os autores defendem que a conceção de envelhecimento bem-sucedido deve basear-se e integrar uma perspetiva psicológica do envelhecimento que assenta nas seguintes proposições:

(1) *Há diferenças significativas entre desenvolvimento normal, ótimo e patológico*: o envelhecimento normal refere-se ao envelhecimento sem patologia física ou mental, sendo este, à partida, o processo dominante de envelhecimento na sociedade. O envelhecimento ótimo refere-se a um envelhecimento ideal, alcançável sob condições ambientais favoráveis de desenvolvimento ou "age-friendly" (amigas da idade). O envelhecimento patológico refere-se a um processo de envelhecimento caracterizado por etiologias médicas e síndromes de doença. (2) *Existe elevada heterogeneidade (variabilidade) no envelhecimento*: segundo esta proposição o envelhecimento é caracterizado por uma ampla variabilidade interindividual no nível, proporção e direção da mudança. Neste sentido, o envelhecimento é um processo altamente individual e diferenciado em relação a resultados comportamentais, mentais e sociais. 3) *Há uma reserva latente significativa*: esta proposição advém do conceito de *plasticidade*, que ganhou evidência nos estudos sobre a intervenção gerontológica. Estas investigações demonstraram que, tal como na infância, as pessoas idosas possuem consideráveis capacidades de *reserva (plasticidade intraindividual)* que podem ser ativadas através da aprendizagem ou treino. (4) *Existe uma perda próxima da capacidade de reserva com o envelhecimento*: que se refere aos limites da plasticidade comportamental e adaptativa, que, com a idade, se torna limitada na sua magnitude e alcance. (5) *As pragmáticas baseadas no conhecimento podem retardar o declínio nas mecânicas no envelhecimento*: o domínio do funcionamento intelectual inclui duas grandes categorias - as *mecânicas fluídas* da cognição e a *pragmáticas cristalizadas* da cognição. A investigação no âmbito do funcionamento intelectual no adulto tem demonstrado que as pragmáticas da cognição podem compensar as perdas nas mecânicas da cognição. (6) *Com a idade o balanço entre ganhos e perdas torna-se menos positivo*: existem duas razões para este fenómeno, por um lado, o facto do desenvolvimento em qualquer momento do ciclo de vida ser sempre um processo de ganhos e perdas e, devido às condições biológicas da idade, este balanço se torna menos positivo. Isto ocorre na medida em que a mudança desenvolvimental é uma especialização adaptativa, ou seja todos os processos desenvolvimentais desencadeiam simultaneamente uma mudança positiva em algumas capacidades mas também perdas em outras capacidades e opções futuras. (7) *O self mantém-se resiliente*

*com o envelhecimento*: esta proposição faz referência à natureza ativa ou agêntica do self com o envelhecimento, mesmo em idade mais avançada, ou seja, aos aspetos relacionados com a capacidade de confronto e gestão de acontecimentos de vida stressantes (e. g. doença) que podem ser conhecidos em relatos de satisfação com a vida, controlo pessoal e autoeficácia.

Estes pressupostos sobre a natureza do envelhecimento acentuam uma visão positiva do processo, nomeadamente marcado pelos aspetos da resiliência, maleabilidade (plasticidade) e identidade do self na velhice, quando comparada com grupos de jovens. De acordo com Baltes e Baltes (1990), em média os adultos mais velhos não são marcadamente diferentes dos jovens nos indicadores de "identidade".

Partindo destes pressupostos sobre a natureza *psicológica* do envelhecimento, Baltes e Baltes (1990) apresentam um conjunto de estratégias de intervenção para promover o envelhecimento bem-sucedido, princípios estes que vão ao encontro às características de heterogeneidade e variabilidade do envelhecimento. Deste modo, ao nível das intervenções, em primeiro lugar, parece desejável que os indivíduos se envolvam num estilo de vida saudável no sentido de reduzir a probabilidade de envelhecimento patológico (com doença). Em segundo lugar, devido à elevada heterogeneidade no investimento (objetivos), direção e diversidade do envelhecimento, é fundamental que não se adotem soluções únicas e simples na promoção do EBS, encorajando antes a uma flexibilidade individual e da sociedade. Terceiro, é desejável reforçar a capacidade de reserva, através de atividades educativas, motivacionais e relacionadas com a saúde, bem como a formação e sustentação dos *social convoys*. Em ordem a operacionalizar estas estratégias, a provisão de recursos sociais e oportunidades é um pré-requisito (por ex., a disponibilização de suporte social). Devido aos limites e eventual perda da capacidade adaptativa, os idosos necessitam de suporte compensatório específico. Neste sentido é necessário uma procura criativa de dispositivos protéticos e de substituição, estilos de vida saudáveis e ambientes "amigos da idade", sendo que, de acordo com os autores, este é o aspeto menos desenvolvido na cultura ocidental. Os ambientes "age-friendly" referem-se a ecologias que, para além de favorecerem o desenvolvimento, requerem "menos" da capacidade de reserva dos sujeitos e, para além disso, contêm dispositivos de adaptação. Alguns exemplos são as adaptações nas acessibilidades nas cidades para facilitar a mobilidade nos idosos, as adaptações em casa e as soluções de assistência ao domicílio. O balanço cada vez menos positivo entre ganhos e perdas e a manutenção da resiliência nos idosos, sugerem que se invista em estratégias que facilitem o ajustamento à realidade "objetiva" das pessoas mais velhas, procurando sempre manter intacta a sua identidade.

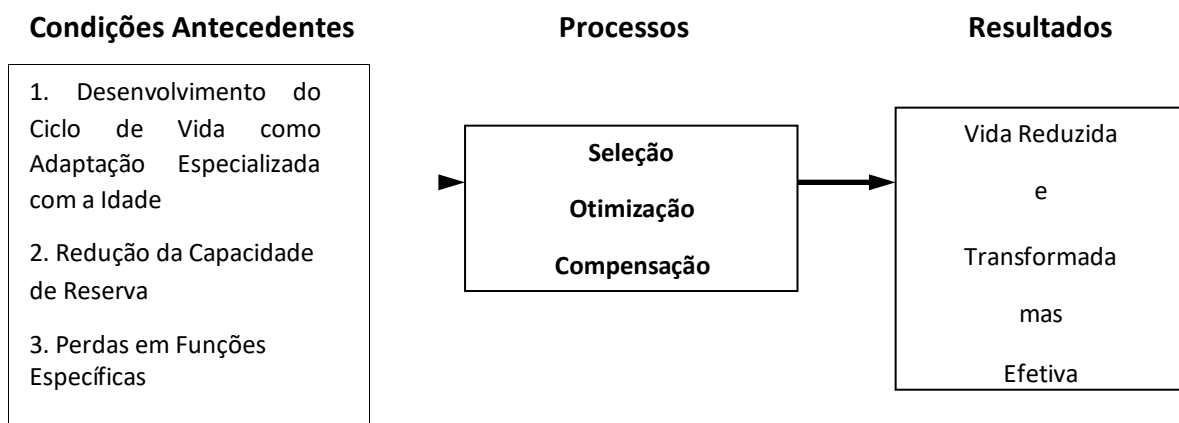
Considerados em conjunto, estas perspetivas estão na base da heterogeneidade e variabilidade do envelhecimento. Dado que o envelhecimento é um processo altamente individual, a resposta da sociedade deve ser a de gerar recursos e oportunidades altamente individualizados disponibilizando-os no sentido de que os idosos encontrem e expressem a sua forma de envelhecer. Sendo o envelhecimento um processo altamente variável e individualizado, não existe um conjunto de condições ou trajetória que desinem

a forma de "bem-sucedido" ou "ótimo" (Baltes & Baltes, 1990).

De acordo com Baltes (1987) o desenvolvimento e envelhecimento individuais são processos multidimensionais, multidirecionais, que ocorrem ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo, desde a concepção, constituído por um conjunto de padrões de crescimento, estabilidade e declínio. Trata-se de um processo dotado de capacidade adaptativa (plasticidade) na interação do indivíduo com o contexto sociocultural em que se insere, sendo o resultado de influências ligadas a acontecimentos históricos e não normativos (idiossincráticos). Neste sentido, uma das questões colocadas pela psicologia do desenvolvimento do ciclo de vida é sobre como se processa o desenvolvimento em idade avançada, com limitações (biológicas) ligadas à idade, sob determinadas condições socioculturais e num determinado tempo histórico.

Baseados nas características e pressupostos sobre o envelhecimento, e para integrar as características e processos desenvolvimentais de adaptação do indivíduo ao ambiente - multidimensionalidade, multidireccionalidade, plasticidade e influências sociais e históricas, Baltes e Baltes (1990) procuraram especificar a dinâmica adaptativa entre ganhos e perdas ao longo do desenvolvimento e os processos de adaptação que ocorrem entre o desenvolvimento da plasticidade e as limitações bioculturais ligadas à idade, tendo desenvolvido um modelo prototípico de envelhecimento bem-sucedido designado por "Otimização Seletiva com Compensação" (*Selective Optimization with Compensation, SOC*) que descreve um processo geral e sistémico de adaptação do indivíduo. Trata-se de um modelo descritivo e explicativo da dinâmica interativa entre ganhos e perdas, entre o desenvolvimento da plasticidade e as limitações biológicas (ou bioculturais) relacionadas com a idade, ao longo do ciclo de vida. Segundo os autores, todos os indivíduos se desenvolvem através deste processo, mas ele assume um novo significado e uma nova dinâmica nos adultos mais velhos, na medida em que existe uma maior probabilidade de perda de reserva biológica, mental e social nesta fase da vida. O modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) inclui três componentes: (1) a *Seleção*, que consiste na restrição do mundo individual a alguns domínios de funcionamento individual, em virtude da perda, com a idade, do potencial adaptativo. É tarefa adaptativa do indivíduo e da sociedade concentrar-se nos domínios que são prioritários e envolvem a convergência das exigências do meio e as motivações, aptidões e capacidades biológicas. Apesar de a *seleção* ser conotada com a redução no número de domínios de elevada eficácia, ela pode envolver novos domínios e objetivos de vida, sendo que o processo de seleção implica que as expectativas individuais dos mais velhos sejam ajustadas para permitir a experiência subjetiva de satisfação e controlo pessoal. (2) a *Otimização*, refere-se à noção de que as pessoas se envolvem comportamentos para aumentar e enriquecer a sua capacidade de reserva e maximizar os cursos de vida escolhidos, tendo em conta a quantidade e a qualidade. As pessoas em idade avançada continuam a ser capazes de implementar este processo de otimização. (3) a *Compensação*, resulta igualmente da restrição da plasticidade ou do potencial adaptativo e torna-se operacional quando capacidades comportamentais específicas são perdidas ou reduzidas em relação a um determinado

nível exigido de funcionamento adequado num determinado contexto. Esta restrição é experienciada no momento em que as características da situação ou dos objetivos requerem uma ampla variedade de atividade ou elevado nível de desempenho (por exemplo, subir uma montanha, desportos competitivos, acontecimento negativos e situações que requerem pensamento rápido e memorização). A compensação envolve, simultaneamente, aspetos psicológicos e da tecnologia. Alguns exemplos de comportamentos de compensação são as estratégias cognitivas de memorização (mnemónicas) e a utilização de dispositivos auditivos para melhorar a audição.



**Figura 2** - Adaptação do Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990, p.22)

Como referem Riediger, Li e Lindenberger (2006) desde a sua construção, o modelo SOC foi proposto como um *modelo geral de desenvolvimento adaptativo*, apto a representar a dinâmica entre ganhos e perdas ao longo de vários períodos de desenvolvimento do ciclo de vida (infância, juventude, idade adulta e idade adulta avançada), em diferentes níveis de análise (neurobiológico, comportamental e social) e em vários domínios do desenvolvimento (por ex., funcionalidade física, funcionamento cognitivo e regulação emocional). Com o modelo SOC, o desenvolvimento adaptativo é visto como uma tentativa de maximização de ganhos que promovem o crescimento, a manutenção, e a diminuição das perdas que incapacitam o funcionamento individual ao longo do ciclo de vida.

De acordo com Baltes (1997), o desenvolvimento humano individual é constituído por uma arquitetura biológica e cultural que se mostra incompleta, na última fase do ciclo de vida. Na tentativa de explicar esta *incompletude* do desenvolvimento humano, o investigador foca a sua pesquisa nas alterações da plasticidade (potencial) do desenvolvimento e na concetualização sobre o que permite um desenvolvimento efetivo e bem-sucedido. Neste sentido, o desenvolvimento bem-sucedido foi definido como a maximização de ganhos e a minimização das perdas ao longo do ciclo de vida. Deste modo, ao longo do desenvolvimento, os indivíduos deveriam obter um rácio positivo na dinâmica

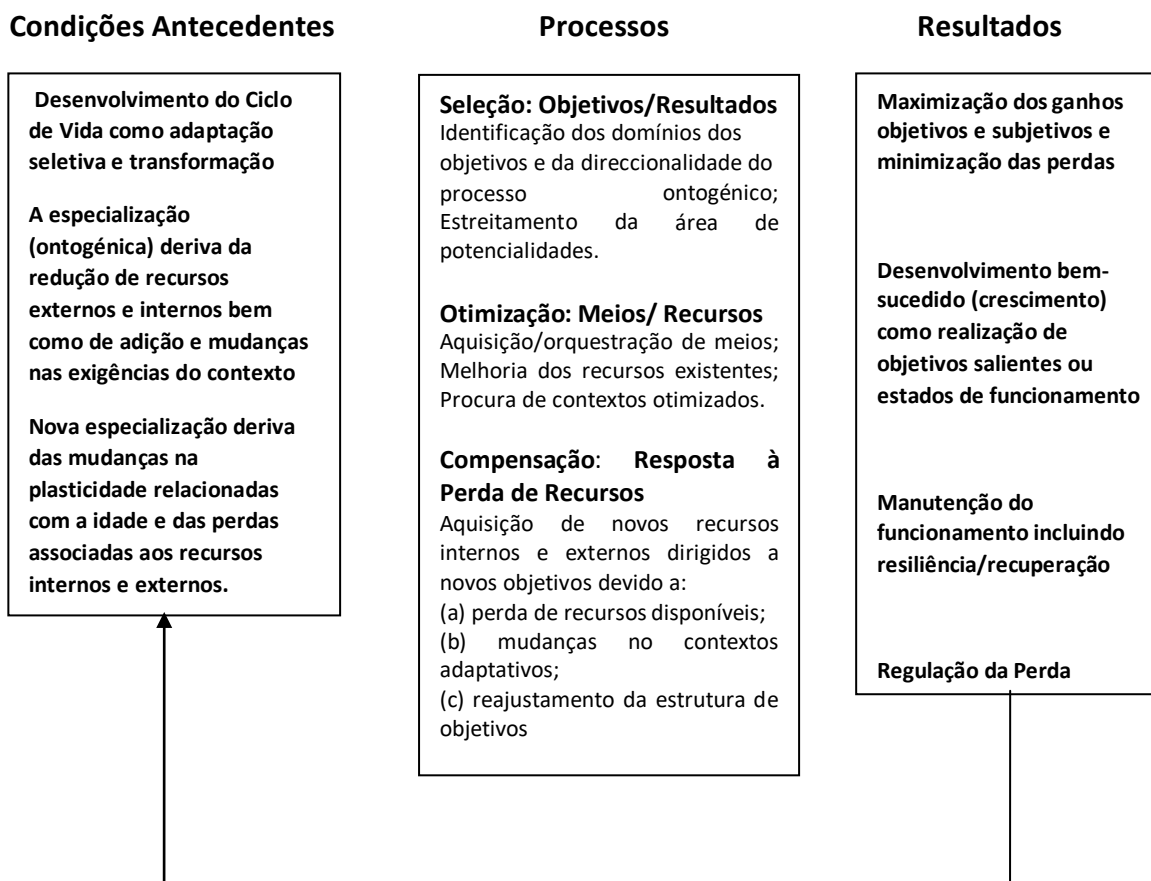


do funcionamento entre ganhos e perdas, sendo que este estado se tornaria cada vez mais difícil de alcançar à medida do avançar da idade. O autor apresenta três ideias-chave que definem esta relação entre a biologia e a cultura ao longo do ciclo de vida e que traduz a arquitetura incompleta do desenvolvimento humano: (1) os benefícios da seleção biológica diminuem com a idade; (2) com o avançar da idade há uma maior necessidade de cultura; e (3) com o avançar da idade os efeitos positivos da cultura diminuem.

Com vista a responder à arquitetura incompleta do desenvolvimento humano, Baltes (1997) considera que o comportamento individual assume três funções desenvolvimentais: (1) Na infância, *crescimento*, em que os comportamentos têm como objetivo atingir elevados níveis de funcionamento ou capacidade adaptativa; (2) na vida adulta, *manutenção* e *resiliência*, cujos comportamentos são dirigidos para manter níveis de funcionamento face a novas situações ou face a perdas de potencial (capacidade) adaptativo; e (3) na velhice, *regulação e gestão da perda*, cujos comportamentos têm como objetivo organizar o funcionamento a um nível básico, quando a manutenção ou resiliência já não são possíveis. Deste modo, face a à arquitetura biocultural incompleta do desenvolvimento, há uma constante necessidade de alocação de recursos para cada uma destas funções ao longo do ciclo de vida. Nas pessoas adultas em idade avançada, a alocação de recursos tem, por objetivo, regular e gerir as perdas, tendo em vista conseguir um saldo positivo no funcionamento individual (na dinâmica de ganhos e perdas). Ao nível da investigação sobre a coordenação das três funções do desenvolvimento SOC, temos o exemplo da relação da autonomia/dependência em crianças e adultos em idade avançada. Enquanto nas crianças o objetivo é favorecer o crescimento, através de práticas de desenvolvimento da autonomia, nas pessoas idosas, o objetivo é a regulação das perdas, sendo que o foco do comportamento vai no sentido de utilizar a dependência de modo criativo (e produtivo) libertando recursos para outros domínios de eficácia e crescimento pessoal.

Aplicando o quadro da arquitetura incompleta do desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida, Baltes (1997) formula o modelo de otimização seletiva com compensação (SOC) como uma *metateoria do desenvolvimento*, cujo objetivo foi encontrar e descrever um processo geral do funcionamento sistémico que sirva como uma estratégia efetiva nas várias fases do ciclo de vida, inicialmente na adolescência, mas posteriormente na idade adulta e idade avançada. O modelo SOC demonstrou aplicar-se a várias abordagens teóricas e a vários domínios de funcionamento individual (e.g. funcionamento intelectual; autonomia/dependência; e relações sociais).

Baltes (1997) baseia o modelo SOC na teoria da *ação*, segundo o que a *seleção* envolve direccionalidade, objetivos e resultados; a *otimização* envolve meios para atingir os resultados desejados (sucesso); e a *compensação* denota a resposta à perda dos meios (recursos) utilizados para manter o sucesso ou níveis desejados de funcionamento (resultados). A figura 3 apresenta o modelo de *Otimização Seletiva com Compensação*.



**Figura 3** - Adaptação do Modelo SOC (adaptado de Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1999; p.483)

De acordo com Baltes (1997) a teoria SOC é inerentemente sistémica e funcionalista (integrada no modelo contextualista), na medida em que se foca no todo e na coordenação das três componentes (seleção, otimização e compensação). A teoria SOC é também generalista na medida em que não designa conteúdos e mecanismos de processos e resultados desenvolvimentais específicos, mas aplica-se a uma ampla variedade de objetivos e meios. Trata-se de uma teoria relativista na medida em que varia de acordo com os recursos físicos, psicológicos, motivacionais e sociais, bem como com os critérios utilizados para definir "desenvolvimento bem-sucedido". É altamente condicionada pelo contexto e específica para cada indivíduo. Assim o SOC depende do contexto sociocultural, dos recursos individuais e das preferências pessoais, podendo ser aplicada em diferentes direções e através de diversos meios (por exemplo, o funcionamento psicológico). A teoria SOC é também universal, pelo facto de considerar que qualquer processo de

desenvolvimento envolve a coordenação entre seleção, otimização e compensação, sendo que, com a idade, devido à arquitetura incompleta do curso de vida, a seleção e a compensação tornam-se mais importantes para manter níveis adequados de funcionamento e permitir a melhoria da seleção de outros domínios de funcionamento.

Segundo Baltes, Lindenberger e Staudinger (1999) existe investigação recente que evidencia que os indivíduos que relatam utilizar estratégias SOC, reportam elevados níveis em indicadores subjetivos de envelhecimento bem-sucedido. O estudo da coordenação dos três processos de seleção, otimização e compensação é uma estratégia promissora para compreender como o desenvolvimento humano efetivo (bem-sucedido) emerge e como as mudanças desenvolvimentais nos recursos, contextos e desafios requerem uma reorganização adaptativa e transformação de meios e objetivos. Neste sentido, os autores consideram que o funcionamento intelectual constitui um domínio do desenvolvimento privilegiado para testar o modelo SOC, isto é, a correspondência entre um nível macroscópico do curso de vida e um nível microscópico de funções, processos e períodos de idade.

De acordo com Baltes e Smith (2004), no final dos anos 90 e início do século XXI, tendo como objetivo refinar as concepções do contextualismo desenvolvimental e do contextualismo biocultural, emergiu um novo conjunto de publicações com implicações para o envelhecimento (que incluiu a investigação sobre os "velhos muito velhos". Segundo os autores, o novo contextualismo biocultural, considerado agora por co-constructivismo, assume, tal como o anterior, que os contextos, biológico e cultural, de desenvolvimento estão estruturados em múltiplos níveis ao longo do ciclo de vida por três classes de *influências*: (a) *influências ligadas à idade*; (b) *influências ligadas à história*;

(c) *influências não normativas* (ou idiossincráticas). Como um todo, a interação cumulativa e resultados destas influências contextuais contribuem, por um lado, para a aumentar a continuidade e homogeneidade na natureza do desenvolvimento e, por outro lado, para o aumento das diferenças interindividuais em aspetos do funcionamento intraindividual (*e.g.* plasticidade) ao longo do ciclo de vida.

De acordo com Baltes, Lindenberger e Staudinger (1999) uma das principais preocupações e interesse dos investigadores do desenvolvimento do ciclo de vida foi sobre a *plasticidade* (maleabilidade), que segundo Baltes e Smith (2004) é definida como o potencial do desenvolvimento humano sob diferentes constelações de influências ligadas à idade, influências ligadas à história e influências não normativas. Em conjunto, estes três sistemas de influências, altamente interligados e co-constructivos, mediados pelo desenvolvimento individual e pelas redes e estrutura sociais, têm um efeito produtivo cumulativo nas regularidades e diferenças individuais no curso de vida.

Relativamente à arquitetura incompleta biológica e cultural do ciclo de vida, Baltes e Smith (2004) apresentam um modelo que reflete a dinâmica "causal" entre a biologia e a cultura ao longo do desenvolvimento e os mecanismos da co-construção biocultural. Este enquadramento refere três princípios centrais segundo os quais é entendida a relação entre as influências ligadas à idade, as influências ligadas à história e as influências não-

normativas. Assim, é proposto que a plasticidade biológica e a fidelidade genética diminui à medida que o indivíduo atinge idade avançada no curso de vida, tendo como resultado a diminuição desta plasticidade com a idade, ainda que se mantenha sempre operativa. O segundo princípio afirma que à medida que o desenvolvimento humano se prolonga por idade mais avançada, são necessários novos passos no nível e tipos de evolução e novos recursos culturais são necessários. À medida que a esperança de vida aumenta, são necessários cada vez mais recursos culturais e prática na exploração do potencial biogenético inerente. Contudo, a eficácia da cultura para explorar o genoma e compensar, se necessário, as perdas biológicas associadas à idade, decresce na idade muito avançada à medida que se avança para o final do curso de vida. Quanto mais idoso é o indivíduo, menos desenvolvimento e compensação se consegue atingir face ao mesmo estímulo ou intervenção cultural.

Para Baltes e Smith (2004) este quadro teórico triangular sobre as mudanças bioculturais com a idade deve ser tido em conta quando se especula sobre o futuro do envelhecimento humano numa população em que cada vez mais indivíduos atingem idade avançada. Estando a investigação sobre a aplicação do modelo SOC ainda no início, os comportamentos-SOC podem ser avaliados através de métodos de autorrelato, métodos de observação e métodos experimentais (por ex. a metodologia da *dupla-tarefa*). Na investigação com métodos de autorrelato, os resultados mostram que a utilização de comportamentos SOC varia com a idade e que os sujeitos que utilizam mais estratégias SOC apresentam mais resultados de sucesso adaptativo. Tal como esperado, parece que os adultos na meia-idade reportaram utilizar mais frequentemente todas as componentes do SOC. Nas primeiras e últimas fases do ciclo de vida o sistema SOC parece ser menos ativado e coordenado, sendo que, por exemplo, na terceira idade, a maior utilização da seleção corresponde ao facto de os idosos disporem de menos recursos, orientando-os para objetivos mais específicos e selecionados. Do mesmo modo, em idade jovem, a tarefa de planeamento de forma concentrada/focada necessita de prática e refinamento. Através da utilização de métodos experimentais, como o método de "dupla-tarefa", em que os investigadores avaliam as dinâmicas desenvolvimentais que ocorrem nos indivíduos em situações de desempenho num determinado tempo e contexto ambiental complexo, a investigação sobre as diferenças de idade no desempenho de "dupla-tarefa" demonstrou que os adultos e os mais velhos preferem a tarefa que assegure o seu equilíbrio e evite riscos acrescidos, a tarefas que envolvam um elevado desempenho. Esta constatação é particularmente evidenciada em adultos mais velhos, que são mais eficazes a utilizar estratégias compensatórias do que a manter elevados níveis de desempenho, e quando as tarefas que estão em causa são o funcionamento cognitivo e o funcionamento motor, em que o sistema comportamental é "testado ao limite", os adultos optam pelo desempenho motor em relação ao desempenho cognitivo, dado que aquele é mais "importante" para o seu equilíbrio. Em síntese, as funções SOC funcionam como uma estratégia de desenvolvimento e como um mecanismo geral de prevenção e regulação das perdas.

Baltes e Smith (2004) colocam a questão de se o desenvolvimento e o

envelhecimento podem ser vistos como processos semelhantes ou devem ser tratados como diferentes entidades. No geral, os autores assumem que, pelo menos eles atuam em conjunto, numa dinâmica entre ganhos e perdas. Contudo, a explicação da arquitetura biocultural incompleta do desenvolvimento remete para a possibilidade de haver mais descontinuidade entre as causas e mecanismos do desenvolvimento comportamental em diferentes fases do ciclo de vida, o que, com a acumulação da evidência científica sobre as perdas mais acentuadas no funcionamento na *quarta idade* (os "mais-velhos"), levou alguns investigadores a questionar se a aplicação dos princípios do ciclo de vida aos processos desenvolvimentais no final da vida permanece uma assunção válida.

De acordo com Baltes e Smith (2004), desde 1990, muita investigação foi acumulada sobre o potencial e os limites do desenvolvimento na velhice e no final da vida, isto é, na terceira e quarta-idade, e atualmente predominam duas perspetivas na interpretação dos resultados de investigação: uma é caracterizada pelo otimismo científico e sociopolítico do envelhecimento, que acentua as influências ligadas à história no aumento da esperança média de vida dos indivíduos nos países desenvolvidos e o aumento de oportunidades para a maioria envelhecer com sucesso. Outros aspetos positivos encontrados na velhice-inicial foram a descoberta do potencial latente para a competência física e mental, o facto de várias gerações (coortes) mostrarem ganhos nestas competências, evidências de reservas cognitivo-emocionais no funcionamento cognitivo nos mais velhos, altos níveis de bem-estar emocional e pessoal (plasticidade do *self*) e estratégias efetivas para gerir os ganhos e as perdas no final da vida.

Uma outra perspetiva, segundo os mesmos autores, refere-se às incertezas e desafios do final da vida (quarta-idade), designadamente os dados que demonstram que os níveis de funcionamento físico, cognitivo, emocional e social são muito mais baixos do que os observados na velhice mais jovem (terceira-idade). Estes resultados são demonstrados no Estudo sobre o Envelhecimento de Berlim (*BASE - Berlin Aging Study*; Baltes & Smith, 1999), que evidencia o aumento considerável da disfuncionalidade nos idosos muito velhos, e que é visível num grupo específico dos que sobreviveram "positivamente" até uma idade mais tardia.

De acordo com Baltes e Smith (2003), as "não-tão-boas" notícias sobre o envelhecimento na quarta idade referem-se a: perdas moderadas no potencial cognitivo e capacidade de aprendizagem, aumento do síndrome de stresse crónico, prevalência moderada de demência (cerca de 50% nos nonagenários), elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade, o que leva os investigadores a questionar se podemos falar em "viver com dignidade" em idades mais avançadas.

Como reafirma Baltes e Smith (2003), a possibilidade de preservação da dignidade humana pode ser realmente difícil na quarta idade se as políticas sociais visarem apenas e predominantemente o prolongamento da idade da vida após a terceira idade. Para lidar com o problema da quarta idade resultante do aumento da longevidade da população é necessário alcançar novos patamares de recursos científicos, médicos e sociais, bem como recursos que visem a regulação do processo de envelhecimento. Por outro lado, as

políticas sociais deverão equacionar as questões dos direitos humanos e das responsabilidades políticas na alocação de recursos para os diferentes grupos de idade que fazem parte da sociedade como um todo, promovendo assim uma efetiva "justiça etária".

#### **1.4. O Modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e colaboradores**

Numa perspetiva sociológica, Kahana e Kahana (1996, 2003; Kahana, King, Kahana, Menne, Webster, Dan, Kercher, Bohne & Lechner, 2005) desenvolveram um modelo global de envelhecimento bem-sucedido designado por "*Proatividade Preventiva e Corretiva*".

De acordo com Kahana e Kahana (1996) a base concetual deste modelo assenta no pressuposto de que os idosos enfrentam stressores e desafios próprios do envelhecimento e que o envelhecimento bem-sucedido requer ações preventivas que ajudem a adiar ou minimizar os efeitos do stress normativo antes que este ocorra, requerendo ações corretivas efetivas em caso de se confrontar com estes stressores. As disposições ou características pessoais internas servem como antecedentes dos comportamentos e constituem adaptações preventivas e corretivas. Como afirmam Martin e colaboradores (2015) o stress normativo em idade avançada proposto neste modelo constitui um desafio para envelhecer bem ("aging well").

O modelo da *proatividade preventiva e corretiva* assenta em dez princípios ou premissas base: (1) *Os stressores normativos do processo de envelhecimento constituem desafios ao envelhecimento bem-sucedido;* (2) *Na ausência de adaptações proativas e recursos externos, os stressores normativos levam a comportamentos negativos;* (3) *As pessoas idosas podem envolver-se em comportamentos proativos adaptativos para assegurar que os desafios normativos da idade são atendidos;* (4) *As adaptações proativas ocorrem previamente ao aparecimento do stress e servem funções preventivas;* (5) *As funções preventivas são realizadas através do adiamento ou minimização dos stressores ou através do alcançar de recursos externos;* (6) *Os comportamentos adaptativos corretivos são ativados para resolver problemas em resposta ao stress;* (7) *As disposições do envelhecimento bem-sucedido são orientações cognitivas e da personalidade estáveis que levam a comportamentos de envelhecimento bem-sucedido, quer em termo de adaptação preventiva, quer de adaptação corretiva;* (8) *As disposições de envelhecimento bem-sucedido têm impacto nos resultados do envelhecimento bem-sucedido, direta e indiretamente através dos comportamentos e através dos recursos externos de envelhecimento bem-sucedido;* (9) *Os comportamentos proativos preventivos desenvolvem os recursos externos e os comportamentos proativos corretivos ativam os recursos externos, que por sua vez moderam os efeitos do stress nos resultados do envelhecimento (qualidade de vida);* (10) *As disposições psicológicas, os comportamentos proativos e os recursos externos constituem fatores concetuais e operacionais distintos mas relacionados entre si que reduzem ou moderam o impacto do stress nos resultados do envelhecimento bem-sucedido (qualidade de vida).*

Kahana e Kahana (2003) e Kahana e colaboradores (2005) fizeram uma adaptação ao modelo da *proatividade preventiva e corretiva*, segundo o qual é esperado que todos os idosos se envolvam em comportamento proativos com funções de reduzir o stress e alcançar recursos externos para o envelhecimento bem-sucedido.

De acordo com a mesma fonte, os autores reconhecem que os fatores sociais externos, tais como a etnia, o acesso a cuidados médicos e de saúde têm impacto sobre as oportunidades e escolhas dos indivíduos, incluindo a propensão para o desenvolvimento de doença crónica. Assim, o seu modelo compreensivo de envelhecimento bem-sucedido especifica como os stressores da doença crónica, acontecimentos de longo e de curto prazo e a incongruência pessoa-ambiente, na ausência de moderadores ou fatores protetores, podem desencadear um conjunto de acontecimentos que levam a resultados negativos em termos de qualidade de vida. O modelo reflete uma visão sobre o papel dos fatores internos e externos na moderação dos efeitos do stress. O modelo também reconhece o papel amortecedor dos comportamentos proativos na redução das consequências do stress na qualidade de vida, bem como o papel do contexto temporal e espacial, propondo que o contexto espacial (por exemplo as características demográficas e da comunidade) e o contexto temporal (história e biografia dos indivíduos) exercem um efeito principal em cada um dos stressores, moderadores e resultados da qualidade de vida. Neste modelo de envelhecimento bem-sucedido os autores destacam o papel primordial dos recursos internos e externos, tais como recursos psicológicos, económicos, sociais e do ambiente, que constituem também moderadores consensuais dos modelos de stress. Outro pilar base deste modelo de envelhecimento bem-sucedido é o comportamento adaptativo (proativo e corretivo) também designado por proatividade adaptativa, segundo o que os adultos mais velhos são vistos como agentes ativos que se envolvem em comportamentos preventivos e corretivos para maximizar a sua qualidade de vida em face de stressores tal como a doença crónica.

O modelo da *Proatividade Preventiva e Corretiva* (Kahana *et al.*, 2005) define ainda três constelações de comportamentos *adaptativos preventivos*: promoção da saúde, o planeamento do futuro e a ajuda a outros; e três constelações de comportamentos *adaptativos corretivos*, isto é, de resolução de problemas para lidar com os desafios normativos do envelhecimento e com acontecimentos de vida stressantes: programas de suporte, substituição de papéis e modificações de atividades e ambientes.

Em termos da evidência empírica do modelo de envelhecimento bem-sucedido, Kahana, Kelley-Moore e B. Kahana (2012) realizaram um estudo longitudinal ao longo de 4 anos com idosos em transição para a reforma, onde avaliaram de que modo os recursos internos e os recursos externos contribuíam para manter a qualidade de vida em dois aspetos do funcionamento individual: o *bem-estar psicológico* e as *atividades sociais* nos idosos que experienciavam stressores normativos de envelhecimento. Os dados do estudo foram obtidos do *Florida Retirement Study* realizado na Florida, Estados Unidos, que se focou na adaptação à reforma de idosos a residir na comunidade, em casa. Os respondentes normalmente migravam do Midwest após aposentação e a maioria vivia

disperso da sua família mais alargada. Um total de 3905 sujeitos foram selecionados aleatoriamente de uma lista de reformados a residir em casa, sendo que os critérios de elegibilidade incluíam: (a) ter 72 ou mais anos na linha de base ("baseline"); (b) viver na Florida pelo menos há 9 meses; e (c) relatar "saúde suficiente" para completar uma entrevista "face-to-face" de 90 minutos. O estudo utilizou os dados da amostra desde a primeira até à quinta vaga do estudo painel com um  $N=561$  sujeitos e os resultados foram medidos na quinta vaga (follow-up após aposentação). Foram medidos dois resultados psicossociais da qualidade de vida (QdV): a *sintomatologia depressiva* e a *participação em atividades sociais*. Para cada uma destas variáveis da QdV foram estimados dois modelos: o Modelo 1 que testou o impacto dos stressores físicos e sociais na qualidade de vida ao final de quatro anos e o Modelo 2 que testou o modelo concetual de envelhecimento bem-sucedido, incluindo o potencial efeito moderador das adaptações proativas nas relações entre os recursos internos e externos e o bem-estar ao longo do tempo. Foram reportados os efeitos diretos e indiretos (através das adaptações proativas) e o impacto total dos recursos na qualidade de vida para cada dimensão da QdV. Relativamente aos resultados, foram apresentados os efeitos no Modelo 1 e no Modelo 2 para ambas as dimensões em estudo.

No Modelo 1, para ambas as dimensões da QdV - sintomatologia depressiva e participação em atividades sociais, os sujeitos que tinham experienciado situações de stresse físico como doença, danos físicos, ou limitações da funcionalidade nas atividades básicas da vida diária e nas atividades instrumentais, anterior à primeira avaliação ("linha de base") apresentaram maior sintomatologia depressiva e envolveram-se em menos atividades sociais durante os 4 anos de follow-up, relativamente aos que não experienciaram essas situações de stresse. Nesta análise, alguns adultos apresentaram níveis mais elevados de envolvimento em atividades sociais, como as mulheres, mais jovens, com maior grau de escolaridade e as que apresentavam menor sintomatologia depressiva.

Quanto ao Modelo 2, para a sintomatologia depressiva os resultados indicaram que, com o conjunto dos recursos internos, recursos externos e adaptações proativas, os stressores de danos físicos, doença e perdas sociais não influenciaram significativamente as mudanças na sintomatologia depressiva nos 4 anos seguintes, sendo que dos recursos internos, apenas o *coping* espiritual foi associado com valores mais baixos de sintomas depressivos. Três recursos externos (ser casado, número de filhos com quem vive e salário mais elevado) foram associado com menor sintomatologia depressiva. Por outro lado, as três adaptações proativas (suporte social, planeamento futuro e exercício físico) levaram a uma diminuição nesta sintomatologia. Para as atividades sociais, os resultados demonstraram que os recursos internos e externos e as adaptações proativas dos idosos baixaram, mas não eliminaram completamente o impacto dos stressores na participação social 4 anos mais tarde. As limitações na funcionalidade nas ABVD e AIVD não diminuíram a participação nas atividades sociais, o mesmo não se verificando com a doença crónica ou incapacidade/doença recente na primeira vaga de avaliação ("linha de base") que foram



associadas a uma menor participação social dos sujeitos na última vaga de avaliação. Ao nível dos recursos internos, o *coping* ativo foi o único associado com uma maior participação em atividades sociais três anos mais tarde. Tal como na sintomatologia depressiva, os três recursos externos influenciaram a QdV na quinta vaga, segundo o que um número maior de participantes foi associado a um maior número de atividades sociais. O estado civil (ser casado) foi associado a menor participação em atividades sociais. Quanto às adaptações proativas, os serviços de apoio, o planeamento para o futuro e o exercício físico influenciaram positivamente a participação em atividades sociais. O planeamento para as situações de incapacidade foi a única adaptação proativa que não influenciou o nível de atividades sociais um ano depois.

Em síntese, os resultados deste estudo, que procurou testar o Modelo da Proatividade Adaptativa confirmaram a teoria de que os stressores (*e.g.* doença, condições crónicas e incapacidade nas AVD/AIVD) exercem uma influência negativa duradoura na qualidade de vida dos idosos. No entanto, nesta amostra de "idosos mais velhos" os recursos internos e externos utilizados pelos idosos desencadearam adaptações proativas e, em alguns casos, eliminaram os efeitos negativos de longo prazo daqueles stressores na QdV, salientando o efeito mediador das adaptações proativas. Assim, os recursos internos e externos influenciam subseqüentemente a sintomatologia depressiva e as atividades sociais, direta e indiretamente, através das adaptações proativas, sendo que os idosos invocam estes recursos para adotar ações positivas para o próprio bem-estar. Estes resultados permitem um refinamento do modelo da Proatividade, tendo em conta o efeito mediador da proatividade.

No geral, os resultados suportam o valor quer da agência pessoal quer da agência interpessoal no contributo para o envelhecimento bem-sucedido face a stressores de vida normativos. Os resultados do estudo confirmam também ligações entre stressores relacionados com a saúde e com o social e os resultados da QdV, assumidos no *Modelo da Proatividade de Envelhecimento Bem-Sucedido* (Kahana & Kahana, 1996; 2003; Kahana, B. Kahana, & Kercher, 2003). Os resultados na sintomatologia depressiva e atividades sociais são significativamente influenciados pelas perdas sociais e pela doença crónica. Salienta-se o facto de na ausência de recursos e adaptações proativas, a doença crónica ou limitações funcionais não diminuírem os sintomas depressivos; contudo, estes stressores sociais e de saúde desencadeiam uma menor qualidade de vida em termos da participação social. Por outro lado quanto ao papel das disposições ou recursos internos, confirma-se o valor do *coping* ativo e do *coping* religioso na QdV dos idosos, confirmando elementos de proatividade. Os mecanismos pelos quais os recursos sociais aumentam a QdV envolve uma interação entre o *coping* e os recursos como amigos e a família, que ajudam o idoso a uma melhor utilização das estratégias de *coping*. Neste caso, a disponibilidade do potencial das ligações implicados na relação de casal e na relação com os filhos, pode contribuir também para manter competências interpessoais nas adaptações corretivas. Sobretudo para os idosos com 75 e mais anos especialmente relutantes em aceitar ajuda de outros, os serviços de apoio são particularmente importantes.

Os resultados também suportaram outras investigações segundo as quais os recursos sociais e os esforços de *coping* são eficazes na promoção do bem-estar psicológico, mesmo na presença de doença, sendo no entanto menos eficazes na manutenção de atividades sociais que requerem mobilidade e energia física. É de salientar ainda que a disponibilidade de recursos sociais facilita os esforços proativos de *coping* e contribui para atingir objetivos pelos adultos mais frágeis e por aqueles que experienciaram perdas sociais. Os recursos externos definidos como os elevados rendimentos e a disponibilidade de suporte social (i. é, ser casado ou viver com os filhos) mostrou exercer uma influência significativa quer nos resultados psicológicos, quer sociais, nos idosos que enfrentam situações de vida stressantes como a doença e perdas sociais.

### **1.5. O modelo multidimensional e multinível de Fernández-Ballesteros**

Procurando integrar diversos conceitos de envelhecimento bem-sucedido, Fernández-Ballesteros (2009a) propõe um modelo multidimensional e multinível de envelhecimento bem-sucedido, organizado em diferentes níveis de transação e interação. Este modelo é baseado em alguns elementos ou pressupostos, designadamente: (1) baseia-se na perspetiva do curso de vida, ou seja, o tempo e as condições históricas que acompanham o indivíduo ao longo do curso de vida e as condições atuais (transversais) do indivíduo no momento atual são relevantes no seu desenvolvimento; (2) propõe que o indivíduo, o meio, os fatores que influenciam o desenvolvimento, podem agrupar-se em diferentes *sistemas* ou *níveis*: um nível *macro* ou de condições *macrosociais*; um nível *meso* ou condições *contextuais* e um nível *micro* ou de condições do indivíduo (*individuais*). (3) considera que existe um determinismo recíproco entre o indivíduo e o meio no processo de envelhecimento, em que o funcionamento do indivíduo depende das *características do meio* (físico e social), do funcionamento pessoal (cognitivo e emocional) e do *comportamento* do indivíduo, sendo que estes três componentes se determinam reciprocamente e o indivíduo é considerado um agente ativo num mundo ativo; (4) considera que os mecanismos adaptativos de seleção, otimização e compensação, definidos por Baltes e Baltes (1990; Baltes, 1997), operam ao longo do curso de vida como determinantes dos modos de envelhecer escolhidos, atuando como causa do desenvolvimento e declínio do indivíduo. Este modelo integra fatores determinantes, operadores de transações que têm como resultado o envelhecimento positivo e cujo resultado implica o funcionamento ótimo ao nível físico, cognitivo, emocional e social.

Ao nível dos estudos empíricos sobre o envelhecimento bem-sucedido, na revisão realizada pela Gerontological Society of America (2015), os autores apresentam as principais tendências de investigação nos estudos submetidos ao *The Gerontologist* desde 2014. Numa descrição geral, estes estudos apontam para as semelhanças nas perspetivas de envelhecimento bem-sucedido em pessoas de todas as idades, ao longo de diferentes países, diferentes idades, género e em relação aos temas mencionados, incluindo recursos

de saúde e sociais, comportamentos (atividades), e fatores psicológicos (estratégias, atitudes/crenças, bem estar e significados). Um dos aspetos salientes é o facto de as pessoas comuns terem um conceito multidimensional de envelhecimento bem-sucedido. Outros resultados evidenciaram que em várias gerações, a mestria no funcionamento individual está positivamente relacionada com as mudanças no indivíduo da saúde física e psicológica e com a velocidade de processamento para as gerações mais velhas e que os recursos psicológicos são importantes para compreender a complexidade do envelhecimento bem-sucedido. À medida que a literatura sobre o envelhecimento bem-sucedido se desenvolveu, também se alargou o interesse a uma população, que, até agora excluída da investigação, também envelhece com sucesso. Alguns destes resultados provêm de estudos com centenários e octogenários que revelam que a saúde física, os recursos sociais, o funcionamento cognitivo e a educação estão relacionados com efeitos positivos do bem-estar subjetivo (Cho, Martin & Poon, 2014).

### **1.6. Uma análise integrada dos modelos de Envelhecimento Bem-Sucedido**

Como observado anteriormente, na perspetiva de Rowe e Kahn (1997), o envelhecimento bem-sucedido envolve a maximização do funcionamento físico, cognitivo e social na última fase da vida. O envelhecimento bem-sucedido é também um processo transaccional que ocorre na relação entre os vários sistemas de organização individual, contextual e social.

Por sua vez, o modelo de Baltes e Baltes (1990; Baltes, 1997) dá conta de um processo adaptativo interno - SOC, do funcionamento e desenvolvimento ao longo do ciclo de vida que se operacionaliza ao nível do funcionamento intelectual, que permite ao indivíduo desenvolver e utilizar estratégias de seleção, otimização e compensação, e recursos com vista à adaptação às tarefas, necessidades, mudanças e exigências das várias fases do desenvolvimento, em particular da fase mais tardia da vida.

Na perspetiva de Kahana e Kahana (1996) e Kahana e colaboradores (2005) o envelhecimento bem-sucedido é um processo que resulta de vários processos e fatores que interatuam e se influenciam mutuamente, nomeadamente de recursos internos ou disposições - orientação futura, autoestima, resiliência/disposições de *coping* e satisfação com a vida; bem como de recursos externos - recursos sociais, financeiros e recursos emergentes (acesso a cuidados de saúde e a tecnologias), que num determinado contexto histórico, autobiográfico e espacial, sob condições específicas de exposição ao stress, determinam os resultados da qualidade de vida - ao nível dos estados emocionais, do significado com a vida e da manutenção de atividades e relações significativas. A influência dos recursos internos e recursos externos no envelhecimento podem ser moderadas por adaptações proativas (preventivas e corretivas), tendo em vista a melhoria dos resultados de envelhecimento bem-sucedido.

Ao nível da abordagem científica futura do envelhecimento bem-sucedido, tendo em

conta as críticas apresentadas ao modelo de Rowe e Kahn no que concerne à iniquidade da sua aplicação relacionada com a questão sobre as desigualdades sociais e os problemas de rotulação dos indivíduos como bem-sucedidos/não-sucedidos que levanta, levou a que muitos autores tivessem proposto outros conceitos alternativos. No entanto, os autores das críticas alertam para o facto de a imprensa popular ter "aderido" ao conceito de envelhecimento bem-sucedido, tendo este se tornado abundante em revistas e na internet, admitindo que seria irresponsável por parte dos gerontólogos abandoná-lo. Quase ao longo de três décadas após o primeiro artigo de Rowe e Kahn (1996), é consensual entre os investigadores utilizar a base teórica e empírica já existente para desenvolver consensos sobre o que é e como deve ser medido o envelhecimento bem-sucedido. Os autores consideram que este objetivo deve ser abordado reconhecendo que as suas medidas não são perfeitas, mas os seus resultados são, pelo menos, comparáveis. O avanço neste trabalho permitirá, assim, aprender como os indivíduos podem experienciar um envelhecimento bem-sucedido, independentemente das suas condições sociais e de saúde. Por fim, um conhecimento avançado sobre o que é o envelhecimento bem-sucedido permitirá desenvolver intervenções que ajudem mais pessoas a envelhecer com sucesso, ao mesmo tempo que transforma o interesse académico pelo tema, no âmbito de uma política pública imperativa. Segundo os autores, há caminho para andar sobre o tema do envelhecimento bem-sucedido, sendo o momento atual, mais do que qualquer outro, crítico para desenvolver a ciência que *empodere* os indivíduos a experienciar a melhor idade avançada possível.

De seguida iremos analisar as dimensões do funcionamento individual que determinam o envelhecimento bem-sucedido.

## **2. Competência na Vida Diária**

Nesta secção iremos desenvolver as dimensões do funcionamento individual nos adultos mais velhos - a *funcionalidade nas atividades da vida diária*, considerando as atividades básicas (ABVD) e as atividades instrumentais (AIVD); o *funcionamento cognitivo*; e o *funcionamento social/relacional*, apresentando evidências da investigação que relacionam estas dimensões e demonstram o impacto dos seus resultados no envelhecimento bem-sucedido.

### **2.1 Funcionalidade nas Atividades da Vida Diária: dependência física?**

A funcionalidade ou capacidade funcional foi inicialmente descrita por Lawton e Brody (1969) como o comportamento humano necessário para realizar um conjunto de atividades ou tarefas do dia-a-dia necessárias à sobrevivência e ao bem-estar do indivíduo. Para os autores, estes comportamentos variam em grau de complexidade, desde um nível

mais básico, comportamentos para *manutenção da vida*, como cuidados de higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, "arrumar-se", alimentar-se e movimentar-se; até a um nível mais complexo que exigiria maiores níveis de funcionamento neurológico, tais como comportamentos de saúde, percepção-cognição, atividades instrumentais de autogestão da vida diária como usar o telefone, fazer compras, arrumar a casa, utilizar transportes públicos ou conduzir, cozinhar, gerir o dinheiro, responsabilizar-se pela medicação e o comportamento social.

De acordo com Botelho (2005) a noção de funcionalidade ou capacidade funcional está relacionada com a autonomia ou independência na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de ajustamento ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio. Segundo a mesma autora, a perturbação da funcionalidade é consequência de determinadas situações patológicas como a deficiência, a incapacidade e a desvantagem social. Assim, a *dependência funcional* surge como consequência de uma deficiência (biológica; doença), incapacidade (restrição da capacidade de praticar atividades em consequência da deficiência) ou desvantagem social (desajustamento entre as limitações surgidas e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando em desvantagem em relação a um papel social) que leva à necessidade de auxílio de terceiros para a execução de determinadas atividades. Neste sentido, o conceito de capacidade funcional relaciona-se também com o conceito de qualidade de vida, que se refere ao estado de saúde e bem-estar objetivo e subjetivo dos indivíduos, em consequência das três condições anteriores.

De acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) a *funcionalidade* é um conceito que designa as funções do corpo e as atividades de participação, sendo que a *incapacidade funcional* deriva das deficiências, limitações da atividade e restrições à participação.

Rodrigues (1999; 2007) apresenta o conceito de capacidade funcional designando três tipos de funções no processo de envelhecimento: (a) *funcionalidade biológica*, que inclui a condição de saúde física e é avaliada pelos níveis de doença e consumo de medicamentos; (b) a *funcionalidade mental*, cuja avaliação é feita através de escalas específicas de doença mental, pela autoavaliação (subjetiva) de saúde mental, pela classificação funcional de saúde mental através da *Pontuação de Incapacidade Funcional* da CIF (OMS, 2004) e pela subescala de avaliação de saúde mental do modelo OARS (*Older Assessment of Resources and Services*, Fillenbaum & Smyer, 1981; adaptado por Rodrigues, 1999); e (c) a *funcionalidade nas atividades de vida diária (AVDs)*, que inclui o funcionamento nas atividades básicas de autocuidado (ABVD) e nas atividades instrumentais (AIVD) que permitem a autonomia e a sobrevivência do indivíduo no dia-a-dia (como ir às compras, preparar refeições, arrumar e limpar a casa, entre outras).

Para Rodrigues (1999, 2007), a funcionalidade constitui um processo básico multidimensional influenciado por recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e funcionalidade nas atividades da vida diária. Neste sentido, a avaliação da funcionalidade ou capacidade funcional é igualmente um processo multidimensional,

devendo ser realizada com recurso a instrumentos adequados, fiáveis e válidos, sendo o mais comum a entrevista ou o inquérito com questões estruturadas e pré-codificadas (Botelho, 1999, 2005). Segundo a autora esta avaliação deve ser realizada tendo por base o que o indivíduo faz no seu quotidiano, com os meios de que dispõe e ser relacionada com fatores físicos e/ou mentais e com fatores extrínsecos, de natureza social, económica ou ambiental que interfiram na função. A funcionalidade nas AVD deve ser ainda classificada de acordo com o grau de autossuficiência nesse desempenho (Botelho, 1999), o que, em termos dicotómicos se pode manifestar em *independência*, quando há total independência ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas, ou *dependência*, quando há necessidade de ajuda regular de um terceiro na execução de pelo menos uma tarefa de funcionalidade. A autora vai mais longe, referindo que, de acordo com a possível progressão da disfunção, esta dicotomia pode graduar-se em quatro níveis: (i) *independência* - ausência de recurso a qualquer apoio; (ii) *autonomia* - recurso a apoios mecânicos; (iii) *dependência* - recurso a apoio de terceiros; e (iv) *incapacidade*, em que o apoio de terceiros substitui a função. Tal como para Lawton e Brody (1969), para Botelho (1999; 2005) a capacidade funcional inclui as atividades de autocuidado, que englobam tarefas como lavar-se, vestir-se, utilizar sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer, às quais se designam por *atividades básicas da vida diária* (ABVD; internacionalmente designadas por *Activity Daily Living Activities*); e as atividades de integração dos indivíduos no meio ambiente, como utilizar o telefone, fazer compras, gerir dinheiro, tomar medicamentos, utilizar meios de transporte e algumas tarefas domésticas têm a designação de *autonomia instrumental - atividades instrumentais da vida diária* (AIVD; designadas internacionalmente por *Instrumental Daily Living Activities*).

Cada uma destas atividades é avaliada por diferentes escalas. No caso das atividades básicas, têm sido utilizadas frequentemente a escala de Katz, Ford e Moskowitz, Jackson e Jaffe (1963) e a escala de Mahoney e Barthel (1965). Ao nível das atividades instrumentais da vida diária, a escala de Lawton e Brody, (1969) constitui um dos instrumentos de maior referência na avaliação da funcionalidade.

Como pudemos verificar, sendo a funcionalidade um conceito multidimensional (Botelho, 1999; Rodrigues, 2007), a avaliação funcional de idosos deve consistir numa abordagem multidimensional e interdisciplinar que tem como objetivos a identificação de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e a contribuição para um plano de intervenção com ênfase na manutenção e recuperação da capacidade funcional.

Ao nível dos dados de investigação sobre a capacidade funcional de indivíduos em idade avançada, existem estudos que demonstram associações entre a funcionalidade e características sociodemográficas (como o género, a idade e o nível socioeconómico), a competência (funcionamento) cognitiva e entre a competência física e instrumental na vida diária.

Um estudo de Botelho (2005) avaliou o estado funcional de indivíduos idosos com seguimento médico em ambulatório (sem doença aguda ou grave) num Centro de Saúde,

residentes em domicílio familiar. Os objetivos foram efetuar uma avaliação multidimensional a idosos em ambiente de consulta, avaliar a reprodutibilidade da avaliação multidimensional aplicada a idosos através de inquérito; detetar diferentes estados funcionais, biológicos, mentais e sociais; e averiguar a associação da dependência/independência funcional, com alterações e/ou integridade ao nível biopsicossocial. Como critério de não-inclusão foram consideradas as pessoas idosas que apresentavam morbidade aguda ou muito grave que por si só eram responsáveis por perturbação da capacidade funcional. O inquérito de avaliação multidimensional demonstrou que a funcionalidade nas pessoas idosas está associada com uma diversidade de fatores e variáveis interativas como a autonomia física, autonomia instrumental, locomoção, atividade física, autoavaliação de saúde, queixas de saúde, depressão, demência, rede social, classe social, parâmetros antropométricos e plasmáticos, força de preensão e composição corporal. A amostra era constituída por 152 sujeitos entre 65 e 91 anos, sendo 32% homens, 68% mulheres e 99% de raça branca. Os resultados demonstraram, em relação à autonomia física, pontuação superior nos homens, sendo maior a prevalências de independência neste sexo e de dependência nas mulheres. Não se observaram diferenças significativas em relação à idade nas pontuações de dependência. Quanto à autonomia instrumental, observaram-se diferenças entre sexos e escalões etários, sendo as pontuações mais elevadas nas mulheres e nas idades menos avançadas. Quanto à classificação dicotómica independência/dependência, não se verificaram diferenças significativas em relação ao género e à idade na dependência, enquanto as mulheres apresentavam níveis significativamente mais elevados de independência em relação aos homens. Ao nível da locomoção, verificou-se que a quase totalidade dos idosos era independente. Quanto às diferenças de sexo e idade, a capacidade de locomoção mostrou-se inferior nas mulheres em idade mais avançada, no entanto não houve diferenças em relação à classificação final. De um modo geral os resultados mais relevantes do estudo demonstram que: (i) a grande maioria dos idosos era independente na locomoção e tinha um estado cognitivo não demenciado; (ii) mais de metade dos idosos apresentava um estado de nutrição dentro da normalidade embora com tendência para o excesso de peso, mantendo um estado afetivo não deprimido, alguma atividade física e autonomia para as atividades diárias de autocuidado; (iii) cerca de metade dos idosos tinha acompanhamento social (a outra metade estava bastante isolada) e era autónoma nas atividades instrumentais de adaptação ao meio ambiente; uma pequena minoria dos idosos pertencia à classe média ou alta e apresentava-se sem quaisquer sintomas. Quanto aos grupos de género e idade verificou-se que: (i) o ser mulher e ter idade mais elevada estava relacionado com um maior isolamento; (ii) o ser mulher estava associado a maiores níveis de depressão, maior dependência nas atividades de autocuidado, especialmente devido a situações de incontinência urinária; (iii) os idosos mais velhos apresentavam maior prevalência de demência; (iv) e a perturbação da atividade locomotora e da funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária não estavam relacionada com a idade e/ou com o género.

Segundo Rodrigues (2007) a funcionalidade está também relacionada com o conceito de *fragilidade*, conceito utilizado para designar o aumento da vulnerabilidade a agentes stressores nos idosos, implicando disfunções dos múltiplos sistemas do indivíduo e que conduzem a uma diminuição da reserva homeostática e da capacidade de resiliência (*coping*), com consequência ao nível do aumento do risco para a saúde dos indivíduos. Este conceito mais abrangente é analisado noutros trabalhos de investigação recente nas áreas da saúde e envelhecimento (por ex. Afonso & Botelho, 2015).

Relativamente aos aspetos sociodemográficos na funcionalidade, um estudo longitudinal de Alexandre, Corona, Nunes, Santos, Oliveira e Lebrão (2014) os autores analisaram as diferenças de género na incidência e determinantes de incapacidade nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) em idosos residentes na comunidade em São Paulo, Brasil. Os dados foram recolhidos do estudo *Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)*, que envolveu uma amostra representativa probabilística da população urbana com 60 e mais anos constituída por 2143 indivíduos. Na primeira avaliação envolveu entrevistas no domicílio, medidas antropométricas e testes de desempenho físico. Destes indivíduos entrevistados em 2000 foram selecionados 1034 idosos que não apresentavam dificuldades nas AIVD, constituindo a amostra final. Ao nível da idade a amostra era constituída por categorias de 10 anos dando lugar a três grupos de idade (30-39 anos; 70-79 anos; e 80+ anos). A variável dependente a avaliar era a incapacidade nas atividades instrumentais na vida diária (AIVD) tendo sido utilizada a escala de Lawton (Lawton & Brody, 1969), sendo que na linha de base foram avaliadas variáveis sociodemográficas e comportamentais, como o estado de saúde, quedas, fraturas, hospitalizações, sintomas depressivos, cognição, força, mobilidade, equilíbrio e perceção da visão e audição.

As *atividades instrumentais da vida diária* (AIVD) tais como fazer compras, gerir o próprio dinheiro, gerir a medicação, utilizar transportes públicos e usar o telefone foram reavaliadas em 2006, sendo consideradas situações de incapacidade. A primeira avaliação envolveu entrevistas presenciais em casa dos sujeitos, medidas antropométricas e testes de desempenho físico. As características sociodemográficas avaliadas foram o género, a idade, o estado civil, com quem vive e o grau de escolaridade.

Neste estudo foi avaliado o grau de vulnerabilidade social, uma medida genérica da condição económica, através do *Índice de Vulnerabilidade Social (SVI)*. A vulnerabilidade é definida como o estado do indivíduo ou grupo que por alguma razão viram diminuída a sua capacidade para a autodeterminação, o que pode ter consequências ao nível da dificuldade de proteger os seus próprios interesses devido aos défices de poder, inteligência, educação, recursos, forças e outros atributos (Alexandre *et al.*, 2014). A vulnerabilidade social é caracterizada por aspetos culturais, sociais e económicos que determinam o acesso a bens de consumo e serviços. O SVI é assim utilizado para avaliar múltiplas dimensões da pobreza usando indicadores como o rendimento, a escolaridade e o ciclo familiar, nos quais diferentes graus de vulnerabilidade podem ser identificados. Neste estudo foram ainda avaliados o consumo de tabaco, álcool, a atividade física, o estado de saúde foi avaliado através de mediadas de autorrelato e o funcionamento



cognitivo através do *Mini-Mental State Examination (MMSE)*. Foi também avaliada a sintomatologia depressiva através da *Geriatric Depression Scale (GDS)*, a força muscular, e o desempenho e equilíbrio físicos.

Os resultados do estudo demonstraram que na "linha de base" a maioria dos indivíduos que tinham uma vida conjugal ou viviam acompanhados eram homens. Os homens apresentavam níveis mais elevados de vulnerabilidade social, mais força de preensão, maior consumo de álcool, tabaco e relataram menor percepção auditiva.

As mulheres apresentavam uma maior proporção de osteoartrite, quedas, depressão, obesidade, maior número médio de doenças e uma menor percepção visual. Comparando as características dos sujeitos na linha de base (em 2000) para ambos os géneros, que foram entrevistados em 2006 e os sujeitos que faleceram entretanto, este último grupo tinha os sujeitos mais velhos e apresentavam piores resultados no teste de desempenho de equilíbrio físico. Os homens que faleceram fumavam mais, apresentavam um maior número de doenças crónicas e relatavam mais problemas de osteoartrite. As mulheres que faleceram apresentavam menor força de preensão, obtiveram piores resultados no teste de desempenho físico, relataram mais problemas cardiovasculares e viviam mais sozinhas.

A densidade da incidência da incapacidade nas AIVD foi de 35,6/1000 pessoas/ano para ambos os géneros, 44,7/1000 para as mulheres e 25,2/1000 para os homens. Considerando o estatuto socioeconómico e a condição de saúde, as mulheres com doença crónica e maior vulnerabilidade social continuaram a apresentar maiores níveis de incidência de incapacidade nas AIVD. Para todas as atividades instrumentais, em cada 1000 pessoas, a incidência de incapacidade aumentou progressivamente com a idade. Comparando os que se mantiveram independentes e os que se tornaram dependentes dos 611 idosos re-entrevistados e reavaliados em 2006, os que se tornaram dependentes eram mais velhos, apresentavam um maior número de doenças, resultados mais baixos no MMSE, tiveram mais casos de AVC, menor força de preensão e menor capacidade de visão ao longe. As mulheres que se tornaram dependentes, eram fumadoras há mais tempo, apresentavam maior frequência de hipertensão, doença cardiovascular e osteoartrite, depressão e menor capacidade de ver ao perto, pior desempenho nos testes de desempenho e equilíbrio físico, e um maior número de hospitalizações. Os homens que se tornaram dependentes eram menos escolarizados, consumiam mais álcool, apresentavam mais casos de diabetes, alguns casos de osteoartrite e relataram menos fraturas nos 12 meses anteriores.

Em ambos os géneros, ter 80 anos ou mais e ter uma pior percepção auditiva foram os principais fatores de risco para a incapacidade nas AIVD, enquanto um melhor resultado no MMSE teve um efeito protetor. Para os homens, os relatos de AVC demonstrou ser um fator de risco para a incapacidade nas AIVD. Nas mulheres, a par da idade de 80 e mais anos, também o grupo de 70-79 anos exibiu um elevado risco de incapacidade, mostrando um efeito doseador da idade nas respostas no mecanismo de incapacidade nas AIVD. Também nas mulheres, uma melhor desempenho no equilíbrio físico foi considerado um

fator protetor do resultado de incapacidade na AIVD.

Em síntese, as principais conclusões do estudo de Alexandre e colaboradores (2014) são o facto de as mulheres apresentarem uma maior incidência de incapacidade nas AIVD em relação aos homens, sendo que esta diferença se mantém independentemente da condição socioeconómica e presença de doença crónica nos indivíduos. Por outro lado, a par da variável "idade", um pior desempenho cognitivo e condições que afetam a comunicação (por ex., AVC, dificuldades de audição) contribuem para a incapacidade em ambos os géneros. Também para ambos os géneros, a incidência de incapacidade nas AIVD é maior na utilização de transportes públicos, com diferenças de género em todas as AIVD avaliadas. O estudo demonstrou ainda evidência de que as alterações no desempenho nas AIVD ao longo do tempo, atividades estas que requerem competências cognitivas, precedem algumas condições de demência, o que fez pressupor que um melhor desempenho no MMSE (correspondente a um melhor desempenho cognitivo) constitui um fator protetor para desenvolver condições de incapacidade/dependência. Este pressuposto advém do facto de que teoricamente o melhor funcionamento cognitivo representa a preservação da memória de longo prazo e de curto prazo, a capacidade de fazer cálculos, preservar as funções executivas e o conhecimento verbal, todas elas necessárias à realização das atividades instrumentais da vida diária.

Também num estudo transversal de Assis, Marta, De Conti, Gatti, Simeão e De Vitta (2014) em que foi avaliada a capacidade funcional de 516 residentes na área de Minas Gerais (Brasil), 39,5% eram homens e 60,5% mulheres; 63,4% tinha entre 0 e 2 anos de escolaridade e 85,7% tinham rendimento até dois salários mínimos; 73,1% moravam com os seus familiares e 33,9% apresentava capacidade funcional não adequada (38,5% mulheres e 27% homens). Neste estudo, a capacidade funcional não adequada foi associada às mulheres, ter mais de 70 anos, rendimento até dois salários mínimos e menor tempo de escolaridade.

Murtagh e Hubert (2004) avaliaram uma amostra de 1348 idosos com média de idades de 79 anos na capacidade funcional nas ABVD e nas AIVD e limitações na mobilidade. Os resultados demonstraram que as mulheres relatam mais limitações e um maior grau de incapacidade, particularmente nas AIVD, sendo que, neste caso, as diferenças de género encontradas foram explicadas por outras condições de saúde - existência de doenças, reportadas pelo grupo de mulheres.

Relativamente à funcionalidade nas AIVD *versus* ABVD, um estudo de Costa, Nakatani e Bachion (2006) chegou a resultados semelhantes relativamente às características sociais e demográficas da incapacidade nas AIVD. Numa amostra de 95 idosos de uma comunidade de Goiana (Brasil), foram avaliadas as atividades básicas (ABVD) e as atividades instrumentais (AIVD) da vida diária através de um protocolo de avaliação que incluiu itens de identificação sociodemográfica, a escala de Barthel para as ABVD e a Escala de Lawton para as AIVD. O protocolo foi administrado no domicílio dos sujeitos. A idade dos sujeitos era maioritariamente a terceira idade: 60-69 anos (60%), 70- 79 (31,6%) e 80-89 anos (8,4%), perfil que correspondia ao da população brasileira. Quanto ao género, 60%

eram mulheres e 40% homens. Quanto ao estado civil, 49,5% eram casados, 34,7% viúvos. Quanto à escolaridade mais de metade dos idosos era analfabeto (46,3%) e possuíam o ensino básico incompleto (7,4%). Quanto ao rendimento, 45,3% tinha rendimento igual ou inferior ao salário mínimo, 44,2% tinha de um a três salários e 10,5% acima de três salários. A maioria dos idosos (89,5%) possuía casa própria e 10,5% residia em casa alugada. Relativamente à capacidade para realizar as AIVD, foi identificado que 27,4% eram independentes, 68,4% apresentavam dependência parcial, sendo considerados limítrofes, e 4,2% apresentavam dependência total, perfazendo 72,6% de idosos com dificuldades para administrar o ambiente em que viviam e lidarem com a vida social de forma autónoma. As três AIVD nas quais os idosos tinham mais dependência, necessitando de ajuda, foram o "manuseamento de dinheiro" (73,9%), o uso de meios de transporte (72,5%) e o trabalho doméstico (40,6%). As atividades em que os idosos apresentavam maior dependência total incluíam "lavar qualquer peça de roupa" (30,4%), realizar trabalho doméstico (26,1%) e utilizar o telefone (20,3%). Nestes estudo, algumas das situações de incapacidade verificadas foram associadas aos baixos níveis de escolaridade dos sujeitos, tais como manusear o dinheiro, tomar medicação, usar o telefone, fazer compras e utilizar meios de transporte.

Um estudo transversal, descritivo, de Nakatani, Silva, Bachion e Nunes (2009) avaliou o desempenho em atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) num grupo de idosos referenciados numa equipa de saúde familiar em Goiânia. A amostra era constituída por 105 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 94 anos, sendo a média de idades de 69,7 anos, maioritariamente constituída por mulheres, com idades entre os 60 e 69 anos, casada, católica, com residência própria e rendimento até uma salário mínimo, não-alfabetizada e três patologias relatadas. A recolha de dados foi realizada na casa dos idosos tendo sido aplicado um questionário de avaliação sociodemográfica, uma escala de avaliação das ABVD e uma escala de avaliação das AIVD. Os resultados demonstraram que 59,1% dos idosos apresentava independência para as ABVD e 40,9% apresentava algum grau de dependência. Nas AIVD verificou-se uma inversão dos resultados em comparação com as ABVD, sendo que 58,1% apresentava algum grau de dependência para administrar o seu ambiente e lidar com a vida social, sendo 57,1% com dependência parcial e 1% com dependência total. As atividades nas quais os idosos apresentavam algum grau de dependência foram: lavar roupa (38,1%), trabalho doméstico (32,4%), utilizar o telefone (30,5%), usar meios de transporte (24,5%), fazer compras (17,1%), manuseio de dinheiro (16,1%) e preparação de refeições (7,6%). Dos 61 idosos com algum grau de dependência nas AIVD, alguns referiram dependência em mais do que uma atividade.

Um estudo de Nunes, Nakatani, Silveira, Bachion e Souza (2010) chegou a resultados semelhantes relativamente à maior funcionalidade nas ABVD relativamente às AIVD, sendo que os resultados deste demonstraram que a maioria dos idosos são independentes nas ABVD, os idosos com 70 e mais anos são mais propícios a serem dependentes nas AIVD e a partir dos 80 anos a probabilidade de se tornarem dependentes em ambas as atividades,

ABVD e AIVD, aumenta.

Em relação às diferenças de idade na realização de AIVD, um estudo de Rodrigues (2007) no qual foi realizada uma avaliação multidimensional segundo o modelo OARS nas várias áreas funcionais, verificou-se que para a área de atividades da vida diária, existem diferenças significativas no grupo etário dos 75-84 (relativamente aos grupos 65-74 e 85+), sendo os homens avaliados mais negativamente nesta área funcional. Relativamente ao grupo etário na amostra total, observam-se diferenças significativas no grupo etário dos 85+ anos, sendo este avaliado mais negativamente. Relativamente às diferenças de género entre grupo de género no total da amostra, verifica-se que não existem diferenças significativas nas atividades da vida diária entre homens e mulheres.

## **2.2 Funcionamento Cognitivo na Vida Diária: Dependência Mental?**

Segundo Fernández-Ballesteros (2009a), uma das preocupações mais relevantes com o envelhecimento é um esperado declínio do funcionamento cognitivo. Menos provável é a deterioração mental ou a demência, colocando-se aqui duas questões fundamentais: *como prevenir o declínio e a deterioração cognitiva na velhice? Como contribuir para otimizar e promover o bom funcionamento cognitivo ao longo da vida?*

De acordo com a mesma fonte, nos anos 70, Baltes e Schaie (1974; 1976) foram os primeiros autores a questionar a ideia de que o envelhecimento implica necessariamente o declínio ou deterioração cognitiva. Estes autores salientam que a capacidade de reserva e a plasticidade do funcionamento cognitivo no adulto dão lugar a grandes diferenças interindividuais no desenvolvimento das mudanças na cognição ao longo da idade adulta e na velhice.

Fernández-Ballesteros (2009a) refere que a visão positiva do envelhecimento foi reforçada por uma quantidade de dados de investigação no início do século XXI, no qual se fizeram grandes progressos ao nível das metodologias de investigação no domínio do envelhecimento e da cognição. Estes progressos propiciaram avanços ao nível do estudo multidisciplinar sobre a plasticidade e a modificabilidade do funcionamento intelectual, o estudo dos fatores de risco e protetores da demência e um panorama de novas práticas e intervenções que pretendiam otimizar o funcionamento cognitivo, compensar perdas e declínios e prevenir a deterioração cognitiva. Assim, ainda que haja períodos ótimos para desenvolver o funcionamento cognitivo, os estudos demonstram que, em qualquer idade, se pode aprender e a capacidade de reserva pode ser ativada pelo exercício, a prática e as intervenções ambientais. Assim, o *declínio cognitivo*, como componente "normal" do envelhecimento, deve distinguir-se da *deterioração cognitiva*, como componente neuropatológica que tem por base algum tipo de *demência* (vascular, demência de Alzheimer, demência mista, ou provocada por outras causas).

De acordo com a mesma autora, o funcionamento cognitivo ao longo da vida foi abordado por vários autores da Psicologia Desenvolvidamental do Ciclo de Vida que

utilizaram diferentes conceitos para a sua concetualização e investigação: Catell (1971) utilizou o conceito de *inteligência e capacidades*, Baltes (1987) e Schaie (1990, 2005) utilizaram os conceitos de *capacidade de reserva, plasticidade cognitiva e desenvolvimento intelectual*.

Fernández-Ballesteros (2009a) apresenta-nos alguns dos avanços sobre o funcionamento cognitivo ao longo da vida. Um primeiro aspeto refere-se à evidência de que os fatores psicológicos (cognitivos) têm uma importância fundamental para a saúde física e sobrevivência humana. Neste sentido, podem distinguir-se duas trajetórias principais: (1) A *inteligência fluída, biológica ou mecânica* (ligada à velocidade de processamento neuronal) como o raciocínio indutivo, capacidade visuo-espacial e fluidez verbal, que mostra um declínio constante e intenso a partir dos 30 anos de idade; e (2) A *inteligência cristalizada, cultural ou pragmática* (por exemplo, o vocabulário) que continua a desenvolver-se ao longo da vida, pelo menos até aos 80 anos. A partir desta idade declinam a maioria das capacidades ainda que com grandes diferenças interindividuais, que dão lugar, nos muito idosos, a uma grande variabilidade.

Baltes, Linderberger e Staudinger (1999) referem que o funcionamento intelectual constitui o domínio que melhor permite testar a relação entre a abordagem macroscópica do curso de vida do desenvolvimento humano e a abordagem mais microscópica das funções, processos e períodos de desenvolvimento. Os conceitos de multidimensionalidade e multidirecionalidade do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida permitiu considerar diferentes trajetórias do funcionamento intelectual ao longo do ciclo de vida, tendo feito emergir uma teoria do funcionamento intelectual ao longo da vida, segundo a qual esta é constituído por duas componentes de funcionamento: (1) as *mecânicas da cognição*, construídas como expressão da estrutura neuropsicológica da mente, à medida que esta evolui ao nível biológico ao longo do desenvolvimento; e (2) as *pragmáticas da cognição*, que estão associadas com a aquisição de conhecimento disponível e mediado pela cultura. O *modelo da componente-dual* situa o funcionamento intelectual dentro da co-evolução dos sistemas, biológico e cultural, em que ocorre o desenvolvimento.

Os mesmos autores afirmam que a evidência empírica de suporte ao *modelo-dual* do funcionamento cognitivo resulta de uma longa investigação no domínio, sobretudo no que se refere aos resultados sobre as capacidades que se mantêm e as capacidades mais vulneráveis que declinam. Assim, as capacidades que envolvem as mecânicas da cognição, tais como o raciocínio, a orientação espacial, ou a velocidade percetiva, geralmente mostram um declínio regular ao longo da idade adulta, com aceleração do declínio na idade mais avançada (quarta idade); e as capacidades que envolvem as pragmáticas da cognição, tais como conhecimento verbal (*e.g.* memória semântica, algumas capacidades numéricas, o vocabulário) apresentam uma fraca relação com a idade até aos 60 ou 70 anos (terceira idade), sendo que muitas vezes apresentam uma relação positiva com esta. O estudo sequencial *Intellectual Development in Adulthood: The Seattle Longitudinal Study* de Schaie (1996) sobre o desenvolvimento intelectual no adulto, iniciado nos anos

50 do século XX e que prossegue na atualidade, é paradigmático. O autor debruça-se sobre o *curso normal do desenvolvimento cognitivo* de várias gerações de adultos (*coorte*), que foram sucessivamente avaliadas de 7 em 7 anos, sobre o seu funcionamento intelectual e a variação (evolução) das dimensões cognitivas ao longo da idade (adulta e velhice), dando resposta a quatro questões fundamentais: a primeira, *a inteligência muda uniformemente na idade adulta ou existem diferentes padrões de desenvolvimento ao longo do curso de vida?* A esta questão Schaie refere que "inequivocamente não se encontram padrões uniformes de alteração do desenvolvimento em todo o espectro de capacidades" (p. 350) sendo que, dependendo da função intelectual específica, a inteligência varia com a idade e com o ano de nascimento dos indivíduos (*coorte*). No entender de Schaie (1996), as mudanças na competência intelectual devem ser analisadas através da observação de resultados longitudinais médios em baterias de teste de vários "coortes" (gerações) precisamente para controlar os efeitos de tempo histórico e os aspetos ambientais e sociais (por. ex. o grau de escolaridade). Neste sentido, o autor apresenta os principais resultados do estudo que referem que o *significado verbal*, a *espaco* e o *raciocínio*, atingem o pico na meia-idade (entre os 40 e os 60 anos) e a memória e capacidade verbais aos 60 anos. O *significado verbal* declina entre os 70 e 80 anos. A *fluência verbal e numérica* atingem um pico pelos 30 anos e um modesto declínio aos 50. A *velocidade percetiva* atinge o pico aos 20 anos e a *capacidade numérica* aos 30. No final dos 80 anos os declínios da *capacidade verbal* e do *raciocínio indutivo* são modestos mas a *velocidade percetiva* e a *capacidade numérica* apresentam declínios severos, sendo mais moderados na *orientação espacial* e na *memória verbal*. Schaie (1996) refere, no entanto, o facto de os padrões de evolução dos perfis de funcionamento intelectual dependerem em larga medida do uso ou desuso destas capacidades e da existência ou ausência de neuropatologia.

À segunda questão, *em que idade existe realmente um declínio na capacidade intelectual?* Schaie (1996) responde que um declínio das capacidades intelectuais até aos 60 anos é quase inevitavelmente um sintoma de mudanças patológicas. Em meados dos 70 anos há um declínio médio moderado em todas as capacidades e pelos 80 anos um declínio médio severo, exceto na *capacidade verbal*. Relativamente à terceira questão, *quais os padrões de diferenças geracionais e qual a sua magnitude?* na qual Schaie (1996) procura analisar o impacto das influências históricas, ambientais e sociais de uma geração no funcionamento intelectual, através de *um design* de investigação inovador (que combina dados transversais com dados longitudinais), o autor defende que as mudanças no contexto histórico-social devem fazer parte da definição do desenvolvimento individual, traçando as diferenças de geração no desempenho intelectual. Assim, os estudos demonstraram que há claramente tendências geracionais no desempenho intelectual, sendo que elas são positivas para o *significado verbal*, *espaco* e *raciocínio* (com um pico de desempenho para a geração de 1924) e menos positivo para a *fluência verbal* (com um desempenho mais baixo para a coorte de 1931).

À última questão, *o que contribui para as diferenças individuais nas mudanças*

*relacionadas com a idade nos adultos?*, como referido anteriormente, existem diferenças individuais na *mudança intelectual* ao longo da vida adulta. Segundo Schaie (1996), pode afirmar-se que aos 60 anos todos os indivíduos apresentam um declínio significativo numa capacidade, mas teoricamente ninguém apresenta declínio em todas as capacidades pelos 88 anos. Para além dos fatores genéticos que contribuirão para uma porção substancial das diferenças individuais no envelhecimento intelectual, existem, segundo estes estudo, *circunstâncias ambientais* que contribuem para estas diferenças, nomeadamente: a presença de doenças crónicas (*e.g.*, as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasmas e artrite) constituem fatores de risco para o aumento do declínio cognitivo; pessoas com altos níveis de funcionamento cognitivo procuram mais cedo e de modo mais eficaz a intervenção médica, adotam mais comportamentos preventivos, seguem os regimes de tratamento propostos para otimizar a saúde e têm probabilidade de se envolver menos em comportamentos e estilos de vida de risco.

Assim, no seu estudo, Schaie (1996) inclui a questão das circunstâncias ambientais que contribuem para as diferenças no envelhecimento cognitivo, nomeadamente as condições sociodemográficas como o estatuto económico, o grau de escolaridade e o género.

Na Europa, o Projeto de Investigação "The Berlin Aging Study (BASE)" (Baltes & Mayer, 1999)" co-coordenado por Baltes e Mayer (1999) procurou analisar o processo de envelhecimento sob duas perspetivas: uma, coordenada por Baltes, analisa a arquitetura biológica-genética e sociocultural do desenvolvimento ao longo do *ciclo de vida*; outra, coordenada por Mayer, sociológica, analisa as relações entre os aspetos socioeconómicos e as diferenças/desigualdades sociais no processo de envelhecimento ao longo do *curso de vida*.

Por exemplo, Baltes e Smith (1999) analisaram os aspetos psicológicos e psicossociais de pessoas na velhice muito velha, isto é com idades compreendidas entre os 70 e os 100 anos. A questão central no BASE foi conhecer a estrutura do funcionamento intelectual (inteligência) na idade mais avançada, as diferenças nos níveis de desempenho e correlatos sobre as diferenças relacionadas com a idade. Para tal foram utilizadas 14 baterias de testes que avaliaram as seguintes capacidades cognitivas: raciocínio, memória, velocidade percetiva, conhecimento e fluência verbal.

Os resultados do BASE demonstraram que, por um lado, a estrutura multidimensional da inteligência encontrada na velhice mais jovem, foi também evidente nos idosos mais velhos do BASE. Por outro lado, as correlações entre as cinco capacidades analisadas demonstraram uma intercorrelação maior do que a que foi encontrada em adultos mais jovens. Neste estudo foi ainda encontrada uma elevada correlação entre a inteligência e a competência na vida diária.

Relativamente às diferenças de idade encontradas no BASE, nos grupos mais jovens (70 anos), observou-se uma regularidade no declínio associada à idade, no desempenho num marcador das mecânicas da inteligência (velocidade percetiva) e num marcador das pragmáticas da inteligência (conhecimento), verificando-se uma diferença significativa entre a geração dos 70 e dos 95 e mais anos. A mesma tendência de declínio observou-se para a inteligência geral. Outro dado relevante foi o de que o declínio nas três capacidades

mecânicas (velocidade perceptiva, memória e raciocínio) foi significativamente mais elevado do que nas capacidades pragmáticas (conhecimento e fluência). Contudo como concluíram Baltes e Smith (1999), sendo as trajetórias das mecânicas e das pragmáticas distintas ao longo da idade, as diferenças entre ambos os grupos de capacidade tendem a diminuir à medida que se avança para uma velhice muito velha.

Os resultados do BASE (Baltes & Mayer, 1999) demonstram ainda que diferenças no funcionamento intelectual dos participantes tendo em conta outras variáveis como a capacidade sensorial, funcional e a história de vida dos participantes. Assim, os resultados demonstram a influência de dois tipos de fatores nas diferenças no funcionamento intelectual, ao nível das mecânicas e das pragmáticas da cognição: (1) fatores genético-neurobiológicos - como aspetos do funcionamento sensorial (audição e visão) e sensorio-motor (equilíbrio), mais relacionados com o marcador das mecânicas (velocidade perceptiva); e (2) fatores socio-biográficos, como a educação, a classe social e o rendimento, mais associados com o conhecimento ao nível das pragmáticas da inteligência. Quando analisada a influência da história de vida dos sujeitos (referente à vantagem e desvantagem social acumulada ao longo da vida ao nível da instrução, tipo de profissão, entre outras), os resultados do BASE demonstraram que um nível de desempenho superior no funcionamento intelectual em todos os grupos de idade entre os 70 e os 100 anos, o que evidenciou, por um lado, o impacto das vantagens/desvantagens sociais acumuladas nos idosos e, por outro, o facto de a idade não contribuir para neutralizar nem agravar aquelas influências no funcionamento intelectual.

Em conclusão, os principais resultados do estudo BASE apontam para o facto de: (1) o declínio intelectual entre as duas idades (70 anos e 100 anos) estar fortemente associado a processos neurobiológicos do envelhecimento do cérebro; (2) as diferenças no forte declínio encontradas entre as duas idades (70 e 100 anos) se observarem para todas as capacidades intelectuais; e (3) estando a maioria das pessoas idosas capaz de aprender coisas novas, a sua capacidade de aprendizagem diminui entre as duas idades, sendo que a plasticidade do funcionamento intelectual não se observa em pessoas com um grau moderado ou severo de demência.

Como constatam Baltes e Smith (1999), pela sua abordagem holístico-sistémica, através das observações intensivas com avaliações médicas, psiquiátricas e psicológicas, assim como informações sociológicas, económicas e relativas à história de vida dos idosos, o estudo BASE, através da construção de perfis holísticos e multivariados, demonstrou as perdas consideráveis nos idosos quando atingem idades avançadas, sendo que estes, apresentam cinco vezes maior probabilidade de multidisfuncionalidade e morbilidade. Os resultados da investigação demonstram que a quarta idade detém um nível de incompletude biocultural, vulnerabilidade e imprevisibilidade; os velhos mais velhos estão no limite da sua capacidade e do seu potencial e quer a ciência, quer as políticas sociais estão no limite em termos de intervenção.



Como salientam os autores do BASE vem demonstrar que o funcionamento e declínio cognitivo nos mais velhos, estando associados à idade, não dependem exclusivamente desta, não sendo esta o determinante mais importante para explicar esse declínio. O declínio cognitivo está igualmente associados a fatores sociodemográficos como o género, o grau de escolaridade, o estado civil, o nível socioeconómico e a rede de suporte social.

Um estudo de Hooren, Velentijn, Bosma, Ponds, Boxtel e Jolles (2007) procurou determinar o possível efeito diferencial da idade, educação e género, no funcionamento intelectual, designadamente na velocidade cognitiva, memória verbal, função executiva e fluência verbal em adultos idosos saudáveis numa amostra de 578 participantes com idades entre os 64 e 81 anos. Os resultados demonstraram uma correlação positiva entre os grupos de idade e todas as dimensões do funcionamento intelectual, sendo que o grupo dos idosos mais velhos (80 anos) apresentava desempenhos mais baixos em todas as capacidades intelectuais analisadas. O estudo demonstrou também a influência do género e do nível educacional no funcionamento cognitivo, sendo que os participantes com níveis educacionais médios ou mais elevados evidenciaram um melhor desempenho na maioria dos testes cognitivos relativamente aos sujeitos com níveis educacionais inferiores. Relativamente ao género, os resultados mostram que as mulheres têm melhor desempenho nos testes de memória do que os homens, sendo que as diferenças de géneros nos outros teste não são evidentes (por ex., velocidade de processamento e atenção).

Um estudo longitudinal de Karlamangla, Miller-Martinez, Aneshensel, Seeman, Wight e Chodosh (2009) analisou os determinantes demográficos e preditores socioeconómicos nas trajetórias de funcionamento cognitivo em idosos americanos. A amostra era constituída por 6476 sujeitos nascidos antes de 1924, que foram avaliados 5 vezes entre 1993 e 2002 em testes de memória (evocação) e outros itens cognitivos. A média de scores no funcionamento cognitivo total decaiu sucessivamente com a idade ao longo do período em análise e o score de evocação, embora mais baixo, também declinou. Nos idosos mais velhos (comparados com os idosos mais jovens), as mulheres (comparadas com os homens), os viúvos e os solteiros (comparados com os que eram casados) declinaram mais rapidamente e os negros não-Hispânicos (comparados com os brancos não-Hispânicos) e os que apresentavam um maior rendimento mensal (comparando com os que apresentavam menor rendimento) apresentavam um declínio mais lento. As diferenças de raça e rendimento mensal não foram, no entanto suficientes para compensar as diferenças no desempenho cognitivo na "linha de base".

Segundo Fernández-Ballesteros (2009a) na última década fizeram-se amplos progressos no estudo do envelhecimento cognitivo importantes para a otimização e compensação do funcionamento ótimo na velhice. A autora aponta para as influências da educação e do estatuto socioeconómico, bem como a inteligência bem desenvolvida na infância, no funcionamento cognitivo durante a idade adulta e velhice. Para além destes fatores, a autora refere-se às influências positivas do exercício físico, das atividades

cognitivas cotidianas e das intervenções educativas cognitivas, no funcionamento cognitivo normal durante a idade adulta e velhice, influências estas protetoras do declínio e deterioração cognitiva (e.g. demência de Alzheimer). Refere-se também efeitos positivos que o exercício físico oferece sobre o cérebro e a cognição das pessoas idosas saudáveis, nomeadamente nas funções de controlo executivo (como planificação, programação, coordenação de tarefas, etc.) nas pessoas mais velhas. Para além disso, o exercício físico aeróbico ligado à idade, combinado com a força e a flexibilidade, produz efeitos positivos no funcionamento cognitivo. Para além do exercício físico, a autora refere a influências de outras atividades, designadas por *atividades cotidianas*, que têm influência positiva sobre o funcionamento cognitivo na idade adulta e velhice. As atividades cotidianas, que incluem atividades *fisicamente exigentes*, atividades *cognitivamente estimulantes* e atividades *sociais e de lazer*, foram identificadas como constituindo fatores protetores do declínio e deterioração cognitivos. Ainda de acordo com a mesma autora, outra evidência das influências ambientais no funcionamento e declínio cognitivos no adulto é a aprendizagem e treino de competências cognitivas que pode ser realizado através de intervenções no âmbito do funcionamento intelectual.

A avaliação do funcionamento cognitivo no adulto é realizada com recurso a diferentes instrumentos de avaliação psicológica e neuropsicológica. Numa revisão feita por Simões (2012) são apresentados os instrumentos mais utilizados na avaliação e investigação de vários aspetos do funcionamento do adulto e do idoso, nomeadamente na avaliação do funcionamento intelectual. A este nível são descritas as *Matrizes Progressivas de Raven*, a *Escala de Inteligência de Weschler para Adultos (WAIS)*, a *Escala de Memória de Weschler*, a *Bateria de Lisboa para Avaliação das Demências*, o *Teste de Recordação Seletiva Livre e Guiada*, o *Teste de Memória Prospetiva*, o *Mini-Mental Assessment Examination (MMSE)* e o *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*.

Na área da Gerontologia Social tem sido muito utilizado o Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975), um teste cujo objetivo é o rastreio cognitivo em adultos e idosos e inclui a avaliação em seis tarefas da cognição: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação diferida, linguagem e capacidade visuo-constructiva. Trata-se de um teste que tem sido sucessivamente aperfeiçoado, considerando variáveis de idade, escolaridade e à definição de novos pontos de corte. (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009; Freitas, Simões, Alves & Santana, 2015). Trata-se de um instrumento de fácil aplicação, despendendo entre 5 a 10 minutos a responder. Quanto aos valores normativos do teste, de acordo com Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009) parece haver consenso em utilizar o valor de "corte" 23/24 de Folstein e colaboradores (1975) na seleção de indivíduos para estudos internacionais. No entanto, no estudo destes autores para determinar novos valores normativos no MMSE, e dado o maior efeito da literacia na pontuação total do MMSE, determinaram-se três novos pontos de corte, considerando o grau de escolaridade dos sujeitos: 22 pontos, para 0-2 anos de escolaridade; 24 pontos, para os 3-6 anos de escolaridade e 27 pontos e para 7 ou mais anos de escolaridade. Descreveremos mais à

frente, neste trabalho as características psicométricas deste instrumento. De acordo com os autores, é importante atualizar os valores normativos dos testes neuropsicológicos, nomeadamente do MMSE, permitindo, desta forma, estabelecer uma interpretação correta do desempenho individual no teste.

### **2.3. Recursos Sociais: Rede de Relações e Suporte Social**

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009a), o funcionamento social dos indivíduos está associado à sobrevivência e à longevidade, à saúde física e mental, ao funcionamento cognitivo, à satisfação com a vida, ao bem-estar e à qualidade de vida. O funcionamento social está inserido em todas as definições de envelhecimento positivo ou bem-sucedido, sendo considerado um dos seus componentes mais importantes e as questões da interação social e do suporte social foram, ao longo dos tempos, temas e preocupações centrais da Gerontologia Social.

Segundo a mesma fonte existe uma grande variabilidade no uso e nos significados utilizados no campo do funcionamento social, tais como "relações sociais", "suporte social", "redes sociais", "compromisso social", "integração social", "participação social", entre outros.

Antonucci, Akiyama e Sherman (2007) sintetizam a definição e distinção de uma série de conceitos que integram o *funcionamento social*: *relações sociais*, é considerado o conceito mais geral e aglutinador de todos os tipos de interações e transações interpessoais; *redes sociais*, refere-se às características estruturais das relações sociais de uma pessoa (número de relações, idade, frequência, etc.); *suporte social*, é definido como a troca de recursos, bens ou serviços entre os membros de uma rede social; *integração social*, refere-se ao grau em que um indivíduo está inserido num grupo, organização ou comunidade e os resultados das redes sociais e do suporte social, incluindo outras designações como a *implicação social* (o compromisso dentro da rede social) a *participação social* (compromisso em atividades sociais) e outras atividades como o *voluntariado* ou a *produtividade social*. O funcionamento social refere-se, assim, a um conjunto de conceitos não totalmente definidos ou delimitados que têm relação positiva com o envelhecimento bem-sucedido.

De acordo com a mesma autora (Fernández-Ballesteros, 2009a) o funcionamento social está associado a resultados biomédicos e psicológicos do adulto e do idoso como a sobrevivência, a saúde e a funcionalidade, o funcionamento cognitivo e emocional na velhice.

Vários estudos evidenciam as associações positivas entre as relações sociais e a saúde (e.g. Litwin, 2007) e entre as relações sociais e a funcionalidade nas atividades

básicas da vida diária (e.g., Mendes de Leon, Glass & Berkman, 2003; Litwin & Stoechel, 2013).

Relativamente à influência do funcionamento social na saúde dos indivíduos, Housman e Dorman (2005) apresentam uma revisão de um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos por vários investigadores, designado por "Alameda County Study" que pretendeu avaliar o efeito dos hábitos de saúde e de aspetos das relações sociais na saúde física e mental dos indivíduos. Iniciado em 1965 foram realizadas avaliações sucessivas em 1976, 1985, 1988, 1994 e 1999. Numa amostra inicial de 6928 sujeitos (3158 homens e 3770 mulheres), cada participante respondeu a questionários sobre a sua situação conjugal e satisfação com a vida, parentalidade, atividade física, emprego, história de infância e dados sociodemográficos. Adicionalmente era pedido que os sujeitos relatassem níveis de incapacidade "sem queixa" "sintomatológica", "condições crónicas", "incapacidade-leve", "incapacidade-severa" e peso. Os resultados demonstraram que os autorrelatos de incapacidade eram menores nos homens do que nas mulheres, mas a ocorrência de doenças crónicas era quase igual. A ocorrência de incapacidade e doenças crónicas aumentava com a idade e elevados níveis de força física foram encontrados em grupos mais jovens. Numa comparação geral entre grupos de género, os homens eram mais saudáveis do que as mulheres, e os mais jovens (45 ou menos anos) mais saudáveis do que os mais velhos (45 ou mais anos). Os sujeitos com um rendimento mensal inadequado ou desempregados eram menos saudáveis do que os que tinham um rendimento adequado e estavam empregados. Brancos e negros apresentavam os mesmos níveis de saúde, mas entre Chineses e Japonenses apresentavam diferenças não relacionadas com a idade, o género ou o rendimento. As pessoas com maiores níveis de escolaridade eram mais saudáveis e as pessoas separadas eram menos saudáveis do que as que eram casadas. Os resultados revelaram ainda que os sujeitos com hábitos de vida saudáveis (como a regularidade da alimentação, atividade física, não consumo de álcool e tabaco) eram mais saudáveis relativamente a quem não tinha esses hábitos, havendo um efeito cumulativo daqueles comportamentos na saúde dos indivíduos. Este estudo evidenciou ainda que o estatuto socioeconómico dos sujeitos não estava relacionado com os resultados de saúde.

Relativamente à influência do funcionamento social e a funcionalidade nas ABVD, um estudo de Zunzunegui, Rodriguez-Laso, Pluijm, Nikula, Blumstein, Minicuci e Deeg (2005), investigadores do *CLESA Working Group*, analisou a associação entre a prevalência, incidência e recuperação de atividades básicas da vida diária (ABVD), a incapacidade e as relações (vínculos) sociais numa população de idosos a residir na comunidade na Finlândia, Holanda e Espanha. A amostra na primeira avaliação (linha de base) era constituída por 3648 sujeitos entre os 65 e os 85 anos. A incapacidade em quatro ABVD foi determinada na linha de base e no *follow-up*. A participação social, o número de relações familiares e a presença de amigos foram adicionados para obter um *índice de relações sociais*. Os resultados demonstraram que para todos os países em análise, o índice de relações sociais, ter amigos e a participação social estava negativamente associada com a prevalência na incapacidade nas ABVD. A incidência na incapacidade estava negativamente

relacionada com o número de relações familiares, havendo uma correlação mais forte em Espanha do que nos outros países. A recuperação da incapacidade nas ABVD estava também relacionada com o *índice de relações sociais*. Relativamente ao género, não foram encontradas diferenças significativas nesta associação. Os resultados demonstraram ainda que enquanto as relações sociais tiveram um papel importante na manutenção e recuperação da funcionalidade nas ABVD, as relações familiares aparecem como protetoras da incidência da incapacidade, mais do que a participação social, e este efeito varia de acordo com o país (Zunzunqui *et al.*, 2005).

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009a) uma das questões centrais na Gerontologia Social e que, segundo Ribeiro (1999) constitui uma dimensão fundamental das relações sociais mais estudada no âmbito da saúde é o *suporte social*.

Segundo Ornelas (1994), o suporte social designa o papel das pessoas na resolução de situações de crise ou transição, sendo o "sistema de suporte" constituído pelo núcleo familiar, de amigos, os serviços informais de vizinhança e a ajuda proporcionada por prestadores de serviços comunitários como centros sociais, clubes, associações, entre outros. De acordo com este autor, o sistema de suporte proporciona apoio ao indivíduo na mobilização dos seus recursos psicológicos e pode assumir atividades de resolução de problemas emocionais, partilha de atividades e prestação de ajuda material.

Aquele autor refere-se a John Cassel como o primeiro autor a salientar, nos anos setenta, a importância dos processos psicossociais na etiologia das doenças, em particular o papel moderador do suporte social nas situações de stresse. O mesmo autor correlacionou as condições sociais nas áreas urbanas (degradação habitacional, sobrepopulação e roturas na vizinhança) com elevadas proporções de distúrbios físicos e psicológicos, argumentando que as roturas nas relações sociais significativas, produzidas pelas condições desfavoráveis do meio, podem conduzir a uma maior vulnerabilidade à doença física e psíquica.

Ornelas (1994) apresenta uma distinção entre *atividades* e *funções* do suporte social. Enquanto as atividades se referem às ações das pessoas, como expressar preocupação, demonstrar afetos, partilhar uma atividade, prestar cuidados, aconselhar, socializar; as funções do suporte social referem-se às consequências das atividades de suporte social, bem como às relações em que estas ocorrem, tais como relações íntimas e sentimento de pertença e participação.

Os vários autores classificam ainda o suporte social quanto às *fontes de suporte* em suporte *informal* e suporte *formal*. Segundo Ribeiro (1999) o suporte informal inclui os indivíduos (família, amigos, vizinhos, etc.) e os grupos sociais (clubes, associações, igreja, etc.); e o suporte formal inclui as redes de suporte social que abrangem as organizações sociais (hospitais, escolas, programas governamentais, serviços de saúde) e profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.) organizadas para fornecer assistência às pessoas que dela necessitem.

Quanto às *componentes* do suporte social, Ornelas (1994) e Ribeiro (1999) apontam

para a necessidade de uma abordagem multidimensional do conceito, sendo que aspectos diversos do suporte social têm impacto diferente nos indivíduos ou grupos. Segundo Ribeiro (1999) as dimensões fundamentais do suporte social resumem-se às seguintes: (1) *tamanho da rede social* (isto é, a *dimensão* da rede), que abrange o número de pessoas da rede de suporte social; (2) *existência de relações sociais*, que abrange os vários tipos de relação particulares (por ex. casamento, parentesco, etc.) e relações gerais (que decorrem da pertença a grupos ou associações); (3) *frequência de contactos*, para designar o número de vezes que o indivíduo contacta com os membros da rede social; (4) *necessidade de suporte*, para designar a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo; (5) *tipo e quantidade de suporte social*, que designa o tipo (emocional, material, instrumental, etc.) e a quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas da rede. (6) *congruência*, para referir a medida em que o suporte social disponível corresponde ao que o indivíduo necessita; 7) *utilização*, refere o grau em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita; 8) *dependência*, refere a extensão em que o indivíduo pode confiar na rede de suporte quando necessita; 9) *reciprocidade*, refere o equilíbrio entre o suporte recebido e fornecido; 10) *proximidade*, refere o grau de proximidade sentida em relação aos membros que disponibilizam o suporte social; (11) *satisfação*, que se refere à utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social.

De salientar que estes autores fazem ainda a distinção entre (a) *suporte percebido*, que se refere ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar; e (b) *suporte recebido*, que se refere ao suporte social efetivamente recebido por alguém.

Quanto ao impacto do suporte social, Ribeiro (1999) afirma que a investigação tem demonstrado que aquele varia de acordo com o grupo etário dos indivíduos. Assim, para o grupo etário dos 30-49 anos, o cônjuge exerce uma maior influência no suporte, enquanto a família tem um maior impacto nos jovens e nos idosos.

Uma outra componente do suporte social é a *utilização* de serviços de saúde e serviços sociais e a necessidade sentida desses recursos. Esta componente foi analisada por Rodrigues (2007) através de uma avaliação multidimensional de idosos a viver na comunidade, segundo o modelo *Old Assessment Resources and Services (OARS)*, tendo verificado que na área de recursos sociais foram encontradas diferenças significativas relativamente à utilização e necessidade sentida de serviços em idosos com 65 e mais anos. Especificamente foram encontradas diferenças em relação: (a) à classificação dos recursos sociais, numa escala entre "muito bons" ou "totalmente insatisfatórios", sendo que as mulheres avaliaram mais negativamente (relativamente aos homens) estes recursos, predominantemente nos grupos etários de 65-74 e 75-84; (b) o grupo etário de 75-84 anos avaliou mais negativamente os recursos sociais relativamente ao grupo dos 65-74 e dos 85 > = anos. Em relação à *utilização de serviços*, o mesmo estudo verificou que existem diferenças significativas entre género nos três grupos etários, sendo que no grupo etário dos 65-74 anos se observa que os homens utilizam mais os serviços de preparação de refeições, serviços domésticos, serviços sociais e recreativos e as mulheres utilizam mais os serviços administrativos e serviços de saúde mental. No grupo etário de 75-84

anos observa-se que os homens utilizam mais serviços de preparação de refeições, serviços domésticos e viagens e as mulheres utilizam mais serviços administrativos e de transporte. Para o grupo etário de 85 e mais anos não se verificaram diferenças de género significativas na utilização de serviços.

Relativamente à *necessidade sentida* de serviços existem diferenças significativas entre género nos três grupos etários, sendo que no grupo etário dos 65-74 existe uma maior necessidade sentida pelos homens de serviços de preparação de refeições, serviços domésticos e supervisão contínua e, pelas mulheres, de serviços administrativos e de saúde mental. Tal como acontece para a utilização de serviços, não existem diferenças entre género no grupo etário de 85+ anos na necessidade sentida de serviços.

Relativamente às diferenças de grupo etário na necessidade de serviços sentida, verifica-se que existem diferenças entre o grupo de 65-74 anos, com maior necessidade de utilização de serviços de monitorização, serviços domésticos, serviços administrativos, viagens, dispositivos de apoio a próteses, com maior necessidade sentida no grupo de 75-84 anos; e de preparação de refeições, cuidados pessoais, supervisão contínua, fisioterapia, ajuda económica em geral, serviços de coordenação, informação e apoio, avaliação sistemática multidimensional mais sentida no grupo de 85 e mais anos.

No mesmo estudo, Rodrigues (2007) para os grupos de género no total da amostra, observam-se diferenças significativas, com os homens a sentir maior necessidade de serviços de preparação de refeições e serviços domésticos; e as mulheres com maior necessidade sentida de serviços de cuidados pessoais, serviços administrativos e serviços de saúde mental.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009a), a associação entre funcionamento social, a saúde e a funcionalidade nos idosos requer dois pressupostos teóricos: (1) o suporte social favorece diretamente a saúde, promovendo o cuidado de saúde independentemente das situações de stresse; e (2) as relações sociais protegem dos efeitos patogénicos dos acontecimentos stressantes, ou seja, funcionam como um filtro das situações de stresse. Para a autora esta associação em pessoas idosas assume uma forma específica, havendo um consenso relativamente ao facto de a forte associação entre altos níveis de interação social e saúde (sobrevivência e morbilidade) se dever a que as pessoas idosas mais saudáveis têm mais relações sociais. Por outro lado, o suporte social atua diretamente sobre a saúde, na medida em que os contactos sociais proporcionam vários tipos de suporte (emocional, instrumental, aconselhamento sobre contactos, serviços de saúde, etc.), sendo que quanto mais relações sociais, mais e melhores cuidados médicos e sociais que o indivíduo obtém.

Alguns estudos demonstram a associação entre o suporte social e a saúde (por ex., Bath & Gardiner, 2005) e entre o suporte social e a funcionalidade nas ABVD (por ex., Amaral, Guerra, Nascimento & Maciel, 2013). Relativamente à influência do funcionamento social nas atividades instrumentais na vida diária (AIVD) existe ainda uma carência de resultados de investigação que descrevam a associação entre os dois aspetos do funcionamento nos idosos.

De acordo com a mesma autora (Fernández-Ballesteros, 2009a) as relações sociais são também um importante fator de influência no funcionamento cognitivo nos adultos e nos idosos, estando bem estabelecido que a desvinculação social do indivíduo constitui um fator de risco do declínio cognitivo e de demência. Vários estudos empíricos têm demonstrado a associação entre o funcionamento social (relações e redes sociais) e o funcionamento cognitivo em várias capacidades cognitivas, no declínio cognitivo e na demência.

Um estudo de Giles, Anstey, Walker e Luszcz (2012) investigou se as redes sociais estavam associadas a um melhor desempenho cognitivo ao nível da memória, procurando determinar em que medida diferentes tipos de redes sociais tinham relação com a memória e se as alterações na memória ao longo do tempo estavam associadas ao tipo de rede social. Os resultados demonstraram que os participantes da zona com maiores redes sociais e amigos evidenciavam melhor memória do que os residentes numa zona média em termos de redes sociais e amigos, que por sua vez apresentavam melhores resultados do que os residentes da zona com menos redes sociais ou de amigos. Um estudo de Ejechi (2013) analisou a associação entre fatores sociodemográficos (idade, género, nível educacional, rendimento, contrato de emprego, área residencial e rede social) e o funcionamento em seis funções cognitivas e num teste de memória, em idosos na terceira idade, numa amostra de 640 idosos nigerianos entre os 65 e os 75 anos, os dados foram recolhidos através de questionários com escalas que mediam as redes sociais (crianças, família alargada, amigos, vizinhos e participação em atividades sociais) e medidas de seis funções cognitivas e memória. Os resultados indicaram que uma elevada rede social, bom nível educacional, salário favorável e ambiente seguro e livre de ruído estavam associados a um melhor funcionamento cognitivo.

Um estudo de Brown, Gibbons, Kennison, Robitaille, Lindwall, Mitchell, Shirk, Atri, Cimino, Benitez, MacDonald, Zelinski, Willis, Schaie, Johansson, Dixon, Mungas, Hofer e Piccinin (2012) examinou a relação entre a atividade social, a mudança na atividade social e quatro domínios do funcionamento cognitivo (raciocínio, memória, fluência e conhecimento verbal em idosos de quatro amostras diferentes do *Integrative Analysis of Longitudinal Studies on Aging (IALSA)* nos Estados Unidos. O mesmo modelo conceitual foi testado com os dados de quatro estudos longitudinais em diferentes culturas. Foram administradas escalas de medidas das funções cognitivas e medidas da atividade social (e.g. uma versão modificada da *Life Complexity Scale*, originalmente utilizada no Estudo Longitudinal de Seattle). Os resultados relativamente à interação entre atividade social e o funcionamento cognitivo demonstraram que níveis mais elevados de atividade social na "linha de base", para os indivíduos na meia idade e com nível educacional médio estava associado a scores mais elevados no raciocínio cognitivo. O resultado mais significativo demonstrou que os indivíduos com maiores níveis de atividade social na primeira avaliação apresentam níveis mais elevados de memória. A atividade social elevada estava também associada com níveis elevados de fluência e com o conhecimento semântico, mas negativamente relacionada com o vocabulário. No total, apenas numa das quatro amostras



se verificou uma associação positiva em todas as funções cognitivas e níveis de atividade social na primeira avaliação.

No mesmo estudo, relativamente à associação entre idade na primeira avaliação e a atividade social, esta foi significativa e positiva apenas para o raciocínio e conhecimento semântico, indicando um efeito mais forte da atividade social para os participantes mais velhos do que para os mais novos. A interação da idade com a atividade social não foi significativa em nenhuma outra medida cognitiva.

Quanto ao declínio cognitivo, foi observado ao longo do tempo em todas as funções cognitivas nos quatro estudos. Uma interação significativa entre a idade e o tempo indicou que para cada amostra, os sujeitos mais velhos na primeira linha tiveram um declínio cognitivo significativo mais rápido dos que os mais jovens em todas as funções cognitivas, exceto na memória imediata. Neste caso, as mulheres mostraram menor declínio do que os homens apenas numa das amostras e para a fluência e conhecimento semântico.

Por último, no mesmo estudo, quanto às mudanças com a idade, a atividade social mais elevada na primeira avaliação esteve relacionada negativamente com o conhecimento verbal, sendo que não houve associações significativas para quaisquer outras funções cognitivas. Na associação entre as mudanças na atividade social dos idosos ao longo do tempo, foram encontradas relações significativas. O aumento das atividades sociais ao longo do tempo nos idosos estava associado a um melhor desempenho na fluência (em três dos quatro estudos), no raciocínio e na memória. Num dos estudos o aumento das atividades sociais dos idosos desde a primeira avaliação esteve relacionada com a melhoria no desempenho em todas as funções cognitivas medidas.

Um estudo de Thomas (2011) sobre diferenças de género nas relações sociais e no funcionamento/declínio cognitivo, encontrou diferenças significativas de género na associação entre relacionamento social, funcionamento cognitivo, declínio cognitivo e demência, numa amostra de adultos com 60 e mais anos (n=1642) nos Estados Unidos. Avaliados em três momentos (1986, 1989, 1994), os resultados demonstraram que, ao longo do tempo, nas mulheres, existe um maior envolvimento social e um maior declínio físico e cognitivo. Os homens demonstram um melhor funcionamento físico e cognitivo ao longo do tempo e um menor envolvimento social.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009a) ainda que os dados empíricos da investigação demonstrem uma associação entre as interações sociais e o funcionamento cognitivo existem alguns aspetos metodológicos e conceituais desta relação que não estão bem clarificados, nomeadamente o facto de a mesma se poder dar pela ordem inversa, isto é o funcionamento e declínio cognitivo poderiam ser a causa e não a consequência do tipo de interação social, podendo esta situação ocorrer nomeadamente em alguns tipos de demência.

Um estudo longitudinal de Green, Rebok e Lyketsos (2008) procurou determinar se o envolvimento frequente em redes sociais mais amplas e que proporcionassem maior suporte emocional eram protetores do declínio cognitivo e funcional, numa amostra de 874 participantes residentes numa comunidade em Baltimore (Estados Unidos) em

momentos separados por 10,9 anos. Os participantes foram avaliados nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) através do *Escala de AIVD* de Lawton-Brody e no funcionamento cognitivo através do MMSE (*Mini-Mental State Examination*) e ainda numa tarefa de evocação. As características da rede social foram analisadas através da dimensão, frequência de contactos e suporte emocional. De acordo com as análises transversais, os resultados demonstraram que redes sociais com maior dimensão estavam associadas a valores mais elevados nos testes cognitivos e na tarefa de evocação. Por outro lado, um maior suporte emocional estava associado a um melhor funcionamento cognitivo. Em contraste, as características da rede social não estava associadas com alterações no funcionamento cognitivo, exceto em duas situações: a maior frequência de contactos e um maior suporte emocional foi associado a um melhor desempenho na evocação e no funcionamento nas AIVD. Deste estudo, os autores concluíram que não existe evidência de uma associação longitudinal entre a rede social e cognição ou a funcionalidade nas AIVD, apesar de existirem associações em análise transversais. Estes resultados sugerem pois a emergência do isolamento social no declínio funcional e cognitivo, mais do que um efeito protetor das redes sociais.

Como se pode observar, são várias as evidências empíricas que suportam a associação entre o funcionamento social, a saúde, a funcionalidade e o funcionamento cognitivo em adultos idosos. Contudo, os resultados da investigação são ainda escassos no que concerne à relação entre a funcionalidade nas *atividades instrumentais* na vida diária (AIVD) e a utilização e necessidade sentida de recursos externos de suporte na comunidade. Em relação à utilização e necessidade sentida de recursos externos de suporte, a mesma prende-se com a organização ao nível do sistema de recursos ecológicos, disponibilizado numa comunidade, recursos estes que vão ser utilizados pelos indivíduos no seu contexto de vida, tendo em vista a satisfação das suas necessidades psicossociais. Iremos analisar este tema no ponto seguinte.

### 3. Recursos Ecológicos e Envelhecer no Lugar

Ao nível contextual ecológico, iremos abordar os modelos da Gerontologia Ambiental que têm contribuído para a concetualização e investigação do envelhecimento bem-sucedido, no que se refere aos recursos ecológicos do macro, meso e microssistema e às relações entre eles, que ocorrem no contexto em que a pessoa idosa se encontra inserida, evidenciando os contributos da Gerontologia ambiental.

Uma das questões mais relevantes no estudo do envelhecimento tem que ver com as condições do contexto *ecológico* em que o envelhecimento ocorre. Fernández- Ballesteros e Rodríguez (2009) exploram a questão de *Qual o ambiente ideal para a velhice?*, remetendo para a importância do *contexto* e das condições ambientais favoráveis ao envelhecimento bem-sucedido.

Nesta secção iremos abordar a questão do contexto e dos recursos ecológicos externos que fazem parte do processo de envelhecimento e que influenciam o funcionamento individual do idoso, quer ao nível da funcionalidade, quer do funcionamento cognitivo na vida diária.

#### 3.1 Contributos da Gerontologia Ambiental

Como abordado nas secções anteriores, as definições teóricas, implícitas e empíricas de envelhecimento bem-sucedido têm por base a conceção do desenvolvimento humano e do envelhecimento como processos que ocorrem na interação bidirecional entre o indivíduo e o contexto em que está inserido, numa dinâmica multidimensional, multidirecional, multicausal, constituída por dimensões biopsicossociais. Assim, o envelhecimento é um processo simultaneamente individual e que ocorre num *contexto*.

De acordo com Wahl e Oswald (2010) a definição de contexto, depende de cada abordagem disciplinar, tendo as várias ciências como a biogerontologia, as ciências sociais e do comportamento contribuído para a sua concetualização. As ciências sociais e do comportamento focaram a sua atenção no papel dos acontecimentos históricos, culturais e sociais no processo de envelhecimento, enquanto os modelos psicológicos do ciclo de vida enfatizaram os micro contextos onde o desenvolvimento e o envelhecimento ocorrem, tendo em vista a adaptação e o ajustamento entre o indivíduo e o meio. A Gerontologia Social, por sua vez, reconheceu o papel do ambiente físico no funcionamento dos mais velhos, nomeadamente ao nível das condições de habitação em que o idoso vive. Por sua vez, a Gerontologia Ambiental, ou Ecologia do Envelhecimento, como área interdisciplinar que envolve disciplinas como a psicologia, a sociologia, a arquitetura, a geografia social, a terapia ocupacional e o planeamento urbano, procura compreender o processo de interação pessoa-contexto no envelhecimento.

Como afirmam Fernández-Ballesteros e Rodriguez (2009) a investigação no estudo das relações entre o envelhecimento e o ambiente assume duas preocupações básicas:

(a) primeiro, explicar a relação entre variáveis antecedentes de caráter comportamental (pessoais e sociais) e de caráter ambiental (fatores ou condições ambientais) e os resultados em termos de bem-estar psicológico, ao nível de satisfação e qualidade pessoal; (b) segundo, determinar empiricamente que tipo de variáveis têm mais importância na predição de bem-estar psicológico e da qualidade de vida no envelhecimento (as variáveis que descrevem a situação pessoal ou variáveis que descrevem as características ambientais).

Fernández-Ballesteros e Rodriguez (2009) e Paúl (2005b) referem-se a quatro modelos distintos de explicação da relação pessoa-ambiente, importantes para a compreensão desta relação no envelhecimento: o modelo *de congruência* de Carp, o *modelo ecológico de competência* de Lawton, o *modelo ecológico social* de Moos e o *modelo ecológico-comportamental* de Fernández-Ballesteros.

De acordo com aqueles autores, o *modelo de congruência* de Carp (1987) fundamentou-se na ideia, comprovada empiricamente, de que a congruência entre as variáveis antecedentes pessoais e as características ambientais das residências para idosos explicaria o nível de adaptação posterior das pessoas alojadas nessas residências. De acordo com o modelo, a existência de congruência entre variáveis pessoais e variáveis ambientais prediz um nível ótimo de adaptação, enquanto a incongruência tornaria mais difícil a adaptação. Este modelo define ainda dois aspetos básicos da congruência: (1) a congruência como similaridade entre as necessidades pessoais e as condições ambientais que facilitam ou inibem a satisfação das mesmas; e (2) a congruência como complementaridade entre o nível de competência pessoal e os recursos ou barreiras que um determinado contexto apresenta. Este modelo considera ainda o papel de um conjunto de variáveis mediadoras que descrevem as características específicas de cada pessoa (estatuto socioeconómico, sentimento de competência, estilos de  *coping*, acontecimentos de vida recentes, apoios sociais, variáveis de saúde, entre outros). A premissa básica é de que a congruência (de similaridade e complementaridade) predizem o bem-estar e a satisfação.

O *modelo ecológico da competência*, desenvolvido por Lawton (1986) postula que a relação pessoa-ambiente é o resultado da relação entre o nível de competência pessoal e o nível de exigência (ou pressão) do ambiente. Assim, a competência é definida pelo limite da capacidade de uma pessoa em função das suas condições de saúde, capacidades sensoriais, desempenho motor e capacidades cognitivas. A exigência ambiental é determinada tanto pelas características do ambiente físico, reais e percebidas. A ideia central de Lawton é a de que um nível ótimo de bem-estar se situa à volta de um ponto médio de estimulação externa. Por sua vez, um nível ótimo de competência situa-se à volta de um ponto médio de exigência ou pressão ambiental. À volta deste ponto médio podem predizer-se duas áreas: a área do máximo conforto e a área de máximo potencial

de desempenho. Segundo o modelo, as duas premissas básicas são: (1) Existem duas situações igualmente negativas para a pessoa, aquela em que o nível de exigência ambiental é baixo ou muito baixo e aquela em que o nível de exigência é alto ou muito alto; (2) Quanto menor é o nível de competência, mais força determinante e influência no bem-estar individual têm os fatores ambientais.

O *modelo ecológico social* de Moos (1976) e Moos e Lemke (1984) foi igualmente desenvolvido tendo em vista a explicação das relações entre a pessoa e o ambiente em diferentes cenários. Da investigação que realizaram sobre 93 recursos de apoio a pessoas idosas (estruturas residenciais, assistência especializada, entre outros) foram analisados quatro grandes domínios dos recursos de cuidados e apoio a pessoas idosas: riscos físicos-arquitetónicos, características da gestão de programas, características dos residentes e do pessoal e características do clima social. Os resultados mostraram que a percepção de bem-estar e satisfação dependem tanto de dimensões relacionadas com as características do ambiente (físico e organizacional), como com as características da população residente ou usuária (por exemplo, recursos sociais disponíveis). A explicação para esta influência assenta no facto de, as variáveis pessoais e ambientais serem consideradas como uma estrutura sistémica (sistema ambiental e sistema pessoal) que se relacionam entre si e influenciam as condições de saúde e bem-estar, tendo em conta dois tipos de processos mediadores: por um lado, os acontecimentos de vida stressantes e os recursos de apoio social de que as pessoas dispõem, e, por outro lado, a avaliação cognitiva que as pessoas fazem em relação às estratégias de *coping* que possuem.

Por fim, o *modelo ecológico comportamental* de Fernández-Ballesteros (1983), tenta incorporar outras variáveis pessoais e ambientais relevantes para o estudo da relação pessoa-ambiente, neste caso em residências para idosos. Este modelo incorpora uma referência temporal na sua dupla aceção - o tempo histórico e social, e o tempo pessoal, sucessos sociais e pessoais que afetam e redefinem o contexto e as condições pessoais. Por outro lado, o modelo faz sobressair a existência de uma conexão direta entre condições de saúde e níveis de desempenho comportamental, conexão esta que influencia e é afetada por variáveis contextuais, pessoais e de interação entre ambas. O modelo ecológico comportamental de Fernández-Ballesteros atribui uma importância acentuada ao papel das condições ambientais e sua interação com variáveis pessoais, considerando estas últimas repertórios de comportamento aprendidos ao longo do desenvolvimento do ciclo de vida.

De acordo com Wahl e Iwarsson (2007), à medida que as pessoas envelhecem o ambiente torna-se cada vez mais importante. Esta constatação assenta no facto de que, com a idade, os adultos em idade avançada passam o seu *tempo diário* e o seu *espaço de ação* maioritariamente no ambiente *de casa, familiar*, ou envolvente à casa, sendo este considerado o contexto *natural* sobretudo para os idosos mais velhos, que, devido às limitações inerentes à idade, passam ainda mais tempo neste contexto. Por outro lado o facto de as pessoas mais velhas viverem *há muito tempo no mesmo lugar* (ou na *mesma casa*) faz com que criem com este uma ligação cognitiva e afetiva significativa. Para além

disso, as pessoas mais velhas atingem um limite na competência na vida diária que é fortemente pressionado e constrangido pelo meio físico, já que este nem sempre se encontra adaptado às suas necessidades. Particularmente nos idosos mais velhos, mais propensos à vulnerabilidade física e cognitiva, existe uma maior necessidade de serviços de apoio social e de saúde, são idosos que vivem mais sozinhos, têm rendimentos mais baixos, estão socialmente mais isolados, vivem em casas com necessidade de reparação e com vizinhanças eventualmente com estas mesmas características. A perda na competência física em particular constitui um fator para declínio da mobilidade no exterior dos idosos, sendo este um dos recursos mais importantes para a sua qualidade de vida.

Wahl e Iwarsson (2007) referem que a interação entre o contexto físico e o funcionamento individual, tem um maior impacto nos idosos mais velhos, que estão em maior risco de desenvolver doenças crónicas e incapacidade, com maior impacto na sua vida diária. As perdas de competência com a idade, nomeadamente, constituem uma das principais razões para a decisão de deslocalização e institucionalização de pessoas idosas em residências protegidas.

Na Europa, de acordo com Wahl e Iwarsson (2007) as tendências de investigação sobre a dinâmica pessoa-contexto no envelhecimento vão no sentido de descrever, explicar e otimizar: (1) as condições do *lugar* (objetivas e subjetivas), quer seja ao nível da casa onde o idoso vive, quer ao nível das estruturas habitacionais alternativas para os idosos; (2) as condições do *ambiente exterior*, que se refere a aspetos como características da vizinhança, os espaços públicos, as acessibilidades físicas e a mobilidade no exterior; e (3) explicação e modificação dos comportamentos de mobilidade no exterior.

Em termos de *nível de análise*, os estudos de investigação têm optado por análises dos contextos *micro, meso e macro*, conduzidos em contextos urbanos e rurais.

De acordo com Wahl e Oswald (2010) o recurso a investigação empírica sobre análise de áreas como o funcionamento cognitivo, a personalidade, as relações sociais ou a saúde mental é ainda escasso quando se trata de compreender a interação entre os idosos e o seu contexto físico-social.

De acordo com os autores Wahl e Iwarsson (2007), independente dos níveis de dependência ou fragilidade, as pessoas mais velhas continuam a preferir viver em casa ou "no lugar", ideia que foi designada por alguns como "aging in place". Para Carro (2013), "aging in place" ("viver no lugar") refere-se ao facto de uma pessoa mais velha, independentemente do seu grau de dependência ou fragilidade, manter-se a viver num contexto privado em alternativa à institucionalização. A autora defende que o "aging in place" é um processo multidimensional e que envolve sempre a interação de dois tipos de participantes: os indivíduos e a comunidade em que está inserido.

À questão "*Qual o melhor ambiente para envelhecer?*" de Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2009) os autores respondem desafiando a noção de que o melhor ambiente para a velhice é o ambiente familiar, fazendo sobressair a ideia de que uma velhice saudável e bem-sucedida requer uma disponibilidade eficiente de recursos ambientais. Como referem os autores, o envelhecimento bem-sucedido depende do lugar onde se vive

e da estimulação físicossocial da pessoa idosa. Neste sentido, como refere Lawton (1999), o comportamento e o funcionamento psicológico do idoso é melhor compreendido se conhecermos as características do ambiente em que aquele se encontra.

De acordo com Wahl e Oswald (2010) para explicar a interação entre pessoa-contexto existem duas linhas de modelos: (1) Os modelos clássicos pessoa-contexto, que tiveram o seu auge nos anos 80 e nos quais se destacam, o modelo da Pressão-Competência-de Lawton e Nahemow, o modelo da Congruência Pessoa-Ambiente de Kahana e o modelo de Complementaridade-Competência de Carp; (2) O modelo baseado na *teoria da ação pessoa-contexto* proposto por Wahl (2001) segundo o qual a interação pessoa-contexto é caracterizada por processos de agência individual que enfatizam as cognições, comportamentos e práticas sociais dirigidas a uma gama completa de objetivos do envelhecimento. De acordo com o modelo da teoria da ação pessoa-contexto, os processos de agência lidam com o exercício das cognições especificamente relacionadas com as condições físico-sociais do meio, tal como o controlo percebido desse contexto. Ao nível comportamental, considera o interface entre ser subjugado pelas exigências físicas do ambiente versus utilizar os espaços de uma forma ativa, compensatória, adaptativa e criativa dos lugares (proatividade). Os processos de agência são particularmente importantes em idades mais avançadas dos idosos, devido ao aumento da incapacidade funcional e flexibilidade comportamental. Segundo os mesmos autores, os processos de agência p-c estão associados ao mais importante objetivo em idade avançada: manter-se independente pelo maior período de tempo, bem como manter a integridade em termos de identidade pessoal. Por sua vez, a autonomia e a identidade do idoso estão globalmente relacionados com o bem-estar.

### **3.2. Contributos do Contextualismo Desenvolvimental**

Também a Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida se tem debruçado sobre a influência dos contextos no desenvolvimento e no envelhecimento ao longo do ciclo de vida, considerando a importância da avaliação dos recursos ecológicos. Um dos principais contributos desta abordagem foi dado por Lerner (2002) que ao considerar o desenvolvimento como um processo bidirecional pessoa-contexto, postulou que, tal como no indivíduo, coexistem vários níveis de organização que influenciam o seu desenvolvimento - genético, biológico, psicológico e motivacional, existem também diferentes níveis de organização na "ecologia social" que contribuem para o desenvolvimento humano, nomeadamente a família, escola, trabalho, instituições e as políticas sociais.

Na tentativa de concetualização dos vários níveis de organização da "ecologia social" Theokas e Lerner (2006) propõem um modelo para medir e caracterizar os recursos ecológicos externos de uma comunidade, designados por "recursos ecológicos", que pode ser simultaneamente aplicada a vários níveis contextuais (*micro, mesmo e macro*)

permitindo analisar os efeitos combinados da ecologia no desenvolvimento, positivo e negativo, dos indivíduos.

O modelo dos recursos ecológicos de Theokas e Lerner (2006) assenta na classificação dos recursos por níveis, da seguinte forma: (1) *Recursos Humanos*: são recursos do indivíduo no seu contexto e inclui as capacidades, aptidões e potencialidades que as pessoas possuem ou que são formalmente impostas pelos contextos em que se encontram. Os indivíduos podem modelar comportamentos, normas e expectativas convencionais. As características, comportamentos e ações de uma população traduzem as normas socialmente impostas e recursos existentes numa dada população. (2) *Recursos Físicos e Institucionais*: referem-se aos aspetos físicos e institucionais de um determinado local que constituem oportunidades de aprendizagem, recreação e envolvimento com os outros e com o mundo físico à sua volta, fornecendo rotina e estrutura à experiência dos indivíduos nesse contexto, sendo que a presença destes recursos regula as experiências e as oportunidades dos indivíduos. O modelo assume ainda que a proximidade aos recursos aumenta a tomada de consciência, a oportunidade e a probabilidade de envolvimento com esse contexto e isso acontece ao nível da família, escola e vizinhança/comunidade. (3) *Atividade Coletiva*: refere-se às atividades de participação, envolvimento e compromisso entre os membros de uma comunidade e as instituições. Estas organizações, grupos ou atividades mútuas representam as ações e esforços combinados entre diferentes grupos de uma comunidade. Podem ser grupos de suporte ou aconselhamento, associações cívicas e políticas, ou simplesmente grupos de partilha. De acordo com os autores, investigar estas dinâmicas fornece uma compreensão das conexões sociais entre os membros de uma comunidade, permitindo determinar quais as características destes que favorecem um desenvolvimento positivo. (4) *Acessibilidades*, tal como na atividade coletiva, esta dimensão dos recursos tenta capturar a dinâmica entre os indivíduos e o contexto. Assim, esta categoria documenta a capacidade dos indivíduos fazerem parte dos recursos humanos e das oportunidades de recursos no contexto. A acessibilidade pode ser concetualizada e operacionalizada em três vias: primeiro, refere-se à capacidade dos transportes (rede), ao período de funcionamento dos serviços locais, infraestruturas ou instituições culturais numa comunidade. É um nível físico de acesso. Em segundo, a acessibilidade refere-se ao potencial de interação entre jovens e adultos num determinado contexto. Por exemplo, qual o rácio entre adultos e crianças numa determinada comunidade ou há quanto tempo uma família vive na mesma comunidade de modo a que adultos e crianças se possam conhecer uns aos outros. Neste caso a acessibilidade refere-se à facilidade de acesso aos recursos humanos. Por fim, a acessibilidade é concebida em termos da segurança do ambiente físico, na medida em este deve ser seguro, livre de perigo, deve promover o cuidado e a manutenção da ecologia (e.g., assegurar um sistema de regras na família ou o policiamento na comunidade).

Inicialmente proposto numa investigação realizada com jovens, Theokas e Lerner (2006) para determinar as características dos contextos sociais que contribuem para o desenvolvimento positivo (comportamentos) dos jovens, a investigação comprovou a



viabilidade do modelo dos recursos ecológicos, demonstrando que existe maior probabilidade de os jovens serem bem-sucedidos quando as suas necessidades obtêm respostas nos recursos e contextos de vida e quando existe uma sinergia entre esses recursos e os contextos. Neste estudo, os resultados evidenciaram que os recursos dos diferentes contextos (família, escola e vizinhança) tiveram um impacto no desenvolvimento comportamental dos jovens, estabelecendo uma base empírica sobre o impacto dos recursos familiares, educacionais e comunitários no desenvolvimento individual na fase de desenvolvimento na adolescência.

Face à revisão da literatura apresentada, e no sentido de concretizar o objetivo estabelecido, apresenta-se no próximo capítulo o planeamento do estudo empírico (Capítulo II).



## **CAPÍTULO II – MÉTODO**

---



Neste capítulo apresentamos a metodologia de investigação utilizada no âmbito dos objetivos de investigação que nos propusemos alcançar com o estudo. Trata-se de um estudo que se enquadra no paradigma positivista de investigação, adotando uma abordagem quantitativa (Sampieri, Collado e Lucio, 2006).

## **1. Plano de Investigação e Participantes**

Para concretização dos objetivos do estudo, foram selecionadas seis freguesias do Concelho de Viana do Castelo cujo território é classificado como mediamente urbano de acordo com a classificação de áreas urbanas do INE (2009). De acordo com esta fonte as áreas urbanas são classificadas segundo a seguinte tipologia:

(a) *Área Predominantemente Urbana*. Refere-se à freguesia que contempla, pelo menos, um dos seguintes requisitos: (1) o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano, sendo que o peso da área em espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia; (2) a freguesia integra a sede da Câmara Municipal e tem uma população residente superior a 5000 habitantes; (3) a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 5000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%.

(b) *Área Mediamente Urbana*. A freguesia contempla pelo menos um dos seguintes requisitos: (1) o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural ultrapassa 50% da área total da freguesia; (2) O maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano em conjunto com espaço semiurbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia; (3) a freguesia integra a sede da Câmara Municipal e tem uma população residente igual ou inferior a 5000 habitantes; (4) a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 2000 habitantes e inferior a 5000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%.

(c) *Área Predominantemente Rural*. Refere-se às áreas que não cumprem os critérios definidos para as "áreas predominantemente urbanas" e para as "áreas mediamente urbanas".

Assim, as freguesias de Alvarães, Vila Nova de Anha, Barroselas, Chafé, Lanheses e Santa Marta de Portuzelo selecionadas, satisfazem um dos critérios de classificação de área *mediamente urbana*, ou seja o critério (2) "o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano em conjunto com espaço semiurbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia"(INE, 2009).

Quanto à seleção dos participantes, face à natureza do estudo, estimou-se obter 3% da população com 65 e mais anos das freguesias selecionadas (consultar Tabela 1), respeitando a distribuição por pequenos grupos etários e por grupos de género, de acordo com os Censos 2001 (INE, 2002).

Relativamente à dimensão da amostra, estabeleceu-se inquirir 3% da população a residir nas seis freguesias do município de Viana do Castelo, dos quais 16 na freguesia de Alvarães, 17 na freguesia de Vila Nova de Anha, 21 na freguesia de Barroselas, 14 na freguesia de Lanheses, 19 na freguesia de Santa Marta de Portuzelo e 13 na freguesia de Lanheses. (Consultar Tabela 1). A amostra (N=100) ultrapassa os 3% da população idosa residente nas seis freguesias do núcleo intermédio, dado que, segundo recomendações para estudos de base comunitária devem ser incluídas todas as faixas etárias, não omitindo os casos em que os 3% têm representatividade zero. Refere-se o termo "núcleo intermédio" para distinguir as freguesias do núcleo urbano, estudo realizado por Bastos e colaboradores (2015) das freguesias/aldeias isoladas em zonas de montanha (ex., Rodrigues, 2012).

As freguesias selecionadas para este estudo foram consideradas pelo responsável do município que é parceiro neste projeto, como sendo as mais representativas desta categoria.

**Tabela 1. População com 65 ou mais anos residente nas freguesias selecionadas e cálculo amostral de 3%**

Zona Geográfica Grupo Etário	Total			H			M		
	POP	3%	Amostra	POP	3%	Amostra	POP	3%	Amostra
<b>Alvarães</b>									
De 65 a 69 anos	147	4	4	70	2	2	77	2	2
De 70 a 74 anos	114	3	3	44	1	1	70	2	2
De 75 a 79 anos	89	3	3	35	1	1	54	2	2
De 80 a 84 anos	39	1	2	14	0	1	25	1	1
De 85 a 89 anos	23	1	2	8	0	1	15	0	1
De 90 ou mais anos	6	0	2	1	0	1	5	0	1
	<b>418</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>172</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>246</b>	<b>7</b>	<b>9</b>
<b>Anha</b>									
De 65 a 69 anos	147	4	4	67	2	2	80	2	2
De 70 a 74 anos	126	4	4	54	2	2	72	2	2
De 75 a 79 anos	91	3	3	34	1	1	57	2	2
De 80 a 84 anos	61	2	2	19	1	1	42	1	1
De 85 a 89 anos	33	1	2	10	0	1	23	1	1
De 90 ou mais anos	15	0	2	3	0	1	12	0	1
	<b>473</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>187</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>286</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
<b>Barroselas</b>									
De 65 a 69 anos	187	6	6	91	3	3	96	3	3
De 70 a 74 anos	156	5	5	65	2	2	91	3	3
De 75 a 79 anos	110	3	3	45	1	1	65	2	2
De 80 a 84 anos	81	2	3	30	1	1	51	2	2
De 85 a 89 anos	38	1	2	11	0	1	27	1	1
De 90 ou mais anos	11	0	2	3	0	1	8	0	1
	<b>583</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>245</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>338</b>	<b>10</b>	<b>12</b>
<b>Lanheses</b>									
De 65 a 69 anos	129	4	4	62	2	2	67	2	2
De 70 a 74 anos	82	2	2	35	1	1	47	1	1
De 75 a 79 anos	72	2	2	26	1	1	46	1	1
De 80 a 84 anos	44	1	2	16	0	1	28	1	1
De 85 a 89 anos	25	1	2	5	0	1	20	1	1
De 90 ou mais anos	12	0	2	3	0	1	9	0	1
	<b>364</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>147</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>217</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Portuzelo</b>									
De 65 a 69 anos	201	6	5	85	3	3	116	3	2
De 70 a 74 anos	191	6	5	87	3	3	104	3	2
De 75 a 79 anos	118	4	3	49	1	1	69	2	2
De 80 a 84 anos	71	2	2	28	1	1	43	1	1
De 85 a 89 anos	31	1	2	8	0	1	23	1	1
De 90 ou mais anos	21	1	2	7	0	1	14	0	1
	<b>633</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>264</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>369</b>	<b>11</b>	<b>9</b>
<b>Chafé</b>									
De 65 a 69 anos	104	3	3	56	2	2	48	1	1
De 70 a 74 anos	89	3	3	34	1	1	55	2	2
De 75 a 79 anos	54	2	2	23	1	1	31	1	1
De 80 a 84 anos	58	2	2	15	0	1	43	1	1
De 85 a 89 anos	30	1	2	13	0	1	17	1	1
De 90 ou mais anos	7	0	1	1	0	0	6	0	1
	<b>342</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>142</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>200</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Total</b>			<b>100</b>			<b>47</b>			<b>53</b>

## 2. Instrumentos de Recolha de Dados

Para recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação que integram o *Protocolo de Avaliação Gerontológica Multidimensional (ANCEP\_GeroSOC; Bastos, Moreira, Faria, & Melo de Carvalho, 2013): Ficha de Avaliação Sociodemográfica; Escala de Funcionalidade nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD; Lawton e Brody; 1969; versão portuguesa de Sequeira, 2007); Avaliação do Estado Mental (Minimal State Examination - MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); e a Subescala de Recursos Sociais e a Parte B - Utilização de Serviços do Questionário de Avaliação de Recursos e Utilização de Serviços em Idosos (OARS, Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa de Rodrigues, 1999); Check-List de Recursos Ecológicos elaborada pela investigadora para o efeito. Descrevem-se sucintamente as características de cada um dos instrumentos utilizados.*

**Ficha de Avaliação Sociodemográfica.** Construída previamente pelas investigadoras, a ficha de caracterização sociodemográfica integra informação acerca das variáveis sociodemográficas, como o género, a idade, o estado civil, o grau de escolaridade, o número e a relação das pessoas com quem vive, a profissão ao longo da vida e a situação profissional atual (na amostra aparecem participantes com 65 ou mais anos que embora tenham atingido a idade de reforma, se mantêm ativos profissionalmente).

**Escala de Avaliação da Funcionalidade nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD, Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa de Sequeira, 2007).** Trata-se de uma medida genérica de avaliação das *atividades instrumentais* da vida diária, dando-nos informação sobre o *índice de dependência* do adulto em idade avançada, permitindo avaliar o grau de dependência em oito atividades, que são pontuadas entre 1 e 5 pontos, sendo que uma maior pontuação corresponde a um maior nível de dependência. O índice total da escala varia entre 8 e 30 pontos, em que até 8 pontos corresponde a um grau de funcionamento *independente* nas AIVD, entre 9 e 20 pontos, a um grau *moderadamente dependente* (necessita de alguma ajuda), e mais de 20 pontos, a grau *severamente dependente* (necessita de muita ajuda). A *Escala de Avaliação da Funcionalidade nas AIVD* pode ser autoadministrada ou preenchida por um terceiro, nas situações em que os idosos não está capaz de o fazer.

Esta escala foi alvo de uma adaptação para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008). A proposta de alteração para uma classificação policotómica dos itens em três níveis demonstrou boas qualidades psicométricas, nomeadamente boa fidelidade, com um alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach de 0,94 e boa capacidade discriminativa dos itens para avaliação de sujeitos em contexto comunitário ( $r=0,86$ ). Quanto à validade convergente ou externa do instrumento, através da correlação com a *Escala de avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD; Mahoney e Barthel,*



1965), foi evidenciada uma correlação positiva e significativa de 0,82 (para  $p < 0.01$ ), entre ambas, o que revela uma boa validade externa, segundo o que o índice de dependência nas AIVD se relaciona de forma direta com o índice de dependência na ABVD.

**Mini-Mental State Examination (MMSE;** Folstein & Mchugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009). Trata-se de uma bateria breve para rastreio global das funções cognitivas, sendo necessárias medidas adicionais para chegar a conclusões definitivas sobre o estado mental da pessoa avaliada (Morgado *et al.*, 2009). O MMSE avalia as funções cognitivas de forma global e apresenta 30 questões em seis domínios cognitivos: (a) *Orientação* (5 itens de orientação temporal e 5 de orientação espacial), (b) *Retenção*, (c) *Atenção e Cálculo*, (d) *Evocação*, (e) *Linguagem* (constituído por 2 itens de *Nomeação* e um de *Repetição*, 3 de *Compreensão Verbal* e 1 de *Compreensão Escrita* e 1 de *Escrita espontânea*), e (f) *Habilidade Construtiva*. Cada item é pontuado com 0 ou 1 valor e a pontuação total varia entre 0 e 30 pontos, correspondendo este último a um melhor desempenho.

O MMSE tendo sido submetido a várias adaptações para a população portuguesa (Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009; Freitas *et al.*, 2015), sendo alvo de análise das suas características psicométricas e valores normativos. Na adaptação de Morgado e colaboradores (2009) utilizada neste trabalho, foi realizado um estudo que demonstrou boas qualidades psicométricas do instrumento, avaliou o efeito da idade e literacia na pontuação do MMSE e deu origem a valores operacionais de corte atualizados. Para tal, foi utilizada uma amostra probabilística de 411 participantes do Projeto *Cognição e Envelhecimento - Dados normativos numa amostra populacional portuguesa de utentes de vários centros de saúde da área Metropolitana de Lisboa*, com os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 50 anos, português como língua materna, desejo e disponibilidade para participar no estudo; e como critérios de exclusão, história de lesão no sistema nervoso central (AVC, epilepsia ou traumatismo crânio-encefálico com perda de consciência), atraso geral do desenvolvimento cognitivo, demência suspeita ou diagnosticada, perturbação psiquiátrica (depressão *major* ou esquizofrenia), doença sistémica grave e não controlada, síndrome de HIV, toxicodependência, incluindo alcoolismo. O processo de amostragem foi probabilístico estratificado por idade e escolaridade de forma a garantir que todas as idades e graus de escolaridade estavam devidamente representados na amostra. Em relação às características psicométricas do MMSE, a *fidelidade* foi analisada pelo método *split-half* no teste e subtestes e pela consistência interna dos itens. O método *split-half* consiste em correlacionar entre si as metades dos subtestes do MMSE. Assim, verificou-se que as metades dos subtestes *Retenção e Atenção e Cálculo* são os que melhor se

correlacionam entre si e as metades dos subtestes *Orientação e Atenção* e *Cálculo* são as que têm melhor correlação com a pontuação total do teste. A correlação entre as metades do MMSE e a pontuação total é forte e a correlação das metades entre si é moderada. A consistência interna do MMSE apresenta um valor moderado, através do *alpha* ( $\alpha$ ) de Cronbach=0,464. Na relação item-total, os subtestes de Evocação ( $\rho = 0,58$ ), Atenção e Cálculo ( $\rho=0,57$ ) e Linguagem ( $\rho=0,56$ ) foram os que melhor se correlacionaram com a pontuação total e o subteste de Retenção ( $\rho=0,13$ ) apresentou uma menor correlação. Através da análise de correlação linear, verificou-se uma importante influência da literacia ( $\beta=0,393$ ,  $t=8,25$ ,  $p < 0,001$ ) e, em menor grau um efeito negativo da idade ( $\beta=0,204$ ,  $t= -4,22$ ,  $p < 0,001$ ) na pontuação final do teste., mas não do género ( $\beta=0,086$ ,  $t=1,79$ ,  $p < 0,074$ ). Efetivamente, a pontuação total apresentou uma correlação moderada com a literacia ( $r=0,488$ ,  $p < 0,001$ ) e fraca com a idade ( $r=0,312$ ,  $p < 0,001$ ). A análise de regressão linear para cada um dos subtestes do MMSE, evidenciou o mesmo efeito significativo da escolaridade e da idade na pontuação de cada um dos subtestes. Assim dado o maior efeito da literacia na pontuação total do MMSE, escolheu-se esta variável para organizar a distribuição da pontuação e estabelecer valores de "corte". Tendo em conta a organização do sistema de ensino português, fez-se uma divisão de acordo com três grupos de literacia - 0-2 anos; 3-6 anos e 7 e mais anos de escolaridade), dando origem aos seguintes valores de corte operacionais: 22 pontos para 0 a 2 anos de escolaridade; 24 pontos para 3 a 6 anos de escolaridade; 27 pontos para 7 ou mais anos de escolaridade e 11 pontos para analfabetos (sem frequência escolar). Trata-se de um instrumento de fácil administração e cotação, ocupando 5 a 10 minutos de resposta o que se revela adequado para utilização com população adulta em idade avançada.

***Subescala de Avaliação de Recursos Sociais do OARS*** (*OARS - Older American Resources and Services Questionnaire*; Fillenbaum & Smyer, 1981; adaptação portuguesa por Rodrigues, 1999). O OARS é um questionário que permite a avaliação multidimensional do idoso em duas vias: (1) a capacidade funcional em cinco áreas: recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e atividades da vida diária; (2) a utilização e necessidade sentida de serviços em situações de limitação/incapacidade e dependência detetadas. A OARS é constituída por 70 questões dirigidas ao inquirido, 10 questões dirigidas a um informante e 14 questões sobre o inquirido respondido pelo entrevistador. O OARS permite dois tipos de pontuação: A pontuação de incapacidade funcional (PIF) e a obtenção de perfis funcionais, mediante a pontuação obtida em cada uma das áreas funcionais avaliadas, que, combinados dão origem a 32 perfis de funcionalidade. Deste modo, o OARS é constituída por duas partes: a Parte A (*OARS - Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*) que constitui a avaliação funcional das cinco áreas de recursos mencionadas em cada área (subescala) é classificada com uma pontuação de 1 a 6, pontuação acumulada de incapacidade, de acordo com um conjunto de seis critérios que vão desde *Totalmente Insatisfatórios* a *Muito Bons*.

A subescala de *Recursos Sociais* do OARS utilizada neste estudo avalia a constituição

e manutenção de uma rede social de suporte (Rodrigues, 2007), através da quantidade e adequação da interação social, bem como da disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade.

Na adaptação portuguesa do OARS por Rodrigues (1999), foram detetadas boas qualidades psicométricas, nomeadamente ao nível da *fiabilidade* (consistência interna e reprodutibilidade) e da *validade* do instrumento. Quanto à consistência interna, refere-se à forma como cada um dos itens se relaciona com todos os outros e é analisada através do *alfa* de Cronbach. A reprodutibilidade do instrumento refere-se à capacidade dos itens medirem a mesma dimensão em momentos diferentes e é efetuada através da correlação de Pearson. Tratando-se de um instrumento multidimensional, o seu estudo foi feito para cada dimensão, sendo que a subescala de *Recursos Sociais* apresentou um alfa de Cronbach de 0,64 (consistência interna dos itens) e uma correlação de Pearson de 0,962 (consistência entre dois momentos de avaliação de um grupo de 30 idosos, com um intervalo de uma semana entre ambos). Quanto à validade refere-se à capacidade que um instrumento de medida possui para medir aquilo que se propõe e é analisada ao nível do contexto da sua utilização prática. A *validade de conteúdo* define se o instrumento é adequado ao domínio em estudo e resulta do consenso entre peritos/juízes que possam selecionar os conteúdos mais significativos para aquele. De acordo com Rodrigues (1999; 2007), a versão portuguesa do OARS foi analisada por três juízes, tendo sido considerada adequada ao nosso contexto social e cultural e com um conjunto de itens pertinente em função da informação que pretende obter. Quanto à validade de construção esta foi sendo aferida desde a construção da versão original, por uma equipa multidisciplinar com recurso à adaptação de escalas já existentes. A *validade de construção* da versão portuguesa foi realizada através da análise fatorial com questões que compõe as diferentes áreas funcionais numa amostra de 426 indivíduos, tendo demonstrado uma relação entre as diferentes dimensões do questionário e as variáveis que lhes estão subjacentes, explorando o acordo entre os fatores hipotéticos definidos previamente e os resultados obtidos dos inquiridos. Assim, a análise fatorial efetuada com os dados disponíveis de dois estudos demonstrou que os resultados obtidos para a versão portuguesa da escala indicam uma estrutura idêntica à versão original. Por último a *validade de critério* pretende demonstrar a relação dos resultados com o novo instrumento, com os obtidos por outros instrumento já conhecido e que serve de padrão. Neste campo, segundo Rodrigues (2007) a versão original Fillenbaum e Smyer (1981) apresenta limitações na área de recursos sociais, o que, no seu entender resulta do facto de não existirem variáveis de critério significativas para a generalidade dos instrumentos utilizados em ciências sociais. Como medida de validade de critério do OARS, foi utilizado um instrumento multidimensional, o SF-36 (MOS SF-36 - *Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey*) que avalia a autoperceção do estado de saúde e da qualidade de vida com demonstrada capacidade de avaliação para idosos. Assim, na análise correlacional entre este instrumento e o OARS, verificou-se que os valores mais elevados na correlação foram nas subescalas de *saúde física*, *atividades da via diária* e *saúde mental*, tendo a subescala de *recursos sociais*

apresentado valores bastante mais baixos relativamente às outras subescalas.

A subescala de Recursos Sociais do OARS é constituída por 11 itens respondidos pelo sujeito, 1 item respondido pela pessoa que acompanha o idoso caso este não seja autónomo para responder, e 2 itens respondidos pelo entrevistador/investigador.

**Check-List de Recursos Ecológicos.** Partindo dos trabalhos de Lerner (2002; Theokas & Lerner, 2006), assim como do *Relatório de Diagnóstico Social de Viana do Castelo (2013)*, elaborou-se uma *Check-List de Recursos Ecológicos* no sentido de identificar os recursos existentes no território sob investigação: (1) *Recursos Sociais*, referem-se às instituições e serviços de resposta social na área de infância, juventude e velhice; (2) *Recursos de Saúde*, referem-se aos serviços de saúde públicos e privados; (3) *Recursos de Educação*, referem-se aos estabelecimentos de educação, ensino e formação profissional, formal e não formal, públicos e privados; e (4) *Recursos Culturais, de Desporto e Lazer*, referem-se às instituições, equipamentos e grupos de natureza cultural; e (5) *Associativismo Local*, refere-se aos grupos, associações e clubes, de natureza associativa, cultural e recreativa. Quanto à *Acessibilidade*, é medida através da rede de *Transportes Públicos*, rodoviários e ferroviários, que contempla cada uma das freguesias.

**Análise Documental.** Na recolha de informação acerca dos recursos da comunidade sob investigação, foi também analisado, em termos específicos, o *Relatório de Diagnóstico Social de Viana do Castelo (2013)*. Trata-se de um documento desenvolvido e emitido pela Comissão Local de Ação Social (CLAS) de Viana do Castelo, que tem por base a caracterização e análise das problemáticas existentes no Concelho e um primeiro passo para a definição de necessidades, para o estabelecimento de prioridades e linhas estratégicas de intervenção local, servindo de base para o planeamento do próximo Plano de Desenvolvimento Social e da Saúde 2013-2016, onde são identificadas as prioridades do concelho em termos de intervenção social e da saúde. Este relatório utiliza dados quantitativos relativos ao Concelho, à região e ao País, com recurso às fontes oficiais, nomeadamente, o Instituto Nacional de Estatística, fontes Governamentais, PORDATA, EUROSTAT e OCDE acrescentado de informação qualitativa relativa através dos Parceiros do CLAS e das Comissões Sociais de Freguesia do Concelho (CLAS, 2013).

### 3. Procedimento de Recolha de Dados

Para recolha de dados foram administrados, presencialmente com cada participante, os instrumentos acima descritos e são parte integrante do *Protocolo de Avaliação Gerontológica Multidimensional de Necessidades Comunitárias* (ANCEP\_GerSOC; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2013), em casa ou em outro local previamente definido. Foi explicado o procedimento do estudo, tendo sido apresentados a sua natureza e objetivos, o carácter voluntário de participação, a finalidade de utilização e conconfidencialidade dos dados recolhidos, tendo sido obtido o respetivo consentimento informado. A aplicação dos instrumentos de avaliação teve uma duração média de 45 a 60 minutos por participante.

Na recolha de dados, para cada uma das freguesias foram contactados stakeholders (ex., Presidente da Junta de Freguesia) que recomendava um residente que cumprisse os critérios de *género* e *idade*. A partir daí os participantes recomendavam outros, assim sucessivamente, num procedimento “bola-de-neve”.

Para a descrição e classificação dos recursos ecológicos externos (recursos físicos, institucionais, atividade coletiva e acessibilidade) realizou-se uma análise documental do *Relatório de Diagnóstico Social de Viana do Castelo* (2013) e da informação contida nos *sítios* das Juntas de Freguesia em análise. A partir da informação recolhida através da análise documental, foi preenchida a *Check-List de Recursos Ecológicos*.

### 4. Estratégia de Análise de Dados

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao software informático SPSS\*IBM (*Satistical Package for the Social Sciences*, versão 24), tendo sido utilizados métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial, para a exploração de associações entre variáveis e diferenças de grupos.

Assim, as características sociodemográficas dos participantes, bem como os dados relativos aos resultados em cada uma das escalas de avaliação individual foram descritos através de procedimentos de análise descritiva. Neste caso, utilizaram-se medidas de tendência central e de dispersão: frequências absolutas e relativas para variáveis nominais (categóricas) e ordinais, e a média e o desvio padrão para variáveis intervalares. Para a análise de diferenças no funcionamento individual segundo as variáveis sociodemográficas, foi realizada uma análise exploratória dos dados das variáveis do funcionamento individual e dos recursos ecológicos comunitários e recorreu-se à realização de testes não-paramétricos de diferenças dado que as variáveis não seguiam uma distribuição normal.



## **CAPÍTULO III - RESULTADOS**

---





Neste capítulo descrevemos os resultados da análise da informação recolhida em conformidade com os procedimentos descritos no capítulo anterior. Começamos por descrever as características sociodemográficas dos participantes, seguindo-se a descrição das dimensões do funcionamento individual relativamente à funcionalidade nas atividades instrumentais na vida diária, funcionamento cognitivo, e recursos sociais. Seguidamente faremos uma descrição dos recursos ecológicos das comunidades estudadas. Para finalizar, analisaremos a relação entre as variáveis da pessoa e os recursos ecológicos da comunidade.

## 1. Descrição das características sociodemográficas dos participantes e do ambiente proximal

Apresenta-se inicialmente a descrição dos participantes e, posteriormente, apresentam-se as características mais relevantes do ambiente físico, social e cultural.

### 1.1. Os participantes

A Tabela 2 descreve as características sociodemográficas e do agregado familiar dos participantes no estudo, sendo apresentadas as medidas de tendência central e dispersão.

**Tabela 2. Características sociodemográficas dos participantes**

	Total (N=100)	
	<i>n</i>	%
<b>Género (% mulheres)</b>	53	53
<b>Idade <i>M (DP)</i></b>	<b>76,82 (8,35)</b>	
<b>Min-Max</b>	65 - 94	
65-79	64	64
80+	36	36
<b>Escolaridade</b>	<b>N=97</b>	
<b><i>M (DP)</i></b>	<b>3,27 (2,26)</b>	
<b>Min-Max</b>	0 - 12	
0	18	18,6
1 - 4	67	69,1
5 - 9	11	11,3
10 - 12	1	1
13+		

**Tabela 2. (Cont.) Características sociodemográficas dos participantes**

<b>Estado Civil</b>	<b>N=100</b>	
Casado	46	46,5
Viúvo	41	41,4
Solteiro	8	8,1
Divorciado/Separado	4	4
<b>Profissão ao longo da vida</b>		
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	28	28
Operários, artífices e trabalhadores similares	26	26
Outra situação como atividade doméstica	19	19
Técnicos e profissionais de nível intermédio	9	9
Pessoal dos serviços e vendedores	6	6
Trabalhadores não qualificados	6	6
Operadores de instalação de máquinas	4	4
Pessoal administrativo ou similar	1	1
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	1	1
<b>Tempo (anos) de profissão <i>M (DP)</i></b>	<b>37,67 (20,8)</b>	
<b>Situação profissional atual</b>		
Reformado/Não ativo	83	83
Reformado/Ativo	12	12
Ativo	5	5
<b>Características do Agregado Familiar</b>		
Com filhos	67	86,6
<b>N.º de Filhos <i>M (DP)</i></b>	<b>3,40 (2,89)</b>	
<b>Min-Max</b>	0 - 14	
<b>Com quem vive</b>		
Vive sozinho	37	37
Cônjuge	36	36
Cônjuge, filhos/as e outros familiares	6	6,0
Filhos/as	5	5,0
Cônjuge e outros familiares	3	3,0
Cônjuge e filhos/as	1	1,0
Netos/as	2	2,0
Outros familiares	6	6,0
Cuidador/a formal ou família de acolhimento	2	2,0
Amigos/as	1	1,0
Outros	1	1,0
Outras situações	2	2

Neste estudo foram avaliados 100 participantes, 53 mulheres (53%) e 47 homens (47%) com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, com uma média de 77 anos ( $M = 76,82$ ;  $DP = 8,35$ ), sendo que 64 (64%) têm entre 65 e 79 anos (terceira idade) e 36 (36%) participantes têm 80 anos ou mais (quarta idade).

Relativamente à escolaridade, verifica-se que, em média, os participantes têm 3 anos de escolaridade ( $M = 3,27$ ;  $DP = 2,26$ ), variando entre 0 e 12 anos de escola e sendo mais frequente os 4 anos de escolaridade. É de referir que 18% ( $n=18$ ) dos participantes não são escolarizados, 67% ( $n=67$ ) têm entre 1 e 4 anos de escolaridade, 11,3% ( $n=11$ ) têm entre 5 e 9 anos, apenas 1% ( $n=1$ ) tem o 12.º ano e nenhum participante frequentou ou tem qualificação de nível superior.

Relativamente ao estado civil, 46,5% ( $n=46$ ) dos participantes são casados, 41,4% ( $n=41$ ) são viúvos, 8,1% ( $n=8$ ) são solteiros e 4% ( $n=4$ ) são divorciados, verificando-se que a maior percentagem de participantes é casado. Relativamente à existência de filhos, 86,6% ( $n=67$ ) dos participantes têm filhos e, em média, cada participante tem 3 filhos ( $M = 3,40$ ;  $DP = 2,89$ ), variando entre 0 e 14 filhos por participante.

Em relação à situação profissional atual dos participantes, 83 % ( $n=83$ ) encontra-se em situação de reforma e não exerce qualquer outra atividade profissional, 12% ( $n=12$ ) encontra-se reformada e exerce simultaneamente uma atividade profissional e 5% ( $n=5$ ) encontra-se ativo profissionalmente.

Aquando da vida profissional ativa, 28% ( $n=28$ ) dos participantes tiveram profissões (qualificadas ou não) ligadas à agricultura, pesca e floresta, 26% ( $n=26$ ) foram trabalhadores qualificados da indústria, construção, artífices e trabalhadores similares, 19% ( $n=19$ ) exerceram atividade doméstica e outras situações, 9% ( $n=9$ ) foram técnicos de nível intermédio, 6% ( $n=6$ ) foram pessoal dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, 6% ( $n=6$ ) foram trabalhadores não qualificados, 4% ( $n=4$ ) foram operadores de instalação de máquinas e trabalhadores da montagem, apenas 1% ( $n=1$ ) foi trabalhador administrativo ou similar e 1% ( $n=1$ ) foi especialista em profissão intelectual e científica.

Relativamente aos anos de profissão, para  $n=93$ , os participantes exerceram a sua profissão, em média durante 38 anos ( $M = 37$ ;  $DP = 20$ ), sendo o número de exercício profissional mais frequente, 50 anos.

Relativamente à constituição do agregado familiar/família, do total dos participantes, mais de um terço, 37% ( $n=37$ ), vive sozinho/a e mais de um terço, 36% ( $n=36$ ), vive com o cônjuge, 6% vive com o cônjuge, filhos/as e outros familiares, 6% vive com outros familiares (netos, irmãos, cunhados, etc.), 5% vive com os filhos/as, 3% vive com o cônjuge e os filhos/as, 2% vive com cuidadores formais ou famílias de acolhimento, 1% vive com amigos, 1% vive com outras pessoas (ex. companheiro/a) e 2% vive com outras situações.

Do total dos participantes, a maioria (57%;  $n=57$ ) refere ter tido alguma atividade de lazer ao longo da vida e 73,8% ( $n=62$ ) referem que a reforma não alterou a prática destas atividades.

**Tabela 3. Atividades de lazer dos participantes**

	Total (N=100)	
	n	%
<b>Teve alguma atividade de lazer</b>		
Sim	57	57,0
<b>Tipo de atividade de lazer (N=42)</b>		
Atividades realizadas dentro de casa	10	10,0
Atividades realizadas no exterior	35	35,0
Atividades realizadas no interior e no exterior	13	13,0
<b>Não alterou as atividades de lazer com a reforma</b>	62	73,2

Como se pode verificar pela Tabela 3, as atividades de lazer referidas pelos participantes foram, em 35% dos casos, atividades no exterior, nomeadamente, de desporto (por exemplo, futebol, caça, passear/caminhar, andar de bicicleta), dança/folclore, atividades de agricultura e jardinagem, atividades associativas (por exemplo, participação em associações de reformados, direção de atividades associativas) e voluntariado; em 13% (n=13) foram atividades no interior e no exterior de casa simultaneamente; e em 10% (n=10) foram atividades dentro de casa (por exemplo, costurar/bordar, bricolagem, ver televisão, ouvir música, leitura e jogos de mesa).

## 1.2. O ambiente proximal: do interior para o exterior da casa

Relativamente ao ambiente mais próximo dos participantes (consultar Tabela 4), começamos por descrever as condições de habitação, sendo que no total, 90% (n=90) dos participantes considera que a sua casa tem boas condições.

**Tabela 4. Condições de Habitação/Casa**

	Total (N=100)	
	n	%
<b>A casa tem condições adequadas?</b>		
Sim	90	90
Não	10	10
<b>Razões de boas condições</b>	<b>N=90</b>	
Tem tudo o que precisa	24	47,1
Tem todas as condições	7	13,7
Não sente falta de nada	4	7,8
Estão a fazer obras de melhoramento	4	7,8
É adequada para si	4	7,8
Tem as divisões necessárias e adaptadas	3	5,9

**Tabela 4. (Cont.) Condições de Habitação/Casa**

	<i>n</i>	%
<b>Razões de más condições</b>	<b>N=10</b>	
Precisava de mais condições	4	40
Tem barreiras arquitetónicas	2	20
Não tem as condições mínimas	2	20
Tem barreiras arquitetónicas e é fria	2	20
<b>Problemas da habitação</b>	<b>N=100</b>	
<b>Tem barreiras arquitetónicas</b>	51	51
<b>Tipo de barreiras arquitetónicas</b>		
Escadas	35	67,3
Escadas e banheira	7	13,5
Banheira	6	11,5
Portas estreitas e banheira	1	1,9
Portas estreitas, escadas e banheira	1	1,9
<b>Outros problemas</b>	<b>N=23</b>	
Humidade	23	23
<b>Recursos da casa</b>	<b>N=100</b>	
Água canalizada	92	92
Aquecimento	92	92
Elétrico	29	31,2
Lareira	17	18,3
Aquecimento central	13	14
Fogão a lenha	12	12,9
Aquecedor a gás	4	4,3
Ar condicionado	3	3,2
Elétrico e lareira	1	1
Telefone	90	91,8
Elevador	3	3

Como razões para as boas condições de habitação, 47,1% (n=24) dos participantes refere que "a casa tem tudo o que precisa", 13,7% (n= 7) afirma que "a casa tem todas as condições", 7,8% (n=4) refere que "não sente falta de nada", 7,8% (n=4) refere que "estão a fazer obras de melhoramento", 7,8% (n=4) refere que "a casa é adequada para si" e 5,9% (n=3) refere que "a casa tem as divisões necessárias e adaptadas".

Quanto às razões para a falta de condições da habitação dos participantes, 40% (n=4) refere que "a casa precisava de mais condições", 20% (n=2) refere que "tem barreiras arquitetónicas", 20% (n=2) refere que "não tem as condições mínimas" e 20% (n=2) refere que "tem barreiras arquitetónicas e é fria".

Do total dos participantes, 51% (n=51) refere que a casa tem barreiras arquitetónicas, sendo que em 67,3% (n=35) dos casos são escadas, 13,5 (n=7) são degraus e banheiras e em 11,5% (n=6) é apenas banheira. Ao nível de outros problemas, cerca de 23% (n=23) refere que a casa tem humidade.

Ao nível dos recursos da casa, 92% (n=92) refere que a casa tem água canalizada e 92% (n=92) tem aquecimento, sendo em 31,2% (n=29) aquecimento elétrico, 18,2% (n=17) lareira, 14% (n=13) aquecimento central, 12,9% (n=12) fogão a lenha, 4,3% (n=4) aquecedor a gás, 3,2% (n=3) ar condicionado e 1% (n=1) aquecimento elétrico e lareira. A grande maioria dos participantes (91,8%; n=90) tem telefone, e 3% (n=3) tem elevador, já que em 94% (n=94) dos casos não se aplica a existência deste transporte em casa.

Relativamente à mobilidade no exterior da casa (consulta Tabela 5), ou seja a capacidade dos participantes se deslocarem e movimentarem na comunidade, 32% (n=32) refere ter dificuldades em se deslocar, sendo que esta dificuldade está relacionada, em 42,3% (n=26) com problemas de locomoção, em 11,5% (n=3) com problemas de visão, em 11,5% (n=3) com o uso de cadeira-de-rodas e em 11,5% (n=3) com dificuldades em subir. Também 11,5% (n=3) dos participantes refere que não sai de casa e 7,7% (n=2) refere não ter predisposição para sair. Apenas 3,8% (n=1) refere ter desequilíbrio.

**Tabela 5. Mobilidade no Exterior da Casa/Comunidade**

Mobilidade no Exterior	N =100	
	N	%
<b>Dificuldades em deslocar-se fora de casa</b>	32	32
<b>Tipo de dificuldades/problemas</b>		
Problemas de locomoção	26	42,3
Problemas de visão	3	11,5
Usa cadeiras-de-rodas	3	11,5
Dificuldades em subir	3	11,5
Não sai de casa	3	11,5
Não tem predisposição para sair	2	7,7
Desequilíbrio	1	3,8

Relativamente às perceções sobre a freguesia e sobre viver na sua comunidade (Tabela 6) foram apontadas vantagens e necessidades pelos participantes.

**Tabela 6. Perceções das vantagens e necessidades da Freguesia**

	Total (N=100)	
<b>Tempo que reside na freguesia M (DP)</b>	<b>63,02 (24,79)</b>	
[Min-Max]	[2-94]	
<b>Vantagens de viver na freguesia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tem tudo	19	31,7
É a minha terra	16	26,7
Tem recursos sociais, de saúde, de educação e/ou lazer	6	10
É uma freguesia agradável e calma	5	8,3
Tem pessoas simpáticas/amigas	5	8,3

**Tabela 6. (Cont.) Percepções das vantagens e necessidades da Freguesia**

<b>Necessidades da freguesia percebidas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não sente falta de nada	47	62,7
Sente falta da família	7	9,3
Serviços médicos	6	8
Apoios ou criação de recursos de lazer	5	6,7
Apoios vários para idosos, crianças e /ou associações	4	5,3

Quanto à percepção das vantagens de viver na freguesia, quase um terço (31,7%; n=19) dos participantes refere que a freguesia "tem tudo" e 26,7% (n= 16) refere que a freguesia "é a sua terra", 10% (n=6) refere que a freguesia "tem recursos sociais, de saúde, de educação e/ou de lazer", 8,3% (n=5) refere que "é uma freguesia agradável e calma" e 8,3% (n=5) que "tem pessoas simpáticas/amigas". Relativamente às necessidades sentidas pelos participantes na freguesia, 62,7% (n=47) refere que "não sente falta de nada", apenas 9,3% (n=7) refere que "sente falta da família", 8% (n=6) refere "falta de serviços médicos", 6,7% (n=5) "falta de apoios e/ou criação de recursos de lazer", e 5,3% (n=4) refere "falta de apoios vários para idosos, crianças e/ou associações".

Foi analisada a percepção dos participantes sobre a quantidade de recursos ecológicos existentes na comunidade, tendo sido classificados em um, dois, três e quatro locais de apoio conhecidos e mencionados, como descreve a Tabela 7.

**Tabela 7. Percepção de locais de apoio na Freguesia**

<b>Percepção de Locais de Apoio na Freguesia (número)</b>	<b>Total (N=100)</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Primeiro local</b>		
Lar de Idosos	32	38,1
Centro de Dia	30	35,7
<i>Outros</i>	24	28,4
Centro Social e Paroquial	5	6,0
Centro de Saúde	5	6,0
Associação de Reformados	4	4,8
Igreja	2	2,4
Apoio Domiciliário	1	1,2
Associação Cultural e Desportiva de Caçadores	1	1,2
Largo	1	1,2
Cafés	1	1,2
Não sabe/ não responde	2	2,4
<b>Segundo local</b>		
Centro de Dia	7	22,6
Lar de Idosos	6	19,4
Associação de Reformados	6	19,4
Farmácias	5	16,1

**Tabela 7. (Cont.) Percepção de locais de apoio na Freguesia**

	<i>n</i>	%
Apoio Domiciliário	3	9,7
Largo	1	1,0
Igreja	1	1,0
Centro de Saúde	1	1,0
Não sabe/ não responde	1	1,0
<b>Terceiro Local</b>		
Centro de Dia	3	33,0
Lar de Idosos	1	11,1
Apoio Domiciliário	1	11,1
Associação de Reformados	1	11,1
Largo	1	11,1
Igreja	1	11,1
Centro de Saúde	1	11,1
<b>Quarto Local</b>		
Associação de Reformados	1	50,0
Centro de Saúde	1	50,0
<b>Frequenta Locais de Apoio</b>		
<b>Sim</b>	43	44,8
<b>Razões da frequência</b>		
Convívio	23	34,8
Ter companhia	8	34,8
Para se distrair	3	13,0
Porque precisa	2	8,7
<b>Não</b>	41	42,7
<b>Razões da não frequência</b>		
Não sente necessidade	38	42,1
Não existem ou não conhece os locais	14	36,8
Falta de tempo	3	7,9

Assim, verifica-se que 84% (n=84) dos participantes referiu-se apenas a um local de apoio, 31% (n=31) referiram dois locais de apoio, 9% (n=9) referiu três locais e apenas 2 (2%) participantes referiram quatro locais de apoio. Nenhum participante referiu cinco locais de apoio (Tabela 7).

Como primeiro local, 38,1% (n=32) dos participantes referiram o lar de idosos, 35,7% (n=30) referiu o centro de dia e os restantes participantes (28,4%; n=24) referiram o centro social e paroquial, o centro de saúde a associação de reformados, a igreja, o apoio domiciliário, a associação cultural e desportiva de caçadores, o largo e cafés, e 2% (n=2) não sabe ou não responde. Quanto ao segundo local de apoio mencionado pelos participantes, 22,6% (n=7) referiu o centro de dia, 19,4% (n=6) o lar de idosos, 19,4% (n=6) referiu a associação de reformados, 16,1% (n=5) referiu as farmácias, 9,7% (n=3) referiu o apoio domiciliário e os restantes (4%; n=4) referiram o largo, a igreja e o centro



de saúde, apenas 1% (n=1) não sabe/não responde. O terceiro local de apoio referido foi, em 33,3% (n=3) dos participantes o centro de dia, em 11,1% (n=1) o lar de idosos, em 11,1% (n=1) o apoio domiciliário, em 11,1% (n=1) a associação de reformados, em 11,1% (n=1) a igreja, em 11,1% (n=1) os cafés, e em 11,1% (n=1) o centro de saúde. Por fim, o quarto local de apoio referido foi, por 1 participante (50%, n=1), a associação de reformados e por outro participante (50%, n=1) o centro de saúde (Tabela 7).

Relativamente à frequência dos locais de apoio na freguesia (N=96), 44,8% (n=43) refere que frequenta e 42,7% (n=41) refere que não frequenta e em 12% (12,5%) não se aplica esta situação. Os motivos apresentados pelos participantes para *frequentar* locais de apoio foram, em 34,8% (n=23) conviver, em 34,8% (n=8), para ter companhia, em 13% (n=3), para se distrair e, em 8,7% (n=2) porque precisa. Quanto às razões da *não frequência* de locais de apoio, 42,1% (n=38) refere que não sente necessidade, 36,8% (n=14) refere que não existem ou não conhecem esses locais e 7,9% (n=3) por falta de tempo (Tabela 7).

### 1.3 Os recursos ecológicos

Descrevem-se de seguida as características dos recursos ecológicos existentes na comunidade territorial em estudo. Nesta secção apresenta-se os resultados obtidos através da informação recolhida via *Check-List* de Recursos Ecológicos, disponíveis nas seis freguesias em estudo (Tabela 8).

**Tabela 8: Descrição dos Recursos Ecológicos por Freguesia**

Recursos Ecológicos/Comunitários	Barroselas	Portuzelo (Santa Marta)	Anha (Vila Nova)	Alvarães	Lanheses	Chafé
<b>Recursos Sociais</b>						
Centro de Dia	1	1	1	1	1	0
Estrutura Residencial para Idosos (ERPI)	1	0	1	1	1	1
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	1	0	1	1	1	1
Serviço de Atendimento/Acompanhamento Social (SAAS)	0	0	0	1	0	0
<b>Recursos de Saúde</b>						
Centro de Saúde	1	0	0	0	0	0
Unidade de Saúde Familiar (USF)	0	0	0	0	0	0
Extensão do Centro de Saúde	0	1	1	1	1	0
Clínica Médica	0	0	0	0	1	0
Clínica Medicina Dentária	0	0	0	0	0	0
Laboratório de Análises Clínicas	0	0	0	0	1	0
Farmácia	1	1	1	1	1	1

Tabela 8. (Cont.) Descrição dos Recursos Ecológicos por Freguesia

Recursos Ecológicos/Comunitários	Barrocelas	Portuzelo (Santa Marta)	Anha (Vila Nova)	Alvarães	Lanheses	Chafé
<b>Recursos de Educação</b>						
Creche	0	1	1	1	1	1
Escola do Ensino Pré-Escolar (Jardim-de-Infância)	1	1	1	1	1	1
Escola do Ensino Básico 1.º Ciclo	0	7	1	2	1	1
Centro Escolar	5	0	0	0	6	0
Escola do Ensino Básico 2.º e 3.º Ciclos	0	0	0	0	0	0
Escola do Ensino Básico (2,3) e Secundário	1	1	0	0	1	0
Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL)	1	1	1	1	0	1
Escola Profissionais	0	0	0	0	0	0
Escola Particular do Ensino Artístico e Especializado	0	0	0	0	0	0
Escolas de Música	2	0	1	0	0	0
Escola de Pintura	0	0	0	0	0	0
Escolas de Dança e/ou Folclore	0	1	0	0	0	0
Escola de Artesanato	0	0	0	0	0	0
Escola de Teatro	0	0	0	0	0	0
Escola Desportiva	0	0	0	1	0	0
Centro Qualificação e Educação de Adultos	0	1	0	0	0	0
Centro de Formação Profissional do IEFP	0	1	0	0	0	0
<b>Recursos de Cultura, Desporto e Lazer</b>						
Biblioteca Pública	0	0	0	1	0	0
Museu ou Núcleo Museológico	1	0	0	1	1	0
Auditório	0	0	0	0	0	0
Sala de Exposições	0	0	0	0	0	0
Teatro	0	0	0	0	0	0
Cinema	0	0	0	0	0	0
Casa do Povo	1	1	1	0	1	0
Espaço Desportivo (Gimno e Pavilhões Polidesportivos)	0	1	1	0	0	0
Piscina Municipal	1	0	0	0	0	0
Pista de Atletismo	0	0	0	0	0	0
Estádio de Futebol	1	1	0	0	0	0
Kartódromo	0	0	0	0	0	1
Casa do Povo	1	1	1	0	1	0
<b>Transportes Públicos</b>						
Transportes Rodoviários	0	1	0	1	1	1
Transportes Ferroviários (estação ou apeadeiros de caminho-de-ferro)	0	0	1	0	0	0
Total Transportes Públicos	1	1	2	1	1	1

Em relação aos **recursos sociais** disponibilizados para idosos, todas as freguesias dispõem de Centro de Dia, com exceção de Chafé. No que se refere à Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), apenas uma freguesia (Portuzelo) não dispõe deste tipo de recursos.

Quanto aos **recursos de saúde**, observa-se que todas as freguesias dispõem de Centro de Saúde ou Extensão de Centro de Saúde, com exceção de Chafé. Todas as freguesias dispõem de farmácia.

Relativamente aos **recursos de educação**, observa-se que todas as freguesias, com exceção de Barroselas, dispõem de serviço de creche; todas as freguesias dispõem de jardim-de-infância, escola básica do 1.º ciclo e centro escolar, e apenas as freguesias Barroselas, Santa Marta de Portuzelo e Lanheses dispõem de escola básica do 2.º, 3.º ciclo e ensino secundário. A freguesia de Portuzelo dispõe de um Centro de Formação Profissional do IEFP.

Relativamente aos **recursos culturais, desporto e lazer**, a freguesia de Alvarães dispõe de uma biblioteca. As freguesias de Alvarães, Barroselas e Lanheses dispõem de um núcleo museológico; Portuzelo e Anha dispõem de pavilhão desportivo, e Barroselas e Portuzelo dispõem de estádio de futebol. A freguesia de Alvarães dispõe de piscina municipal e a freguesia de Chafé dispõe de um kartódromo.

Quanto à existência de outros recursos ecológicos, designadamente **atividades coletivas e associativas** na comunidade, observa-se que todas as freguesias dispõem de uma ou mais associações/coletividades de carácter cultural, desportivo, recreativo e/ou associativo (Tabela 9).

**Tabela 9. Descrição da atividade coletiva e associativismo local por Freguesia** (Fontes: Relatório de Diagnóstico Social de Viana do Castelo (CLAS, 2013) e websites das freguesias)

<b>Alvarães</b>
Grupo Folclórico de Danças e Cantares de Alvarães
Associação de Caça e Pesca do Vale do Neiva - Alvarães
Associação de Cicloturismo de Alvarães
Agrupamento 374 - S. Miguel de Alvarães (Corpo Nacional de Escutas)
Associação Desportiva e Cultural de Alvarães
Associação Desportiva de BTT "Os Reumáticos" - ADBR
Associação Todo-o-Terreno "Rota do Barro"
Grupo Coral Infanto-Juvenil de Alvarães
Grupo Coral de S. José

**Tabela 9. Descrição da atividade coletiva e associativismo local por Freguesia**

<b>Anha (Vila Nova de)</b>
Associação Desportiva e Cultural de Anha
Grupo de Danças e Cantares da Casa do Povo de Vila Nova de Anha
Associação de Caçadores de V. N. de Anha
<b>Anha (Vila Nova de)</b>
Agrupamento 452 - S. Tiago (Corpo Nacional de Escutas)
Comissão de Festas em Honra de S. Tiago, Sto. António e S. José
Associação Musical de Vila Nova de Anha
Filarmónica do Centro Social e Paroquial de Vila Nova de Anha
Associação Energia Jovem
Orquestra Ligeira do Centro Social e Paroquial de VNA
Orfeão do Centro Social e Paroquial de Vila Nova de Anha
<b>Barroelas</b>
Banda de Escuteiros de Barroelas
Sociedade Columbófila de Barroelas
Grupo Cénico de Barroelas
Núcleo Desportivo e Recreativo de Barroelas
Associação Desportiva de Barroelas
Coral Polifónico de Barroelas
Banda Velha de Barroelas
Associação de Vale do Neiva
Conferência Vicentina
Grupo de São Paulo
Associação de Colecionismo Vale do Neiva
Associação Recreativa e Desportiva da Casa do Povo de Barroelas
Neves Futebol Clube
Agrupamento 85 de Barroelas (Corpo Nacional de Escutas)
Grupo Folclórico de São Paulo
Associação dos Reformados e Pensionistas de Barroelas
<b>Chafé</b>
Associação Desportiva de Chafé
Associação Cultural de Chafé
Associação de Caçadores de Chafé
Coro Jovem
Grupo de Janeiras N.ª Sra. do Alívio e N.ª Sra. dos Milagres
Grupo Folclórico de Chafé
Sociedade de Columbofilia de Chafé
Voleibol Clube de Amorosa
Viana Natação Clube

**Tabela 9. Descrição da atividade coletiva e associativismo local por Freguesia**

<b>Lanheses</b>
Associação Humanitária e Cultural de Lanheses
Associação de Estudantes do Agrupamento de Escolas de Arga e Lima
Associação de Pais e Encarregados de Educação do Agrupamento de Escolas de Arga e Lima
União Desportiva de Lanheses
Grupo Folclórico da Casa do Povo de Lanheses
<b>Santa Marta de Portuzelo</b>
Associação Cultural e Desportiva de Santa Marta de Portuzelo
Associação Cultural e Desportiva Capitães de Abril
Associação de Pais do Centro Escolar de Santa Marta de Portuzelo
Grupo Folclórico de Santa Marta de Portuzelo
Fanfarras de Santa Marta de Portuzelo
Associação de Paralisia Cerebral de Santa Marta de Portuzelo (APPCVC)
AGP - 1.ª Companhia de Guias de Santa Marta de Portuzelo
Club de Tuning de Viana
Grupo Desportivo do Centro Paroquial de Santa Marta de Portuzelo

Com exceção de Chafé e Lanheses, as outras quatro freguesias dispõem de um agrupamento de escuteiros. A freguesia de Alvarães, dispõe de associações desportivas, grupo folclórico, grupo coral, associação infanto-juvenil e um movimento de solidariedade. Anha dispõe de grupo folclórico, outras associações desportivas, associação musical, uma filarmónica, orquestra e associação juvenil. A freguesia de Barroelas dispõe de associações desportivas, bandas musicais e filarmónicas, grupo coral, grupo folclórico e associação de reformados. A freguesia de Chafé dispõe de outras associações, grupos desportivos, grupo coral, associação juvenil e grupo folclórico. A freguesia de Lanheses dispõe de uma associação de estudantes, associação de pais, grupo folclórico e associação de solidariedade. Por último, a freguesia de Portuzelo dispõe de outras associações culturais e desportivas, associação de pais, grupo folclórico e fanfarra (Tabela 9).

Relativamente aos recursos de acessibilidades, identificados pela rede de transportes públicos, rodoviários e ferroviários, verificou-se que a totalidade das freguesias em estudo dispõe de uma ou mais rede de transportes públicos (Tabela 8).

## **2. Dimensões do funcionamento individual dos participantes**

As dimensões do funcionamento individual incluem: a funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), o desempenho cognitivo e os recursos sociais.

Quanto à **funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD)**, como descreve a Tabela 10, os resultados na escala de Lawton demonstram que, em média, os participantes obtiveram uma pontuação de 13 pontos ( $M = 13,17$ ;  $DP = 6,15$ ) sendo classificados como *moderadamente dependentes* nas AIVD, variando a pontuação entre 8 e 29 pontos.

**Tabela 10. Funcionalidade nas Atividades da Vida Diária (AIVD)**

	Total N=100	
<b>Funcionalidade nas AIVD, M (DP)</b>	13,17 (6,15)	
[Min - Max]	8 - 29	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Independente	36	36,0
Moderadamente Dependente	50	50,0
Severamente Dependente	14	14,0

Do total, dos participantes 36% (n=36) é *independente* nas AIVD, 50% (n=50) é *moderadamente dependente* (entre 9 e 20 pontos) e 14% (n=14) é *severamente dependente* nas AIVD (> =21 pontos). Dito de outro modo, 64% (n=64) dos participantes apresenta indicadores de dependência nas atividades instrumentais da vida diária (Tabela 10).

Em relação ao **desempenho cognitivo**, como descreve a Tabela 11, o total dos participantes (N=100) obteve uma média de 26 pontos ( $M = 25,62$ ;  $DP = 3,86$ ;  $Mo = 27$ ) variando entre um mínimo de 14 e um máximo de 30 pontos. Quando retirados os participantes sem escolaridade, de acordo com os critérios de Freitas e colaboradores (2015), a pontuação média sobe para 27 pontos ( $M = 26,53$ ;  $DP = 3,25$ ;  $Mo = 29$ ) variando entre 16 e 30 pontos.

**Tabela 11. Desempenho Cognitivo, por grupo de idade e grau de escolaridade no total da amostra, de acordo com Freitas e colaboradores (2015)**

MMSE por Grupo de Idade					
	<b>N=100</b>				
<b>M (DP)</b>	25,62 (3,86)				
[Min - Max]	[14 - 30]				
<b>Idade</b>					
65-79	26,37 (3,63)				
80+	24,27 (3,95)				
MMSE por Grupo de Escolaridade e Idade (Freitas <i>et al.</i> , 2015)					
<b>N=79</b>	<b>1 a 4</b>	<b>5 a 9</b>	<b>10 a 12</b>	<b>&gt;12</b>	<b>Qualquer Escolaridade</b>
<b>Idade</b>					
65-79	27,32 (2,87)	27,5 (2,97)	27	--	<b>27,34 (2,83)</b>
80+	24,58 (3,5)	28,0 (1,0)	--	--	<b>24,96 (3,48)</b>

**Tabela 11.(Cont.) Desempenho Cognitivo, por grupo de idade e grau de escolaridade no total da amostra, de acordo com Freitas e colaboradores (2015)**

Todos	26,34 (3,36)	27,64 (2,54)	27	--	26,53 (3,25)
<b>Indicador de Déficit Cognitivo</b>					
Com déficit n (%)					26 (32,9)
Sem déficit n (%)					53 (67,1)

Relativamente aos resultados no desempenho cognitivo, verificou-se que as mulheres apresentaram em média uma pontuação de 24,56 ( $DP = 4,24$ ) e os homens uma pontuação média de 26,80 ( $DP = 3,0$ ), o que revela uma média de valores superiores do género masculino em relação ao feminino nesta dimensão de funcionamento (Tabela 11).

Relativamente aos resultados do desempenho cognitivo por grupos de idade e grupos de escolaridade (Freitas *et al.*, 2015), verifica-se que no grupo etário dos 65-79 anos, os participantes apresentaram um resultado médio de 27 pontos ( $M = 27,34$ ;  $DP = 2,83$ ) e no grupo etário de 80+ anos, um resultado médio, mais baixo, de 25 pontos ( $M = 24,96$ ;  $DP = 3,48$ ) (Tabela 11).

Em relação à pontuação por grupos de escolaridade, verificou-se que os participantes com escolaridade entre 1 e 4 anos apresentam um desempenho médio de 26,53 pontos ( $M = 26,53$ ;  $DP = 3,25$ ), os participantes com 5 a 9 anos de escolaridade apresentam um resultado médio de 27,63 pontos ( $M = 27,63$ ;  $DP = 2,54$ ) e os participantes com 10 a 12 anos de escolaridade apresentam uma pontuação média de 27 pontos (Tabela 11).

Tendo em conta o ponto de corte estabelecido por grupo etário e escolaridade, em conformidade com Freitas e colaboradores (2015), observou-se no presente estudo que 32,9% ( $n=26$ ) dos participantes se encontram abaixo desse valor e 67,1% ( $n=53$ ) dos participantes atingiram e têm valores acima do ponto de corte, indicador de ausência de déficit cognitivo (Tabela 11).

Relativamente aos **recursos sociais**, dimensão constituída pela percepção das relações sociais e pela percepção da disponibilidade de suporte social na comunidade (potencial de cuidados prestados na rede relacional), avaliada através da *Subescala de Recursos Sociais do OARS*, a Tabela 12 descreve cada uma destas subdimensões.

**Tabela 12. Percepção das Relações Sociais dos participantes**

Relação com Vizinhos	Total (N=100)	
	n	%
Próxima e amigável	88	88,0
Afastada	5	5,0
Inexistente	4	4,0
Conflituosa	3	3,0

**Tabela 12 (Cont). Percepção das Relações Sociais dos participantes**

<b>Número de pessoas que conhece para visitar <i>M (DP)</i></b>	<b>N=75</b>	
<i>M (DP)</i>	6,47 (6,34)	
[Min-Max]	[0 - 25]	
<b>A semana passada quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas (familiares, amigos ou outros)</b>	<b>N=82</b>	
<i>M (DP)</i>	3,80 (5,19)	
[Min-Max]	[0 - 35]	
<b>Na semana passada quantas vezes passou tempo com alguém com quem não vive</b>	<b>N=81</b>	
<i>M (DP)</i>	4,96 (8,91)	
[Min-Max]	[0 - 50]	
<b>Tem alguém em quem confiar</b>	<b>N=99</b>	
<b>Sim</b>	95	96
<b>Sente-se sozinho</b>	<b>N=100</b>	
Raramente/ nunca	60	60
Algumas vezes	22	22
Muitas vezes/ sempre	18	18
<b>Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria</b>		
Sim	49	49
Não	48	48
Ns/ Nr	3	3
<b>Percepção da qualidade das relações sociais do sujeito (Informante)</b>		
Muito satisfatórias, adequadas e amplas	42	42,0
Moderadamente satisfatórias e adequadas	43	43,0
Não satisfatórias, escassa qualidade e poucas	15	15,0

Relativamente às características das **relações sociais**, no total, 88% (n=88) dos participantes afirmam ter uma relação próxima e amigável com vizinhos, 5% (n=5) refere ter uma relação afastada, 4% (n=4) afirma não ter relação com os vizinhos e 3% (n=3) afirma ter uma relação conflituosa (Tabela 12).

Relativamente à **quantidade de relações** percebida na comunidade, em média, cada participante conhece 6 pessoas o suficiente para visitá-las nas suas casas ( $M = 6,47$ ;  $DP = 6,34$ ), variando entre 0 e 25 pessoas. Os participantes telefonam ou recebem chamadas de amigos, familiares ou outros, em média, 4 vezes por semana ( $M = 3,8$ ;  $DP = 5,19$ ), e fazem ou recebem visitas de familiares e/ou amigos, ou saem juntos, 5 vezes em média ( $M = 4,96$ ;  $DP = 8,9$ ) (Tabela 12).

A grande maioria dos participantes, 96% (n=95) refere que tem alguém em quem pode confiar. Do total, 60% (n=60) refere que quase nunca ou nunca se sente sozinho, 22% (n=22) sente-se sozinho algumas vezes e 18% (n=18) refere sentir-se sozinho muitas vezes ou sempre. Do total, 49% (n=49) refere ver os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria, 48% (n=48) refere que não vê os seus familiares e amigos tanto quanto o



desejaria e 3% (n=3) não sabe ou não responde (Tabela 12).

Quanto à percepção geral da **qualidade das relações sociais**, 43% (n=43) dos participantes refere que as suas relações são moderadamente satisfatórias e adequadas, 42% (n=42) refere que são muito satisfatórias e amplas e 15% (n=15) refere que as relações sociais não são satisfatórias, são de escassa qualidade e são poucas (Tabela 12).

Quanto à percepção da disponibilidade de ajuda na comunidade, a grande maioria dos participantes, 94% (n=94), refere ter alguém que possa ajudá-lo em caso de estar doente ou incapacitado/a e 80% (n=80) refere que há alguém que possa cuidar sempre que necessário (Tabela 13).

**Tabela 13. Percepção da disponibilidade de recursos na comunidade**

	Total (N=100)	
	n	%
<b>Há alguém que possa ajudá-lo caso esteja doente ou incapacitado</b>	94	94,0
<b>Há alguém que possa cuidar de si</b>		
Sempre que necessário	80	80,0
Às vezes	10	10,0
Por pouco tempo	7	7,0
Ns/Nr	3	3,0
<b>Pessoas que podem cuidar na comunidade</b>		
Filhos/as	27	27,0
Outros (vizinhos, empregados, cuidadores ou família de acolhimento)	13	13,0
Outro familiar	12	12,0
Cônjuge	7	7,0
Amigos	5	5,0
Irmão/ã	4	4,0
Cônjuge, filhos e outros	1	1,0
Ns/Nr	27	27,0
<b>Percepção da disponibilidade de ajuda na comunidade (Informante)</b>		
Pelo menos uma pessoa disponível, indefinidamente	75	75,0
Pelo menos uma pessoa disponível durante pouco tempo	12	12,0
Ajuda disponível só de vez em quando	12	12,0
Nenhuma	1	1,0

Em relação às pessoas que teriam disponibilidade para cuidar em caso de necessidade, 27% (n=27) dos participantes refere que são os filhos/as, 13% (n=13) refere que são outros, como vizinhos, empregados/as, cuidadores formais, famílias de acolhimento, funcionários de instituições e da Segurança Social, 12% (n=12) refere que é outro familiar, como sobrinhos, genros, noras ou outros, 7% (n=7) refere que é o cônjuge, 5% (n=5) refere que são amigos, 4% (n=4) refere que são os irmãos, apenas 1% (n=1) refere que são o cônjuge, os filhos e outros (simultaneamente), e, note-se que 27% (n=27) não sabe ou não responde (Tabela 13).

No geral, quanto à **percepção geral da disponibilidade de suporte e cuidados na comunidade**, do total, 75% (n=75) dos participantes refere que pelo menos uma pessoa

estaria disponível para cuidar de si indefinidamente, 12% (n=12) refere que teria pelo menos uma pessoa disponível para cuidar de si durante pouco tempo e 12% (n=12) refere que teria ajuda disponível só de vez em quando. Apenas 1 (1%) participante afirma que não teria ninguém para cuidar de si caso necessitasse (Tabela 13).

**Tabela 14. Descrição da Classificação dos Recursos Sociais**

	<b>Total</b>	
	<b>N=100</b>	
<b>Classificação dos Recursos Sociais</b>		
<b>[Mdn (IQQ)]</b>	2 (1)	
<b>[Min - Max]</b>	1 - 6	
	<b>n</b>	<b>%</b>
1- Recursos Sociais Muito Bons	40,0	40,0
2 - Recursos Sociais Bons	33,0	33,0
3 - Recursos Sociais Ligeiramente Insatisfatórios	13,0	13,0
4 - Recursos Sociais Moderadamente Insatisfatórios	10,0	10,0
5 - Recursos Sociais Fortemente Insatisfatórios	3,0	3,0
6 - Recursos Sociais Totalmente Insatisfatórios	1,0	1,0

Assim relativamente à classificação dos **recursos sociais**, a Tabela 14 descreve esta dimensão, verificando-se que 40% (n=40) dos participantes apresenta recursos sociais muito bons, 33% (n=33) apresentam recursos sociais bons, 13% (n=13) apresenta recursos sociais ligeiramente insatisfatórios, 3% (n=3) apresenta recursos fortemente insatisfatórios e apenas 1% (n=1) apresenta recursos totalmente insatisfatórios.

### **3. Análise do funcionamento individual em função das características sociodemográficas e dos recursos ecológicos**

Neste estudo foram analisadas diferenças nas dimensões do funcionamento individual - funcionalidade nas atividades da vida diária (AIVD), funcionamento cognitivo e classificação dos recursos sociais, em função das características de género, idade e grau de escolaridade, como descreve a Tabela 15.

Tabela 15. Análise do funcionamento individual segundo as características sociodemográficas

Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o <i>género</i> (Teste de Mann-Withney)					
	Género	M (DP)	Min-Max	$\mu$	P
Funcionalidade nas AIVD	Feminino	14,1 (6,2)	8 - 29	938,5	<b>0,030</b>
	Masculino	12,1 (6,0)	8 - 29		
Desempenho Cognitivo	Feminino	24,6 (4,2)	14 - 30	839,5	<b>0,005</b>
	Masculino	26,8 (3,0)	19 - 30		
Classificação dos Recursos Sociais	Feminino	2,42 (1,25)	RS Muito Bons - RS Totalmente Insatisfatórios	770,5	<b>0,001</b>
	Masculino	1,66 (0,93)	RS Muito Bons - RS Moderadamente Insatisfatórios		
Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o a <i>idade</i> (Teste de Mann-Withney)					
	Idade	M (DP)	Min-Max	$\mu$	P
Funcionalidade nas AIVD	65-79	11,43 (5,26)	8 - 27	536,0	<b>0,001</b>
	80+	16,25 (6,48)	8 - 29		
Desempenho Cognitivo	65-79	26,37 (3,63)	14 - 30	764,5	<b>0,005</b>
	80+	24,27 (3,95)	19 - 30		
Classificação dos Recursos Sociais	65-79	2,02 (1,22)	RS Muito Bons - RS Totalmente Insatisfatórios	1034,0	0,371
	80+	2,14 (1,07)	RS Muito Bons - RS Moderadamente Insatisfatórios		
Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo de <i>escolaridade</i> (Teste de Kruskal-Wallis)					
	Escolaridade	M (DP)	Min - Max	H(3)	P
Funcionalidade nas AIVD	0	15,0 (6,23)	8 - 27	3,54	0,170
	1-4	13,1 (6,29)	8 - 29		
	5+	11,2 (5,00)	8 - 24		
Desempenho Cognitivo	0	21,77 (4,18)	14 - 30	19,69	<b>0,001</b>
	1-4	26,34 (3,35)	16 - 30		
	5+	27,58 (2,43)	21 - 30		
Classificação dos Recursos Sociais	0	2,89 (1,23)	RS Muito Bons - RS Fortemente Insatisfatórios	12,5	<b>0,002</b>
	1-4	1,94 (1,11)	RS Muito Bons - RS Fortemente Insatisfatórios		
	5+	1,58 (0,99)	RS Muito Bons - RS Moderadamente Insatisfatórios		

\* P <0,05 \*\*p <0,01; \*\*\*p <0,001

Relativamente à **funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD)**, foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres na funcionalidade nas AIVD, sendo que as mulheres apresentam níveis mais elevados de dependência nas AIVD, relativamente aos homens,  $\mu = 938,50$ ,  $p = 0,03$ . Comparando as médias dos resultados na funcionalidade nas AIVD, verifica-se que as mulheres apresentam uma média mais elevada (14,09 +-6,18) do que os homens (12,12 +-6,01), evidenciando um grau de dependência significativamente mais elevado do que os homens. Na funcionalidade nas AIVD foram encontradas diferenças significativas de idade, entre os participantes do grupo de 65-79 anos e do grupo de 80 e mais anos, ao nível da funcionalidade nas AIVD,  $\mu = 536,00$ ,  $p = 0,001$ . Os participantes com 80 e mais anos evidenciaram um grau de dependência mais elevado do que os participantes entre os 65 e os 79 anos. Em termos de escolaridade, não se verificaram diferenças significativas entre os três grupos de escolaridade analisados,  $H(3) = 3,54$ ,  $p = 0,17$ , não havendo, assim, diferenças significativas na funcionalidade nas AIVD entre os participantes não escolarizados, os que têm entre 1 e 4, e 5+ anos de escolaridade (Tabela 15).

Em relação ao **desempenho cognitivo**, verificam-se diferenças significativas de género, entre homens e mulheres, sendo que os homens apresentam resultados de desempenho mais elevados do que as mulheres,  $\mu = 839,50$ ,  $p = 0,005$ . Assim, comparando as médias dos resultados no MMSE, verifica-se que os homens apresentam valores mais elevados [26,80 (3,0)] relativamente às mulheres (24,56; +-4,2), demonstrando aqueles melhores níveis de desempenho cognitivo. Foram também encontradas diferenças significativas em termos de idade, entre os participantes com 65- 79 anos e os participantes com 80 e mais anos,  $\mu = 764,50$ ,  $p = 0,005$ . Como se pode verificar, os participantes com 65-79 anos apresentam resultados de desempenho no MMSE superiores aos participantes com 80 e mais anos. Nesta dimensão existem também diferenças significativas ao nível da escolaridade dos participantes, entre os três grupos,  $H(3) = 19,69$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0,001$ . Para analisar diferenças entre os três grupos de escolaridade, utilizamos o teste Mann-Whitney aos três grupos, com combinações dois a dois (e a *correção de Bonferroni* para reduzir o erro Tipo 1, dividindo o grau de significância pelo número de testes a realizar,  $p = 0,05/3 \Leftrightarrow p = 0,016$ ). Deste modo, verificou-se que as diferenças significativas se situam, respetivamente, entre os participantes sem escolaridade e os participantes com 1 a 4 anos de escolaridade,  $\mu = 227,50$ ,  $p = 0,001$  (com  $p < 0,016$ ), e entre os participantes sem escolaridade e os participantes com 5 ou mais anos de escolaridade,  $\mu = 23,00$ ,  $p = 0,001$  ( $< 0,016$ ). As diferenças no desempenho cognitivo entre os sujeitos com 1 a 4 anos e os participantes com 5 ou mais anos de escolaridade, não foram significativas,  $\mu = 320,50$ ,  $p = 0,26$  ( $> 0,016$ ).

Relativamente à classificação dos **recursos sociais** dos participantes, obtida através da pontuação, atribuída pelo investigador, no item 97 da *Subescala de Recursos Sociais (OARS)*, que se refere à classificação geral do somatório dos recursos sociais desta Subescala, verificou-se que existem diferenças significativas relativamente ao género ( $\mu = 770,50$ ,  $p = 0,001$ ), sendo que os homens apresentam uma melhor classificação dos recursos sociais,

mais de metade (59,6%, n=28) apresenta recursos sociais  *muito bons*, em relação às mulheres, em que a maioria (43,4%, n=23) apresenta recursos sociais  *bons* (Tabela 15).

Relativamente à idade, não foram encontradas diferenças significativas na classificação dos recursos sociais entre os grupos de 65-79 anos e 80+ anos,  $\mu = 1034,00$ ,  $p = 0,371$ . Como se pode verificar, as percentagens e a moda da classificação dos recursos sociais é idêntica para ambos os grupos etários, sendo que, quer o grupo de 65-79 anos, quer o grupo de 80+ anos classifica maioritariamente os recursos sociais como  *bons* (Tabela 15).

Os dados da classificação dos recursos sociais mostram ainda diferenças significativas ao nível do grau de escolaridade dos participantes,  $H(3) = 12,5$ ,  $gl = 2$   $p = 0,002$ . Assim, analisando médias dos três grupos de escolaridade, verifica-se que as diferenças são mais acentuadas entre o grupo "sem escolaridade" e o grupo com "5+ anos de escolaridade". Ao analisar os valores das medianas de cada grupo verifica-se que metade dos participantes sem escolaridade classifica os recursos sociais como  *ligeiramente insatisfatórios*, metade dos participantes com escolaridade entre 1 e 4 anos classificam os recursos sociais como  *bons*, e metade dos participantes com 5 e mais anos de escolaridade classifica os recursos sociais como  *muito bons* (Tabela 15).

Relativamente à dimensão dos **recursos ecológicos externos**, não se observaram diferenças nas dimensões do funcionamento individual em função da disponibilidade (quantidade) de recursos sociais e recursos de saúde nas comunidades analisadas. Quer em termos da funcionalidade nas AIVD quer ao nível do desempenho cognitivo, a quantidade mais ou menos elevada de recursos desta natureza não está associada às variações dos resultados naquelas dimensões (Tabela 16).

Tabela 16. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo os Recursos Ecológicos (Teste de Mann-Withney)

	Recursos Sociais	M (DP)	Min-Max	$\mu$	P
Funcionalidade nas AIVD	Reduzidos	12,06 (4,49)	8 – 24	1028,5	0,652
	Elevados	13,69 (6,77)	8 – 29		
Desempenho Cognitivo	Reduzidos	25,22 (1,19)	14 - 30	1011,0	0,567
	Elevados	25,81 (3,72)	16 - 30		
	Recursos de Saúde	M (DP)	Min-Max	$\mu$	P
Funcionalidade nas AIVD	Reduzidos	11,46 (4,01)	8 - 20	515,0	0,596
	Elevados	13,43 (6,39)	8 - 29		
Desempenho Cognitivo	Reduzidos	26,08 (3,09)	21 - 30	555,0	0,914
	Elevados	25,55 (3,86)	14 - 30		

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

Tomando em consideração os resultados obtidos, apresenta-se em seguida a discussão dos resultados e conclusão.



## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

---





Ao longo desta dissertação analisamos aspetos do envelhecimento bem-sucedido, tomando em consideração teorias e modelos de referência no âmbito da Gerontologia Social. Do ponto de vista empírico, o presente estudo analisou o funcionamento individual em pessoas idosas, tomando em consideração as características sociodemográficas e os recursos ecológicos disponíveis na comunidade.

Fizeram parte deste estudo 100 participantes, adultos com 65 e mais anos a residir em casa/comunidade, em território mediantemente urbano do Concelho de Viana do Castelo, com média de idades de 77 anos, sendo 53% mulheres. Em média, os participantes frequentaram três anos de escolaridade, sendo que a grande maioria dos participantes (69,1%) frequentou entre 1 e 4 anos de escolaridade, grau correspondente à escolaridade obrigatória exigida na época em que frequentavam o sistema de ensino regular. Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos é casado e a quase totalidade tem filhos. É de salientar o elevado número de idosos a residir sozinho, similar aos idosos que vivem com o cônjuge, o facto de uma grande parte viver com familiares e apenas uma parte muito reduzida viver com amigos, cuidadores formais ou famílias de acolhimento. As relações familiares mais próximas, relativamente às mais afastadas e às relações de amizade, vizinhança, ou de suporte (cuidados formais), continuam a ter um peso mais elevado na constituição do agregado familiar das pessoas idosas. Neste sentido, como afirmam Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2009) o contexto familiar mais próximo pode constituir-se como uma fonte de recursos psicológicos e sociais importantes, ajustados às necessidades e experiências do idoso, nomeadamente quando as relações entre os elementos da família são positivas, disponibilizando um conjunto de recursos necessários às tarefas e objetivos nesta fase de vida.

Em relação à situação profissional, a quase totalidade dos participantes (82%) é reformado e não exerce qualquer atividade profissional e quase um terço da população (28%) exerceu profissões ligadas à agricultura e pesca aquando da sua vida de trabalho remunerado. Mais de metade da população (57%) teve alguma atividade de lazer ao longo da vida, predominantemente voltada para o exterior, como atividades desportivas, jardinagem, e atividades associativas ou voluntariado, sendo que a quase totalidade dos idosos mantêm as suas atividades de lazer.

A quase totalidade dos participantes considera que o seu ambiente mais próximo, a sua casa, tem boas condições, assegurando que tem tudo o que precisa ou as condições necessárias. A quase totalidade das habitações dispõe de recursos básicos de água canalizada, aquecimento e telefone. Muito embora os aspetos positivos da habitação, metade dos idosos considera que a sua casa tem barreiras arquitetónicas, como escadas, degraus e banheira, e cerca de um terço apresenta dificuldades de mobilidade no exterior, ou seja, em deslocar-se fora de casa, estando esta dificuldade, na maioria, associada a problemas de físicos de locomoção. Estes resultados revelam que muito embora as habitações possuam os recursos básicos de habitabilidade necessários, existem barreiras no espaço físico que dificultam a mobilidade e a funcionalidade nas atividades da vida diária, resultando na dificuldade de adaptação das pessoas mais velhas ao ambiente mais próximo.

Relativamente à **funcionalidade** nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), cerca de dois terços da população idosa (64%) apresenta indicadores de dependência moderada a severa nas atividades instrumentais da vida diária. As mulheres apresentam níveis de dependência significativamente superiores aos dos homens ( $p = 0,030$ ), resultados que coincidem com dados de outras investigações no domínio (Botelho, 2005; Murtagh & Hubert, 2004; Alexandre *et al.*, 2014; Assis *et al.*, 2014) que evidenciam que as mulheres idosas apresentam níveis mais elevados de incapacidade nas AIVD em relação aos homens, em alguns casos mantendo esta diferença independentemente de outras condições tais como nível socioeconómico e presença de doença crónica (Alexandre *et al.*, 2014). De acordo com esta fonte, o facto de as mulheres apresentarem um maior declínio funcional tem que ver com fatores associados ao seu curso de vida, tais como um menor acesso a condições e cuidados de saúde, menos hábitos de vida saudável (alimentação adequada, prática de exercício físico) em comparação com os homens.

Os idosos mais velhos, na quarta-idade, apresentam níveis de dependência funcional significativamente mais elevados do que os idosos mais jovens (3.ª idade) resultados que são igualmente corroborados por estudos que evidenciam graus de dependência nas AIVD significativamente superiores nos idosos mais velhos (Botelho, 2005; Rodrigues, 2007; Alexandre *et al.*, 2014; Assis *et al.*, 2014; Murtagh & Hubert, 2004). Quanto a este aspeto, a explicação para esta diferença reside nas alterações biológicas normativas e no declínio funcional que ocorrem de forma acentuada a partir da terceira idade, declínio este com implicações no desempenho nas atividades da vida diária do idosos mais velhos.

Analisados à luz das teorias da gerontologia ambiental (Fernández-Ballesteros & Rodríguez, 2009; Paúl, 2005) e do envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Kahana *et al.*, 1996), este resultado apontam para existência de aspetos do contexto físico próximo (a habitação) que poderão ser problemáticos. As barreiras físicas existentes no interior da casa, assinalados por cerca de 50% da amostra, poderão exercer uma pressão elevada sobre a capacidade funcional do idoso, dificultando a execução de atividades

(instrumentais) da vida diária.

Em relação ao **desempenho cognitivo**, os resultados apresentados corroboram os resultados generalizados da investigação relativamente às diferenças em termos de género, idade e nível educacional. Uma vez mais, os idosos mais jovens (terceira idade) apresentam uma pontuação média de 27,34 ( $DP = 2,83$ ) significativamente superior aos idosos mais velhos (quarta idade) que apresentam um valor médio de 24,96 ( $DP = 3,48$ ), o que vai de encontro aos resultados obtidos por Van Hooren e colaboradores (2007), Karlamangla e colaboradores (2009), Morgado e colaboradores (2009), Freitas e colaboradores (2015). Estes resultados têm por base, uma fundamentação, simultaneamente, teórica e empírica dos principais estudos sobre o funcionamento intelectual/cognitivo (BASE; Baltes & Smith, 1999), de acordo com os quais existe um declínio intelectual regular entre a terceira e quarta idade, sendo este declínio mais acentuado e generalizado (em todas as capacidades) na quarta idade. Esta alteração negativa abrupta na quarta idade está fortemente associada a processos neurobiológicos do envelhecimento do cérebro e à diminuição da plasticidade do funcionamento intelectual.

Relativamente ao desempenho cognitivo em termos de género, os resultados referem-se à média obtida no total dos grupos feminino e masculino, num dado momento de avaliação, o que nos aponta para diferenças interindividuais entre os dois grupos nesse momento, e não sobre a trajetória de desempenho/declínio cognitivo dos sujeitos ao longo do tempo em cada um dos grupos, isto é, quanto às diferenças intraindividuais. Esta questão é sugerida por Karlamangla e colaboradores (2009) que num estudo longitudinal, de 9 anos, observaram que as mulheres apresentavam valores de desempenho cognitivo superiores aos homens na primeira avaliação do estudo, mas ao longo da investigação, o declínio cognitivo aumentou mais rapidamente nas mulheres, diminuindo as diferenças entre os dois grupos de género. Uma das explicações é proposta por Ribeiro, Oliveira, Cupertino, Neri e Yassuda (2010) que referem que os níveis mais baixos de desempenho cognitivo nas mulheres poderá estar associado a uma menor estimulação cognitiva destas ao longo da vida, relacionado com um menor acesso à escolaridade, menor desenvolvimento socioeconómico, tendo como consequência uma menor preservação da capacidade cognitiva na velhice. As diferenças de género no desempenho cognitivo encontradas podem estar ainda associadas a estilos de vida, prática de exercício físico, alimentação, acesso e utilização de serviços de saúde.

As diferenças significativas encontradas no desempenho cognitivo em termos de escolaridade vêm confirmar a influência deste fator nos resultados do desempenho cognitivo nos adultos mais velhos, sendo corroborados por outros dados da investigação no domínio, salientado o *nível educacional* como um dos principais preditores do funcionamento intelectual em adultos em idade avançada (van Hooren *et al.*, 2007; Morgado *et al.*, 2009; Freitas *et al.*, 2015). Estes estudos evidenciaram que adultos com 65+ anos com grau de escolaridade médio e elevado apresentam um melhor desempenho

na maioria dos testes cognitivos relativamente aos que têm um nível de escolaridade inferior. Como apontam Hooren e colaboradores (2007), alguns argumentos para esta associação referem-se ao facto de as pessoas com níveis inferiores de educação terem uma menor capacidade de reserva cerebral e, deste modo, estarem mais predispostas para desenvolver sintomas cognitivos, sobretudo em virtude de perturbações e acidentes cerebrais como o AVC. Por outro lado, as pessoas com um nível de educação superior têm probabilidade de desenvolver estilos de vida com impacto mais favorável na saúde e qualidade de vida e, conseqüentemente na diminuição do risco de doença, o que constitui uma dimensão importante do envelhecimento bem-sucedido. Outro argumento tem que ver com o facto de a escolaridade contribuir para a estimulação mental ao longo da vida, o que preserva a função cognitiva. As pessoas que tiveram maior experiência educacional, ocupações que envolveram maior estimulação intelectual e mais contactos com pessoas com níveis mais elevados de escolaridade apresentam maior probabilidade de preservar a função cognitiva em idade mais avançada e ver reduzida a probabilidade de deterioração mental.

Resumindo, no que respeita ao funcionamento e desempenho cognitivo nas pessoas idosas, como salientam Baltes e Mayer (1999), o BASE vem demonstrar que o funcionamento e o declínio cognitivo nos mais velhos, estando associados à idade, não dependem exclusivamente desta, não sendo a idade o fator mais importante para explicar esse funcionamento e declínio.

No que se refere aos **recursos sociais**, a perceção e classificação por parte dos idosos como “bons” e “muito bons” poderá ter que ver com a qualidade e proximidade da rede social onde estão inseridos, sendo uma rede essencialmente próxima e amigável, baseada em relações significativas de confiança, cuja qualidade é percecionada como moderadamente a muito satisfatória, adequada e ampla. Por sua vez, ao nível do suporte social na rede de relações, a perceção de que há alguém que possa cuidar do idoso sempre que necessário e que pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar indefinidamente é demonstrativo da qualidade do suporte social percebido pelos idosos. É de salientar, no entanto, que as pessoas percebidas como disponíveis para cuidar são essencialmente os filhos, seguido de outros (como vizinhos, empregados ou família de acolhimento) demonstrando a qualidade "familiar" do suporte e natureza informal dos cuidadores percebidas.

O facto de as mulheres fazerem uma avaliação mais negativa dos recursos sociais, classificando-os como "totalmente insatisfatórios", em relação aos homens, que apenas classificam como "moderadamente insatisfatórios" vão ao encontro ao estudo realizado por Rodrigues (2007), que chegou a resultados semelhantes relativamente à classificação dos recursos sociais segundo o género, sendo que o pior resultado nas mulheres se deve ao facto de estas apresentarem menos contactos sociais, menor participação em atividades sociais, bem como uma menor disponibilidade de suporte em situações de viuvez. Estes resultados sustentam uma das principais ideias dos modelos de

envelhecimento bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1987; Baltes & Baltes, 1990; Kahana & Kahana, 1996), segundo o qual o envolvimento social constitui uma componente fundamental de envelhecimento bem-sucedido.

O facto de não terem sido encontradas diferenças significativas em termos de idade na classificação dos recursos sociais, no nosso estudo, é um resultado contrário ao de Rodrigues (2007), onde foram observadas diferenças, sendo que os idosos mais velhos, com 75-84 anos, apresentaram resultados mais negativos nesta classificação, isto é, apresentavam perceção mais insatisfatória dos recursos sociais. Como vimos, a idade não constitui o único fator determinante do desenvolvimento do ciclo de vida, sendo este um processo em que intervêm variáveis biopsicossociais. Uma justificação possível para este resultado no nosso estudo tem que ver com as características sociodemográficas da população em estudo, mediamente urbana, em que a rede social assume características mais familiares, mais próximas e percebidas como mais responsivas às necessidades dos idosos, diferentes da população de Rodrigues (2007), com características essencialmente urbanas.

Por sua vez, no nosso estudo, os idosos mais escolarizados avaliam os recursos sociais de forma significativamente mais positiva relativamente aos idosos menos escolarizados, o que salienta a importância desta característica na avaliação dos recursos sociais. Embora os dados de investigação neste domínio sejam escassos, podemos argumentar que uma melhor educação potencia um funcionamento social mais positivo ao proporcionar aos indivíduos um conjunto de competências e recursos psicológicos, cognitivos e relacionais que favorecem a qualidade das relações e do suporte social nas pessoas mais velhas, na comunidade.

Em relação à disponibilidade de **recursos ecológicos** (recursos sociais e de saúde), não se observaram diferenças significativas nas dimensões do funcionamento individual (funcionalidade nas AIVD, desempenho cognitivo e recursos sociais) em função da disponibilidade daqueles recursos. Se atendermos à conceção de Lerner e colaboradores (2002; Theokas & Lerner, 200) relativamente às relações pessoa-contexto, podemos entender o procedimento usado na recolha de informação apenas como uma tentativa de aceder ao impacto do meio ambiente sobre a pessoa, uma vez que uma lista de verificação só permite observar a presença ou ausência de uma determinada ocorrência e não outras características dos recursos ecológicos na sua relação com as pessoas idosas. Da informação recolhida, observa-se que a variação dos recursos ecológicos entre as seis freguesias é reduzida. Por exemplo, em termos de saúde, com a exceção de uma, todas as freguesias possuem um Centro de Saúde, ou extensão do Centro de Saúde. O mesmo acontece em termos de equipamentos gerontológicos (ex. Centro de Dia, ERPI).

Por conseguinte, em termos de implicações para próximos estudos neste domínio, parece-nos de considerar dois aspetos: (1) refinar o procedimento de recolha de informação de recursos ecológicos, considerando outras características como a utilização, a necessidade sentida de utilização e a satisfação na utilização desses recursos; (2)

aumentar a amostra de modo a permitir avançar com procedimentos estatísticos mais complexos.

Os resultados deste estudo sugerem **implicações para a intervenção gerontológica**, quer ao nível dos contextos em que as pessoas vivem, quer ao nível do funcionamento individual das pessoas idosas.

Ao nível individual é importante disponibilizar o acesso a todos os idosos a serviços de avaliação sistémica multidimensional, incluindo os domínios da saúde e social na comunidade, bem como serviços de monitorização e supervisão contínua, por forma a acompanhar as condições sociais e de saúde dos idosos, incluindo no domicílio. Seria também necessário proporcionar serviços de acordo com as necessidades individuais, ao nível das atividades na vida diária, como serviços de transporte, serviços de preparação para as atividades da vida diária, serviços domésticos, de preparação de refeições, serviços de saúde específicos (ex. enfermagem, fisioterapia, saúde mental, entre outros), bem como serviços sociais e recreativos (atividades culturais, desportivas e recreativas).

As diferenças de género observadas ao nível do funcionamento individual, com as mulheres a apresentarem resultados que traduzem uma maior desvantagem acumulada ao nível da funcionalidade nas atividades instrumentais, do desempenho cognitivo e dos recursos sociais, sugerem uma maior atenção e desenvolvimento de práticas orientadas para este grupo no que se refere ao seu processo de envelhecimento. Como referimos ao longo deste trabalho, o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida, assim a promoção do envelhecimento bem-sucedido deve igualmente ser considerada ao longo do desenvolvimento do ciclo vital. No que se refere às mulheres julgamos ser crucial a aposta no seu processo de desenvolvimento, através da otimização dos seus recursos internos e externos. Ao nível interno, é fundamental investir em práticas de prevenção da doença, nomeadamente nas condições médicas com maior incidência neste grupo de género, bem como a promoção da saúde e estilos de vida saudáveis; ao nível do funcionamento cognitivo, é importante continuar a garantir o acesso de todas as mulheres à escolaridade e à aprendizagem ao longo da vida, com ações específicas ao nível da educação e formação de adultos, bem como adotar medidas de acesso ao mercado de trabalho, numa lógica de igualdade de oportunidades e promotoras da conciliação com a vida familiar.

Ao nível do contexto externo próximo do idoso, os resultados sugerem a necessidade de intervenção nos espaços de habitação onde os idosos vivem, adequando-os às exigências normativas do envelhecimento, de modo a reduzir a exposição ao stresse, particularmente em relação à mobilidade no interior e no exterior, eliminando barreiras arquitetónicas que impedem a locomoção e dificultam a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária dos idosos, atividades estas que garantem a independência, autonomia e bem-estar do idoso em casa, onde a maioria prefere ficar na última fase da vida. Estas ações podem ser considerados e desenvolvidas no âmbito de projetos de desenvolvimento municipal, nas vertentes da requalificação de espaços

públicos e habitacionais, numa lógica de promoção de espaços amigos do envelhecimento.

Relativamente às pessoas com níveis severos de dependência, seria importante providenciar serviços mais regulares de monitorização e supervisão sistemática no domicílio, disponibilizando cuidadores formais permanentes quando necessário.

As atividades instrumentais na vida diária (AIVD) referem-se a comportamentos mais complexos para garantir a independência do organismo no dia-a-dia em casa, exigindo níveis superiores de funcionamento neurológico (Lawton & Brody, 1969) relativamente às atividades básicas (ABVD). As dificuldades associadas ao declínio funcional e as condições socioeducacionais mais desfavoráveis, exigem medidas acrescidas de preparação (antecipada) dos idosos para as atividades instrumentais da vida diária através de formação e treino específicos, promovendo, desta forma a vida independente.

Em conclusão gostaríamos de salientar a relevância dos resultados obtidos nesta investigação para as práticas e políticas no âmbito local, tendo em vista a promoção do envelhecimento bem-sucedido junto da população idosa a residir em casa/comunidade. Desde logo, a relevância dos fatores sociodemográficos (que se afiguram como indicadores de tendência marcantes do desenvolvimento do idoso), que, corroborando os dados de outros estudos, apontam no sentido de serem as mulheres, mais velhas (na quarta idade), menos escolarizadas, e mais isoladas socialmente, que, apresentando resultados mais negativos nas dimensões do funcionamento individual, constituem o alvo principal da intervenção, pretendendo-se que esta seja direcionada e ajustada às características e necessidades específicas do envelhecimento nesta franja da população idosa. Por outro lado, as características socioeconómicas da população idosa no território com características *mediamente urbanas* analisado, no que se refere aos espaços físicos - habitação, em que os idosos residem, bem como as necessidades de readaptação/requalificação às necessidades funcionais e psicológicas específicas do envelhecimento, constituem igualmente matéria para a definição de políticas sociais locais na área da gerontologia.

Esperamos que os resultados desta investigação contribuam para um novo olhar e (re)pensar o processo de desenvolvimento e envelhecimento humano em territórios específicos, e para melhorar as práticas e a implementação efetiva de políticas de promoção do envelhecimento bem-sucedido ao longo da vida, na garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos idosos à segurança, à saúde, à participação e à aprendizagem ao longo da vida, bem como no assumir de responsabilidades políticas, nomeadamente locais na facilitação de recursos necessários ao desenvolvimento e envelhecimento com dignidade, igualdade de oportunidades entre gerações e efetiva justiça social.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, T. & Botelho, A. (2015). *Vulnerabilidade em Pessoas Idosas residentes na comunidade. Estudo exploratório em utentes da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Alexandre, T., Corona, L., Nunes, D., Santos, J., Duarte, Y. & Lebrão, M. (2014). Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 2, 431-437.
- Amaral, F., Guerra, R., Nascimento, A., & Maciel, A. (2013). Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 6, 1835-1846.
- Antonucci, T., Akiyama, H., & Sherman, A. (2007). Social Network, Support and Integration. In J. Birren (Ed.) *Encyclopedia of Gerontology*, Second Edition (pp. 531- 540). CA (USA): Academic Press.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Atas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
- Assis, V., Marta, S., De Conti, M., Gatti, M., & Simeão, S. (2014). Capacidade funcional de idosos na Estratégia de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17, 1, 153-163.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span development psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. (1997). The incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol*, 53, 366-380.
- Baltes, M., & Lang, F. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12, 3, 433-443.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the behavioural Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Schaie, K. (1974). The myths of the twilight years. *Psychology Today*, 40, 35-38.
- Baltes, P. & Schaie, K. (1976). On the Plasticity of Intelligence in Adulthood and Old Age. *American Psychologist*, 31, 720-725.

- Baltes, P. & Smith, J. (1999). Trends and Profiles of Psychological Functioning in Very Old Age. In P. Baltes e K. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study. Aging form 70 to 100* (pp. 197-226). Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, 123-135.
- Baltes, P. & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From Developmental Contextualism to Developmental Bicultural Co-constructivism. *Research in Human Development*, 1, 123-144.
- Baltes, P., Lindenberger, U., & Staudinger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annu. Rev. Psychol.*, 50, 471-507.
- Bastos, A., Faria, C., Moreira, E., & Melo de Carvalho, J. (2013). Protocolo de Avaliação Gerontológica Multidimensional de Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População. ANCEP\_GeroSOC\_R. Viana do Castelo: LabGeroSoC - Escola Superior de Educação, IPVC.
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida? *EXEDRA-Revista científica da ESEC*, 11- 28.
- Bastos, A., Faria, C., Moreira, E., Morais, D., Melo de Carvalho, J., & Paúl, C. (2015). The importance of neighbourhood ecological assets in community dwelling old people aging outcomes: A study in Northern Portugal. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, Article 156.
- Bath, P. & Gardiner, A. (2005). Social engagement and health and social care use and medication use among older people. *European Journal of Aging*, 2, 56-64.
- Botelho, A. (1999). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in Developmental Perspective: Theoretical and operational models. In S. Friedman & T. Wachs (Eds.), *Measuring environments acrossing the life span. Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washington DC: American Psychological Association.
- Brown, C., Gibbons, L., Kenninson, R., Robitaille, A., Lindwall, M., Mitchell, M., Shirk, S., Atri, A., Cimino, C., Benitez, A., MacDonald, S., Zelinski, E., Willis, Schaie, K., Johansson, B., Dixon, B., Mungas, D., Hofer, S. & Piccinin, S. (2012). Social Activity and Cognitive Functioning Over Time: A Coordinated Analysis of Four Longitudinal Studies, *Journal of Aging Resources*, 2012, 1-12. DOI: 10.1155/2012/287438.

- Calenti, J. (2006). Gerontología y Geriatria. In J. C. Calenti, *Principios de Geriatria y Gerontología* (pp.3-20). S.A. Mcgraw-Hill: Interamericana de España.
- Carp. F. (1987). Environment and Aging. In D. Stockols e I. Altman (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology* (pp. 329-360). New York: Wiley.
- Cho, J., Martin, P., & Poon, L. (2014). Successful Aging and Subjective Well-Being Among Oldest-Old Adults, *The Gerontologist*, 55, 1, 132-143.
- Conselho Local de Ação Social (2013). Relatório de Diagnóstico Social de Viana do Castelo. Núcleo Executivo do CLAS da Câmara Municipal de Viana do Castelo.
- Costa, E., Nakatani, A. & Bachion, M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm*, 19, 1, 35-43. doi:10.1590/S0103- 21002006000100007
- Deliberação n.º 2717/2009, DR 188, SÉRIE II de 2009-09-28 - 8.ª (2008) deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística relativa à tipologia de áreas urbanas
- Ejechi, E. (2013). The Association between Social Network, Socio-demographic Variables and Cognitive Functions of a Nigerian Sample of Elderly People, *Ife Psychologia*, 21, 2, 213-.
- Fernández-Ballesteros, R. (1983). Evaluación del caso ambiental. *Estudios Territoriales*, 11-12, 145-167.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009a). *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Colección Psicología: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009b). Gerontología social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp.31-54). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros & Rodriguez, J. (2009). Ambiente e Vejez. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp.251-264). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Garcia, L., Abarca, D., Blanc, E., Efklides, A., Moraitou, D., Kornfeld, R., Lerma, A., Mendoza-Numéz, V., Mendoza-Ruvalcaba, N., Orosa, T., Paúl, C., & Patricia, S. (2010). The concept of "ageing well" in ten Latin American and European countries. *Aging & Society*, 30, 41-56.
- Fernández-Carro, C. (2013). *Aging in Place in Europe: A multidimensional approach to independent living in later life*. PhD Thesis Doctoral Programme in Demography. Center d'Estudios Domogràfics. Departament de Geografia Universitat Autònoma de Barcelona.
- Fillenbaum, G. & Smyer, M. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 10, 4, 428-434.
- Folstein, F., Folstein, E. & McHugh, R. (1975). "Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, A. (2005). A ação e o controlo pessoal sobre o desenvolvimento na idade adulta e na velhice. In A. Fonseca (Ed.), *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento* (pp. 187-

- 204). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2005). Perspetivas Desenvolvimentais. In A. Fonseca (Ed.), *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento* (pp. 117-136). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 277-289.
- Freitas, S., Simões, M., Alves, L., & Santana, I. (2015). The Relevance of Sociodemographic and Health Variables on MMSE Normative Data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 0, 1-9.
- Giles, L., Anstey, K., Walker, R. & Luszcz, M. (2012). Social Networks and Memory over 15 Years of Follow-up in a Cohort of Older Australians: Results from the Australian Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Aging Research*, 1-7. doi:10.1155/2012/856048.
- Green, A., Rebok, G. & Lyketsos, C. (2008). Influence of social network characteristics on cognition and functional status with aging. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 9, 972 –978.
- Guerreiro, M. Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1994, 1-9.
- Hooyman, N. & Kiyak, H. (2011). What is Aging? In N. R. Hooyman & H. A. Kiyak (Eds.), *Social Gerontology. A Multidisciplinary Perspective* (pp.5-7). Boston: Pearson.
- Housman, J. e Dorman, S. (2005). The Alameda County Study: A Systematic, Chronological Review. *American Journal of Health Education*, 36, 5, 302-308.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). População residente, segundo a dimensão dos lugares e sexo e população isolada, embarcada e corpo diplomático por grupo etário do concelho e freguesias de Viana do Castelo da população com 65 e mais anos. INE, Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). Censo 2001 - Resultados Definitivos. INE, Lisboa.
- 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. 18–40). New York: Springer.
- Kahana, E. & Kahana, B. (2003). Contextualizing successful aging: New directions in age- old search. In R. Settersten, Jr. (Ed.), *Invitation to the Life Course: A New Look to the Old Age* (pp. 225-255). Amityville, NY: Baywood 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., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 1-14, iFirst.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechener, C. (2005). Successful age in the face of chronic disease. In M. Winkle, P. Whitehouse & D. Morris (Eds.), *Successful Aging Through the Life Span* (pp. 101-

129). NY: Springer.

- Karlamangla, A., Miller-Martinez, D., Aneshensel, C., Seeman, T., Wight, R., & Chodosh, J. (2009). Trajectories of Cognitive Function in Late Life in the United States: Demographic and Socioeconomic Predictors. *American Journal of Epidemiology*, 170, 3, 331-342.
- Katz, S. Ford, A. e Moskowitz, R., Jackson, B. e Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 21; 12, 914-919.
- Katz, s. & calasanti, t. (2015). Critical perspectives on successful aging: does it “appeal More Than It Illuminates”? *Gerontologist*, 55(1), 26–33.
- Lang, F., Rieckmann, N., & Baltes, M. (2002). Adapting to Aging Losses: Do Resources Facilitate Strategies of Selection, Compensation and Optimization in Everyday Functioning? *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 57B, 6, 501-509.
- Lawton, M. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 13, 349-357.
- Lawton, M. (1986). *Environment and Aging*. Nueva York: Center for Study of Aging.
- Lawton, M. & Brody, M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lerner, R. M. (2002). *Concepts and Theories of Human Development, 3rd Ed.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lima, P. & Bastos, M. (2017). *Check-List de Recursos Ecológicos*. Escola Superior de Educação do IPVC. Viana do Castelo.
- Litwin, H. (2007). What really matters in the social network - mortality association? A multivariate examination among older Jewish-Israelis. *European Journal of Aging*, 4, 71-82.
- Litwin, H. & Stoeckel, K. (2013). Social network and mobility improvement among older Europeans: the ambiguous role of family ties. *European Journal of Ageing*, 10, 159–169.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B. Kahana, E., Willcox, J., Willcox, D., & Poon, L. (2015). Special Issue: Successful Aging. Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *The Gerontologist*, 55, 1, 14 –25.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Masoro, E. (2001). ‘Successful aging’: Useful or misleading concept? *The Gerontologist*, 41, 415–418.
- Mayer, K. Baltes, M. Borchelt, M., Delius, J., Hemchen, H., Linden, M. Smith, J. Staudinger, U., Steinhagem-Tiessen & Warner, M. (1999). What do we know about old age? Conclusions from the Berlin Aging Study. In P. Baltes & K. Mayer (Eds.), *The Berlin*

- Age Study aging from 70 to 100* (pp.475-519). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mendes de Leon, C. (2005). Social engagement and successful aging. *European Journal of Aging, 2*, 64-66.
- Mendes de Leon, C., Glass, T., & Berkman, L. (2003). Social Engagement and Disability in Community Population of Older Adults. *American Journal of Epidemiology, 157, 7*, 633-642.
- Moos, R. (1976). Conceptualizations of human environments. In R. Moos (Ed.), *The Human Context: Environmental determinants of behaviour* (pp.3-35). New York, John Wiley & Sons.
- Moos, R. & Lemke, S. (1984). *Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP)*. Standford, CA: University Medical Centre.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination, *Sinapse, 9, 2*, 10-16.
- Murtagh, K. & Hubert, H. (2004). Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *Am. J. Public Health, 94*, 1406–1411. doi: 10.2105/AJPH.94.8.1406
- Nakatani, A., Silva, L., Bachion, M. & Nunes, D. (2009). Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 11, 1*, 144 – 150.
- Nunes, D., Nakatani, A. Silveira, E. Bachion, M., & Souza, M. (2010). Capacidade funcional, condições socioeconómicas e de saúde de idosos atendidos por equipas de Saúde da Família de Goiânia. *Ciência Saúde Coletiva, 15, 6*, 2887 –2898. doi: 10.1590/S1413-81232010000600026
- Organização Mundial da Saúde (2004). *CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Tradução e revisão Amélia Leitão. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil).
- Organização das Nações Unidas (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. Naciones Unidas: Nueva York.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica, 2-3, XII*, 333-339.
- Paúl, C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento e ambiente. In L. Sockza (Ed.), *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



- Paúl, C. (2012). Tendências Atuais e Desenvolvimentos Futuros da Gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord), *Manual de Gerontologia: Aspetos Biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., Fonseca, A., Cruz, F., & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia, Teoria Investigação e Prática*, 2, 415-426.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-10.
- Riediger, M., Li, S., & Lindenberger, U. (2006). Selection, Optimization and Compensation as Developmental Mechanism of Adaptive Resource Allocation: Review and Preview. James E. Birren & K. Warner Schaie (Eds.). *Handbook of Psychology of Aging* (pp. 289-313). Amsterdam: Elsevier.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, XVII, 547-558.
- Ribeiro, P., Oliveira, B., Cupertino, A., Neria, A., & Yassuda, M. (2010). Desempenho de Idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com Variáveis Sociodemográficas e Saúde Percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 1, 102-109.
- Rodrigues, M. E. (2012). *A multidimensionalidade do envelhecimento em lugares específicos: Um estudo no município de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Rodrigues, R. M. C. (1999). *Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Rodrigues, R., Azeredo, Z., Mendes, I., Crespo, S., Cristiana, S. & Silva, F. (2006). *Os muito idosos do concelho de Coimbra: Avaliação da funcionalidade na área de saúde física*. Universidade Nova de Lisboa: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34, 2, 163-172.
- Rodrigues, R., Silva, C., Loureiro, L., Silva, S., Crespo, S. & Azeredo, Z. (2016). Os muito idosos. Avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 5, 65-71.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human Aging: Usual and Successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*. Vol. 37, Nº.4, 433-440.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1998). *Successful Aging*. NY: Random House Large Print in association with Pantheon Books.
- Rowland, D. (2009). Global population aging: History and Prospects. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp.37-65). Texas: Springer.
- Rubinstein, R. & Medeiros, K. (2015). "Successful aging," Gerontological Theory and Neoliberalism: A Qualitative Critique. *The Gerontologist*, 55 (1), 34 – 42.

- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGrawHill.
- Santos, K., Koszuoski, R., Dias-da-Costa, J. & Pattussi, M. (2007). Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 23, 2781–2788. doi: 10.1590/S0102- 311X2007001100025.
- Schaie, K. (1996). *Intellectual Development in Adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. USA: Cambridge University Press.
- Schaie, K. & Willis, S. (2003). Desarrollo Intelectual. In K. Schaie e S. Willis, *Psicología de la edad adulta y la vejez* (pp.361-406). Madrid: Pearson cop..
- Scheidt, R. & Windley, P. (2006). Environmental Gerontology: Progress in the pós-Lawton era. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Psychology of Aging*, 6thEdn (pp. 105-128). Amsterdam: Elsevier.
- Schneider, R., Marcolin, D. & Dalacorte, R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica, Porto Alegre*, 18, 1, 4 –9.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Simões, M. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *RIDEP*, 34, 1, 9-33.
- The Gerontological Society of America (2015). Successful Aging: Contentious Past, Productive Future. *The Gerontologist*, 55, 1, 1-4.
- Theokas, C. & Lerner, R. (2006). Observed ecological assets in families, schools and neighbourhoods: conceptualization, measurement and relations with positive and negative developmental outcomes. *Appl. Dev. Sci.* 10, 61–74.
- Thomas, P. (2011). Gender, social engagement and limitations in late life. *Social Science & Medicine*, 73, 1428-1435.
- Van Hooren, S., Valentijn, A., Bosma, H., Ponds, R., van Boxtel, M., & Jolles, J. (2007). Cognitive Functioning in Healthy Older Adults Aged 64-81: A Cohort Study into the Effects of Age, Sex, and Education. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 14, 40- 54.
- Wahl, H. & Iwarsson, S. (2007). Person-Environment Relations. In R. Fernández- Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. European Perspectives for an Aging World* (pp. 49-66). Gottingen: Hogrefe.
- Wahl, H. (2001). Environmental influences on aging and behaviour. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Psychology of Aging 5th Edition*. (pp. 215-237). San Diego: Academic Press.
- Wahl, H. & Oswald, F. (2010). Environment Perspectives on Ageing. In D. Dannefer & C. Philipson (Eds.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp.110-124). London: SAGE.
- Wahl, H., Iwarsson, S., Oswald, F. (2012). Aging well and the Environment: Toward an Integrative Model and Research Agenda for the Future. *The Gerontologist*, 0, 0, 1- 11.

Zunzunegui, M. V., Rodriguez-Laso, A., Otero, A., Pluyijm, S. M. F., Nikula, S., Blumstein, J., Jylhã, M., Minucuci, N. & Deeg, D. (2005). Disabilities and social ties: comparative findings of the CLESA study. *European Journal of Aging*, 2, 40-48.