



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Carolina César Rosa de Meneses Martins

ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E RECURSOS ECOLÓGICOS:  
UM ESTUDO DE BASE COMUNITÁRIA NO NÚCLEO URBANO DE ANGRA DO  
HEROÍSMO (AÇORES)

Curso de Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efectuado sob a orientação da

Professora Doutora Alice Bastos

Investigação realizada no âmbito do Laboratório de Gerontologia Social Aplicada (LABGeroSOC), com o apoio da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. (UNIFAI).

Setembro de 2012



## RESUMO

Com o aumento da população idosa, o estudo do envelhecimento bem-sucedido tem vindo a ganhar cada vez mais importância. A Gerontologia Social, enquanto ciência multidisciplinar, interessa-se particularmente pelo estudo dos aspectos biopsicossociais do processo de envelhecimento, sendo que a Gerontologia Ambiental centra o seu âmbito de estudo na relação dinâmica que se estabelece entre a pessoa e o ambiente. Nesta linha, faz sentido considerar o conceito de envelhecer no seu próprio local e analisar o modo como se envelhece em lugares específicos. E daí a relevância dos recursos ecológicos (“ecological assets”). Assim, este estudo tem por objectivos: (a) caracterizar a população idosa do núcleo urbano do concelho de Angra do Heroísmo em termos de funcionalidade, cognição e redes sociais/relacionais; (b) proceder à identificação de recursos ecológicos e (c) analisar as relações entre capacidades do indivíduo, qualidade dos recursos ecológicos e satisfação com a vida.

Em termos metodológicos, foram entrevistadas 105 pessoas idosas (65 ou mais), cerca de 5% da população idosa do núcleo urbano do concelho de Angra do Heroísmo, maioritariamente do género feminino (65,7%), casada (53,3%), com uma média de 5 anos de escolaridade, maioritariamente reformada não activa (92,4%), com profissões diversificadas. Foram excluídos deste estudo as pessoas idosas institucionalizadas em Lares e outros equipamentos de rectaguarda à velhice. Os instrumentos de recolha de dados utilizados envolveram, a nível individual, o protocolo ANCEP\_GeroSOC (Bastos, Faria, Moreira, Melo de Carvalho, Paúl & Silva, 2010) e, a nível de freguesia, a Checklist de Recursos Ecológicos (Moreira, Martins, Escrivães & Bastos, 2012).

A maioria dos participantes participa em actividades/passatempos (73,3%), tanto no interior como exterior da casa. De acordo com o Índice de Barthel (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Sequeira, 2007) os participantes são maioritariamente independentes (80%) para as ABVD e moderadamente dependentes para as AIVD (64,8%) (Lawton & Brody, 1969 versão portuguesa Sequeira, 2007). Em termos de capacidade mental (MMSE, Folstein, Folstein & McHugh, 1975 versão portuguesa Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009) observou-se que, a maioria dos participantes não apresenta défice cognitivo (62,5%). A análise dos recursos sociais (OARS-PT, Fillenbaum & Smyer, 1981 versão portuguesa Rodrigues, 2008) permitiu observar que, em geral, as pessoas idosas têm, em média, bons recursos sociais e sentem-se satisfeitas com a vida ( $M=3,0$ ;  $dp=0,59$ ) e com as condições da casa (93,3%). Também apresentavam uma boa rede relacional, uma vez que a maioria tinha uma relação próxima e amigável com a vizinhança (95,2%), com os familiares e amigos (96,2%).

A análise de resultados demonstra que o núcleo urbano de Angra do Heroísmo beneficia de um conjunto alargado de serviços e instituições a nível de recursos sociais, de saúde, de educação/formação e de lazer, bem como transporte e comércio. Concluindo, este estudo apresenta um conjunto de indicadores que podem ser utilizados como ponto de partida para uma intervenção gerontológica, orientada para a manutenção do equilíbrio entre capacidades da pessoa-em-envelhecimento e as condições do ambiente físico e social/relacional.

**Palavras-chave:** Envelhecimento Bem-Sucedido; Recursos Ecológicos; Funcionalidade; Cognição; Gerontologia Social.

Setembro de 2012



## ABSTRACT

The study of successful aging has gained an important role due to the increasing elderly population. The multidisciplinary science Social Gerontology is particularly interested in the study of the biopsychosocial aspects of the individuals, and the Environmental Gerontology focuses on the study of the dynamic connection between the elderly and the environment. This way, we shall concern the concept of aging-in-place and analyze the way people age in specific places. This stresses the significance of the ecological assets. This study aimed to: a) characterize the elderly population of urban centre of Angra do Heroísmo regarding their functionality, cognition and social network, b) identify ecological assets and c) analyze the associations between individual capacities, quality of ecological assets and satisfaction with life.

A sample of 105 elderly (ages 65 to 90) representing 5% of the elderly population (65 and over) in the urban centre of Angra do Heroísmo were interviewed. The participants in the study were mainly female (65.7%), married (53.3%), with an average of a 5 year education, mostly non-working pensioners (92.4%) with different professions. Institutionalized individuals were excluded from this study. At an individual level, data was collected using the ANCEP\_GeroSOC protocol (Bastos, Faria, Moreira, Melo de Carvalho, Paúl & Silva, 2010); and at parish level, we used the CheckList of Ecological Resources (Moreira, Martins, Escrivães & Bastos, 2012).

Most of the participants had hobbies (73.3%), both in their homes or outside. According to Barthel Index (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; portuguese version Sequeira, 2007), the participants are characterized as independent (80%) in the basic activities of daily living and moderately dependent (64.8%) to in the instrumental activities of daily living (Lawton & Brody, 1969 Portuguese version Sequeira, 2007) respectively. Regarding cognition (MMSE, Folstein, Folstein & McHugh, 1975, Portuguese version Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009) was observed that most participants showed no cognitive impairment (62.5%). The analysis of social resources (OARS-PT, Fillenbaum & Smyer, 1981 Portuguese version Rodrigues, 2008) verified that the elderly have, generally, good social resources and are satisfied with their life ( $M = 3.0$ ,  $SD = 0.59$ ) and with the conditions of their home (93.3%). These elderly also had a daily routine and a good social network, since most of them had a close and friendly relationship with the neighborhood (95.2%) and with family and friends (96.2%).

The result analysis showed that the urban centre of Angra do Heroísmo benefits from several services and institutions included in social resources, health, education and leisure, as well as diverse transportation and commerce/business/trade shops. In conclusion, this study presents a set of indicators that can be used as a starting point for a gerontological intervention aimed to the maintenance of the balance between the capacities of the aging person and the conditions of the physical and social environments.

**Keywords:** Successful Aging; Ecological Assets; Functionality; Cognition; Social Gerontology.

September, 2012



## ÍNDICE GERAL

Resumo .....	III
Abstract .....	V
Índice de Tabelas .....	IX
Índice de Figuras .....	XI
Introdução .....	15
CAPÍTULO I	
Revisão da Literatura .....	27
1. O envelhecimento na perspectiva do ciclo de vida .....	29
2. O envelhecimento como processo Bio-Psico-Social .....	37
2.1. Funcionalidade na vida diária .....	38
2.2. Mudanças no funcionamento cognitivo com a idade .....	40
2.3. Redes Relacionais e recursos sociais .....	46
3. Envelhecer no próprio local, vinculação ao lugar e recursos ecológicos .....	54
4. Objectivos do estudo .....	63
CAPÍTULO II	
Métodos .....	67
1. Participantes .....	67
2. Instrumentos de recolha de dados .....	68
3. Procedimentos de recolha de dados .....	72
4. Estratégias de análise de dados .....	73
CAPÍTULO III	
Resultados .....	77
1. Contextos de Vida: o território sob investigação e os recursos ecológicos .....	77
2. Inquérito à população .....	81

2.1 Características sociodemográficas .....	81
2.2 Avaliação individual: funcionalidade, funcionamento cognitivo e recursos sociais .....	89
2.2.1 Funcionalidade .....	89
2.2.2 Funcionamento Cognitivo .....	92
2.2.3 Recursos Sociais .....	94
2.3 Relações entre variáveis de avaliação individual .....	97
Discussão e Conclusão .....	101
Referências Bibliográficas .....	109
ANEXOS .....	
Anexo I – Consentimento Informado .....	CXXI
Anexo II – CheckList dos Recursos Ecológicos .....	CXXV
Anexo III – Caracterização da população de Angra do Heroísmo .....	CXXXI
Anexo IV – Características sociodemográficas dos participantes por freguesia .	CXXXV
Anexo V – Descrição dos resultados relativos à funcionalidade e funcionamento cognitivo por freguesia .....	CXLI



## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 -	População residente em Angra do Heroísmo com 65 ou mais anos, distribuída por grupo de género (INE, 2012) e cálculo amostral de 5% .....	67
TABELA 2 -	Recursos sociais existentes nas freguesias .....	78
TABELA 3 -	Recursos de saúde existentes nas freguesias .....	78
TABELA 4 -	Recursos de educação/formação existentes nas freguesias .....	79
TABELA 5 -	Recursos de lazer existentes nas freguesias .....	80
TABELA 6 -	Características sociodemográficas dos participantes .....	82
TABELA 7 -	Passatempos dos participantes .....	83
TABELA 8 -	Condições da casa .....	85
TABELA 9 -	Actividades no exterior de casa .....	86
TABELA 10 -	Locais de apoio existentes e necessários .....	87
TABELA 11 -	Satisfação geral com a vida e necessidades para envelhecer em casa .....	88
TABELA 12 -	Funcionalidade para as atividades básicas (ABVD) e instrumentais (AIVD) da vida diária .....	89
TABELA 13 -	Funcionamento Cognitivo (MMSE) .....	92
TABELA 14 -	Recursos sociais referentes ao questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos (OARS-PT) .....	95
TABELA 15 -	Avaliação dos recursos sociais pelo entrevistador e classificação final (OARS-PT) .....	96
TABELA 16 -	Correlação entre funcionalidade, funcionamento cognitivo, idade e escolaridade .....	98



## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distribuição dos resultados no Índice de Barthel, por graus de dependência para as ABVD .....	90
FIGURA 2 - Distribuição dos resultados na Escala de Lawton, por graus de dependência para as AIVD .....	90
FIGURA 3 - Representação gráfica da distribuição do índice de Barthel entre o grupo e 65-79 e 80 ou mais anos .....	91
FIGURA 4 - Representação gráfica da distribuição do índice de Lawton entre o grupo e 65-79 e 80 ou mais anos .....	92
FIGURA 5 - Distribuição dos resultados no MMSE, por grupos com e sem défice cognitivo .....	93
FIGURA 6 - Distribuição dos resultados no MMSE, por grupo de género e grupo etário .....	93













## INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é compreendido como um processo biopsicossocial. No estudo deste processo, é possível identificar diversas perspectivas teóricas, das quais se destacam as contribuições para o *Envelhecimento bem-sucedido* (EBS) decorrentes de alguns dos trabalhos americanos (Rowe & Kahn, 1987, 1998) e europeus (Baltes, 1990, 1997, 2000, 2006) de referência neste domínio.

Ao longo da história, assiste-se a esforços da Ciência para melhorar a condição humana. A velhice não é excepção. Na Gerontologia, desde os anos 60, os investigadores têm feito esforços para otimizar a *“good life and optimal aging”* (Baltes, 2000, p. 23). Baltes explica o EBS com recurso ao modelo de *Optimização Selectiva com Compensação* (SOC; Baltes, 1987, 1990, 1997, 2006). Claramente o SOC reflecte a concepção de Baltes relativamente à natureza do ciclo de vida, os constrangimentos biológicos e sociais do envelhecimento, e os mecanismos e factores que operam na selecção, optimização e compensação para orquestrar uma *vida efectiva e boa* (“effective and good life”), como se pode observar na autobiografia reflexiva de Baltes (2000, p. 23). A *optimização selectiva com compensação* é uma teoria geral do desenvolvimento que pode ser aplicada a vários níveis de análise, incluindo o envelhecimento psicológico. Para cada um dos principais objectivos do desenvolvimento (crescimento, manutenção e gestão das perdas), é importante seleccionar objectivos, otimizar meios para atingir objectivos e compensar quando os meios existentes para alcançar objectivos desaparecem. No entender de Baltes (2000), o SOC é um compromisso com a optimização, articulando *estratégias de gestão da vida* (“life-management strategies”) que levam à maximização de ganhos e à minimização de perdas, à medida que as pessoas se desenvolvem e envelhecem.

A ideia de EBS aparece noutras obras de relevo ligadas à Saúde, como é o caso da obra de referência neste domínio publicada por dois académicos americanos de relevo ligados à The MacArthur Foundation (Rowe & Kahn, 1987, 1998). Simplesmente, a visão destes especialistas acerca do processo de envelhecimento é substancialmente distinta da de Baltes. Segundo Rowe e Kahn (1998), o EBS apresenta uma estrutura triádica: (1)

evitar a doença, (2) manter elevado funcionamento cognitivo e físico e (3) envolvimento com a vida. No entender dos autores supracitados, muitas pessoas quando questionadas para definir o EBS e o envelhecimento mal-sucedido, relacionam-no com doença e saúde. Durante muitos anos, os gerontólogos estavam preocupados com esta questão, como as pessoas distinguem entre estado patológico e estado sem patologia. O envelhecimento contém a ausência de doença clínica identificável ou incapacidade. Certamente, a liberdade de doença ou incapacidade é um importante componente do EBS. Mas a ausência de doença não chega.

O EBS pode ser entendido como a capacidade para manter três comportamentos ou características: (a) baixo risco de doença ou incapacidade relacionada com doença, (b) elevada função mental e física; (c) envolvimento activo com a vida. A ausência de doença e incapacidade torna mais fácil manter a função física e mental. A manutenção da função física e mental permite um envolvimento activo com a vida. Além disso, estes três componentes do EBS são eles próprios uma combinação de factores. Evitar a doença e incapacidade refere não só a ausência ou presença de doença mas também a ausência ou presença de factores de risco de doença ou incapacidade. Manter um elevado nível de funcionamento requer capacidades físicas e mentais, as quais são substancialmente independentes. Muitos idosos, por muitas razões, fazem muito menos do que seriam idealmente capazes de fazer. O EBS ultrapassa o potencial e envolve actividade, ou seja, “envolvimento com a vida”. O envolvimento activo com a vida toma várias formas, mas o EBS é mais concentrado em dois: relações com os outros e o comportamento produtivo.

Nas sociedades actuais parece haver uma negação da idade e daí a questão da idade associada ao envelhecimento. Cada vez mais mulheres e homens são persuadidos pelas indústrias de cosméticos a usar produtos/cosméticos para disfarçar as marcas do envelhecimento. No entanto, a visão do EBS não se faz na busca de imortalidade ou da fonte da juventude, mas sim no sentido do “*aging well*” (Rowe & Kahn, 1998, p. 49). Por conseguinte, para envelhecer bem, recomenda-se: (a) minimizar os riscos de doença e incapacidade ao longo da vida; (b) diminuição gradual da capacidade de reserva física e maximização da performance e; (c) o envolvimento com a vida. Minimizar os riscos de doença e incapacidade é importante ao longo da vida, mas alguns riscos mudam com a

idade e portanto devem construir-se os meios para reduzi-los. Logo, a prevenção e evitação têm sido cada vez mais importantes. A diminuição gradual da capacidade de reserva física (plasticidade) e maximização da performance não estão só relacionados com a idade, são também determinados pela idade. No entanto, são necessárias algumas adaptações. A manutenção da função cognitiva depende em parte do bem-estar físico, requer o uso contínuo da mente, e o envolvimento com actividades cognitivas complexas. O problema de muitos idosos é que estão reformados e isso afasta-os da estimulação social e mental, assim, a solução é descobrirem alternativas. Por fim, o envolvimento com a vida toma duas formas: (1) manutenção das relações com pessoas idosas e (2) realização de actividades produtivas. Na vida adulta, o emprego fornece estes aspectos, embora, às vezes, imperfeitamente. O facto de ganhar dinheiro dá a muitas pessoas o sentido de contribuições de produtividade, uma vez que o emprego é também uma actividade social, muitos deles com amigos no trabalho. A sociedade não faz bem a transição vida activa-reforma, logo a pessoa idosa é que tem de encontrar recursos para conseguir um EBS.

Fernández-Ballesteros (2009), na sua revisão recente no domínio, refere os vários termos para designar as perspectivas positivas do envelhecimento. De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), na evolução histórica do conceito de EBS é possível assinalar três períodos: (a) nos anos 70, através da investigação centrada nas mudanças biopsicossociais associadas à idade, (b) nos anos 80, surgiu o próprio conceito de EBS e desenvolveram-se algumas definições, preditores do processo de envelhecimento e (c) dos anos 90 à actualidade, desenvolveram-se estudos longitudinais sobre o EBS. Este conceito, apesar da falta de consenso na sua definição, é sinónimo de envelhecimento óptimo, produtivo e saudável.

Do ponto de vista da investigação é possível identificar um conjunto de estudos acerca do EBS. Doyle, McKee e Sherriff (2010), procuraram desenvolver um modelo de EBS na população britânica, combinando elementos subjectivos e objectivos. A amostra contou com 15000 indivíduos com 50 ou mais anos a residir em Inglaterra, sendo 50% da amostra recrutados do Health and Lifestyle Surveys (HALS) (*follow up* >7 anos) e os restantes 50% do English Longitudinal Survey of Ageing (ELSA) (*follow up* >2 anos). Os

investigadores analisaram as relações entre risco de doença, funcionamento e envolvimento com a sociedade, assim como a confiança e envolvimento contínuo. Os resultados confirmam a importância da resiliência pessoal e o envolvimento contínuo em actividades físicas e sociais. O envolvimento com a vida parece ser a norma para envelhecer bem.

Depp e Jeste (2009), face à ausência de uma definição consensual de EBS, procederam a uma revisão sistemática da literatura em língua inglesa, relatórios de investigação e bases de dados de adultos com 60 ou mais anos de idade, que incluíam uma definição operacional de EBS. Os autores identificaram 28 estudos com 29 definições diferentes que iam de encontro aos critérios estabelecidos para análise designadamente, as componentes das definições e variáveis independentes analisadas em relação ao EBS (género, escolaridade e contactos sociais). Concluiu-se então que, apesar da variabilidade na definição de conceito, cerca de um terço das pessoas idosas eram classificadas como estando a envelhecer bem. A maioria das definições baseava-se na ausência de incapacidade com a menor inclusão das variáveis psicossociais.

Outro modo de encarar o envelhecimento é concebê-lo dentro do espaço e tempo em que ocorre. Neste sentido, tomando em consideração os contributos da Gerontologia Ambiental é possível estabelecer um quadro de referência para o processo de *envelhecer no seu próprio local* (“aging-in-place”, Paúl, 2005, p. 248), ou dito de outra maneira, envelhecer em casa, mantendo as redes de relações construídas ao longo do tempo.

No que diz respeito às relações entre pessoa-ambiente, no entender de Paúl (2005), actualmente assiste-se a um conjunto de transformações aceleradas no meio ambiente físico e social/relacional que fazem com que as pessoas idosas percam parte do que está na base da sua identidade pessoal. No que diz respeito ao domínio social/relacional, observam-se alterações na relação entre as pessoas, em particular, na estrutura familiar e nas relações de vizinhança. A transacção com o meio ambiente é necessariamente dinâmica e, neste contexto, o processo de envelhecimento pode tornar-se difícil. Por conseguinte, às alterações normativas-associadas-à-idade acrescem muitas

vezes mudanças nos locais habitados pelos mais velhos e daí a relevância da Gerontologia Ambiental.

Para os mais velhos a envelhecer no seu próprio local, as intervenções no espaço físico e social resultam, muitas vezes, num sentimento de estranheza, nomeadamente, quando percorrem as ruas, as praças e deixam de se cruzar com rostos familiares, o que pode gerar desconfiança e aumentar a vulnerabilidade dos mais velhos. Simultaneamente, com as transformações que ocorrem no meio ambiente, as pessoas idosas vêem reduzida a sua rede de relações. Também com o fim da actividade profissional e da passagem à reforma, a rede relacional modifica-se, ficando muitas vezes limitada aos mais próximos (por exemplo, vizinhança, família e amigos).

Por conseguinte, as relações entre envelhecimento e ambiente tornam-se num desafio para as políticas sociais e o planeamento dos serviços gerontológicos. Como refere Paúl (2005, p. 248), qualquer que seja o modelo adoptado e a sua operacionalização “(...) em termos de avaliar e intervir, a questão coloca-se no aumento da vulnerabilidade dos mais idosos e na necessidade de compensar o declínio com alterações ambientais e artefactos tecnológicos, optimizadores da qualidade de vida”.

Como o processo de envelhecimento é muito heterogéneo (Baltes, 1997; Schaie, 1996), a compreensão da diversidade no sucesso do envelhecimento é fundamental para traçar políticas optimizadoras da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas. Nesta linha, uma das áreas chave de investigação e intervenção é a problemática residencial, quer se trate de instituições (por exemplo, lar de idosos), zonas residenciais e/ou da adaptação da casa própria.

Ainda segundo Paúl (2005, p. 248), outra das questões que se coloca no âmbito da Gerontologia Ambiental diz respeito ao “(...) envelhecimento diferencial em ambientes distintos correspondendo a zonas geográficas (ex. rurais versus urbanas) que pressupõe estarmos perante contextos de necessidades e serviços diversos para a manutenção da vida autónoma”. Assim, face ao exposto importa analisar as contribuições dos vários modelos da Gerontologia Ambiental para o envelhecer bem, também designado por EBS, envelhecimento óptimo ou ainda envelhecimento positivo (Fernández-Ballesteros, 2007; Bastos, in prelo). Face à diversidade de modelos existentes, analisam-se em seguida os

modelos mais relevantes no domínio da Gerontologia Ambiental. Para efeitos da descrição toma-se como referência Paúl (2005).

O *Modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow*, inspirado em Lewin, coloca em destaque a interação da pessoa com o ambiente. O que prediz a adaptação da pessoa é a sua competência face à pressão exercida pelo meio, ou seja “o máximo de desempenho esperado nos domínios biológico, sensorial, perceptivo e cognitivo” (Paúl, 2005, p. 252). No que diz respeito à pressão ambiental, se inicialmente era definida como “a exigência que algum dos aspectos do ambiente faz às pessoas em conjugação com as suas necessidades correspondentes” (p. 252), posteriormente a noção de pressão ambiental foi revista passando a incluir também a actividade do sujeito na procura de adequação ao meio e posteriormente a sua proactividade (Lawton, 1990), a qual possibilita à pessoa alterar a estrutura social para melhor lidar com o ambiente. A hipótese da proactividade ambiental de Lawton (1990) sugere que o aumento da competência da pessoa e a variedade de recursos ambientais possam ser usados para aumentar a satisfação das necessidades das pessoas. Assim, a competência individual pode ser promovida por um ambiente extrínseco ou intrínseco.

De acordo com os *Modelos de Congruência Pessoa-Ambiente*, a pessoa sente-se mais satisfeita consigo própria e com o ambiente se houver congruência entre eles, sendo que maior congruência é sinónimo de melhor adaptação e vice-versa. De acordo com Carp (1987 como citado em Paúl, 2005) a relação dos idosos com o ambiente pode ser explicada (a) pelo modelo de Efeitos Directos e Indirectos do Ambiente (efeitos directos e indirectos do ambiente no indivíduo e na sua satisfação com a vida e (b) pelo modelo de Congruência/Complementaridade de Carp e Carp (necessidades de manutenção da vida diária e necessidades de ordem superior irão influenciar a satisfação com a vida). Tanto no primeiro como no segundo modelo, a relação entre as varáveis do meio e o nível de satisfação e bem-estar do indivíduo poderá ser influenciada por características intrapessoais, situações extrínsecas e pelos acontecimentos de vida.

O *Modelo de Ecologia Social de Moos* (Moos, 1976 como citado em Paúl, 2005) estudou o impacto do meio físico e social na adaptação dos idosos para aumentar a qualidade de vida, especialmente no contexto institucional de lar. Este modelo deriva de

ecologia social e da teoria ambiente-comportamento. A proposta de Moos e Lemke (1984) relaciona o ambiente e a adaptação dos idosos, focando-se nas características objectivas da instituição em questão e as variáveis pessoais, as quais resultam num clima social que influenciará respostas de confronto, adaptação em termos de ajustamento, nível de actividade e utilização de serviços. De acordo com este modelo, os lares de idosos diferenciam-se nas características dos idosos, meio social e política, refletindo um envelhecimento heterogéneo. Este modelo inspirou a criação do *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (MEAP) (Moos and Lemke, 1979, como citado em Paúl, 2005), um instrumento desenhado para avaliar estas dimensões, assim como à formação de técnicos da área da gerontologia e monitorização de mudanças. Fernández-Ballesteros (1996), partindo da ecologia ambiental, elaborou um instrumento de avaliação do ambiente institucional de idosos (SERA), sendo que este sistema de avaliação do ambiente institucional foi posteriormente adaptado para Portugal por Duarte e Paúl (2007).

Esta diversidade de modelos desencadeou uma série de estudos associados ao envelhecer no seu próprio local. Segundo Greenfield (2011) a promoção do envelhecer no seu próprio local emergiu em configurações de cuidados de saúde e comunidade. Apesar de todos os esforços feitos para a sua promoção, existe pouco conhecimento sobre a ligação entre investigação, prática e políticas neste domínio. No entender da autora, a teoria desenvolvimental é essencial para garantir que as iniciativas de envelhecer no seu próprio local não se tornem desfragmentadas, defendendo que a teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner e o modelo ecológico de M. Powel Lawton podem servir de quadro de referência para analisar estas iniciativas e para descrever as suas semelhanças e diferenças tomando por base as características destas iniciativas. Genericamente as iniciativas de programas envelhecer no seu próprio local podem ser categorizadas em dois grupos: (a) iniciativas que incluem aspectos orientados para o ambiente e (b) iniciativas orientadas para o indivíduo.

Wiles, Leibing, Guberman, Reeve e Allen (2011) analisaram o conceito de envelhecer no seu próprio local em termos funcionais, de vinculação emocional e simbólica e significado da casa, vizinhança e comunidade. Neste estudo pretendeu-se

investigar como as pessoas idosas compreendiam o significado de envelhecer no seu próprio local, termo muito utilizado na investigação e política do envelhecimento, embora pouco explorado. Com uma amostra (n=121) entre os 56 e 92 anos de idade, os resultados mostraram que as pessoas idosas queriam escolher onde e como iriam envelhecer. O envelhecer no seu próprio local ficou visto como uma vantagem em termos de sentimento de vinculação ou ligação a sentimentos de segurança e familiaridade em relação a ambos, casa e comunidade. Este conceito estava relacionado com o sentimento de identidade, tanto através da independência como da autonomia e através da relação de cuidar e nos papéis e locais onde as pessoas viviam. Este estudo demonstrou, ainda, que o envelhecer no seu próprio local actuava em múltiplas formas de interacção, as quais precisavam de ser levadas em conta tanto na investigação como na política. O significado de envelhecer no seu próprio local para as pessoas idosas tinha implicações pragmáticas para além do bem-estar e actuava, interactivamente, muito para além da casa.

Lau, Scandrett, Jarzebowski, Holman e Emanuel (2007) defendiam que a segurança em casa e na comunidade é uma preocupação de saúde pública nacional, principalmente para os idosos que envelhecer no seu próprio local. O conceito multicausal de *segurança associada à saúde* definido como a redução ao mínimo da probabilidade do dano evitável não intencional em indivíduos que vivem na comunidade, deriva do movimento moderno da segurança do doente. Alargado para as instituições de cuidados de saúde, o quadro de *segurança associada à saúde* envolve vários níveis: micro (consumidor/beneficiário e fornecedor/prestador de serviços), meso (casa e comunidade) e macro (políticas). Devido ao sistema social complexo e com riscos associados, a *segurança associada à saúde* exigirá uma mudança da cultura e reorganização de sistemas, novas ferramentas de avaliação e manutenção do risco, segurança e melhoria contínua.

Num estudo realizado por Oswald, Jopp, Rott e Wahl (2010) pretendeu-se investigar se os aspectos ambientais físicos e sociais percebidos e objectivos da casa e vizinhança representavam recursos ou riscos para a satisfação com a vida em função da idade. Os autores observaram diferenças nos indicadores do ambiente físico interior



entre idosos da terceira e quarta idade mas não nas características sociais da casa e verificaram que o tamanho da casa, a qualidade de vizinhança percebida e a vinculação ao lugar explicavam a satisfação com a vida de forma independente, embora os aspectos relacionados com a casa ocupassem um papel mais reduzido. Outras análises demonstraram que o tamanho da casa correlacionava-se positivamente com a satisfação com a vida nos idosos da terceira idade, mas negativamente relacionado no caso dos idosos da quarta idade. Para os idosos da quarta idade, a qualidade percebida da vizinhança e a vinculação ao lugar exterior eram mais importantes do que para os idosos da terceira idade. Viver com outros estava positivamente relacionado com a satisfação com a vida apenas para os idosos da terceira idade.

Neste contexto, o presente estudo tem por objectivos: (a) caracterizar a população idosa do núcleo urbano do concelho de Angra do Heroísmo em termos de funcionalidade, cognição e redes sociais/relacionais; (b) proceder à identificação de recursos ecológicos/ambientais e (c) analisar as relações entre capacidades do indivíduo, qualidade dos recursos ecológicos e satisfação com a vida. Na sequência da breve análise da teoria e investigação anterior, e na linha de Greenfield (2011), é nosso entendimento que os quadros de referência ecológicos e desenvolvimentais podem ser úteis para avaliar, intervir e investigar no âmbito do envelhecimento humano. Neste contexto, a presente dissertação organiza-se em três partes: (a) revisão da literatura (capítulo 1), onde se aprofunda a teoria e investigação acerca do processo de envelhecimento humano, (b) métodos (capítulo 2), onde se apresenta o plano de investigação e (c) os resultados (capítulo 3), onde se apresentam os resultados obtidos. Finalmente, procede-se à discussão dos resultados e traçam-se implicações para a investigação e intervenção gerontológica.





## **CAPÍTULO I**

---

### **REVISÃO DA LITERATURA**





Considerando que o envelhecimento (populacional e individual) tem vindo a aumentar importa analisar o assunto do ponto de vista dos avanços do conhecimento em termos teóricos e empíricos.

O envelhecimento pode ser entendido como um processo de sucessivas mudanças biológicas, psicológicas e das estruturas sociais dos indivíduos, sendo um fenómeno heterogéneo. O género, por exemplo, explica a forma distinta como as pessoas envelhecem, uma vez que as mulheres vivem mais que os homens, embora sejam mais afectadas por incapacidade na velhice. Segundo Sowers e Rowe (2007), o aumento da população idosa representa a mudança mais significativa da população na actualidade. Devido ao aumento desta faixa etária, as atenções estão mais viradas para esta população, logo é necessário saber mais sobre os factores favoráveis para atingir uma idade satisfatória e produtiva. Este aumento global da população idosa, de acordo com Birren (2003) e Hooyman e Kiyak (2001) deve-se aos avanços na saúde, higiene e nutrição nos países industrializados devido às migrações, menor taxa de natalidade e menor taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida.

Com o avançar da modernização, os idosos vêem reduzido o seu poder político e social, influência e liderança na sociedade. Esta redução irá provocar o distanciamento dos idosos na vida comunitária e, com isto, iniciar-se-á a separação moral e intelectual entre gerações. Assim, a sociedade precisa de se focar nos meios para evitar colocar os idosos num ambiente de stress e apoiá-los, de forma a estarem capazes de gerirem as suas vidas e/ou assegurar que desfrutam de um certo nível de conforto. No século XX foram vários os acordos e esforços para apoiar o envelhecimento da sociedade através da melhoria da qualidade de vida nas cidades. Exemplos destes esforços são, em 2002, a concretização *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (Organización de las Naciones Unidas, 2002) e em 2008 (como citado em Smith, 2009), a publicação pelo Department for Communities and Local Government, em Londres, do relatório *Lifetime homes, lifetime neighborhoods: A national strategy for housing in ageing society*, que foi a primeira estratégia para reconhecer o impacto do contexto no processo de envelhecimento. Sabemos que, por diversas razões, o objectivo central de muitos idosos é manter um estilo de vida independente, logo muitos idosos continuam a

viver em casas independentes, normalmente sozinhos ou com a família (Mynatt, Essa & Rogers, 2000).

Segundo Fernández-Ballesteros (2004), no século XX, desenvolveram-se estudos científicos relativos ao processo de envelhecimento na sua vertente biológica, psicológica e social, estudos relativos a diferenças de idade nestas vertentes e estudos relativos a condições concretas da pessoa idosa, conhecimentos sobre a velhice e o envelhecimento, assim como estudos que tentaram aplicar/manipular estes conhecimentos para melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas. O objecto de estudo da Gerontologia mostrou ser tanto o processo de envelhecimento, como o estado designado por velhice e as condições específicas do idoso. A Gerontologia tem uma abordagem teórica a nível biológico, psicológico e social, o que faz com que esta ciência desenvolva conhecimentos básicos a todos estes níveis. A Gerontologia, enquanto disciplina de natureza interventiva, esforça-se por melhorar as condições de vida dos idosos, efectuando a intervenção num contexto público e/ou privado.

A plataforma biopsicossocial da Gerontologia e do seu ramo de Gerontologia Social, com o objectivo de estudar os aspectos sociais do processo de envelhecimento, para que o ser humano envelheça melhor e por mais tempo, implicam o estudo multidisciplinar do processo de envelhecimento. Neste sentido, observam-se vários modos de envelhecer, a variabilidade interindividual (pessoas de idades diferentes que diferem entre si) e variabilidade intraindividual (pessoas que também mudam enquanto envelhecem). A investigação neste domínio tem envolvido desenhos transversais (consiste no estudo num só momento, de diferentes pessoas em diferentes idades), longitudinais (comparam os mesmos sujeitos em vários momentos ao longo do tempo) e sequenciais (implicam o seguimento de sujeitos que pertencem a diferentes gerações, observados em idades coincidentes). Cada um destes desenhos possibilita análises distintas e apresentam vantagens e desvantagens. Por isso autores como Fernández-Ballesteros (2004) sugerem a combinação de diferentes tipos de desenhos, numa determinada linha de investigação. Tanto a Gerontologia como a Gerontologia Social baseiam-se em conhecimentos biopsicossociais, sendo a característica principal destas duas áreas, a multidisciplinaridade (Fernández-Ballesteros, 2004).



Conforme exige a multidisciplinaridade da Gerontologia, um gerontólogo tem de ter distintos tipos de conhecimentos de forma a adquirir soluções de uma só disciplina como de várias (Fernández-Ballesteros, 2004). De acordo com Paúl (2005) os gerontólogos tentam explicar os problemas funcionais dos idosos, o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo e a idade enquanto padrão de comportamento social. Assim, o trabalho do Gerontólogo prende-se com e não só, em aproveitar e modular o modelo SOC de Baltes, no sentido de aproveitar as capacidades e forças do indivíduo e compensar as perdas e declínios, uma vez que o desenvolvimento é marcado por continuidades e descontinuidades (Fernández-Ballesteros, 2004). No entanto, dentro desta área do conhecimento científico, muitas são as perspectivas teóricas, sendo de destacar os conhecimentos da perspectiva do ciclo de vida.

## **1. O envelhecimento na perspectiva do ciclo de vida**

A noção de *envelhecimento bem-sucedido* (EBS), liderada na Europa por Baltes e colaboradores (1987, 1990, 1997, 2000, 2006) tem vindo a ganhar espaço com ênfase sobretudo nos mecanismos psicológicos de interacção com o meio/ambiente, os quais explicam a heterogeneidade do processo de envelhecimento e o EBS. Para melhor compreensão do envelhecimento humano, torna-se num desafio integrar a perspectiva ambiental do envelhecimento e o próprio conceito de EBS de Baltes e colaboradores (1987, 1990, 1997, 2000, 2006) e os trabalhos americanos de Rowe e Kahn (1987, 1998).

Em termos do envelhecimento individual, para explicar a influência de Paul Baltes, é necessário mencionar que a Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida defende que o potencial para a mudança desenvolvimental está presente ao longo de toda a vida, a qual é potencialmente multidireccional, multidimensional e multicausal. O objectivo desta perspectiva é permitir obter conhecimentos acerca dos princípios que regulam o desenvolvimento humano ao longo da sua existência, das semelhanças e diferenças interindividuais no desenvolvimento e das condições que regulam a plasticidade intra-individual e a modificação do comportamento (Fonseca, 2005).

Segundo Lerner (2002) a perspectiva do ciclo de vida de Baltes e colaboradores enquadra-se na Teoria Desenvolvimental do Ciclo de Vida através das contribuições do modelo de optimização selectiva com compensação (SOC). Como ideias centrais apresenta a plasticidade da mudança, multidireccionalidade e multidimensionalidade do desenvolvimento ao longo da vida e o aumento das diferenças individuais com o avançar da idade (Lerner, 2002; Fonseca, 2007). Também Cavanaugh e Blanchard-Fields (2006) afirmam que, tal como a teoria desenvolvimental do ciclo de vida evidencia, para se perceber as mudanças nos adultos tem de se entender alguns princípios inerentes ao processo de desenvolvimento: (1) multidireccionalidade, compreendendo que o desenvolvimento envolve ganhos e perdas; (2) plasticidade, a qual diz que os indivíduos são dotados de capacidade adaptativa, sendo que esta capacidade tende a diminuir ao envelhecer porque a própria natureza privilegia o crescimento na fase inicial e jovem adulto; (3) contexto histórico, o qual é determinado pelo tempo histórico em que nascemos e a cultura em que crescemos; e (4) causalidade múltipla, em que se assume que o desenvolvimento humano resulta da reunião das forças biológicas, psicológicas, culturais. São precisamente estas forças/influências que são fundamentais para se perceber o desenvolvimento humano e que fornecem informações do contexto em que nos desenvolvemos. Elas reflectem as diferenças ou combinações biológicas, psicológicas e sócio-culturais que afectam as pessoas. De um modo geral, pode concluir-se que cada um de nós é uma síntese destas influências (ligadas à idade, ligadas à coorte e não normativas - acontecimentos de vida), das quais algumas resultam em EBS, sendo que a força destas influências varia conforme as características do indivíduo. O envelhecimento surge assim, como um processo de individualização e personalização (heterogeneidade). Resumindo, o estudo do envelhecimento na perspectiva do ciclo de vida enuncia três variáveis explicativas da mudança desenvolvimental: idade, coorte e acontecimentos de vida (Fonseca, 2007).

Segundo Baltes (1997) o processo de envelhecimento corresponde a uma arquitectura básica incompleta: (a) selecção evolutiva; (b) necessidade da cultura; e (c) eficiência da cultura. A tendência desta arquitectura é a de ficar cada vez mais incompleta com a idade. Assim, implica (a) os três componentes do processo (selecção, optimização e

compensação) da teoria desenvolvimental do ciclo de vida; e (b) a tarefa de equilibrar os ganhos e perdas ao longo da vida. Sendo a ontogenia um sistema de mudanças adaptáveis que compreende essencialmente a ligação de três funções selecção, optimização e compensação, nem a evolução biológica ou a cultural têm oportunidade para desenvolver uma arquitectura completa e optimizada no final da vida. O estudo sobre as mudanças relacionadas com a idade na plasticidade e na conceptualização que permitirá a definição de desenvolvimento com sucesso na maximização de ganhos e minimização de perdas foi realizado de forma a poder investigar as implicações. Assim, com início na idade adulta e na idade avançada, as perdas transcendem os ganhos e o equilíbrio fica menos positivo com a idade (Baltes, 1987 como citado em Baltes, 1997). Também aquilo que é considerado ganho ou perda pode alterar-se com a idade, pois implica o objectivo além do subjectivo e é condicionado pela teoria, padrões de comparação, contexto cultural e histórico e capacidade funcional ou adaptativa (Baltes, 1997).

Durante a ontogenia, só alguns caminhos podem ser implementados e alguns com maior probabilidade do que outros devido aos factores de evolução genética e cultural. Portanto, as perdas biológicas observadas no envelhecimento devem-se a mecanismos de ontogénese, ou seja, devido ao material e aos mecanismos genéticos que se tornam menos eficazes e capazes de originar elevados níveis de funcionamento. Assim, os benefícios resultantes da selecção evolutiva demonstram uma correlação negativa com a idade; o aumento de idade relaciona-se com a necessidade de cultura, definida como o conjunto de recursos psicológicos, sociais, materiais e simbólicos que os seres humanos promoveram e como são eles transmitidos entre gerações, ou seja, quanto mais velho for o indivíduo mais precisará da compensação da cultura para regular e manter os elevados níveis de funcionamento e; a perda da eficácia e eficiência de factores e recursos culturais associada à idade. Assim, poderemos estimar que quanto mais velha for a pessoa, mais tempo, prática e apoio necessitará para alcançar os mesmos ganhos de aprendizagem. A visão de que o desenvolvimento em qualquer idade pode compor-se apenas em ganhos pode ser considerada como falsa, uma vez que o desenvolvimento implica sempre a selecção, isto é, a alternância entre ganhos e perdas. Em contrapartida, a

multicausalidade, multidireccionalidade, multidimensionalidade e multifuncionalidade prevalecem na ontogénese ao longo de toda a vida. As mudanças dinâmicas entre estes ganhos e perdas também são evidentes ao nível subjectivo da trajectória desenvolvimental. No entanto, apesar das perdas esperadas ao longo da idade, existem expectativas de ganhos como um aumento da dignidade e sabedoria (Baltes, 1997).

Um primeiro passo para a concretização desta estratégia é considerar três funções gerais que representam todo o desenvolvimento individual sistemático: (a) função de crescimento; (b) função de manutenção e recuperação (resiliência); e (c) função de regulação e manutenção da perda. À idade avançada está associada a função de regulação e manutenção da perda que se refere aos comportamentos que organizam o funcionamento a baixos níveis quando a função anterior não é possível. Assim, a caracterização do ciclo de vida é uma simplificação dos domínios individual, funcional, do contexto e das diferenças históricas. As trajectórias de vida também têm implicações na dinâmica da coordenação destas três funções (Baltes, 1997).

O modelo SOC é central na teoria desenvolvimental do ciclo de vida e a ligação dos seus três componentes está envolvida em qualquer processo de envelhecimento. Assim, (a) a selecção segue um desenvolvimento com objectivos específicos do funcionamento e a pressão da mesma aumenta devido às perdas associadas à idade no potencial biológico ou plasticidade; (b) na optimização, o desenvolvimento humano optimiza a capacidade adaptativa em direcção a resultados objectivos; e (c) a compensação actua sempre que os meios não estejam disponíveis, quer devido a perdas directas destes meios, transferência negativa ou novos constrangimentos de tempo e energia.

O modelo SOC foi definido como metateoria, ou seja, uma teoria do desenvolvimento sobre teorias do desenvolvimento, devido à sua natureza geral e por se apresentar tanto relativista como universalista. O relativismo deve-se às mudanças de recursos físicos, motivacionais, sociais e intelectuais, bem como aos critérios para definir o EBS. Assim, o modelo SOC representa a interação pessoa-contexto, pois pode ser implementado de diversos modos e meios. Devido à arquitectura básica do ciclo de vida, o universalismo do modelo SOC deve-se a que qualquer processo de desenvolvimento que ligue os três componentes e que com a idade, a selecção e compensação fiquem cada

vez mais valorizadas para a manutenção de níveis adequados de funcionamento e permitam avanços nos domínios do funcionamento (Baltes, 1997).

No entender de Fonseca (2005), o modelo SOC tem sido uma ferramenta adequada para se estudar o processo de envelhecimento, essencialmente na vida adulta e velhice devido a entrar em consideração com factores biológicos e sociais na compreensão dos processos desenvolvimentais ao longo da vida. As estratégias implícitas no modelo SOC revelam-se úteis como forma de explicar o modo como ocorre com êxito a construção da vida humana. Este modelo prossegue a ideia central, intrínseca ao paradigma contextualista, de que

*“as pessoas modelam e são agentes activos do seu próprio desenvolvimento através da: (a) selecção de objectivos pessoais; (b) optimização do seu funcionamento individual nesses objectivos pessoais seleccionados e; (c) compensação de perdas desenvolvimentais através do recurso a mecanismos compensatórios internos ou externos”* (Fonseca, 2005, p. 104).

Os ganhos e perdas têm como objectivo obter uma adaptação bem-sucedida entre o indivíduo e o contexto. Na velhice, os ganhos diminuem e as perdas aumentam, embora isto possa ser equilibrado com a promoção de um EBS (Calixto & Martins, 2010). O desenvolvimento individual é visto como interactivo, marcado por continuidades e descontinuidades, sujeito a forças internas e externas, que juntas criam uma variedade de trajectórias desenvolvimentais. Neste sentido, o indivíduo é visto como um ser complexo com dimensões biológicas, cognitivas, emocionais, relacionais e sociais (Fonseca, 2007).

A quarta idade é a nova fronteira de futura investigação, assim como os esforços na política de desenvolvimento humano. Nas últimas três décadas assistiu-se a um aumento de sensivelmente 4 a 7 anos à esperança de vida dos indivíduos com 80 anos de idade. No entanto, estes anos adicionais não protegerão o mesmo potencial de ganhos, devido à arquitectura básica do ciclo de vida. Por conseguinte, a questão, se o potencial e a qualidade de vida são diferentes na idade avançada para idades mais jovens é estudada no Estudo de Envelhecimento de Berlim com uma amostra de 516 indivíduos, divididos em quatro subgrupos de acordo com a média da qualidade de funcionalidade e bem-estar subjectivo. Concluiu-se que (a) os idosos mais velhos apareciam muito mais

frequentemente em grupos indesejáveis do que os idosos mais jovens; (b) o risco relativo é significativamente maior para as mulheres do que para os homens; (c) aumenta com a idade; e (d) ao nível das variáveis psicológicas, excluindo a inteligência, os efeitos negativos da idade foram pequenos (Baltes, 1997).

Outro modo de encarar o envelhecimento é tomar como referência os trabalhos de Rowe e Kahn (1987, 1998). De acordo com Rowe e Kahn (1998), na linha da saúde, o EBS apresenta uma estrutura triádica: (a) evitar a doença; (b) manter elevado funcionamento cognitivo e físico; e (c) envolvimento com a vida. A primeira componente explica que os sinais de risco de doença podem ser ignorados, uma vez que podem ser silenciosos ou invisíveis, por exemplo, a hipertensão. No entanto, a boa notícia é que estes sinais podem ser criados por factores extrínsecos, como, por exemplo, a forma de viver e de se alimentar. Na segunda componente, os indivíduos querem a continuidade da vida na própria casa, a cuidar de si e na realização da rotina diária. A partir do estudo MacArthur (Rowe & Kahn, 1987, 1998) existem três razões para manter a funcionalidade na idade avançada: (a) muitos dos medos sobre a perda de funcionalidade são exagerados, (b) grande parte da perda de independência para as AVDs pode ser prevenida e (c) muitas das perdas funcionais podem ser recuperadas. O estudo MacArthur (Rowe & Kahn, 1987, 1998) mostra, para a terceira componente, que as actividades que nos satisfazem são essenciais para o EBS. A manutenção das relações próximas com os outros e o envolvimento em actividades significativas e propositadas são mais importantes para o bem-estar em todos os períodos do ciclo de vida.

Em 1998, Rowe e Kahn consideravam que nas sociedades de então parecia haver uma negação do envelhecimento. Um exemplo era a proliferação dos mercados de cosméticos que pretendiam disfarçar as marcas do envelhecimento. No entanto, a visão de EBS não se faz com base na imortalidade, logo recomenda-se: (a) a necessidade de minimizar os riscos de doença e incapacidade ao longo da vida; e (b) a diminuição gradual da reserva física e maximização da performance não estão só relacionados com a idade, alguns são determinados com a idade. Assim, a manutenção da função cognitiva depende do bem-estar físico, requer o uso contínuo da mente e o envolvimento com actividades

cognitivas complexas. O problema de muitos idosos é que estão reformados e isto afasta-os da estimulação social e mental. Já o envolvimento com a vida pode tomar duas formas (a) a manutenção das relações com idosos e (b) a realização de actividades produtivas. Em conclusão, o objectivo é colocar os recursos para um EBS, mais disponíveis e fazer do conteúdo do EBS mais compreensível, aumentando o número daqueles que envelhecem com sucesso.

De acordo com Dannefer e Settersten (2010) nas sociedades industrialmente avançadas, os idosos estão comprometidos com distintas actividades e encontram-se num envolvimento social que se baseia nas experiências de vida anteriores e em moldar a natureza das suas vidas como idosos, seja na participação contínua da força de trabalho, voluntariado e actividades recreativas ou criativas (lazer). Este aspecto tem sido estudado pela Sociologia, nomeadamente pelo reconhecimento da importância da experiência de vida. Esta é inevitavelmente organizada por relações e contextos sociais nos quais os indivíduos estão localizados e a forma como envelhecem. Esta perspectiva enfatiza o poder dos laços sociais, forma pela qual a vida dos indivíduos é intimamente afectada pelas condições e acções dos outros. A ênfase dada ao processo social não significa que não se reconhece a importância do processo orgânico e ontogénese. A idade é vista como uma característica de ambas as estruturas individuais e sociais e a elaboração do ciclo de vida uma base principal de organização social. Estes autores propuseram quatro processos de que o ciclo de vida é útil na sensibilização da gerontologia para a realidade empírica do processo de envelhecimento. A diversidade de idades é muitas vezes enfatizada para combater as versões estereotipadas ou excessivamente normalizadas do envelhecimento, embora isto levante a questão relativa às fontes de diversidade e desigualdade entre os idosos. A perspectiva do ciclo de vida deve sensibilizar os gerontólogos para a variabilidade e processos estruturados de socialização de desigualdades e produzi-lo.

Para concluir, ao longo das décadas, Baltes (1987, 1990, 1997, 2000, 2006), mostrou a origem contextualista da sua perspectiva e questionou a existência de estádios finais de desenvolvimento. Assim, o envelhecimento é visto como um processo biopsicossocial complexo, baseado num desenvolvimento ontogénico e numa

organização comportamental de carácter multidimensional e multifuncional, sendo dado um papel essencial aos factores contextuais e culturais implicados nos mecanismos adaptativos intrínsecos a esse mesmo envelhecimento. De acordo com Rowe e Kahn (1998), as bases para os estudos de intervenção com o objectivo de aumentar a proporção da população com EBS estão lançadas.

Com o objectivo de rever a literatura com atenção aos critérios subjectivos e componentes individuais da definição de EBS e rever as correlações destas definições, Depp e Jeste (2009) realizaram uma revisão na literatura inglesa, desde relatórios de estudos a base de dados de adultos com 60 e mais anos de idade, que incluíam uma definição de EBS. Foram identificados 29 definições diferentes que iam de encontro ao estabelecido pelos critérios do estudo. A maioria dos estudos utilizou grandes amostras de idosos. Assim, como resultados, as correlações mais significativas das várias definições foram com a idade, não-fumador e ausência de incapacidade. Outra correlação encontrada foi a actividade física, mais contactos sociais, melhor auto-percepção de saúde, ausência de depressão e défice cognitivo e menos condições médicas com o apoio moderado. Já o sexo, rendimento, educação e estado civil, em geral, não estão relacionados com o EBS. Embora a variação entre as definições, cerca de um terço dos idosos tinham EBS, no entanto, a maioria destas definições baseou-se na ausência de incapacidade com menor inclusão de variáveis psicossociais.

O estudo de Doyle, McKee e Sherriff (2010), contextualiza que embora a população europeia envelheça mais rapidamente, alguns idosos envelhecem melhor do que outros, no entanto, o conceito de EBS continua sem consenso. O objectivo deste estudo era desenvolver um modelo de EBS na população inglesa que combinasse componentes objectivos e subjectivos de EBS. Foram incluídos no estudo 15000 indivíduos com 50 anos ou mais anos a residir em Inglaterra, recrutados no *Health and Lifestyle Surveys* (HALS) e no *English Longitudinal Survey of Ageing* (ELSA). A amostra compôs-se com 50% de indivíduos de cada estudo. A conclusão a tirar deste estudo foi que o modelo apresentado fornece “*insights*” sobre a natureza reproduzível de envelhecer bem, confirmando a importância da resiliência pessoal e envolvimento contínuo em actividades físicas e sociais. Em suma e no entender dos autores, o



envolvimento com a vida e a sociedade deve ser a regra para o envelhecimento da população.

No estudo de Helal, Chen, Kim, Bose e Lee (2012) a base da experiência na construção de ambientes para prestar apoio aos idosos, dá grande importância à proliferação comercial (“commercial proliferation”) e à criação de uma indústria para a tecnologia dos ambientes para idosos. Devido ao envelhecimento da população, as tecnologias de baixo custo e de alto impacto para o envelhecimento, incapacidade e uma vida independente são extremamente necessárias. Este artigo apresenta a experiência dos autores na construção de ambientes de apoio para idosos, o projecto *Gator Tech Smart House* (GTSH). Na maioria, os projectos foram construídos para alcançar a independência, bem-estar e, em geral, a boa qualidade de vida. A partir do aprendido no GTSH, analisaram as implicações que dificultam o surgimento de produtos e serviços para ambientes de apoio e apresentaram as plantas para um ecossistema com base em requisitos extraídos das suas experiências. Os autores acreditam que o ecossistema proposto é um começo importante para propiciar melhores condições para uma construção rápida da próxima geração de casas inteligentes e ambientes de apoio.

Em síntese, no que se refere ao EBS, este pode ser visto na linha dos trabalhos de Baltes (1990, 1997, 2000, 2006) com o modelo SOC, o qual é um compromisso em seleccionar objectivos, optimizar meios para alcançar os objectivos seleccionados e compensar quando não existem estes meios, ou pela linha dos trabalhos de Rowe e Kahn (1987, 1998), o qual se apresenta numa estrutura triádica: (a) evitar a doença; (b) manter elevado funcionamento físico e cognitivo; e (c) envolvimento com a vida.

## **2. O envelhecimento como processo Bio-Psico-Social**

No que diz respeito aos domínios de desenvolvimento/envelhecimento individual, serão aqui postos em destaque dois domínios: a funcionalidade/bio e a cognição/psico. Os aspectos relativos ao domínio relacional/social serão abordadas em secção própria e associado aos recursos ecológicos.

## **2.1 Funcionalidade na vida diária**

O conceito de funcionalidade associa-se à autonomia/independência no desempenho de actividades práticas frequentes e indispensáveis a todos os indivíduos, por exemplo, cuidados pessoais e de adaptação ao contexto de vida, que possibilitam ao indivíduo viver ou não sozinho no domicílio (Botelho, 2005).

Em termos de funcionalidade é possível identificar vários instrumentos de medida a nível intervencional. Por exemplo, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) tem o objectivo de criar uma linguagem padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e dos estados com ela, relacionados. O conceito de funcionalidade engloba todas as funções do corpo, actividades e participação, a qual relaciona os factores ambientais que interagem com todos estes construtos. Esta classificação tem sido usada como ferramenta (a) estatística para recolha e registo de dados; (b) na investigação para medir resultados, a qualidade de vida e os factores ambientais; (c) na clínica para levantamento de necessidades e compatibilizar tratamentos com as condições adequadas; (d) na política social no planeamento de sistemas de segurança social e projectos de desenvolvimento de políticas; e (e) no ensino/formação, para a elaboração de programas educacionais de modo a aumentar a consciencialização e realização de acções sociais (Thompson, 2004). Assim, é utilizada por diversas áreas, incluindo a segurança social e política social. Com o objectivo de compreender o conceito de funcionalidade e de incapacidade propuseram-se vários modelos. Estes modelos poderiam ser enquadrados no modelo médico, que considera a incapacidade como um problema do indivíduo e a consequência de doença e no modelo social que encara a causa do problema, a sociedade. Assim, resolver o problema exige uma acção social e responsabilidade social, de modo a fazer as alterações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidade no quotidiano. Este modelo resume o conceito em estudo para uma questão política. Em suma, esta classificação baseou-se na integração destes modelos em que, para se obter uma

perspectiva de funcionalidade, é utilizada a abordagem biopsicossocial, tentando oferecer uma perspectiva biológica, psicológica e social (Thompson, 2004).

Na população idosa, denotam-se muitas queixas a nível do funcionamento cognitivo e da dependência funcional, constatando-se, assim, uma forte ligação entre o cognitivo e capacidade funcional. Dentro da capacidade funcional, destacam-se as actividades básicas da vida diária (ABVD), associadas ao auto-cuidado e as actividades instrumentais da vida diária (AIVD), associadas à competência para administrar a casa (Marra, Pereira, Faria, Pereira, Martins & Tirado, 2007).

A funcionalidade é uma dimensão basilar na avaliação gerontológica, sendo amplamente avaliada através de medida do grau de dependência/independência nas actividades da vida diária (AVD). De entre os instrumentos/medidas utilizadas na área das AVD, destacam-se como alguns dos mais utilizados o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Sequeira, 2007) e a Escala de Lawton (Lawton & Brody, 1969 versão portuguesa Sequeira, 2007) para as ABVD e AIVD, respectivamente.

Estudos realizados na Noruega, Espanha e Reino Unido executados por Thygesen, Saevareid, Lindstrom e England (2009), Sacanella, Pérez-Castejón, Nicolás, Masanés, Navarro, Castro e López-Soto (2011) e Seidel, Brayne e Jagger (2011), respectivamente, analisaram a funcionalidade por meio dos instrumentos supracitados. O estudo de Thygesen e colaboradores (2009), tinha o objectivo de analisar o stress psicológico em idosos que recebiam os cuidados de enfermagem em casa assim como a influência dos factores de risco e recursos pessoais na sua percepção de stress psicológico. Para concretizar este objectivo, o autor estudou 214 participantes com idades superiores a 75 anos, sendo a funcionalidade uma das variáveis em estudo medida pelo Índice de Barthel (AVD). Este estudo concluiu que o stress psicológico estava negativamente relacionado com a idade, AVD, sentido de coerência, auto-avaliação da saúde e estava positivamente associado com as queixas de saúde subjectiva.

O estudo realizado por Sacanella e colaboradores (2011) tinha o objectivo de avaliar o estado funcional e a qualidade de vida de pacientes idosos depois de 12 meses após a alta da Unidade de Cuidados Intensivos. Para isto, contou com uma amostra de 230 idosos com mais de 65 anos a viver nas suas casas com autonomia total e sem

declínio cognitivo. A funcionalidade foi medida pelo Índice de Barthel e a Escala de Lawton e o estado cognitivo pelo Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE). Assim, concluíram que a autonomia nas AIVD diminuiu significativamente após a alta, o estado cognitivo foi normal em 85% dos pacientes no momento da alta hospitalar e 15% (n = 17) tinham resultados no MMSE inferiores a 24 pontos.

O estudo de Seidel e colaboradores (2011) tinha como objectivo investigar se as medidas de auto-relato e objectivas seriam válidas para avaliar a capacidade funcional de idosos e previsão de incapacidade. Estes poderiam ser usados para prever incapacidade subsequente em AIVD e testar se as medidas objectivas de funcionamento físico têm diferentes valores preditivos do que as medidas de auto-relato. Em termos de amostra, foram incluídos 6841 participantes com mais de 65 anos e sem dificuldade em AIVD. Assim, foram medidas as limitações na funcionalidade e funcionamento cognitivo através da Escala de Lawton e do *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe* (SHARE). Concluiu-se que ambas as medidas captam informações sobre a capacidade funcional dos idosos e podem ser utilizadas para prever o início da incapacidade.

Tendo em consideração o que foi descrito anteriormente, verifica-se que as ABVD e AIVD têm tendência a declinar com o avançar da idade. Portanto, no presente estudo irão ser analisadas estas mesmas áreas da funcionalidade para verificar se as diferenças entre grupos populacionais se mantêm na população estudada.

## **2.2 Mudanças no funcionamento cognitivo com a idade**

O funcionamento cognitivo é um factor que, no processo de envelhecimento, evidencia o EBS, a saúde, o funcionamento e a qualidade de vida. O mesmo acontece com o conceito de declínio cognitivo, o qual é vulgarmente denominado como uma diminuição do desempenho em diversas capacidades cognitivas medidas por diversos testes de avaliação neuropsicológica ou de rastreio de défice cognitivo ligeiro ou de demência. Como pioneiro neste assunto, o Estudo Longitudinal de Seattle de Schaie (1996 como

citado em Berg, Dahl & Nilsson, 2007), começou em 1956 com adultos entre os 22 e 70 anos de idade testados de 7 em 7 anos (Berg et al., 2007). As componentes do funcionamento cognitivo são a inteligência, a memória e a aprendizagem, uma vez que são essenciais no desempenho do indivíduo em todos os aspectos do dia-a-dia, tanto no lazer, nas relações sociais como na produtividade (Hooyman & Kyiak, 2011).

Relativamente aos estudos realizados nesta área, a investigação tem mostrado um aumento de doenças crónicas, a nível psicológico e biológico, com o aumento de idade. Nos últimos anos, os estudos têm indicado que este tipo de problemas pode aumentar o risco de declínio cognitivo e de demência. No entanto, estas perturbações podem ser prevenidas e suavizadas com alterações no estilo de vida ou mesmo medicação. Um facto curioso é que a diabetes pode causar declínio cognitivo, visto as capacidades de aprendizagem e memória ficarem comprometidas. Para rastreio de declínio cognitivo tem sido amplamente utilizado o Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975 versão portuguesa Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009) (Aine, Sanfratello, Adair, Knoefel, Caprihan & Stephen, 2011; Berg et al., 2007).

A síndrome demencial, como a demência de Alzheimer ou a demência vascular, é a maior causa de declínio cognitivo com a idade (Berg et al., 2007). A síndrome demencial pode surgir no seguimento de uma doença cerebral, de natureza crónica, progressiva e com perturbações de várias funções corticais, que irão comprometer tanto a memória de fixação e evocação, relacionada com o declínio do pensamento abstracto e outras mudanças da função cortical superior e de personalidade. Estas perturbações têm o poder de interferir na vida diária do indivíduo (Sequeira, 2010).

O declínio cognitivo prevalece maioritariamente nos idosos, principalmente nos mais velhos, sendo uma grande preocupação para os idosos autónomos na comunidade e respectivas famílias. A estimulação física e cognitiva é útil na protecção do declínio cognitivo com o avançar da idade e a capacidade é um forte preditor de cognição responsável por variação no processamento de recursos em funções de ordem superior e cardio-respiratória, que possam ter um efeito protector contra a idade associada ao declínio cognitivo. Um factor retardador ou de manutenção do declínio cognitivo é a participação social e a recuperação da qualidade de vida na velhice (consultar Rowe &

Kahn, 1998). Os factores contextuais têm influência expressiva no declínio cognitivo, o que afectará, forçosamente, a aceitação da condição de que não há um tempo pré-determinado e fixado para o indivíduo começar a declinar em termos de competências cognitivas. A investigação empírica, nomeadamente com estudos transversais apresenta algumas limitações na explicação do declínio cognitivo com a idade, uma vez que não consegue aferir a variabilidade intra-individual, nem controlar todas as variáveis determinantes das alterações cognitivas ao longo do tempo (Santos, Rossetti & Ortega, 2006).

O Estudo Longitudinal de Seattle de Schaie (1996, 2005) contribuiu para o esclarecimento do envelhecimento/desenvolvimento cognitivo, utilizando o desenho sequencial, para garantir um maior controlo de variáveis. Este estudo contou com a participação de cerca de 5000 pessoas, desde 1956. Ao longo de mais de quatro décadas, os participantes foram testados com uma bateria de testes para as capacidades funcionais e mentais a cada sete anos (Santos et al., 2006).

Schaie concluiu que embora a partir dos 70 anos de idade algumas capacidades declinem, a inteligência cristalizada tende a conservar-se, desde que não haja problemas de saúde graves (Santos et al., 2006). Schaie observou que (a) não existe um padrão uniforme que relacione a idade e as capacidades intelectuais; (b) apoia a ideia de que as capacidades que são essencialmente determinadas geneticamente tendem a diminuir mais cedo do que as capacidades que são principalmente adquiridas através da escolaridade ou experiência que declinam mais rapidamente a partir dos 70 anos (atendendo às diferenças de género); (c) a mudança na velocidade de percepção começa na idade jovem adulta e declina de forma linear; (d) não é observado declínio nas capacidades psicométricas antes dos 60 anos de idade, embora seja observada depois dos 74 anos de idade; (e) quando a idade muda na mudança da velocidade perceptual, o declínio é significativamente reduzido; e (f) foram observadas diferenças substanciais de coorte, os grupos mais novos alcançaram pontuações sucessivamente mais elevadas para o raciocínio indutivo, significado verbal e orientação espacial, embora obtivessem menor pontuação em capacidade numérica e fluência verbal, as quais podem mostrar mudanças educacionais. O risco de declínio cognitivo pode ser reduzido na idade avançada pelas

seguintes variáveis: (a) ausência de doenças crônicas; (b) ambiente complexo e intelectualmente estimulante; (c) estilo de personalidade flexível na meia-idade; (d) estado intelectual elevado do cônjuge; e (e) manutenção de altos níveis na velocidade de processamento processual. Além disso, programas de treino cognitivo sugerem que o declínio observado nos idosos, em muitas comunidades, é provavelmente uma função em desuso e às vezes reversível. Os estudos liderados por Schaie e Baltes forneceram um modelo longitudinal-sequencial da cognição ao longo da adultez (Schaie & Baltes, 1996; Schaie, Willis & Caskie, 2004).

Já o estudo do Envelhecimento de Berlim de Baltes e Mayer (1999 como citado em Baltes, Mayer, Helmchen e Steinhagen-Thiessen, 1999) foi um estudo interdisciplinar gerontológico com idosos de 70 a 100 anos de idade, estratificados por idade e gênero, que viviam na antiga Berlim Ocidental. A amostra contou com 516 participantes de 1990 a 1993, a qual foi examinada em 14 sessões nas áreas de geriatria, psiquiatria, psicologia, sociologia e condição econômica. O estudo continuou como um estudo longitudinal e os participantes foram avaliados de 7 em 7 anos. Este estudo apresenta quatro características especiais (a) a representatividade e heterogeneidade dos participantes; (b) o foco em todas as faixas etárias da velhice; (c) a interdisciplinaridade; e (d) a recolha de dados de referência da população idosa e o facto de se centrar nos idosos e no envelhecimento, sendo a velhice uma fase da vida e uma parte da sociedade. Os resultados observados foram os seguintes: (a) os idosos tinham pelo menos uma doença; (b) a maioria das idosas precisava de auxílio no banho ou duche; (c) a maioria dos valores bioquímicos de referência não mudavam na velhice; (d) cerca de metade dos que tinham 90 ou mais anos exibiam declínio cognitivo grave; (e) a memória declinava com a idade, (f) o número de relações sociais diminuía com a idade; e (g) os idosos que eram mais sociáveis na juventude, participavam mais na vida social quando velhos (Mayer, P. Baltes, Baltes, Borchelt, Delius, Helmchen, Linden, Smith, Staudinger, Steinhagen-Thiessen & Wagner, 1999). Em modo de conclusão dos próprios investigadores relativamente aos estudos anteriormente apresentados, tanto o Estudo Longitudinal de Seattle como o Estudo do Envelhecimento de Berlim sustentavam a existência de plasticidade cognitiva nos idosos, permitindo aos adultos e idosos continuassem a desenvolver as suas

capacidades cognitivas enquanto a funcionalidade e saúde o permitissem. Assim, os resultados vieram fortalecer o pressuposto da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, a optimização do desenvolvimento psicológico, quer por meio de intervenções intencionais e deliberadas, quer pela criação de contextos de vida favoráveis (Fonseca, 2007).

Se retomarmos novamente a questão dos instrumentos de medida para avaliar o funcionamento cognitivo verificamos que o MMSE é das medidas mais utilizadas a nível internacional. Relativamente à investigação associada ao funcionamento cognitivo, o MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 versão portuguesa Morgado et al., 2009) é visto como uma forma de rastreio cognitivo de acordo com o grau de escolaridade, sendo o mais utilizado a nível mundial. Este instrumento possibilita avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva (Sequeira, 2010). Em investigação tem sido utilizado em estudos populacionais e na observação da resposta a medicamentos. O MMSE é parte constituinte de diversas baterias de testes neuropsicológicos, como, por exemplo, o *The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD), o *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX-R) e o *A Structured Interview for the Diagnosis of Dementia* (SIDAM) (Lourenço & Veras, 2006). São também várias as aplicações que se fazem do MMSE, como, por exemplo, como pré-requisito dos participantes de um programa, que possuía como objectivo determinar se um programa de serviço social melhoraria em “idade vulnerável” as funções executivas e se havia aumento cognitivo e funcional (Carlson, Erickson, Kramer, Voss, Bolea, Mielke, McGill, Rebok, Seeman & Fried, 2009).

Através do estudo da versão portuguesa do MMSE (Morgado et al., 2009) e de um questionário padrão tendo em conta a rede social, o sofrimento psicológico, a funcionalidade, o estado de saúde percebido e as variáveis sociodemográficas, foram constituídos os pontos de corte para definição de défice cognitivo com este instrumento. De acordo com o estudo de Morgado e colaboradores (2009), a percentagem de indivíduos com declínio cognitivo é maior nos mais velhos e nas mulheres. No entanto, não foi encontrada relação entre o declínio cognitivo e a rede social. O estudo ainda



demonstra que a idade, o sexo e a situação de stress psicológico preveem declínio cognitivo.

Moraes, Pinto, Lopes, Litvoc e Bottino (2010) demonstraram que resultados elevados nas escalas de depressão e memória, baixos níveis socioeconómicos e baixa escolaridade são indicadores de baixos resultados no MMSE. Os indivíduos com baixa pontuação no MMSE apresentavam maior probabilidade de deixar de trabalhar. Verificou-se ainda que os idosos que apresentavam queixas de memória mostravam pior desempenho nas tarefas de avaliação cognitiva, ou seja, a perda de memória subjectiva será um preditor de declínio cognitivo. No entanto, existem também factores associados a pontuação elevada no MMSE, sendo eles: (a) ser casado(a); (b) possuir emprego; e (c) nível de escolaridade elevado. Assim, defendeu-se que ter um estilo de vida fisicamente, socialmente e mentalmente activo, contribuía para um melhor funcionamento cognitivo, tornando-se, deste modo, um factor protector contra a demência (Moraes et al., 2010).

Foram realizados estudos sobre o funcionamento cognitivo em Espanha, Estados Unidos da América, Austrália e Brasil, respectivamente, por Molina, Schettini, López-Bravo, Zamarrón e Fernández-Ballesteros (2011), Martin, Baenziger, MacDonald, Siegler e Poon (2009), Reppermund, Perminder, Crawford, Kochan, Slavin, Kang, Trollor, Draper e Brodaty (2011) e Oliveira Diniz, Volper e Tavares (2007).

O estudo de Molina e colaboradores (2011) tinha o objectivo de analisar se as actividades eram um factor protector do declínio cognitivo e concretamente, examinar se a actividade cognitiva era um factor da manutenção do funcionamento cognitivo num grupo de pessoas com mais de 90 anos ( $n=188$ ), independentes nas suas ABVD e que tivessem a sua capacidade cognitiva preservada. Observou-se que (a) existia uma forte associação entre o nível de actividade e o funcionamento cognitivo, (b) a realização de actividades intelectuais predizia um melhor funcionamento cognitivo e (c) a realização de actividades intelectuais e a manutenção do funcionamento cognitivo eram duas entidades que na ausência de declínio cognitivo, davam-se associadas em idosos muito velhos.

Um estudo efectuado por Martin e colaboradores (2009) tinha como objectivo avaliar a relação entre as tarefas de envolvimento específicas e o estado mental dos

centenários. Para concretizar este objectivo, estudaram 285 participantes com uma média de 16.92 no MMSE. Concluiu-se que o envolvimento com o estilo de vida, particularmente em combinação com os traços de personalidade desempenhava um papel importante no nível de funcionamento cognitivo entre idosos.

Reppermund e colaboradores (2011) estudaram as diferenças nas AIVD entre os indivíduos com declínio cognitivo leve e idosos cognitivamente normais e examinaram as relações de AIVD com funções cognitivas. Para observar este aspecto, estudaram 762 idosos (70-90 anos de idade) que não apresentassem qualquer declínio cognitivo. Foi concluído que aqueles que tinham mais dificuldades nas AIVD, especialmente aqueles com dificuldades na capacidade cognitiva, encontravam-se associados a declínio cognitivo e funcionamento cognitivo global.

Já Oliveira e colaboradores (2007) avaliaram o impacto da escolaridade e da idade na pontuação do MMSE (versão portuguesa), em idosos residentes na comunidade/casa. Numa amostra de 174 idosos (65 e mais anos de idade). Neste estudo, tanto a idade como escolaridade são factores que influenciam a pontuação obtida no MMSE e conseqüentemente a sua performance cognitiva. No entanto, observou-se que, nesta população em estudo, mesmo os idosos com baixa escolaridade (1-4 anos) tinham um melhor desempenho cognitivo. Este resultado pode ser justificado devido ao facto de que o MMSE ser um instrumento que não detecta diferenças individuais de baixa escolaridade mas cognitivamente preservados.

### **2.3 Redes relacionais e recursos sociais**

A história da Gerontologia é de muitas formas uma tentativa para compreender os problemas da qualidade de vida nas pessoas idosas, sendo desenvolvidas medidas objectivas e subjectivas. No entanto, são as medidas subjectivas que estão mais predispostas para os recursos sociais. O papel dos recursos sociais é definido de relações sociais. Por exemplo, as pessoas com poucos recursos sociais tendem a ser marginalizadas, estigmatizadas e a terem pouca qualidade de vida, enquanto as pessoas

que têm ligações a outros e estão geralmente envolvidas em actividades interactivas tendem a ser mais positivamente ajustadas e a terem melhor saúde mental e física. Antonucci e Ajrouch (2007) realçam a importância da perspectiva desenvolvimental do ciclo de vida para o modelo Convoy das Relações Sociais. Este modelo providencia uma perspectiva multidimensional das características que influenciam o desenvolvimento e o efeito das relações sociais ao longo do ciclo de vida. Tanto o modelo Convoy das Relações Sociais como a perspectiva desenvolvimental do ciclo de vida são críticos para compreender os recursos sociais disponíveis na velhice e como estes contribuem para a qualidade de vida (Antonucci & Ajrouch, 2007).

O modelo Convoy das Relações Sociais foi desenvolvido para permitir examinar as características individuais e situacionais que influenciam as relações sociais ao longo do ciclo de vida. Este modelo propõe que ambas as características individuais e situacionais moldam a rede e suporte social de cada experiência individual. O papel da família é incorporado, por ser a relação mais duradoura a que pertencem as pessoas idosas e porque são fundamentais as influências da história, experiências passadas e actuais de cada indivíduo na velhice (Antonucci & Ajrouch, 2007).

O conceito relações sociais é constituído por duas dimensões: (a) estrutura da rede social; e (b) tipo e qualidade do suporte social. Na estrutura da rede o conceito de rede social descreve uma estrutura de indivíduos com relacionamentos com um indivíduo e poderá variar em termos de número de membros da rede, frequência dos contactos, proximidade geográfica e a composição. A rede representa uma fonte de apoio em tempos de crise, conforto em tempos de dor e informação quando necessário. No entanto, a rede social pode ser uma fonte de stress, conflitos e contribuir para uma pobre qualidade de vida, embora uma grande rede social não garanta alegria, nem amorteça o stress. As características da rede afectam a probabilidade de apoio bem como a qualidade e tipo de apoio e indicam o número de actividades em que as pessoas estão envolvidas. O tipo de apoio pode ser instrumental ou emocional, no entanto, demasiado apoio pode criar dependência, reduzindo a autonomia e auto-estima. O facto de receber apoio ao longo da vida leva a que o indivíduo se sinta, digno, cuidado e amado. A qualidade das relações sociais influenciará o bem-estar psicológico individual, realçando aspectos

positivos e negativos das relações. No entanto, a presença de relações sociais não é sinónimo de relações de apoio. Relativamente ao contexto familiar, Antonucci e Ajrouch (2007) concluem que viver em casa e receber apoio nem sempre protege o idoso de ter uma pobre qualidade de vida (Antonucci & Ajrouch, 2007).

Assim, são as características individuais (idade, género, raça e estado civil) e situacionais (cultura, história, governo e ambiente) que influenciam o tipo de relações que as pessoas desenvolvem. Na velhice, as relações mais importantes são as familiares e com o aumento da longevidade, as pessoas idosas tendem a ter vantagem de estar em muitas gerações de famílias. Antonucci e Ajrouch (2007) descobriram que com a idade os indivíduos referem menos recursos, especialmente menos contactos telefónicos, menos probabilidade de terem confiança, mais solidão e menos visitas de amigos das que eles desejavam. De acordo com a grande probabilidade de limitações funcionais, os indivíduos relataram ter recebido mais apoio dos outros. Uma vez que, a natureza e função das relações sociais são consideradas altamente críticas através do ciclo de vida, as relações com os outros são consideradas um indicador e uma potencial influência no bem-estar. Enquanto as diferenças biológicas estão mais ligadas a diferenças de sexo, a socialização, as experiências e o contexto são responsáveis por diferenças de género. Assim, Antonucci e Ajrouch (2007) referem que a viuvez está associada a défice de recursos e que as mulheres estão mais predispostas a experienciar a viuvez, doença e problemas financeiros. As similaridades e diferenças de género são claramente um fenómeno complexo na qual muitas das causas dinâmicas não são claramente percebidas. A raça é outra característica individual em que as minorias étnicas e raciais enfrentam ao longo da vida discriminação e desvantagem e estão associadas a menos recursos. Muitas minorias têm menos expectativas de vida, baixo nível educacional e estatuto socioeconómico baixo. O estado civil está associado com diferentes recursos disponíveis. Claro que ser casado é o mais comum, mas com a idade a probabilidade muda. O estado civil pode ser associado com a coorte ou com a história específica do país. Estar casado na velhice é sinónimo de estabilidade, rendimento e educação (Antonucci & Ajrouch, 2007).

Relativamente às características situacionais, avaliar a qualidade de vida em muitos contextos culturais é importante. No caso de Espanha é relatado poucos idosos a viver sozinhos e muitos a viver com crianças. A partir dos 65 e mais anos, os espanhóis relatam muito contacto

com a família, amigos e vizinhos, mais do que as pessoas nos países nórdicos. Enquanto a família é a fonte número um em termos de apoio em tempos de doença ou necessidade, os vizinhos são quem os espanhóis relatam ter mais contacto e ainda mais com as crianças que vivem na sua área. Um exemplo de diferenças culturais é o tamanho da família e as relações familiares. O contexto histórico no qual os indivíduos vivem providencia outra situação importante para compreender as relações sociais, por exemplo, a Grande Depressão ou a Guerra do Vietname. O estudo de Envelhecimento de Berlim (Baltes & Mayer, 1999) documentou um número invulgar de homens e mulheres que nunca se casaram, bem como um grande número de pessoas que nunca teve filhos. O governo e as políticas públicas podem fundamentalmente influenciar as relações de apoio, entre as famílias e os idosos. Considerando o ambiente no seu todo pode significar um prazer geral ou desencanto das vizinhanças, a afluência de pessoas e negócios na comunidade, uma vez que, por exemplo, uma pobre vizinhança pode reduzir ou eliminar a existência de transporte (Antonucci & Ajrouch, 2007).

Concluindo, usando o modelo de Convoy das Relações Sociais como orientador, os recursos sociais são marcados por continuidades e mudanças ao longo do ciclo de vida e frequentemente acumulam ao longo do tempo (Antonucci & Ajrouch, 2007).

Geralmente, os idosos criam fortes laços cognitivos e afectivos com o lugar/contexto/ambiente, em que vivem há muito tempo. Para efeitos de intervenção, a compreensão das relações de indivíduo-contexto, na velhice, são importantes, uma vez que em caso de capacidade diminuída, como, por exemplo, a redução das capacidades cognitivas relacionada com doenças cerebrovasculares, a melhoria do contexto físico pode revelar-se uma forma de intervenção eficaz, para além da intervenção farmacológica. Para promover a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos idosos constituem-se como importantes ferramentas, as intervenções ambientais. Por exemplo, as alterações da casa, o desenvolvimento de habitações alternativas e o replaneamento de áreas públicas exteriores ou transportes públicos (Wahl & Iwarsson, 2007). A maioria dos idosos deseja viver na sua casa por tanto tempo quanto possível, uma vez que na realidade muitos continuam a viver na casa que ocupam desde o início da vida adulta. Com frequência, estes lugares estão cheios de recordações e lembranças preciosas de valor insubstituível que se transformam em lugares significativos. Assim, os lugares

podem tornar-se fontes de revitalização física e psicológica que contribuem para a ligação emocional do idoso (Rioux, 2005).

Além disso, os nossos comportamentos mudam de acordo com as expectativas e contextos sócio-culturais, por exemplo, como nos devemos comportar enquanto pais, maridos/esposas, trabalhadores ou filhos a cuidar dos pais idosos. Estas mudanças influenciam a organização do quotidiano de um indivíduo e, em alguns casos, afecta a forma como os indivíduos se descrevem. O desenvolvimento individual contempla duas dimensões importantes: (a) a intrapessoal, a qual lida com os sentimentos, capacidades/atitudes e inclui o modo como nós representamos internamente as nossas experiências; e (b) a interpessoal/relacional, que reflecte o relacionamento com os outros em diversos contextos e acontecimentos de vida. A nossa representação interna do contexto externo interfere na interacção indivíduo-contexto. Quando se tem de fazer ajustamentos que são necessários para as capacidades e competências do indivíduo, estes combinam-se com os objectivos do contexto que se procura atingir com o nível de adaptação pessoal, ou seja, o funcionamento da zona de conforto. Quando se excede esta zona de conforto, aumenta o efeito negativo (raiva, depressão, avaliação negativa do *self*) e diminui o desempenho (Hayslip, Panek & Patrick, 2007).

Segundo Rioux (2005), a investigação associada ao bem-estar dos idosos centra-se em dois tipos de variáveis: (a) as que reflectem os factores sócio-económicos, isto é, o bem-estar aumenta com, por exemplo, o aumento geral de riqueza do país de residência, maior rendimento e nível sócio-económico, ser casado e do sexo feminino e (b) as que se referem a variáveis psicológicas ou psicossociais, ou seja, o bem-estar auto-relatado é mais positivo quando a auto-percepção da saúde é mais positiva. Os idosos realçam o exercício físico regular e os traços de personalidade como extroversão e estabilidade emocional, auto-desenvolvimento e interesse no bem-estar dos outros, compreensão social e sabedoria, crença religiosa, fé, sentir controlo no seu contexto, sentir-se independente, a qualidade das redes sociais e sentimento de pertença a uma rede social. De acordo com o mesmo autor, recentemente foi demonstrado que o nível de bem-estar pode aumentar com a idade, apesar das perdas sentidas com o avançar da idade. Este resultado pode dever-se ao facto dos idosos estarem nas suas rotinas diárias e sentirem o

controlo sobre o seu contexto de vida. Outra componente importante da resiliência no envelhecimento é o afecto diário positivo.

Na investigação, a grande descoberta relacionada com o ambiente doméstico, concerne à adaptação indivíduo-contexto. A acessibilidade, remete-nos para um constructo considerado como a adaptação entre as limitações funcionais e as barreiras físicas observadas no contexto de casa, são mais importantes para as capacidades funcionais do indivíduo do que o número de barreiras. Como observado, esta adaptação tem sido importante para o desempenho nas AIVD, enquanto não existem alterações significativas com as ABVD. A conclusão a tirar é de que o contexto tem vindo a ser particularmente importante nas actividades complexas da vida diária. Com a idade, é um desafio lidar com o ambiente doméstico. Segundo Wahl e Iwarsson (2007) as disposições da personalidade desempenham um papel nesta relação.

No entender de Wahl e Iwarsson (2007), a satisfação com a casa é essencial porque contribui para explicar a satisfação com a vida, apesar de ter algumas limitações na sua operacionalização, porque, geralmente a maioria dos idosos estão satisfeitos com a sua situação habitacional. O significado da casa foi definido por uma série de processos comportamentais, cognitivos e afectivos, entre o indivíduo e o contexto de casa. Através de uma metodologia mista (qualitativa e quantitativa) foram encontrados cinco aspectos para a análise das condições da casa: (a) físicos, que se focam na experiência das condições de habitação; (b) comportamentais, relacionados com o comportamento da vida diária do indivíduo em casa e formas de manipular ou reorganizar itens em habitação; (c) cognitivos, os quais representam vinculação especial biográfica para a habitação; (d) emocionais, que expressam a vinculação emocional, incluindo a experiência de privacidade, segurança, estimulação e prazer; e (e) sociais, relacionados com a relação com o cônjuge, vizinhos ou visitas.

Nas cidades europeias, os idosos podem deslocar-se a pé ou de transportes públicos, já nas zonas rurais, estes estão dependentes de terceiros ou de outros tipos de transporte, o que poderá vir a tornar-se problemático com o envelhecimento (Wahl & Iwarsson, 2007). As zonas urbanas apresentam características de urbanização contemporânea que podem ser definidas de diversas formas e os elementos são: (a)

escala; (b) velocidade de urbanização; (c) mobilidade da população; e (d) complexidade. Com isto, as cidades crescem e diminuem de formas complexas e ambos os processos trazem problemas para os idosos. A cidade pode ter presente, barreiras físicas e institucionais para os grupos com algum tipo de incapacidade, separando-os do objectivo da vida económica e social. Neste sentido, nas zonas urbanas, observa-se exclusão social, definida como um termo útil em sociedades em que há uma crescente polarização de acesso e de oportunidade, de modo a que muitas áreas, um conjunto habitacional, uma área interna ou externa urbana, sejam efectivas para a vida. A ideia desenvolvida refere a multidimensionalidade da exclusão social e o seu impacto sobre determinados tipos de localização. A exclusão social, definida como um processo multidimensional, exprime várias formas de exclusão combinadas: (a) a participação da população na tomada de decisão e processos políticos; e (b) o acesso ao emprego e recursos materiais e processos de integração cultural. Quando combinados, criam potenciais formas de exclusão social que encontram uma manifestação espacial, especialmente em bairros. Com base nos dados empíricos disponíveis, pelo menos três dimensões da exclusão social em ambientes urbanos podem ser destacados: (a) como consequência da mudança da vizinhança; (b) decorrente de pressões que ocorrem no meio/ambiente urbano; e (c) através do impacto da globalização sobre as percepções do lugar (Phillipson (2010)).

A vizinhança pode representar um aspecto muito mais importante de exclusão social (Phillipson, 2010), mas também de inclusão social. As relações de vizinhança serão uma variável a analisar neste estudo. Na avaliação de contextos como a vizinhança, os indicadores do ambiente físico podem ser aplicados na avaliação da comunidade, tanto em termos de espaço exterior como interior. Empiricamente, a vizinhança tem sido um local de introdução de profissionais de serviços e planeamento urbano. Nicotera (2007) usa o termo de vizinhança fazendo a distinção entre ambiente e lugar, uma vez que devem designar coisas diferentes para profissionais e investigadores. O ambiente (“environment”) é um contexto estático. Deste modo, esta definição sugere que os indivíduos tenham a mesma experiência do seu interior. Já o significado de lugar (“place”) é o resultado da vivência de um indivíduo ou grupo num ambiente ao longo do tempo. Muitas das variáveis que definem a multidimensionalidade da vizinhança com a



dicotómica objectividade-subjectividade, podem ser vistas como um complexo constituído por quatro componentes: (a) estatuto social; (b) estatuto económico; (c) processos sociais; e (d) recursos físicos. Estas variáveis costumam ser avaliadas através de sete estratégias, duas das quais serão utilizadas neste estudo empírico: (a) censos e outros dados administrativos (ex. INE), utilizados para medidas quantitativas; (b) observação sistemática do local, utilizada para recolher dados e colmatar problemas surgidos na estratégia anterior (ex. CheckList dos Recursos Ecológicos); (c) escalas de avaliação da vizinhança, quando utilizadas em residentes podem servir para aproximar a vizinhança como local, podendo ser um meio eficiente de recolha de dados sobre os processos, condições físicas e recursos; (d) entrevistas estruturadas e não estruturadas, utilizadas para medir as redes sociais da vizinhança; (e) descrição detalhada, utilizada basicamente pelas crianças, como diários; (f) fotografia, a qual também é mais utilizada nas crianças, em que é pedido para tirarem fotografias com a sua rede social da vizinhança; e (g) desenhos, utilizados como ambiente e local para representar a vizinhança e fazer o mapa cognitivo, utilizado em conjunto com as entrevistas. Cada estratégia é importante no sentido de resolver os problemas resultantes de outras estratégias. A utilização destas estratégias necessita de caracterização estrutural e de processos sociais da vizinhança (Nicotera, 2007), a qual deve ter os seus recursos tanto individuais como organizacionais aproveitados (McKnight & Kretzman, 1996).

De acordo com o estudo de Oh e Kim (2009), a vinculação/ligação afectiva à vizinhança está associada à vinculação comportamental e a atitudes dentro da vizinhança. A vinculação comportamental compreende, as interacções de vizinhança e o envolvimento da vizinhança. Assim, o decréscimo do número de redes sociais entre os idosos é compensado pela criação de laços mais frequentes e intensos com menos indivíduos, e os idosos ajudam a manter a ordem social na sua vizinhança, uma vez que estão em casa durante o dia, são mais propensos a visitar e manter laços sociais com os vizinhos e não têm filhos adolescentes. De acordo com os autores, o declínio da criminalidade relacionado com as relações da vizinhança foi classificado em três condições e aparece associado à (a) sensação de pertença à vizinhança; (b) ao

reconhecimento fácil de estranhos à vizinhança em questão; e (c) ao facto de conhecer muitas crianças.

### **3. Envelhecer no seu próprio local, a vinculação ao lugar e os recursos ecológicos**

As múltiplas influências entre os indivíduos e os seus contextos de vida têm vindo a ser objecto de análise nas últimas décadas, com destaque para as teorias desenvolvimentais do ciclo de vida (Lerner, 2002; Baltes et al., 2006) e as teorias ecológicas (Scheidt & Windley, 2006; Oswald et al., 2010) no estudo do desenvolvimento humano e do envelhecimento.

A relação pessoa-contexto é de natureza dinâmica e neste ambiente o processo de envelhecimento pode tornar-se mais fácil ou difícil (Paúl, 2005; Scheidt & Windley, 2006). Uma das preocupações da Gerontologia Ambiental é dar resposta a este tipo de problema (Paúl, 2005). A Gerontologia Ambiental é definida como o estudo da relação entre o ambiente e o envelhecimento, a qual integra um conjunto de disciplinas preparadas para compreender as implicações comportamentais e psicológicas de interações pessoa idosa-ambiente (Scheidt & Windley, 2006). Envelhecer no seu próprio local está relacionado com os aspectos subjectivos da casa, como a utilidade, o lugar, a ligação e o controlo de sentimentos relacionados com a casa (Scheidt & Windley, 2006). Mais se acrescenta que as alterações ao nível do meio ambiente podem reduzir a rede social dos idosos. A rede social também pode sofrer alterações com a reforma, uma vez que se limitam os meios sociais, como por exemplo, as relações do dia-a-dia, os amigos e mesmo a vizinhança (Paúl, 2005). Este fenómeno torna-se um desafio para a implementação de políticas e planeamento de serviços para os mais velhos. Assim, Paúl (2005) refere que qualquer que seja o modelo adoptado e a sua operacionalização, a ideia de envelhecer no seu próprio local é, face ao aumento de vulnerabilidade nas pessoas idosas e à necessidade de compensar o declínio introduzindo mudanças ambientais, tecnologia e optimizadores de qualidade de vida. Nesta perspectiva, é necessário traçar políticas para

otimizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos. A ideia central de investigação e intervenção é a problemática da casa/lar, mesmo que se fale de instituições, zona residencial ou adaptação da própria habitação (Paúl, 2005). Por conseguinte, o modelo de envelhecer no seu próprio local pode tornar-se inovador com a oferta de coordenação de cuidados e serviços de cuidados de saúde para os idosos, onde quer que residam (Marek & Rantz, 2000). A questão do envelhecimento em ambientes distintos também é colocada pela Gerontologia Ambiental, envolvendo as dimensões temporal, histórica, processual e a capacidade construtiva do indivíduo que devem ser tidas em atenção. Assim, a compreensão do ambiente emerge como inseparável da percepção do indivíduo e dos “resultados” do envelhecimento no que concerne ao EBS, envelhecimento óptimo e positivo (Paúl, 2005).

Paúl (2005) aborda três grandes modelos da Gerontologia Ambiental: (a) modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow; (b) modelos de Congruência Pessoa-Ambiente; (c) modelo de Moos.

O modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow destaca a interação da pessoa com o ambiente. Esta adaptação implica a competência do indivíduo (*“desempenho potencial intrínseco, o máximo de desempenho esperado nos domínios biológico, sensorial, perceptual e cognitivo”* (Paúl, 2005, p. 252) face à pressão (*“a exigência que algum dos aspectos do ambiente faz às pessoas em conjugação com as suas necessidades correspondentes”* (Paúl, 2005, p. 252) exercida pelo meio. Posteriormente, a noção de pressão ambiental foi revista, passando a incluir também a proactividade (o aumento da competência da pessoa e a variedade de recursos ambientais pode ser usado para aumentar a satisfação das necessidades das pessoas, Lawton, 1990), a qual permite à pessoa transformar a estrutura social para melhor lidar com o ambiente (Paúl, 2005). A competência individual pode ser promovida por um ambiente extrínseco ou intrínseco ao indivíduo (Lawton, 1990).

Nos modelos de Congruência Pessoa-Ambiente, a pessoa sente-se mais satisfeita consigo própria e com o ambiente se houver harmonia entre eles, sendo que maior congruência é sinónimo de melhor adaptação e vice-versa; igualmente a satisfação das necessidades irá influenciar o bem-estar. Segundo Carp (1987 como citado em Paúl,

2005), destacam-se dois modelos explicativos da relação dos idosos com o ambiente: (a) o modelo de Efeitos Directos e Indirectos do Ambiente e (b) o modelo de Congruência/Complementaridade de Carp e Carp. De acordo com o modelo dos Efeitos Directos e Indirectos, o ambiente tem efeitos directos e indirectos no indivíduo e na sua satisfação com o meio. Os resultados demonstram que podem ser alterados por outras características interpessoais, situações extrínsecas e acontecimentos de vida recentes. Já o segundo modelo divide-se em duas partes, de acordo com o nível de necessidades e o tipo de congruência. A congruência é definida pelo grau de complementaridade entre as competências do indivíduo e os recursos/barreiras do ambiente. A primeira parte exprime as necessidades de baixa ordem/manutenção da vida diária e a segunda parte exprime as necessidades de ordem superior, em que as variáveis influenciarão na satisfação. Neste modelo, os resultados podem ser alterados pelas características intrapessoais, situações extrínsecas e pelos acontecimentos de vida.

O modelo de Moos (1976 como citado em Paúl, 2005) definiu como objectivo principal, o estudo do impacto do meio físico e social na adaptação dos idosos para aumentar a qualidade de vida. A proposta de Moos e Lemke (1984 como citado em Paúl, 2005) relaciona o ambiente e a adaptação dos idosos, tendo em conta as características objectivas da instituição em análise e as variáveis individuais, as quais resultam num clima social que influenciará respostas de confronto, adaptação em termos de adaptação, nível de actividade e utilização de serviços.

Ainda na linha da Gerontologia Ambiental, num estudo efectuado por Oswald, Jopp, Rott e Wahl (2010), com uma amostra de 381 residentes na comunidade/casa, com idades entre os 65 e 94 anos, foram analisados aspectos ambientais (físicos e sociais) percebidos e aspectos objectivos da casa e vizinhança que representavam recursos ou riscos para a satisfação com a vida em função da idade. Os resultados demonstraram a existência de: (a) diferenças nos indicadores do ambiente físico interior (indoor) entre idosos da terceira e quarta idade, mas não nas características sociais da casa; (b) ambos os grupos de idade revelaram padrões etários diferenciais; (c) o tamanho da casa estava positivamente relacionado com a satisfação com a vida nos idosos da terceira idade, mas estava negativamente relacionado com os idosos da quarta idade; (d) a qualidade da

vizinhança percebida e a vinculação ao local exterior eram mais importantes para os idosos da quarta idade; e (e) viver com outros podia associar-se positivamente à satisfação com a vida, apenas para os idosos da terceira idade. As características ambientais da casa e da vizinhança deveriam ser consideradas em estudo, de forma a concretizar a compreensão entre envelhecer no seu próprio local em relação e o bem-estar.

O significado de envelhecer no seu próprio local foi analisado no estudo de Wiles, Leibing, Guberman, Reeve e Allen (2011), em termos funcionais, vinculação emocional e significado da casa, vizinhança e comunidade. O objectivo do estudo era examinar o modo como as pessoas idosas (n=121), com idades compreendidas entre os 56 e 92 anos de idade, compreendiam o significado de envelhecer no seu próprio local. Os resultados demonstraram que os idosos queriam ser autónomos na escolha do local e na forma como vão envelhecer. Assim, o conceito em estudo é uma vantagem em termos de sentimento de vinculação ou ligação a sentimentos de segurança e familiaridade em relação a ambos, casas e comunidades. O envelhecer no seu próprio local revelou-se ainda relacionado com o sentimento de identidade, tanto através da independência como da autonomia ou da relação com o acto de cuidar e dos papéis desempenhados pelas pessoas que viviam nos mesmos locais.

Na área da Saúde, o estudo empírico de Lau, Scandrett, Jarzebowski, Holman e Emanuel (2007) defendem que a segurança em casa e na comunidade é uma preocupação de saúde pública nacional, principalmente para os idosos que envelhecem em casa. Devido ao sistema social complexo e com riscos associados, a *segurança associada à saúde* (conceito multicausal definido como a redução ao mínimo da probabilidade do dano evitável não intencional em indivíduos que vivem na comunidade) exigirá uma mudança da cultura e reorganização de sistemas, novas ferramentas de avaliação e manutenção do risco, segurança e melhoria contínua. Esta mudança permitirá aos residentes na comunidade continuar a viver ao longo da idade no mesmo local de forma saudável e segura, no entanto, exigirá a colaboração do apoio político, financeiro e social, tanto dos sectores privados como públicos, logo em função destas limitações, idealizar-se-ão soluções de baixo custo.

De forma a promover o envelhecer no seu próprio local (Greenfield, 2011) emergiram configurações de cuidados de saúde e comunidade. Apesar de todos os esforços feitos para a sua promoção, existe pouco conhecimento sobre a ligação entre investigação, prática e políticas neste domínio para desenvolver sistematicamente iniciativas de envelhecer no seu próprio local. Estas iniciativas podem ser categorizadas em dois tipos: (a) iniciativas orientadas para o indivíduo; e (b) as iniciativas orientadas para o ambiente. Assim, a teoria desenvolvimental do ciclo de vida e o modelo ecológico de Lawton tornam-se pilares na tentativa de promover programas para envelhecer no seu próprio local.

No entanto, criar um EBS ou envelhecimento óptimo no local assume um ambiente propício ao envelhecimento. A labiríntica ligação entre a habitação e os cuidados de saúde, serviços de apoio sociais e decisões políticas persistem e continuam a servir como uma barreira, permitindo aos idosos envelhecer em casa, no momento presente e no futuro. A literatura sugere que envelhecer nos seus lares promove melhores relações de intimidade, identidade mais positiva e menor depressão. Para além disso, os cuidados de saúde e sociais precisam de ser envolvidos na construção e dinâmica dos contextos de vida (Smith, 2009).

A Gerontologia Ambiental pretende “descrever, explicar e modificar/optimizar a relação entre a pessoa que envelhece e o seu ambiente físico-social” (Wahl & Oswald, 2010). Neste sentido, é necessário explicar que a Gerontologia Ambiental indica necessariamente a percepção interdisciplinar dos processos indivíduo-contexto no envelhecimento, envolvendo diversas disciplinas. Esta especialidade da Gerontologia pondera principalmente a optimização que reflecte uma inspiração para contribuir directamente para a melhoria da qualidade de vida na terceira idade através dos meios de intervenção. No entanto, existem questões e desafios para a Gerontologia Ambiental, por exemplo: (a) compreender como os idosos estão a gerir as oportunidades e limitações das suas condições físicas, sociais e ambientais, (b) ilustrar as ligações entre as dimensões objectivas e subjectivas do indivíduo e o seu mundo com especial importância para a Gerontologia Ambiental e (c) analisar a contribuição da perspectiva indivíduo-contexto para compreender o trajecto e os objectivos do envelhecimento (Wahl & Oswald, 2010).

Um outro desafio diz respeito aos conflitos intergeracionais, que assumiram uma nova dimensão territorial em diversos contextos de vida dos idosos (Smith, 2009).

Um aspecto particularmente importante da adaptação do processo de envelhecimento é o efeito do contexto (rural/urbano) na experiência de envelhecimento. O contexto de casa/lugar onde se viveu desempenha um papel importante na compreensão dos diferentes padrões de envelhecimento, bem como explicar a razão pela qual por que alguns indivíduos chegam, e outros não, a um EBS. A noção de envelhecer no seu próprio local é, portanto, central para a compreensão das relações entre o contexto da casa e o EBS (Fonseca, 2009).

Este conceito é entendido como uma forma de atrasar o primeiro passo que afasta o idoso da casa da família. Através da colocação de apoio tecnológico (ex. teleassistência), acredita-se que os idosos podem continuar a viver nos seus lares por mais tempo (Mynatt et al., 2000). A literatura mostra que as mesmas comunidades em diferentes momentos têm indicado que os idosos têm um forte sentimento de ligação emocional à sua casa e à comunidade envolvente. No envelhecer no próprio local, os idosos direccionam o tempo e intensidade dos serviços de cuidados pessoais e de saúde entregues nos seus próprios lares. O objectivo de envelhecer no seu próprio local é permitir aos idosos que residam no mesmo local, acompanhando a intensidade das necessidades dos cuidados de saúde e sociais (Marek & Rantz, 2000). Para tal, é reconhecido que a representação subjectiva do ambiente afecta o modo como as pessoas se comportam. O domínio ambiental inclui o lar, recursos da vizinhança, suporte social/amigos e familiares e suporte de serviços formais (Scheidt & Windley, 2006), assim como a acessibilidade (ver recursos ecológicos), que diminui com o aumento da idade e declínio da saúde subjectiva.

Num plano ideal, o envelhecer no seu próprio local significaria a capacidade de se manter no mesmo local/casa com o avançar da idade. Dito de outro modo e parafraseando Fange, Oswald e Clemson (2012, p.1) é “ser capaz de continuar a viver na sua própria casa ou vizinhança e adaptar-se às necessidades e condições em mudança.” Para tal, será essencial a manutenção da independência, principalmente o de manter um certo grau de competência e controlo sobre o contexto (Cutchin, 2003). Em Portugal e no

mundo, assiste-se a um aumento da longevidade (Birren, 2003; Hooyman & Kiyak, 2001) e, com isto, o aparecimento de patologias relacionadas com a idade, que comprometem esta independência. Assim, sugere-se estratégias para melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos, de forma a permitir algum domínio sobre o seu meio, ainda que a total independência esteja comprometida (Mynatt et al., 2000). Este ajustamento implica a avaliação e monitorização das capacidades dos indivíduos para se manterem em casa com ajudas específicas, assim como uma avaliação de contexto de vida em que o indivíduo/idoso se move.

Para além do envelhecer no seu próprio local, outra ideia que tem vindo a ser discutida na Gerontologia Ambiental é a questão da *vinculação ao lugar* (“attachment to place”). Relativamente à vinculação ao lugar (Speller, 2005), a literatura tem analisado a relação dinâmica entre indivíduo-lugar e a mudança das relações afectivas ao longo do curso de vida. É defendido que este conceito deveria integrar diversos padrões como a vinculação (afectos, cognições, prática/acções); o lugar (que variam em escala especificidade e tangibilidade); actores (indivíduos, grupos e culturas); relações sociais (indivíduos, grupos e culturas); e aspecto temporal (lineares ou cíclicos). Pode referir-se também o sentimento de posse que o indivíduo possui em relação a um contexto específico sendo o mesmo, explicado pelo contributo que o indivíduo espera alcançar ao nível da sua auto-imagem ou identidade social. A familiaridade é outra característica, que conduz ao desenvolvimento de um vínculo com o lugar. Contudo, poderá ser uma implicação individual com os vizinhos e a vizinhança ou um laço carregado de afectos positivos ou relações entre os indivíduos e os seus contextos de vida. O contributo de Bowlby a este conceito é feito através da definição de laço vinculatorio dirigido a um objecto ou à casa. Este laço pode ser definido como: (a) um estado de bem-estar psicológico experimentado pelo indivíduo como resultado da mera presença, proximidade ou acessibilidade ao objecto e (2) o estado de desamparo provocado pela ausência, afastamento ou inacessibilidade do objecto. No entender de Speller (2005), o lugar organiza as experiências passadas ao longo do tempo e as suas interpretações subjectivas que representarão um importante papel na formação e no suporte da



identidade da pessoa. Este termo define-se como uma relação indivíduo-contexto físico apelidada de sentimento de pertença, em que a dimensão temporal possibilita a relação indivíduo-presente-passado-futuro. A interacção que se cria é considerada como um processo dinâmico, que ocorre ao nível do contexto físico e social e se apresenta em constante mudança. De forma a esclarecer a existência quotidiana do indivíduo, é necessário explorar o conceito de identidade de lugar, que consiste numa subestrutura da auto-identidade de um indivíduo que no geral é composta por cognições acerca do mundo físico no qual este vive. Estas cognições compreendem tanto as memórias, ideias, sentimentos, atitudes, valores, preferências, significados como a concepção do comportamento e da experiência associada à variedade e complexidade dos contextos físicos. No entender de Paúl (2005), a ideia principal dos modelos ambientais é a de maximizar o EBS a partir da interacção pessoa-contexto.

Relativamente aos *recursos ecológicos* (“ecological assets”) este é um dos termos usado por Lerner no seu projecto de investigação sobre desenvolvimento positivo na juventude - “Positive Youth Development” (PYD; Theokas & Lerner, 2006). Neste estudo, Lerner e colaboradores analisam as múltiplas influências relacionais entre os indivíduos em desenvolvimento e os seus contextos de vida (ver Theokas & Lerner, 2006; Benson, 2007; Urban, Lewin-Bizan & Lerner, 2009; Urban, Lewin-Bizan & Lerner, 2010; Lerner, Bowers, Geldhof, Gestsdóttir & Desouza, 2012; Geldhof, Bowers & Lerner; 2013). A Ciência Desenvolvimental contemporânea reconhece que o desenvolvimento humano é um *processo relacional, bidirecional que ocorre entre o indivíduo ↔ contexto* (“bidirectional, individual ↔ context relational process”). Esta ideia é partilhada por um conjunto de investigadores que integram a “família” teórica designada por teoria desenvolvimental de sistemas (Lerner, 2002) onde se inclui a psicologia desenvolvimental do ciclo de vida de Baltes e o contextualismo desenvolvimental de Lerner.

No estudo de Theokas e Lerner (2006) sobre o desenvolvimento positivo de jovens foi apresentada uma categorização dos recursos ecológicos com a explicação das condições necessárias para que o desenvolvimento positivo ocorra. Esta categorização tem como objectivo organizar os recursos e oportunidades nos ambientes assim como as

relações dentro de casa, escola e vizinhança. Os autores identificaram quatro dimensões de recursos ecológicos: (a) recursos humanos (indivíduos); (b) recursos físicos e institucionais, presentes no ambiente social (oportunidades sociais); (c) actividade colectiva (envolvimento na vizinhança); e (d) acessibilidade (compreensão da dinâmica indivíduo-contexto), os quais são propostos para organizarem os recursos existentes e as oportunidades em contexto. Este projecto lança a base para futuras investigações sobre o impacto dos recursos das famílias, escolas e vizinhança na promoção de um envelhecimento positivo.

A primeira dimensão (recursos humanos) envolve o indivíduo em contexto. Esta dimensão é definida como saberes, capacidades e talentos pessoais. Estas características, actividades e comportamentos individuais proporcionam uma manifestação de normas sociais de um contexto particular. A segunda dimensão (recursos físicos e institucionais) destina-se a documentar oportunidades de aprendizagem, lazer e envolvimento com indivíduos e com o mundo externo. Estas oportunidades traduzem-se em contribuir para o estabelecimento de rotinas sociais para os idosos. Deve ser avaliado a presença de centros comunitários, bibliotecas, parques ou outras infraestruturas e se estas estão a uma curta distância ou se estão na rota dos transportes públicos de modo a que acessibilidade seja um benefício para as rotinas sociais do idoso. A terceira dimensão (actividade colectiva) destina-se a documentar o envolvimento mútuo entre os membros da vizinhança/comunidade (organizações). Esta actividade é o esforço de vários indivíduos. Estas ligações podem simbolizar os esforços do grupo/comunidade para a advocacia, liderança cívica ou família. O facto de documentar estas relações proporciona uma melhor compreensão das relações sociais e ligações entre os membros da comunidade. As bases desta dimensão derivam da noção de capital social de Coleman e eficácia colectiva de Sampson. O capital social é o potencial dos recursos das redes sociais e a eficácia colectiva é definida como a activação destas redes para resultados específicos. O facto de documentar laços e a rede é uma forma de estabelecer casos de vida associados a uma comunidade e o ambiente dos contextos de desenvolvimento. A quarta dimensão (acessibilidade), embora semelhante à actividade colectiva, visa apreender a dinâmica entre os indivíduos e os contextos. Como tal, esta categoria

destina-se a documentar a capacidade dos residentes para participar em recursos humanos e as oportunidades de recursos no contexto. Este pode referir-se à capacidade de transporte e horários de funcionamento das infraestruturas, documentando a facilidade de acesso físico e poder referir-se ao potencial da juventude para interagir com os adultos no contexto. A acessibilidade pode ainda ser definida em termos de segurança do ambiente físico. Algumas dessas dimensões são dicotómicas, explicando a presença ou ausência do recurso (Theokas e Lerner, 2006).

Em síntese, face ao exposto torna-se importante compreender a relação dinâmica entre os recursos ecológicos e os indivíduos em desenvolvimento/envelhecimento. No entanto, a ausência de estudos nesta linha com populações idosas leva-nos na segunda parte desta dissertação a elaborar um instrumento de medida (CheckList dos Recursos Ecológicos), com vista a fazer uma aproximação inicial a este assunto. Assim, apresenta-se em seguida os objectivos deste projecto/estudo de investigação.

#### **4. Objectivos do estudo**

Finalizada a revisão da literatura, este estudo irá analisar o envelhecimento de uma população a dois níveis: contextual e individual. A um nível contextual, analisará os recursos ecológicos dos contextos de vida dos idosos. A um nível individual, analisará e relacionará características demográficas, de relação com a casa e com o meio envolvente mais próximo, assim como capacidades individuais (de funcionalidade e de funcionamento cognitivo) e a qualidade dos recursos sociais.

Este estudo pretende (a) caracterizar a população idosa do núcleo urbano do concelho de Angra do Heroísmo (65 e mais anos de idade), focando-se no seu processo de envelhecimento individual e nos contextos ambientais de envelhecimento; (b) identificar os recursos ecológicos e (c) analisar as relações entre variáveis individuais das pessoas idosas, tais como características sociodemográficas, nível de competência, qualidade dos recursos ecológicos e satisfação com a vida. Este estudo associa-se ao levantamento de

necessidades biopsicossociais e, com isto, pretende ser um ponto de partida para futuras intervenções comunitárias e caracterizar que recursos estão disponíveis para a população idosa.



## **CAPÍTULO II**

---

### **MÉTODOS**







Neste capítulo apresentar-se-ão as opções metodológicas associadas ao plano de estudos desta investigação, que integrou dois principais métodos de recolha de informação: (a) a pesquisa de recursos ecológicos de cada uma das freguesias estudadas e (b) o inquérito individual a idosos residentes nas comunidades.

## 1. Participantes

Para concretizar os objectivos do presente estudo, foram seleccionadas as quatro freguesias que compõem o núcleo urbano de Angra do Heroísmo: Sé, Nossa Senhora da Conceição, Santa Luzia e São Pedro (tabela 1).

Tabela 1. População residente em Angra do Heroísmo com 65 ou mais anos, distribuída por grupo de género (Instituto Nacional de Estatística, 2002) e cálculo amostral de 5%

Sexo	Grupo Etário	Sé		N. Sra da Conceição		Santa Luzia		São Pedro	
		Pop <i>n</i>	Amostra 5%	Pop <i>n</i>	Amostra 5%	Pop <i>n</i>	Amostra 5%	Pop <i>n</i>	Amostra 5%
H	65-69	24	1	100	5	49	2	61	3
	70-74	20	1	92	5	46	2	61	3
	75-79	26	1	68	3	39	2	36	2
	80-84	13	1	43	2	13	1	29	1
	85-89	3	0	16	1	6	0	14	1
	90-94	3	0	5	0	2	0	0	0
	95-99	0	0	1	0	0	0	0	0
	100 +	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>4</b>	<b>325</b>	<b>16</b>	<b>155</b>	<b>7</b>	<b>201</b>	<b>10</b>
M	65-69	45	2	122	6	102	5	109	5
	70-74	37	2	122	6	97	5	99	5
	75-79	34	2	96	5	68	3	59	3
	80-84	33	2	86	4	58	3	43	2
	85-89	19	1	47	2	26	1	24	1
	90-94	5	0	18	1	10	1	7	1
	95-99	1	0	5	0	1	0	3	0
	100 +	0	0	1	0	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>9</b>	<b>497</b>	<b>24</b>	<b>362</b>	<b>18</b>	<b>344</b>	<b>17</b>
<b>Total por freguesia</b>			<b>13</b>		<b>40</b>		<b>25</b>		<b>27</b>
<b>Total Amostra</b>									<b>105</b>

Para cada uma das freguesias, estimou-se inquirir 5% da população com 65 anos ou mais, respeitando a distribuição por pequenos grupos etários e por grupos de género, de acordo com os censos 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2012). Todas as pessoas que deram consentimento informado (anexo I) foram incluídas no estudo. Foram excluídas à partida pessoas residentes em lares de idosos. Estimou-se inquirir 105 pessoas, das quais 13 seriam da freguesia da Sé, 40 da freguesia de Nossa Senhora da Conceição, 25 de Santa Luzia e 27 de São Pedro.

## **2. Instrumentos de recolha de dados**

Relativamente ao inquérito à população idosa, os participantes foram avaliados com o protocolo ANCEP\_GeroSOC (Bastos, Faria, Moreira, Melo de Carvalho, Paúl & Silva, 2010). Este protocolo inclui uma ficha socio-demográfica, assim como as seguintes escalas de avaliação: o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Sequeira, 2007) e a Escala de Lawton (Lawton & Brody, 1969, versão portuguesa Sequeira, 2007), a Escala de Rede Social de Lubben (Lubben, 1988; versão portuguesa em estudo Faria, Moreira, Lamela & Bastos, 2012), a Escala de avaliação do Estado Mental (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa Morgado et al., 2009), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Brink, Yesavage, Lum, Hursema, Adey & Rose, 1982, versão portuguesa Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003), o APGAR da família (Smilkstein, 1978 versão portuguesa em estudo Faria, Moreira, Lamela & Bastos, 2012) e o OARS-PT (Fillenbaum & Smyer, 1981 versão portuguesa Rodrigues, 2008).

Para concretização dos objectivos de estudo foram utilizados a ficha socio-demográfica, assim como o índice de Barthel e a escala de Lawton, para avaliar a funcionalidade para as actividades básicas e instrumentais da vida diária (ABVD e AIVD), o MMSE para avaliar o funcionamento cognitivo e a escala de recursos sociais da OARS-PT para avaliar a qualidade dos recursos sociais e da rede informal de apoio.

A ficha socio-demográfica integra informação demográfica, assim como características da casa e da zona envolvente, satisfação geral com a vida, focando ainda

necessidades para envelhecer em casa. A satisfação geral com a vida foi avaliada através de uma escala de likert de 4 pontos, na qual 1 “indica insatisfeito” e “4 indica muito satisfeito”.

O Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965, versão portuguesa Sequeira, 2007) avalia a capacidade funcional do indivíduo para as ABVD em 10 itens: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cama-cadeira e deambulação. A pontuação de cada item varia entre 0, 5, 10 e 15 e o somatório varia entre 0 e 100, no qual uma maior pontuação indica maior grau de independência para as ABVD. A obtenção de um somatório entre 90 e 100 corresponde a independente, entre 60 e 85 a ligeiramente dependente, entre 40 e 55 a moderadamente dependente, entre 20 e 35 a severamente dependente e menor que 20 corresponde a totalmente dependente. Relativamente às características psicométricas, este instrumento apresenta uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,89.

A Escala de Lawton & Brody (Lawton & Brody, 1969 versão portuguesa Sequeira, 2007) avalia a capacidade funcional do indivíduo para realizar as AIVD em 8 itens (cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão de dinheiro e gestão da medicação). A cotação de cada item é efectuada através de uma escala de 1 a 5 e o somatório varia entre 8 e 29 pontos, no qual a maior pontuação indica maior grau de dependência para as AIVD. A obtenção de um somatório menor ou igual a 8 pontos indica o grau de independência do indivíduo, entre 9 e 20 corresponde a moderadamente dependente e maior do que 20 corresponde a severamente dependente. Relativamente às características psicométricas, este revela uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,92.

A Escala de Avaliação do Estado Mental, MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa Morgado et al., 2009) é um teste para rastreio de défice cognitivo nos idosos e administra-se em 5-10 minutos. Consiste num instrumento de protecção para avaliar perturbações cognitivas, demência e para a continuidade de índices demenciais e na monitorização da resposta ao tratamento que poderá ser utilizado a nível geriátrico, em investigação e em estudos epidemiológicos (Moraes et al., 2010; Lourenço

& Veras, 2006). O MMSE é um método breve, estandardizado que determina a função cognitiva do indivíduo através da avaliação da orientação, atenção, evocação imediata e a curto prazo, a língua e a capacidade de seguir ordens verbais e escritas simples (Moraes et al., 2010). O MMSE é um dos instrumentos mais utilizados e estudados em todo o mundo. Segundo Scazufca, Almeida, Vallada, Tasse e Menezes (2009) a sua capacidade de produzir estimativas válidas de demência em populações de baixo nível socioeconómico e alfabetização mínima não foi adequadamente estabelecida. Se usado separadamente ou em conjunto com outros instrumentos permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de índices demenciais (Lourenço & Veras, 2006). Desde a sua elaboração, as suas características psicométricas têm sido avaliadas, tanto na sua versão original, como nas versões traduzidas ou adaptadas culturalmente para outras línguas e países (Lourenço & Veras, 2006), pois este instrumento é influenciado por variáveis não-cognitivas, tais como a idade, escolaridade entre outras (Scazufca et al., 2009). No instrumento, o ponto de corte 23/24 tem mostrado grande capacidade de discriminação de indivíduos cognitivamente perturbados (Lourenço & Veras, 2006). Mais acrescenta Lourenço e Veras (2006) e Scazufca e colaboradores (2009) que diferentes pontos de corte, que levam em conta a educação dos participantes no estudo, são recomendados para estabelecer o risco de demência. Depois da aplicação do MMSE em vários países, os resultados obtidos são de que a utilização deste instrumento demonstra utilidade com adultos mais velhos com habilitações reduzidas. Os pontos de corte encontrados no estudo de validação do instrumento para a população portuguesa são: 22 para escolaridade de 0 a 2 anos, 24 para escolaridade de 3 a 6 anos e 27 para escolaridade igual ou superior a 7 anos. Em termos de consistência interna, este instrumento apresenta um alfa de Cronbach de 0,464. Considerando a correlação item-total, a subescala evocação, atenção e cálculo e linguagem foram as que melhor se correlacionaram com a pontuação total e a subescala retenção, a que apresentou menor valor (Morgado et al., 2009).

Relativamente ao Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa Rodrigues, 2008), este instrumento que avalia os idosos é constituído por três áreas: (a) avaliação da capacidade funcional, (b) avaliação do uso e da necessidade de serviços, (c) avaliação de alternativas de serviços a

implementar em função da capacidade funcional (Rodrigues, 2008). O instrumento está dividido em duas partes: (a) parte A: Questionário de Avaliação funcional multidimensional (Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, OARS-MFAQ) que permite avaliar áreas como os recursos sociais e económicos, saúde mental, saúde física e AVDs e (b) parte B: Questionário de Avaliação de Serviços (Services Assessment Questionnaire), que permite avaliar a necessidade percebida de serviços. Estas partes podem ser usadas em conjunto ou em separado. Este instrumento não deverá ultrapassar os 45 minutos na sua administração, a qual deve ser feita por um profissional. Quanto ao Alfa de Cronbach, se este é superior a 0.80 então apresenta uma boa consistência interna. Relativamente à validade de critério, os valores comparativamente baixos da correlação de Pearson (menor de 0,70) obtidos na correlação com o Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form General Health Survey (MOS SF-36) demonstraram dificuldade em apropriar, na avaliação da saúde, medidas de critério com as quais novos instrumentos possam ser comparados. No estudo da reprodutibilidade, a escala da saúde física e de AVD obtiveram 1,000, já a escala de recursos sociais apresentou 0,962, a escala de recursos económicos 0,964 e a escala de funcionamento mental 0,979. Estes valores possibilitam a afirmação de que existe uma idêntica avaliação pelo entrevistador do mesmo entrevistado em dois momentos distintos. Em suma, os valores da correlação de Pearson situaram-se entre 0,859 e 1,000. Este instrumento tem-se revelado útil para recolher informações importantes que auxiliem a centralidade nas intervenções comunitárias e a promover estratégias de intervenção mais adequadas a esta faixa etária (Rodrigues, 2008).

A ausência de instrumentos de medida de inspiração desenvolvimental na linha dos trabalhos de Theokas e Lerner (2006) motivou a criação pela equipa de investigação da Checklist de Recursos Ecológicos (Moreira, Martins, Escrivães & Bastos, 2012; anexo II). Tem como objectivo identificar recursos comunitários (edificados ou sob forma de serviços) e/ou actividades num determinado território ou contexto de desenvolvimento. Esta checklist é composta por itens pré-definidos e outros relativamente às seguintes áreas: (1) recursos sociais, (2) recursos de educação/formação, (3) recursos de saúde e (4) recursos de lazer. O seu preenchimento deve referir-se à comunidade/localidade como

um todo, implicando a observação prévia dos espaços, a recolha de informação documental e/ou o contacto informal com a comunidade a fim de recolher informação. A informação recolhida permite o preenchimento da checklist, através da verificação da presença ou ausência dos itens pré-definidos relativos a cada tipo de recurso ou a presença de itens adicionais que possam ser pertinentes para a avaliação da qualidade dos recursos de apoio que a comunidade oferece.

### **3. Procedimentos de recolha de dados**

A informação foi recolhida entre Abril e Maio de 2012. O protocolo ANCEP\_GeroSOC (Bastos et al., 2010) foi administrado aos participantes pessoalmente, em casa ou noutros locais previamente combinados, como centros de dia, convívio e centros sociais das próprias freguesias em estudo. Primeiramente, foi explicado o enquadramento e objectivo do estudo com o respectivo consentimento informado, o carácter voluntário da participação, assim como a finalidade de utilização e confidencialidade da informação recolhida. Após o consentimento informado a informação foi recolhida através de entrevista (administração assistida). Apesar de alguns dos instrumentos que compõem o protocolo serem de auto-preenchimento, a utilização da entrevista, neste estudo, justifica-se pela baixa escolaridade dos participantes, assim como pela sua reduzida familiaridade com estes instrumentos de avaliação.

A Checklist de Recursos Ecológicos foi preenchida pela investigadora relativamente a cada uma das quatro freguesias seleccionadas, a partir da observação dos locais e da consulta de fontes documentais.

### **3. Estratégias de Análise de Dados**

A informação relativa à checklist de recursos ecológicos foi sistematizada e descrita para cada freguesia.

Relativamente à informação recolhida com o Protocolo ANCEP\_GeroSOC, na análise descritiva, usam-se as frequências absoluta e relativa como medidas sumárias para variáveis qualitativas e a média e desvio-padrão para variáveis quantitativas. Quando a variável não seguia a distribuição normal (análise da distribuição e utilização do teste de Kolmogorov-Smirnov), foi descrita pela mediana e 1º e 3º quartis. Para testar a igualdade de médias usou-se o teste *t* student para amostras independentes ou o teste *U* Mann-Whitney para comparação de variáveis que não seguiam distribuição normal.

Após a descrição e comparação dos participantes das várias freguesias, avaliou-se a correlação entre as suas características e a satisfação com a vida, utilizando a correlação *rs* de Spearman, uma vez que as variáveis não seguiam distribuição normal.

Para todos os procedimentos estatísticos, a hipótese nula foi rejeitada, limitando o erro de tipo 1 em 0,05. A análise de dados foi realizada utilizando o *Statistical Package for Social Sciences (PASW Statistics)* versão 20.









## **CAPÍTULO III**

---

### **RESULTADOS**



Neste capítulo apresentar-se-ão os resultados relativos à pesquisa de recursos sociais das quatro freguesias do núcleo urbano de Angra do Heroísmo, assim como os resultados do inquérito à população.

## **1. Contextos de vida: o território sob investigação e os recursos ecológicos**

Nesta primeira parte, serão descritos os recursos ecológicos em cada uma das quatro freguesias em análise, considerando os recursos sociais, de saúde, de educação/formação e de lazer.

O núcleo urbano da cidade de Angra do Heroísmo é composto por quatro freguesias, Sé (1,84km<sup>2</sup>), Nossa Senhora da Conceição (2,47 km<sup>2</sup>), Santa Luzia (1,20km<sup>2</sup>) e São Pedro (3,85km<sup>2</sup>) (tabela 2). Relativamente aos recursos sociais, a freguesia da Sé apresenta um centro de convívio (que, embora integrado no Recolhimento de São Gonçalo, abrange toda a comunidade), um lar de idosos (repartição da Santa Casa da Misericórdia de Angra do Heroísmo), um centro de noite (o Recolhimento de São Gonçalo acolhe idosas que não queiram passar a noite sozinhas nas suas casas) e a sede de Junta de freguesia. Apresenta ainda serviços como uma associação de escuteiros e sete serviços religiosos, incluindo igrejas, impérios (templos ao Divino Espírito Santo), seminário e local para preparação de celebrações. A freguesia de Nossa Senhora da Conceição tem um centro de convívio, um lar de idosos e a sede de Junta de freguesia, com uma associação de escuteiros e seis serviços religiosos, incluindo igrejas e impérios. A freguesia de Santa Luzia tem um centro comunitário, um lar de idosos e uma sede de Junta de freguesia, com uma associação de escuteiros e cinco serviços religiosos, incluindo igrejas e impérios. A freguesia de São Pedro, por seu turno, tem dois centros comunitários: um apenas para idosos institucionalizados numa repartição da SCMAH (constituído por casas individuais mas que beneficiam de apoio institucional para as rotinas) existente nesta freguesia e um outro centro comunitário da freguesia. S. Pedro tem ainda a sede de Junta de freguesia, com uma associação de escuteiros e oito serviços religiosos, incluindo igrejas e impérios.

Tabela 2. Recursos sociais existentes nas freguesias

	Sé	N. Sra. Conceição	Sta. Luzia	S. Pedro
<b>Extensão do Território (Km<sup>2</sup>)</b>	1,84	2,47	1,20	3,85
<b>Recursos edificados</b>				
Casa do Povo				
Centro Comunitário			1	2
Centro de Convívio	1	1		
Centro Social				1
Centro de Dia				
Lar de Idosos	1	1	1	1
Centro de Noite	1			
Sede de Junta de Freguesia	1	1	1	1
<b>Serviços/Associações/Atividades</b>				
Associação de Escuteiros	1	1	1	1
Atividades/ Serviços Religiosos	7	6	5	8

Relativamente aos recursos de saúde, a freguesia da Sé possui uma clínica de fisioterapia particular, sete farmácias, a sede da Cruz Vermelha, o Centro de Oncologia, dois laboratórios de análises clínicas e vários consultórios particulares de diversas especialidades (tabela 3).

Tabela 3. Recursos de saúde existentes nas freguesias

	Sé	N. Sra. Conceição	Sta. Luzia	S. Pedro
<b>Recursos edificados</b>				
Hospital público			1	
Hospital Privado				
Serviço de Urgência				
Centro de Saúde		1		
SASU				
Extensão de Centro de Saúde				
Clinica Multidisciplinar				
Clínica de Fisioterapia	1		1	
Farmácia	6	1		
*(outros)				
Cruz Vermelha	1			
Centro de Oncologia	1			
Laboratório de Análises Clínicas	2	1		
<b>Serviços/Associações/Atividades</b>				
Consultas médicas no domicílio	1	1	1	1
Consultas de enfermagem no domicílio	1	1	1	1

Na freguesia está a ser desenvolvido um protocolo de cuidados continuados integrados no domicílio entre a Unidade de Saúde da Ilha Terceira e a junta de freguesia da Sé. A freguesia de Nossa Senhora da Conceição possui um centro de saúde que serve toda a ilha e uma farmácia. A freguesia de Santa Luzia possui um hospital público que abrange toda a ilha e uma clínica de fisioterapia particular. Existem consultas médicas ao domicílio, mas são realizadas apenas em regime privado.

Na área da educação/formação, a freguesia da Sé tem uma creche, 3 jardins-de-infância, um estabelecimento de ensino superior (Seminário), um centro de formação profissional, três ATL's, integrados nos jardins-de-infância e um centro de estudos (tabela 4). A freguesia de Nossa Senhora da Conceição possui uma creche, dois jardins-de-infância, uma escola secundária, uma escola profissional, uma universidade e uma universidade sénior, integrada na SCMAH. A freguesia de Santa Luzia apresenta um jardim-de-infância, embora integrada na escola de ensino básico. Na freguesia de São Pedro existe uma creche, dois jardins-de-infância, duas escolas de ensino básico, uma de ensino secundário (sendo a mesma que uma das escolas de ensino básico), uma escola profissional e um pólo da universidade dos Açores. Nas quatro freguesias estão disponíveis serviços educativos, como explicações/apoio pedagógico existentes, aulas particulares de música e artes plásticas estão disponíveis, mas apenas em regime privado.

Tabela 4. Recursos de educação/formação existentes nas freguesias

	Sé	N. Sra. Conceição	Sta. Luzia	S. Pedro
<b>Recursos edificados</b>				
Creches	1	1		1
Jardins de Infância	3	2	1	2
Escolas de Ensino Básico			1	2
Escolas de Ensino Secundário		1		1
Estabelecimentos de Ensino Superior	1	1		1
Escolas Profissionais				1
Centros de Formação Profissional	1			
ATL	3			
Centros de Estudos	1			
Universidades Sénior		1		
<b>Serviços/Associações/Atividades</b>				
Apoio Pedagógico	vários	vários	vários	vários

Relativamente aos recursos de lazer, na freguesia da Sé existe um ginásio, integrado num hotel, dois jardins, dois museus, duas bibliotecas, onze cafés, dez restaurantes, sete esplanadas e um teatro municipal (tabela 5). Existe ainda um atelier de pintura/escultura/bordados. Na freguesia de Nossa Senhora da Conceição existe um museu, uma biblioteca a concluir a construção, doze cafés, três restaurantes, quatro esplanadas e um clube de futebol. Na freguesia de Santa Luzia existe um jardim, cinco cafés (inclui snack-bares), um restaurante e um clube de futsal. Na freguesia de São Pedro existe dois pavilhões gimnodesportivos (um deles integrado na escola básica e secundária), três ginásios (um da escola básica e secundária e dois de hotéis situados na freguesia), duas piscinas, sete cafés (inclui snack-bares), um restaurante, uma discoteca, quatro esplanadas, um pavilhão multiusos, um clube de ténis e um campo de jogos municipal.

Tabela 5. Recursos de lazer existentes nas freguesias

	Sé	N. Sra. Conceição	Sta. Luzia	S. Pedro
<b>Recursos edificados</b>				
Pavilhões Gimnodesportivos				2
Ginásios	1			3
Piscinas				2
Jardins	2		1	
Museus	2	1		
Bibliotecas	2	1		
Cafés	11	12	5	7
Restaurantes	10	3	1	1
Pubs				
Discotecas				1
Esplanadas	7	4		4
*(outros)				
Teatro Municipal	1			
Clube de Futsal			1	
Pavilhão Multiusos				1
Clube de Ténis				1
Campo de Jogos Municipal				1
Clube de Futebol		1		
<b>Serviços/Associações/Atividades</b>				
Aulas de ginástica ao ar livre				
Atelier de pintura/escultura/bordados	1			
Atividades de jardinagem				



A freguesia da Sé carece de transporte gratuito assim como as restantes freguesias, pois este apenas existe nas instituições. No entanto, quando o centro de convívio organiza saídas fornece o transporte. Esta freguesia conta com o serviço da Câmara Municipal, a qual está sediada nesta freguesia, o minibus. A população desta freguesia é apoiada por instituições e serviços do concelho. Em relação ao comércio, a freguesia apresenta um mercado municipal, comércio variado, correios e finanças.

A freguesia de Nossa Senhora da Conceição apresenta como transporte o serviço da Câmara Municipal, o minibus e a SCMAH, sediada nesta freguesia, tem o seu próprio transporte. A população desta freguesia é tal como a freguesia anterior, apoiada por instituições e serviços do concelho. O centro de saúde está sediada nesta freguesia, assim como os bombeiros voluntários, polícia, comércio e um supermercado com parafarmácia.

A freguesia de Santa Luzia utiliza o transporte assegurado pela junta de freguesia, embora esteja ao dispor do centro social, a qual também ajuda nas despesas do centro. A freguesia usufrui também do serviço de minibus da Câmara Municipal. A nível da população, a freguesia é apoiada por instituições e serviços do concelho. É de frisar a existência de três mercearias distribuídas pela freguesia.

A freguesia de São Pedro carece de transporte, pelo que foi possível observar. No entanto, esta também usufrui do serviço da câmara municipal, o minibus. A nível da população, esta freguesia é apoiada por instituições e serviços do concelho e a junta de freguesia e o centro comunitário trabalham em parceria. A nível de comércio existe três mercearias distribuídas pela freguesia, comércio variado e a segurança social está nela sediada.

## **2. Inquérito à população**

### **2.1 Características sociodemográficas**

Entre Abril e Maio de 2012 foram inquiridos 105 idosos com idades compreendidas entre os 65 e 90 anos ( $M=74,7$ ;  $dp=6,52$ ). Cerca de 76,2% tem entre 65 e

79 anos e 23,8%, 80 ou mais anos (Tabela 6). Da totalidade dos participantes, 69 são mulheres (65,7%) e 36 homens (34,3%). Relativamente ao estado civil, 53,3% são casados, 39,0% são viúvos, 5,7% solteiros e 1,9% separados ou divorciados.

Tabela 6. Características sociodemográficas dos participantes

Características	Sé (n= 13)		N. Sra. Conceição (n= 40)		Sta. Luzia (n= 25)		S. Pedro (n=27)		Todos (n=105)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Idade M (dp)</b>	75,0 (6,33)		74,7 (6,37)		74,4 (6,72)		74,6 (6,95)		74,7 (6,52)	
<b>min-máx</b>	67-87		65-90		65-90		66-90		65-90	
65-79	9	69,2	31	77,5	19	76,0	21	77,8	80	76,2
80 +	4	30,8	9	22,5	6	24,0	6	22,2	25	23,8
<b>Género (% de mulheres)</b>	9	69,2	25	62,5	18	72,0	17	63,0	69	65,7
<b>Escolaridade M (dp)</b>	4,9 (1,50)		4,8 (3,54)		6,0 (3,58)		4,9 (1,59)		5,1 (2,96)	
0	--	--	4	10,0	--	--	--	--	4	3,8
1-4	7	53,8	24	60,0	14	56,0	18	66,7	63	60,0
5-9	6	46,2	8	20,0	7	28,0	9	33,3	30	28,6
10+	--	--	4	10,0	4	16,0	--	--	8	7,6
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro	1	7,7	--	--	1	4,0	4	14,8	6	5,7
Casado	8	61,5	22	55,0	11	44,0	15	55,6	56	53,3
Viúvo	4	30,8	17	42,5	12	48,0	8	29,6	41	39,0
Separado(a)/divorciado(a)	--	--	1	2,5	1	4,0	--	--	2	1,9
<b>Situação Profissional</b>										
Reformado não activo	12	92,3	38	95,0	21	84,0	26	96,3	97	92,4
Reformado activo	7	7,7	2	5,0	4	16,0	1	3,7	8	7,6
<b>Profissão</b>										
Domésticas	3	23,1	6	15,8	3	12,5	7	28,0	19	19,0
Comerciantes	4	30,8	2	5,3	5	20,8	4	16,0	15	15,0
Empregadas Domésticas	2	15,4	5	13,2	5	20,8	1	4,0	13	13,0
Professores	1	7,7	4	10,5	5	20,8	2	8,0	12	12,0
Técnicos/Administrativos/Bancários	2	15,4	4	10,5	2	8,3	3	12,0	11	11,0
Alfaiate/Costureira	1	7,7	1	2,6	0	0,0	4	16,0	6	6,0
Auxiliares de Acção Educativa/Social	0	0,0	3	7,9	2	8,3	1	4,0	6	6,0
Agricultura, Pecuária, Pesca	0	0,0	4	10,5	0	0,0	0	0,0	4	4,0
Serviços Públicos de Segurança	0	0,0	4	10,5	0	0,0	0	0,0	4	4,0
Operário Fabril/Mecânico	0	0,0	2	5,3	0	0,0	1	4,0	3	3,0
Profissões ligadas ao Transporte	0	0,0	1	2,6	1	4,2	1	4,0	3	3,0
Construção Civil	0	0,0	1	2,6	1	4,2	0	0,0	2	2,0
Engenheiros	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Profissionais de Saúde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	1,0

Os participantes têm em média 5,1 anos ( $dp= 2,96$ ) de escolaridade definidos de acordo com os grupos de escolaridade actuais do sistema educativo: 4 (3,8%) não frequentaram a escola, 63 (60,0%) têm entre 1 a 4 anos de escolaridade, 30 (28,6%) têm entre 5 e 9 anos e 8 (7,6%) têm 10 ou mais anos de escolaridade.

Da totalidade dos participantes, 92,4% são reformados não activos e 7,6% são reformados activos. Os 100 participantes que forneceram informação relativamente à profissão exercida à mais tempo ao longo da sua vida tiveram profissões muito diversas. Das profissões mais referenciadas, os comerciantes (15%), seguindo-se as empregadas domésticas (13%), os professores (12%), os técnicos administrativos ou bancários (11%), os alfaiates/costureiras (6%), as auxiliares de acção educativa/social (6%) e os trabalhadores da agricultura/pecuária (4%) ou os profissionais da segurança (4%). Outras profissões tiveram uma expressão igual ou inferior a 3% e cerca de 19% foram domésticas.

Um total de 77 participantes (73,3%) teve passatempos ao longo da vida (tabela 7). De entre os passatempos mais mencionados, destacam-se o artesanato (32,4%), actividades de *indoor* como a leitura, escrita, inglês, computador, música e desenhar

Tabela 7. Passatempos dos participantes

Características	Sé (n=13)		N. Sra. Conceição (n=40)		Sta. Luzia (n=25)		S. Pedro (n=27)		Todos (n=105)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Teve passatempo</b>	12	92,3	30	75,0	19	76,0	16	59,3	77	73,3
Artesanato	3	23,1	15	37,5	11	44,0	5	18,5	34	32,4
Leitura, Escrita, Computador, Música e Desenhar	3	23,1	7	17,5	1	4,0	3	11,1	14	13,3
Trabalho Doméstico, cuidar dos netos e pequenos trabalhos ligados à profissão	4	30,8	4	10,0	3	12,0	2	7,4	13	12,4
Agricultura, Pecuária, Pesca	3	23,1	2	5,0	2	8,0	4	14,8	11	10,5
Voluntariado, Actividades Religiosas	1	7,7	4	10,0	3	12,0	1	3,7	9	8,6
Convívio	1	7,7	3	7,5	3	12,0	1	3,7	8	7,6
Actividade Física/Desportiva	1	7,7	4	10,0	--	--	3	11,1	8	7,6
Fotografia, Viajar	--	--	1	2,5	--	--	--	--	1	1,0
<b>Passatempo alterou com a reforma</b> <sup>(a)</sup>	6	50,0	10	25,0	9	36,0	7	25,9	32	30,8

<sup>(a)</sup> n= 104

(13,3%), cuidar da casa/dos netos e atividades ligadas à profissão (12,4%) e a agricultura, pecuária e pesca (10,5%). A freguesia da Sé apresenta maior percentagem de participantes que tiveram passatempos (92,3%), sendo que metade alterou o passatempo com a reforma. A freguesia de São Pedro é a que apresenta menos participantes com passatempos (59,3%), embora seja na freguesia da Nossa Senhora da Conceição que um menor número de participantes alterou os passatempos com a reforma (25%).

Relativamente às condições da casa, 98 participantes consideram que a sua casa possui as condições necessárias para lá viver (tabela 8). Destes, 64,5% consideram que a sua casa é “completa” e 35,5% consideram que é “boa e arranjada”. De entre os participantes que consideram que a sua casa não é adequada ( $n= 5$ ), 3 (60%) reportam-se ao facto de necessitar de obras e 2 (40%) à existência de barreiras arquitectónicas.

Quando questionados especificamente sobre a existência de barreiras arquitectónicas, 30 participantes (28,6%) responderam afirmativamente e 26 especificaram algumas barreiras na sua casa: a existência de escadas (96,2%) e obras inacabadas (3,8%). Enquanto na freguesia da Sé, a totalidade dos participantes considera que a sua casa tem condições necessárias, 88% dos participantes da freguesia da Sta. Luzia são da mesma opinião relativamente às suas casas.

Em média, os participantes vivem há 40,2 anos ( $dp= 18,89$ ) na mesma freguesia (tabela 9). Quanto à relação com a vizinhança, 95,2% dos participantes caracterizam-na como próxima e amigável, 3,8% como afastada e 1,0% como inexistente. Nenhum participante considera a relação com os vizinhos, conflituosa. Na freguesia da Sé, todos os inquiridos consideram-na próxima e amigável, enquanto nas restantes freguesias entre 2,5% a 8% consideram-na afastada e entre 1,0% a 3,7% inexistente.

No que diz respeito à relação com o espaço envolvente, 42 idosos (40%) inquiridos afirmam ter dificuldades em deslocar-se fora de casa. Destes, 41 explicaram as razões da sua dificuldade, destacando-se a mobilidade reduzida (78%), tonturas e desequilíbrios (12,2%) e más condições do pavimento (9,8%). Os participantes residentes na freguesia da Sé são os que relatam mais dificuldades (53,8%), sobretudo associada a mobilidade reduzida.

Tabela 8. Condições da casa

Características	Sé		N. Sra. Conceição		Sta. Luzia		S. Pedro		Todos	
	(n=13)		(n=40)		(n=25)		(n=27)		(n=105)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Considera que a casa tem condições adequadas</b>	13	100,0	37	92,5	22	88,0	26	93,3	98	93,3
<b>Razão de boas condições <sup>(a)</sup></b>										
“Casa boa/ arranjada”	--	--	10	37,0	6	37,5	11	55,0	27	35,5
“Casa completa”	13	100,0	17	63,0	10	40,0	9	45,0	49	64,5
<b>Razão más condições <sup>(b)</sup></b>										
“Velha/ precisa de obras”	--	--	1	50,0	2	66,7	--	--	3	60,0
Tem barreiras arquitectónicas	--	--	1	50,0	1	33,3	--	--	2	40,0
<b>Casa tem barreiras arquitectónicas</b>	4	30,8	16	40,0	6	24,0	4	14,8	30	28,6
<b>Tipos de barreiras <sup>(c)</sup></b>										
Escadas	4	30,8	12	92,3	6	24,0	3	100,0	25	96,2
Obras inacabadas	--	--	1	7,7	--	--	--	--	1	3,8
<b>Características da casa</b>										
Água quente	13	100,0	40	100,0	25	100,0	27	100,0	105	100,0
Telefone	13	100,0	39	97,5	25	100,0	27	100,0	104	99,0
Humidade	4	30,8	18	45,0	11	44,0	14	51,9	47	44,8

<sup>(a)</sup> n= 76<sup>(b)</sup> n=5<sup>(c)</sup> n=26

Relativamente à freguesia onde residem, 103 dos 105 participantes identificaram vantagens em residir naquele local. Destes, 50% referem como vantagens a proximidade de comércio e serviços, 20,2% destacam o facto de sempre terem vivido ali, 16,3% referem que a freguesia tem boas condições de residência e 7,7% destacam a boa vizinhança. Cerca de 6% consideram que não existem vantagens em viver na sua freguesia. Em relação aos aspectos que sentem mais falta ao viver naquela freguesia, das 104 respostas obtidas, 82,7% consideram não necessitar de mais nada, 5,8% sentem falta de companhia, 3,9% reclamam um local para reunião dos ex-combatentes, 2,9% sentem falta de família, 2,9% respondem sentir falta de saúde, 1% sente falta de voluntariado e 1% de dinheiro.

Tabela 9. Actividades no exterior de casa

Características	Sé (n=13)		N. Sra. Conceição (n=40)		Sta. Luzia (n=25)		S. Pedro (n=27)		Todos (n=105)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Tempo que vive na freguesia <i>M(dp)</i></b>	47,1 (15,28)		33,5 (17,13)		42,8 (22,25)		44,3 (17,50)		40,2 (18,89)	
<b>Relação com os vizinhos</b>										
Próxima e amigável	13	100,0	39	97,5	23	92,0	25	92,6	100	95,2
Conflituosa	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Afastada	--	--	1	2,5	2	8,0	1	3,7	4	3,8
Inexistente	--	--	--	--	--	--	1	3,7	1	1,0
<b>Dificuldade em deslocar-se fora de casa</b>	7	53,8	15	37,5	9	36,0	11	40,7	42	40,0
<b>Tipo de dificuldade <sup>(a)</sup></b>										
Mobilidade Reduzida	3	50,0	11	73,3	7	77,8	11	100,0	32	78,0
Tonturas e desequilíbrios	1	16,7	2	13,3	2	22,2	--	--	5	12,2
Más condições do pavimento	2	33,3	2	13,3	--	--	--	--	4	9,8
<b>Vantagens de viver na freguesia <sup>(b)</sup></b>										
Proximidade de comércio e serviços	12	92,3	18	46,2	11	44,0	11	40,7	52	50,0
“Sempre vivi aqui”	--	--	10	25,6	4	16,0	7	25,9	21	20,2
Boas condições	--	--	5	12,8	5	20,0	7	25,9	17	16,3
Boa vizinhança	1	7,7	2	5,1	3	12,0	2	7,4	8	7,7
Não tem vantagens	--	--	4	10,3	2	8,0	--	--	6	5,8
<b>De que sente mais falta <sup>(c)</sup></b>										
Nada	10	76,9	32	80,0	21	84,0	23	88,5	86	82,7
Companhia	2	15,4	3	7,5	--	--	1	3,8	6	5,8
Local para reunião dos combatentes	1	7,7	2	5,0	1	4,0	--	--	4	3,8
Família	--	--	--	--	2	8,0	1	3,8	3	2,9
Saúde	--	--	2	5,0	--	--	1	3,8	3	2,9
Voluntariado	--	--	1	2,5	--	--	--	--	1	1,0
Dinheiro	--	--	--	--	1	4,0	--	--	1	1,0

<sup>(a)</sup> n=41<sup>(b)</sup> n=103<sup>(c)</sup> n=104

Quando questionados sobre os locais de apoio a idosos existentes na freguesia, os participantes deram respostas muito variadas consoante o local onde residem, destacando-se na globalidade 9 locais de apoio a idosos mais mencionados: o centro de convívio da Fanfarra (32%), o centro comunitário de São Pedro (24,3%), o centro social de Santa Luzia (20,4%), o centro de convívio de São Gonçalo (6,8%), o lar da SCMAH (5,8%), o centro de convívio de São Bento/ Clube Musical Angrense e academia sénior (3,9%), as

juntas de freguesia de N. Sra da Conceição e de Sta. Luzia (3,9%). Um total de 4 idosos (3,9%) não conhece nenhum local de apoio (tabela 10).

Tabela 10. Locais de apoio existentes e necessários

Características	Sé (n=13)		N. Sra. Conceição (n=40)		Sta. Luzia (n=25)		S. Pedro (n=27)		Todos (n=105)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Locais de Apoio Existentes</b>										
C. de convívio fanfarra	6	46,2	27	69,2	--	--	--	--	33	32,0
C. comunitário S. Pedro	--	--	--	--	--	--	25	96,2	25	24,3
C. social Sta. Luzia	--	--	--	--	21	84,0	--	--	21	20,4
C. de convívio de S. Gonçalo	7	53,8	--	--	--	--	--	--	7	6,8
Lar Sta Casa	--	--	6	15,4	--	--	--	--	6	5,8
C. de convívio S. Bento	--	--	5	12,8	--	--	--	--	5	4,9
Junta de freguesia	--	--	1	2,6	3	12,0	--	--	4	3,9
Desconhece	--	--	2	5,1	1	4,0	1	3,8	4	3,9
<b>Frequenta algum destes locais de apoio</b>										
	5	38,5	18	45,0	9	36,0	5	18,5	37	35,2
<b>Razão de frequência <sup>(a)</sup></b>										
Convívio	2	50,0	10	83,3	2	33,3	5	100,0	19	70,4
Voluntariado	1	25,0	1	8,3	3	50,0	--	--	5	18,5
Ocupação dos tempos livres	1	25,0	1	8,3	1	16,7	--	--	3	11,1
<b>Razão de não frequência <sup>(b)</sup></b>										
Rotina/Passatempos próprios	1	20,0	7	53,8	4	30,8	7	53,8	19	43,2
Não gosta/desconhece	2	40,0	3	23,1	4	30,8	4	30,8	13	29,5
Frequenta outro local	1	20,0	2	15,4	3	23,1	--	--	6	13,6
Mobilidade Reduzida	--	--	1	7,7	1	7,7	1	7,7	3	6,8
Doença própria ou do cônjuge	1	20,0	--	--	1	7,7	1	7,7	3	6,8
<b>Equipamentos/Serviços necessários</b>										
Lar de Idosos	1	7,7	5	12,5	2	8,0	--	--	8	7,6
SAD	1	7,7	4	10,0	1	4,0	--	--	6	5,7
Centro de Dia	--	--	2	5,0	1	4,0	--	--	3	2,9
Centro de Convívio	--	--	2	5,0	--	--	--	--	2	1,9
Centro de Noite	--	--	--	--	1	4,0	--	--	1	1,0
Acolhimento Familiar	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<sup>(a)</sup> n=27

<sup>(b)</sup> n=44

Da totalidade de participantes, 37 (35,2%) frequenta algum local de apoio a idosos. Destes, 27 deram informação sobre o tipo de local ou serviço que beneficia, destacando-se o centro de convívio (70,4%), o voluntariado (18,5%) e a ocupação dos tempos livres (11,1%). De entre os participantes que não beneficiam de nenhum

local/serviço de apoio, 44 justificam a não utilização: 43,2% referem que têm rotinas ou passatempos próprios, 29,5% referem que não gostam ou desconhecem esses locais/serviços, 13,6% frequentam outro local de apoio noutra freguesia, 6,8% não frequentam os locais de apoio da freguesia por mobilidade reduzida e 6,8% por doença própria ou do cônjuge.

Quando questionados especificamente sobre a pertinência da criação de outros locais de apoio/serviços para idosos, 7,6% dos inquiridos identificaram como necessidade a criação de um lar de idosos, 5,7% destacaram a necessidade de um serviço de apoio domiciliário, 2,9% de um centro de dia (29%) e 1,9% de um centro de noite. Na totalidade, os participantes que identificaram necessidade de criação de equipamentos/serviços de apoio a idosos não excederam os 20.

Em média, os participantes situam a sua satisfação num nível de “*satisfeito*” ( $M=3,0$ ;  $dp=0,59$ ), sendo este valor relativamente semelhante nas várias freguesias, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre grupos de idade ( $U= 812,0$ ;  $p= 0,084$ ) e de género ( $U= 1183,5$ ;  $p= 0,629$ ) (tabela 11). Quando questionados sobre o que necessitariam para continuar a viver nas suas casas mesmo que mais incapacitados, 60,5% dos inquiridos estima necessitar de apoio profissional ou institucional, 12,1% destacam a companhia e 8,8% a ajuda familiar. Cerca de 19% dos inquiridos respondeu que não pensa nessa questão.

Tabela 11. Satisfação geral com a vida e necessidades para envelhecer em casa

Características	Sé (n=13)		N. Sra. Conceição (n=40)		Sta. Luzia (n=25)		S. Pedro (n=27)		Todos (n=105)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Satisfação Geral com a Vida</b> $M(dp)$	2,7	(0,63)	3,1	(0,52)	3,0	(0,61)	3,1	(0,62)	3,0	(0,59)
<i>min-máx</i>	2 – 4		2 – 4		1 – 4		2 – 4		1 – 4	
<b>Necessitaria para envelhecer em casa</b>										
Ajuda Profissional	6	60,0	12	35,3	7	30,4	4	16,7	29	31,9
Apoio Institucional	1	10,0	8	23,5	8	34,8	9	37,5	26	28,6
Companhia	-	-	7	20,6	2	8,7	2	8,3	11	12,1
Ajuda familiar	-	-	3	8,8	4	17,4	1	4,2	8	8,8
Não pensa nesta questão	3	30,0	4	11,8	2	8,7	8	33,3	17	18,7



## 2.2 Avaliação individual: funcionalidade, funcionamento cognitivo e recursos sociais

### 2.2.1 Funcionalidade

Relativamente às variáveis de avaliação individual, considera-se o nível de funcionalidade para as ABVD e AIVD, avaliada através do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965 versão portuguesa Sequeira, 2007) e da Escala de Lawton (Lawton & Brody, 1969 versão portuguesa Sequeira, 2007) respectivamente, o nível de funcionamento cognitivo, avaliado através do Exame de Estado Mental (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 versão portuguesa Morgado et al., 2009) e a avaliação pessoal da rede social de apoio, avaliado através a sub-escala de recursos sociais da OARS (Fillenbaum & Smyer, 1981 versão portuguesa Rodrigues, 2008).

Relativamente à funcionalidade para as ABVD, os participantes apresentam uma média de 95,3 ( $dp=7,28$ ) no índice de Barthel, variando as pontuações entre 60 e 100 (tabela 12). A maioria dos participantes (80%) é independente para as ABVD e os restantes 20% são ligeiramente dependentes (figura 1).

Tabela 12. Funcionalidade para as ABVD e AIVD

	Todos	
	(n=105)	
	<i>M</i>	<i>dp</i>
<b>Índice de Barthel</b>	95,3	7,28
<i>min-máx</i>	60-100	
<b>Escala de Lawton</b>	10,5	3,09
<i>min-máx</i>	8- 21	

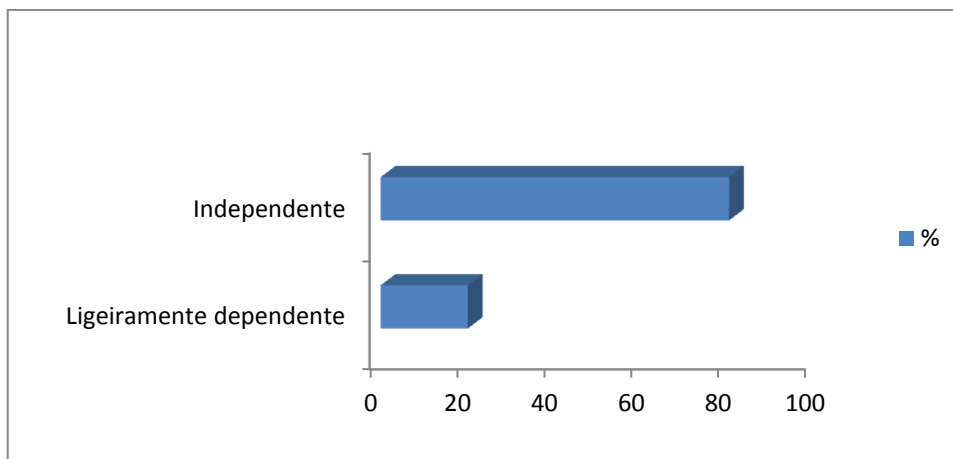


Figura 1. Distribuição dos resultados no Índice de Barthel, por graus de dependência para as ABVD.

No que diz respeito à funcionalidade para as AIVD, os participantes apresentam uma média de 10,5 ( $dp= 3,09$ ) na escala de Lawton, variando os resultados entre 8 e 21 (tabela 12). Cerca de 34% são independentes para as AIVD, 64,8% são moderadamente dependentes e 1% severamente dependente (figura 2).

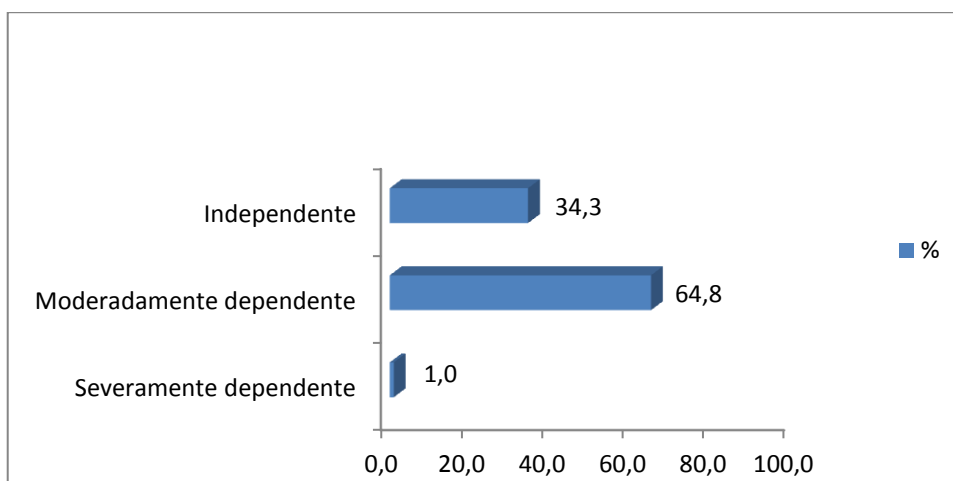


Figura 2. Distribuição dos resultados na Escala de Lawton, por graus de dependência para as AIVD.

Comparando os resultados no Índice de Barthel por grupo etário, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com 65-79 anos e os participantes com 80 ou mais ( $U= 890,5$ ;  $p= 0,001$ ) (figura 3). Através da análise da figura

3, é possível verificar que, quase todos os participantes com 65-79 anos obtêm resultados no índice de Barthel acima de 90. No entanto, no grupo com 80 ou mais anos, o primeiro quartil situa-se perto dos 85 pontos e mais de metade, tem pontuação igual ou inferior a 95.

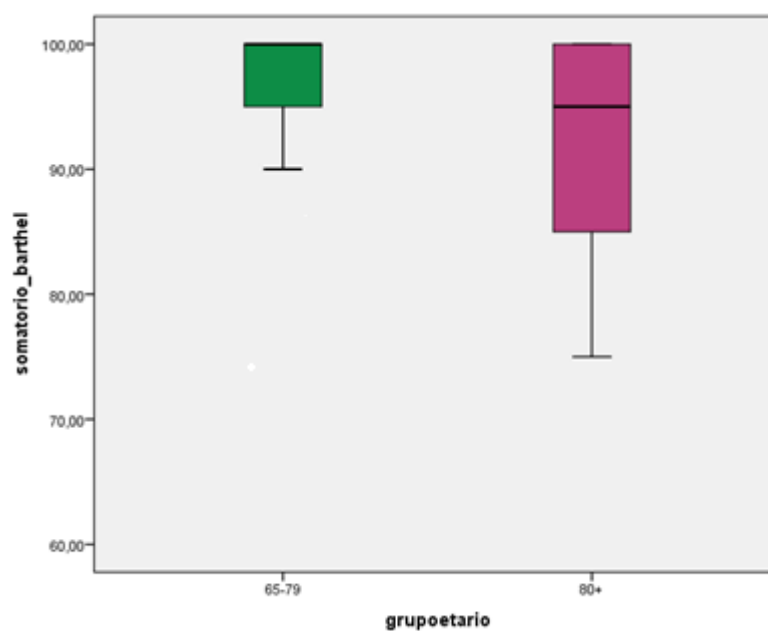


Figura 3. Representação gráfica da distribuição do índice de Barthel entre o grupo e 65-79 e 80 ou mais anos.

Também relativamente à escala de Lawton verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao grupo etário ( $U= 837$ ;  $p < 0,001$ ). Enquanto no grupo dos 65-79 anos, 75% dos participantes apresenta uma pontuação igual ou inferior a 10, no grupo com 80 ou mais anos, metade dos participantes apresenta valores iguais ou superiores a 11 e 25% valores iguais ou superiores a 15 (figura 4). Comparando homens e mulheres, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas nos resultados relativos ao índice de Barthel ( $U= 912,5$ ;  $p= 0,011$ ) (anexo V). Ambos os grupos apresentam uma mediana de 100, mas 25% das mulheres apresenta valores no Barthel iguais ou inferiores a 85, enquanto nos homens, o primeiro quartil atinge logo o máximo da pontuação (100).

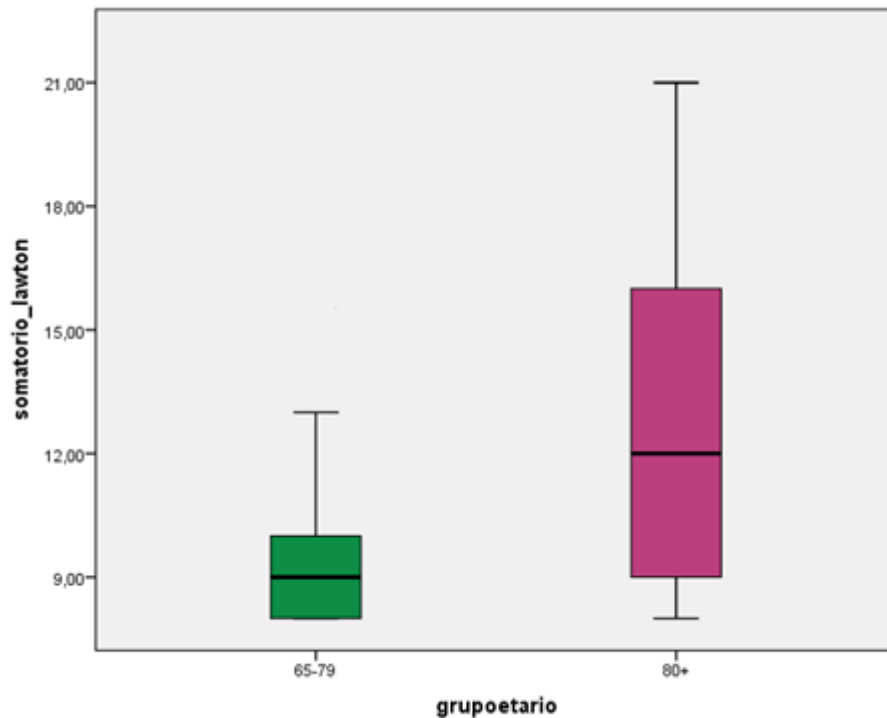


Figura 4. Representação gráfica da distribuição do índice de Lawton entre o grupo e 65-79 e 80 ou mais anos.

## 2.2.2 Funcionamento cognitivo

Relativamente ao funcionamento cognitivo, os participantes apresentam uma média no MMSE de 24,7 ( $dp= 4,45$ ), variando os resultados entre 9 e 30 (tabela 13). Dos 104 participantes que foram avaliados com esta escala, 37,5% apresentam défice cognitivo, de acordo com os pontos de corte para o seu grupo de escolaridade (figura 5).

Tabela 13. Funcionamento cognitivo (MMSE)

	Todos	
	(n=104)	
	<i>M</i>	<i>dp</i>
MMSE	24,7	4,45
<i>min-máx</i>	9-30	

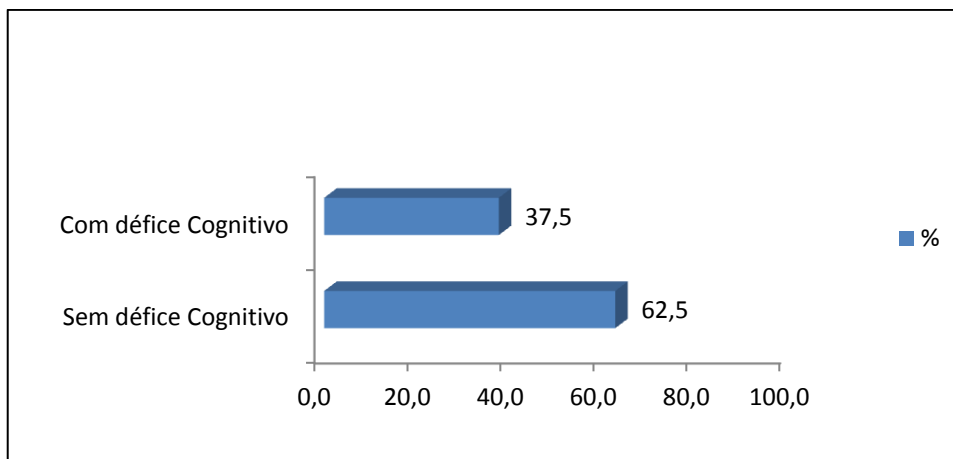


Figura 5. Distribuição dos resultados no MMSE, por grupos com e sem déficit cognitivo

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no MMSE, relativamente ao grupo etário ( $U= 1130,0$ ;  $p= 0,180$ ) ou ao grupo de género ( $U= 1039,0$ ;  $p= 0,204$ ) (anexo V). Como se verifica na Figura 6, os valores entre homens e mulheres diferem apenas numa unidade, apresentando as mulheres resultados ligeiramente inferiores aos homens.

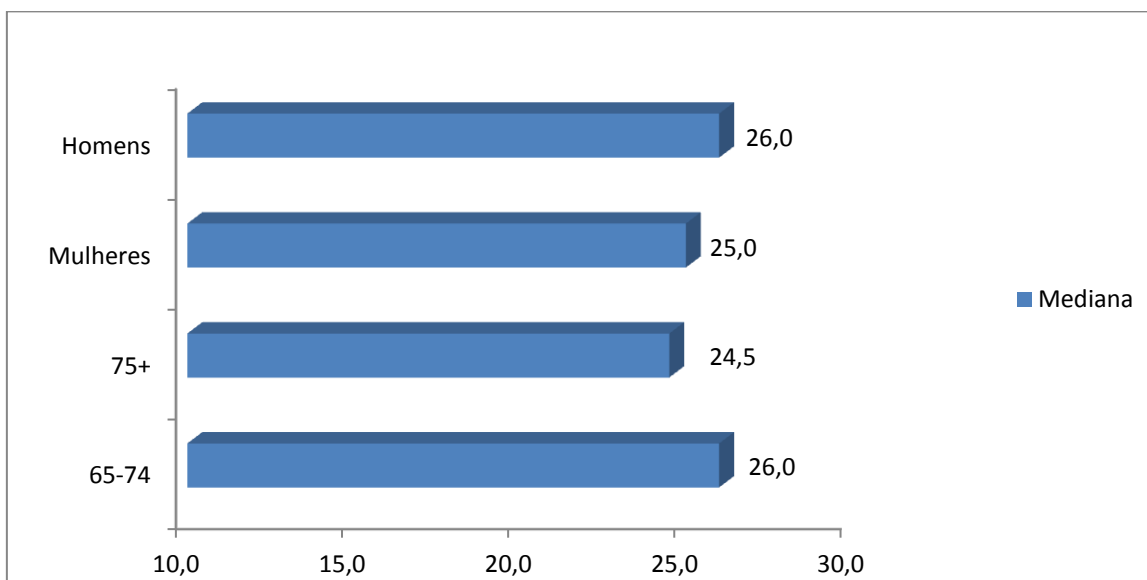


Figura 6. Distribuição dos resultados no MMSE, por grupo de género e grupo etário

Relativamente aos grupos de idade, o grupo de 75 ou mais anos apresenta uma mediana no MMSE ligeiramente inferior ao grupo com 65-74 anos.

### 2.2.3 Recursos sociais

No que diz respeito aos recursos sociais referentes ao próprio idoso (tabela 14), dos 105 inquiridos, 44,8% vivem com o cônjuge, 22,9% vivem sozinhos, 13,3% com os filhos(as), 2,9% com os irmãos e cunhados, 2,9% com outros familiares, 1,9% com amigos e 11,6% com outras pessoas (estudantes universitários, cônjuge e filhos, cônjuge, irmãos e cunhados e cônjuge e outros familiares).

Em média, na semana anterior ao inquérito, cada idoso conhecia 6 ( $dp=7,06$ ) pessoas para visitá-las e telefonou ou recebeu chamadas de cerca de 7 pessoas ( $M=6,7$ ;  $dp= 4,51$ ).

Cerca de 85% dos idosos inquiridos afirmam ter alguém em quem confiar e a maioria (62%) considera que nunca ou quase nunca se sente sozinha. No entanto, 15,2% admitem sentir-se sempre ou muitas vezes sozinhos e 22,9% apenas algumas vezes.

Relativamente aos contactos familiares, 55,2% dos inquiridos afirmam ver a sua família tantas vezes quanto gostaria e 72 idosos (68,6%) consideram ter alguém na sua rede social que os possam ajudar em caso de doença ou incapacidade. Especificando a disponibilidade da rede social, 59% dos inquiridos consideram que teriam alguém na sua rede social que poderia cuidar de si sempre que necessário, 9,5% acha que essa(s) pessoa(s) poderia(m) cuidar de si apenas por pouco tempo, 5,7% apenas algumas vezes e 25,7% responderam não saber se teriam alguém disponível para cuidar de si.

Dos 72 idosos que consideram ter alguém que cuidaria deles, 28,8% identificam os filhos como potenciais cuidadores, 11,3% apontam o cônjuge, 7,5% os irmãos, 8,8% referem outros parentes e 6,3% um amigo. Cerca de 38% estimam que os potenciais cuidadores seriam outras pessoas da rede social. O relacionamento com a família e amigos é qualificado como muito bom por 96,2% do total de idosos inquiridos, razoável por 1,9% e mau por 1%, havendo uma pessoa que não sabia como qualificar esta relação.

Tabela 14. Recursos Sociais referentes ao questionário de avaliação funcional multidimensional de Idosos (OARS-PT)

	Todos (n=105)	
	n	%
<b>Quem vive na sua casa</b>		
Vive sozinho(a)	24	22,9
Cônjuge	47	44,8
Filhos(as)	14	13,3
Netos(as)	--	--
Pais ou Sogros	--	--
Irmãos e Cunhados	3	2,9
Outros familiares	3	2,9
Amigos	2	1,9
Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (sem ser familiar)	--	--
Outros	12	11,6
<b>Contactos sociais na semana anterior</b>		
Nº de pessoas que conhece para visitá-las <i>M (dp)</i>	6,0 (7,06)	
Nº de telefonemas que recebeu na semana anterior <i>M (dp)</i>	6,7 (4,51)	
Nº de vezes que passou algum tempo com alguém com quem não vive na semana anterior <i>M (dp)</i>	2,9 (2,68)	
<b>Tem alguém em quem possa confiar</b>	89	84,8
<b>Sente-se sozinho(a)</b>		
Muitas vezes/sempre	16	15,2
Algumas vezes	24	22,9
Quase nunca/nunca	65	61,9
<b>Vê os seus familiares, tantas vezes quantas gostaria</b>	58	55,2
<b>Há Alguém que possa ajudá-lo, casa esteja doente ou incapacitado</b>	72	68,6
<b>Há alguém que possa cuidar ...</b>		
Sempre que necessário	62	59,0
Por pouco tempo	10	9,5
Às vezes	6	5,7
NS/NR	27	25,7
<b>Quem poderia cuidar</b>		
Cônjuge	9	11,3
Irmãos	6	7,5
Filhos	23	28,8
Netos	--	--
Outro parente	7	8,8
Amigo	5	6,3
Outros	30	37,7
<b>Como se dá com a sua família e amigos</b>		
Muito bem	101	96,2
Razoavelmente	2	1,9
Mal	1	1,0
NS/NR	1	1,0

Considerando a avaliação do investigador relativamente à qualidade dos recursos sociais, 39,0% dos participantes deste estudo terão pelo menos uma pessoa disponível para cuidar de si indefinidamente, 21,0% terão cuidados assegurados apenas durante algum tempo, 29,5% beneficiarão de ajuda de vez em quando e 10,5% não poderão beneficiar de cuidados da sua rede social informal (tabela 15). Quanto à satisfação com a rede social, para quase metade dos participantes (46,7%) as relações sociais serão percebidas como “amplas a satisfatórias”, “moderadamente satisfatórias e adequadas” para 26,7% e “não satisfatórias ou de escassa qualidade” para 26,7%.

Tabela 15. Avaliação dos recursos sociais pelo investigador e classificação final (OARS-PT)

	Todos	
	(n=105)	
	n	%
<b>Disponibilidade do cuidador</b>		
Pelo menos uma pessoa disponível para cuidar indefinidamente	41	39,0
Pelo menos uma pessoa disponível para cuidar durante pouco tempo	22	21,0
Ajuda estaria disponível só de vez em quando	31	29,5
Nenhuma disponibilidade de recepção de cuidados	11	10,5
<b>Satisfação com relações sociais</b>		
Relações muito satisfatórias, amplas	49	46,7
Relações moderadamente satisfatórias, adequadas	28	26,7
Relações não satisfatórias, de escassa qualidade	28	26,7
<b>Classificação dos recursos sociais <math>M (dp)</math></b>		
	2,99 (1,76)	
min-máx	1 - 6	
Recursos sociais muito bons	34	32,4
Recursos sociais bons	14	13,3
Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios	11	10,5
Recursos sociais moderadamente insatisfatórios	22	21,0
Recursos sociais fortemente insatisfatórios	13	12,4
Recursos sociais insatisfatórios	11	10,5

Relacionando a avaliação do investigador sobre a disponibilidade dos cuidados e satisfação com as relações sociais, foi possível classificar a qualidade dos recursos sociais, tendo sido avaliados, em média, entre um nível de bom e ligeiramente insatisfatório ( $M=2,99$ ,  $dp=1,76$ ). Cerca de 46% dos participantes terão recursos sociais bons e muito bons, 31,5% terão recursos sociais ligeiramente e moderadamente insatisfatórios e 22,9%



recursos sociais (fortemente) insatisfatórios. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente à qualidade dos recursos sociais entre grupos de idade ( $U=836,0$ ;  $p=0,204$ ) e de género ( $U=1189,0$ ;  $p=0,714$ ).

Comparando a avaliação do participante e do investigador relativamente aos recursos sociais, verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à disponibilidade de alguém para cuidar do participante se necessário ( $\chi^2=60,318$ ,  $gl=9$ ,  $p<0,001$ ). Cerca de 23% dos 62 idosos que responderam que teriam alguém para cuidar de si “sempre que necessário” foram avaliados pelo investigador como tendo ajuda apenas por “pouco tempo”, 16,1% foram avaliados como tendo ajuda disponível apenas “de vez em quando” e 1,6% foram avaliados como não tendo ninguém disponível para cuidar de si. Dos 27 idosos que não responderam ou não sabiam responder a esta pergunta, 37,0% foram classificados pelo investigador como não tendo nenhuma disponibilidade de cuidado, 40,7% teriam ajuda apenas “de vez em quando”, 7,4% teriam ajuda “durante pouco tempo” e 14,8% teriam “pelo menos uma pessoa para cuidar indefinidamente”. Relativamente à satisfação com as relações sociais não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do participante e do investigador ( $\chi^2=6,495$ ,  $gl=6$ ,  $p=0,370$ ). No entanto, 26,7% dos 101 idosos que responderam que se davam “muito bem” com a sua família e amigos foram avaliados pelo investigador como tendo relações “moderadamente satisfatórias, adequadas” e 25,7% “não satisfatórias, de escassa qualidade”.

### **2.3 Relação entre variáveis de avaliação individual**

Considerando as medidas de associação entre grupos de variáveis sociodemográficas, de avaliação individual e de satisfação geral (tabela 16), verificam-se correlações estatisticamente significativas entre a idade e a pontuação obtida no Índice Barthel ( $r_s=-0,316$ ;  $p<0,01$ ) e de Lawton ( $r_s=0,327$ ;  $p<0,01$ ) e entre a idade e a satisfação geral ( $r_s=-0,235$ ;  $p<0,05$ ). Por seu turno, a escolaridade apresenta uma correlação

positiva e estatisticamente significativa com o score no MMSE ( $r_s = 0,318$ ;  $p < 0,01$ ) e com a escala de satisfação geral ( $r_s = -0,280$ ;  $p < 0,01$ ). O índice de Barthel e de Lawton apresentam correlações significativas com a satisfação geral (Barthel:  $r_s = 0,295$ ;  $p < 0,01$ ; Lawton:  $r_s = -0,242$ ;  $p < 0,05$ ).

Tabela 16. Correlação entre funcionalidade, funcionamento cognitivo, idade e escolaridade

	Idade	Escolaridade	Barthel	Lawton	MMSE	Rec. Sociais	Satisfação
Idade	1	-0,128	<b>-0,316**</b>	<b>0,327**</b>	-0,146	0,107	<b>-0,235*</b>
Escolaridade	—	1	0,161	-0,048	<b>0,318**</b>	-0,171	<b>0,280**</b>
Barthel	—	—	1	<b>-0,328**</b>	0,105	-0,119	<b>0,295**</b>
Lawton	—	—	—	1	-0,056	<b>0,219*</b>	<b>-0,242*</b>
MMSE	—	—	—	—	1	<b>-0,220*</b>	0,126
Rec. Sociais	—	—	—	—	—	1	<b>-0,210*</b>
Satisfação	—	—	—	—	—	—	1

Correlação r de Spearman; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Tanto a pontuação obtida na Escala de Lawton como no MMSE apresentam correlações estatisticamente significativas com a qualidade dos recursos sociais (Lawton:  $r_s = 0,219$ ;  $p < 0,05$ ; MMSE:  $r_s = -0,220$ ;  $p < 0,05$ ). Finalmente a qualidade dos recursos sociais correlaciona-se estatística e significativamente com a satisfação geral ( $r_s = -0,210$ ;  $p < 0,05$ ), tal como todas as restantes variáveis da matriz, à excepção da pontuação obtida no MMSE.

## **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

---



O presente estudo constitui a primeira investigação sobre o envelhecimento na região de Angra do Heroísmo, Açores, que analisa o envelhecimento individual e o contextualiza nas potencialidades ecológicas dos contextos de vida correspondentes ao núcleo urbano desta região. Este estudo envolveu a observação dos territórios e o inquérito à população, cruzando o contexto e a pessoa-em-envelhecimento e procurando pistas para a compreensão desta interrelação. Em termos metodológicos, procurou-se ainda valorizar duas técnicas distintas e complementares de recolha de informação: a observação, complementada com a análise documental e o inquérito, ou seja, a construção observacional do investigador e a narrativa subjectiva do sujeito em análise. Ambicionou-se por um lado retratar os contextos de vida e, por outro, as pessoas em desenvolvimento/envelhecimento. Ao nível do inquérito à população e da avaliação de capacidades dos indivíduos, este estudo comporta 5% da população residente (Instituto Nacional de Estatística, 2002), estratificada em termos de género e idade, num total de 105 indivíduos.

Através da observação e análise do território correspondente ao núcleo urbano de Angra do Heroísmo, o presente estudo mostra que este território de 9,36 km<sup>2</sup> constitui um contexto de desenvolvimento/envelhecimento munido de recursos ecológicos relevantes de rectaguarda à velhice, quer no que se refere a recursos do social, da saúde, da educação/formação e do lazer, ou ainda em termos de instituições e serviços de carácter geral e/ou especializado. Com excepção dos recursos da saúde que se apresentam numa maior centralidade com serviços para as quatro freguesias, os 2147 idosos dispõem, em cada uma das freguesias em estudo, recursos sociais (como lar, centro de convívio ou centro comunitário e apoio da junta de freguesia) recursos de educação/formação (como jardins de infância) e recursos de lazer (com especial destaque para os cafés e restaurantes). A freguesia da Sé (a mais central) é a freguesia com mais e diversificados recursos ecológicos e a freguesia de Santa Luzia é aquela que apresenta menos recursos de educação/formação e de lazer. No entanto, é nesta freguesia que está sediado o hospital público. A freguesia de S. Pedro apresenta um leque mais variado de recursos de lazer, especificamente de desporto, enquanto a freguesia da Sé tem mais recursos culturais.

No que diz respeito às acessibilidades, nomeadamente em termos de transportes, o núcleo urbano é abrangido pelo serviço de minibus da câmara municipal do concelho. Para além disso, as instituições de apoio social de cada freguesia disponibilizam transporte aos seus utentes. A nível de comércio, cada freguesia possui mercearias, assim como alguns serviços e comércio diverso.

Os participantes, maioritariamente mulheres, casados, com uma média de 5 anos de escolaridade. Cerca de  $\frac{2}{3}$  estão na terceira idade e  $\frac{1}{3}$  na quarta idade. A esmagadora maioria é reformada não-activa, tendo ocupado na força do trabalho profissões muito diversas: comerciantes, domésticas, professores, técnicos, administrativos, artesãos, operários e agricultores. Hoje em dia, estes idosos passam grande parte do seu tempo em casa, uma vez que os seus passatempos são maioritariamente em casa, tanto no interior como exterior de casa. Estes passatempos passam pelo artesanato, leitura, escrita, inglês, computador, música e desenhar, cuidar da casa/dos netos e actividades ligadas à profissão, como agricultura, pecuária e pesca. A satisfação com a casa é, aliás, notória, apesar de algumas barreiras arquitectónicas, com especial destaque para a existência de escadas.

A residirem, em média, há cerca de 40 anos no mesmo local/freguesia, a maioria representa a sua relação com a vizinhança como próxima e amigável. Relativamente ao espaço exterior à casa, a maioria dos idosos têm dificuldades em deslocar-se fora de casa, apontando razões que se prendem com a sua fragilidade e incapacidade (mobilidade reduzida, tonturas e desequilíbrios) e com as más condições do pavimento das ruas. Como vantagens de viver na freguesia, enumeraram a proximidade de comércio e serviços, o facto de sempre ter vivido lá, as boas condições da residência e a boa vizinhança. Conhecem vários locais de apoio a idosos, especialmente instituições de apoio social, apesar de apenas 35% dos inquiridos utilizarem algum destes serviços. Os que utilizam os serviços de apoio fazem-no para convívio ou ocupação dos tempos livres. No entanto, a maioria refere que tem as suas próprias rotinas, ou não gosta, desconhece ou frequenta outro local. Cerca de 13% não utiliza este tipo de serviços por dificuldades de mobilidade ou por doença do cônjuge.

Os idosos afirmam, de uma forma geral, estar satisfeitos com a vida. Em termos de necessidade de serviços para continuar a viver nas suas casas, a maioria futuramente necessitará de apoio técnico ou institucional, companhia e ajuda familiar. No entanto, há idosos que admitem não pensar muito neste assunto.

Em termos de funcionalidade para as AVD, a maioria dos idosos são independentes para as ABVD, mas moderadamente dependentes para a AIVD. Os idosos mais velhos mostram significativamente maior dependência para as ABVD e AIVD e as mulheres mostram mais dificuldades nas actividades ligadas aos cuidados pessoais (ABVD), possivelmente associada a maior grau de fragilidade. Em termos de funcionamento cognitivo, cerca de 37,5% dos idosos apresenta défice cognitivo, e esta proporção é relativamente semelhante entre idosos mais novos e mais velhos e entre homens e mulheres. No entanto, o funcionamento cognitivo aparece associado ao nível de escolaridade.

Relativamente à qualidade dos recursos sociais, a maioria dos idosos vive com o cônjuge, com os filhos ou sozinho e afirma ver os seus familiares tantas vezes quanto gostaria. Em caso de doença ou incapacidade consideram ter alguém que possa ajudar sempre que necessário, tanto familiares como amigos. Quase a totalidade da amostra afirma ter uma relação muito boa com a família e amigos. A partir da avaliação da qualidade dos recursos sociais, que cruza a disponibilidade do cuidador com a satisfação e com as relações sociais, verifica-se que, de uma forma geral os idosos têm bons recursos sociais, ou seja, em relações sociais satisfatórias e alguém poderia cuidar ou indefinidamente ou pelo menos durante algum tempo. No entanto, cerca de 30% têm recursos sociais ligeira ou moderadamente insatisfatórios e 20% têm recursos sociais insatisfatórios, com relações sociais de escassa qualidade e com nenhuma ou rara disponibilidade do cuidador em caso de doença ou incapacidade. A relação significativa da qualidade dos recursos sociais com o maior nível de independência para as AIVD e o maior desempenho cognitivo, assim como com níveis mais elevados de satisfação com a vida, poderá representar um quadro de relações entre variáveis nucleares associadas ao envelhecimento positivo e bem-sucedido. A satisfação com a vida diminui com a idade, mas está associada também a melhor nível de competência individual e a melhores

recursos sociais, o que valida, por um lado o modelo de pressão-competência de Lawton e Namehow (Lawton, 1990; Namehow, 2000) e os modelos de congruência pessoa-ambiente (Carp, 1987, como citado em Paúl, 2005). De facto, a maioria dos idosos inquiridos afirma não necessitar de nada (a curto-prazo) ao residir naquela freguesia do núcleo urbano da Angra do Heroísmo e identifica como principais vantagens (e fontes de satisfação) a centralidade daquele território relativamente a uma variedade de recursos ecológicos, facto corroborado pela observação territorial. Também Wahl e Oswald (2010) verificaram que as avaliações subjectivas que o idoso faz do contexto com base na idade ou localização geográfica predizem a relação entre a satisfação residencial e a satisfação com a vida. Um outro aspecto valorizado pelos idosos diz respeito à vinculação ao lugar, um lugar que significa relações e espaços conhecidos e construídos ao longo da vida, assim como uma relação com a vizinhança próxima e amigável, na maioria dos casos (Speller, 2005; Marek & Rantz, 2000; Paúl 2005). Perspectivando-se no futuro, os idosos estimam que irão necessitar de ajuda da família e ajuda institucional para continuar a viver em casa, especialmente de recursos sociais e de saúde que poderão não utilizar neste momento, mas que conhecem e esperam a sua disponibilidade para quando precisarem. Tal como identificado por Paúl (2005), a casa é central na vida dos idosos e a satisfação com a casa poderá explicar a satisfação com a vida (Wahl e Iwarsson, 2007). Tal como Wahl e Iwarsson preconizam, também neste estudo a maioria dos idosos está satisfeita com a sua situação habitacional, apesar das barreiras arquitectónicas identificadas. Possivelmente, atendendo ao nível de competência para as ABVD, estas barreiras não comprometem ainda condições de acessibilidade na casa.

Comparando o presente estudo com outros estudos sobre o envelhecimento em meios urbanos, verificamos algumas discrepâncias relativamente aos resultados da investigação sobre a funcionalidade, funcionamento cognitivo e os recursos sociais. No estudo de Morgado e colaboradores (2009) realizado na zona metropolitana de Lisboa, com 411 adultos e idosos com idade média de 67 anos, e escolaridade média de 6,5 anos, os resultados obtidos no MMSE foram superiores ( $M= 28,05$ ;  $dp=1,93$ ) aos obtidos neste estudo ( $M= 24,7$ ;  $dp=4,45$ ). Possivelmente os melhores resultados obtidos no MMSE



estarão associados a um maior nível de escolaridade, mas também ao facto de no estudo de Lisboa terem sido excluído participantes com défice cognitivo ou demência.

A investigação mostra que a percentagem de indivíduos com declínio cognitivo acresce nos mais velhos e no sexo feminino (Morgado et al., 2009). Assim, atendendo à natureza deste estudo, bem como aos grupos etários e de género e aos resultados obtidos na variável de funcionamento cognitivo, pode concluir-se que, e, segundo Santos e colaboradores (2006), os estudos transversais apresentam algumas limitações na explicação do declínio cognitivo com a idade, pois não conseguem avaliar a variabilidade intra-individual nem controlar todas as variáveis determinantes das mudanças cognitivas ao longo do tempo. Outro aspecto a salientar prende-se com os procedimentos de amostragem utilizados no presente estudo - tipo “bola de neve”. Este procedimento tem a particularidade de tendencialmente aproximar as características da amostra. Por conseguinte, para além do design de investigação, na interpretação dos resultados obtidos é de ter em conta este aspecto.

Num estudo realizado no núcleo urbano de um município da Região Norte de Portugal (Bastos et al., 2011), com 162 idosos residentes na comunidade com idade média de 75 anos ( $dp= 7,26$ ) e com 4 anos de escolaridade em média ( $dp= 2,88$ ), os valores obtidos no MMSE aproximam-se mais do presente estudo ( $M= 25,0$ ,  $dp= 4,1$ ). A percentagem de défice cognitivo foi inferior à do presente estudo (26,5%), estando significativamente associada a maior idade, ao género feminino e a sintomatologia depressiva (Moreira, Faria, Melo de Carvalho, Silva & Bastos, 2011). Relativamente à funcionalidade para as ABVD e AIVD, os dados dos dois estudos aproximam-se (Barthel:  $M= 90,4$ ;  $dp= 17,6$ ; Lawton:  $M= 13,2$ ;  $dp= 5,8$ ), tendo-se verificado em ambos diferenças significativas que apontam para piores níveis de funcionalidade nos idosos mais velhos.

No estudo de Rodrigues (2007), com 202 idosos, no qual foram avaliados os recursos sociais utilizando também a OARS, verifica-se tal como no presente estudo que a maioria dos idosos apresenta bons recursos sociais, embora as mulheres e os mais velhos apresentem significativamente piores recursos sociais, possivelmente associados, de acordo com o autor, a menos contactos sociais, menor participação nas actividades

sociais e menor disponibilidade de ajuda devido à viuvez. Por seu turno, no presente estudo não foram detectadas diferenças significativas entre estes dois grupos.

### **Limitações do estudo**

Este estudo apresenta algumas limitações, que poderão comprometer a generalização dos resultados. Apesar da selecção da amostra obedecer a quotas por grupo etário e de género, a participação dos idosos estava condicionada à sua disponibilidade para a tarefa, podendo reflectir um perfil favorável à participação. Apesar de alguns idosos terem recusado participar no estudo, não foram registados dados pessoais deste grupo, de modo a permitir a comparação com o grupo de participantes e aferir, assim algum viés de selecção e eventuais consequências para a leitura dos resultados. Outra limitação prende-se com a extensão do protocolo, pois pode tornar-se cansativo para as pessoas idosas, tendo sido registada a não conclusão de um dos protocolos.

### **Conclusão**

Este estudo transversal, e primordialmente descritivo, sugere que o núcleo urbano de Angra do Heroísmo se revela, pela sua ecologia e dinâmica dos seus habitantes, como um contexto tipicamente urbano que aglomera numa centralidade, uma série de recursos e oportunidades para as pessoas em envelhecimento. Se tomarmos em consideração o EBS, provavelmente as dinâmicas deste ambiente físico, social e cultural em interacção com as pessoas em envelhecimento, contribuem para garantir alguma qualidade de vida e bem-estar na velhice. Não obstante, observamos neste estudo, e apesar da mesma ecologia macrossistémica, distintos perfis de envelhecimento, contemplando necessidades apontadas, níveis de competência, recursos sociais e satisfação com a vida.

A comparação deste estudo com outros estudos sobre o envelhecimento em meios urbanos permite-nos concluir que o grupo de idosos apresenta bons níveis de funcionalidade para as ABVD e AIVD, associados a bons recursos sociais, apesar de alguma fragilidade em termos do funcionamento cognitivo. Para além disso, este perfil de envelhecimento parece ser relativamente homogéneo entre grupos de género e etário.

Com este estudo, espera-se contribuir para a caracterização dos idosos residentes no núcleo urbano de Angra do Heroísmo, assim como dos recursos ecológicos deste território. Além disso, a informação aqui reunida e analisada lança as bases para (a) o desenho do Plano Gerontológico do território, assim como estabelece (b) a possibilidade da promoção intencionalizada e sistemática do envelhecimento activo e bem-sucedido ao longo do ciclo de vida.

Finalmente, na prossecução da investigação, será necessário proceder a um estudo mais aprofundado destes diferentes perfis de envelhecimento, assim como das relações entre níveis de competência dos idosos e qualidade dos recursos ecológicos (materiais e imateriais). Poderá ainda ser relevante alargar o estudo a contextos rurais na região, mais concretamente no concelho de Angra do Heroísmo, de modo a construir um retrato mais alargado e fidedigno do processo de envelhecimento na região.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aine, C. J., Sanfratello, L., Adair, J. C., Knoefel, J. E., Caprihan, A. & Stephen, J. M. (2011). Development and decline of memory functions in normal, pathological and healthy successful aging. *Brain Topography*, 24, 323-339. doi: 10.1007/s10548-011-0178-x.
- Antonucci, T. & Ajrouch, K. (2007/2010). Social Resources. In H. Mollenkopf & A. Walker (Eds.), *Quality of Life in Old Age* (pp. 49-64). New York: Springer.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of development theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. In J. E. Birren & J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp. 7-26). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. & Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development* (pp.569-664). Hoboken, NJ: Wiley.
- Baltes, P. B., Mayer, K. U., Helmchen, H. & Steinhagen-Thiessen, E. (1999). The berlin aging study (BASE): sample, design, and overview of measures. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (eds.), *The berlin aging study aging from 70 to 100*, (pp.15-55). Cambridge University Press.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. & Sobral, M. (2003). *Adaptação à população portuguesa da tradução do "Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminar report" (GDS)*. Lisboa: Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência.
- Bastos, A., Faria, C., Moreira, E., Melo de Carvalho, J., Paúl, C. & Silva, C. (2010). *Getting old in Northern Portugal: A pilot study about ageing and neighbourhood ecological assets* (comunicação em poster). International Psychogeriatric Association Meeting, Santiago de Compostela, 6-9 September, Espanha.
- Bastos, A. (no prelo). *O jardim das plantas aromáticas e medicinais & bem-estar: Benefícios da intervenção "green care" para envelhecer bem.*

- Benson, P. L. (2007). Developmental assets: an overview of theory, research and practice. In R. K. Silbereisen & R. M. Lerner, *Approaches to positive youth development*. London: SAGE Publications.
- Berg, S., Dahl, A. & Nilsson, S. (2007). Cognitive decline and dementia. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *GeroPsychology*, (pp. 165-182). Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.
- Birren, J. E. (2003). Desarrollo adulto y envejecimiento. In K. Schaie & S. Willis, *Psicología de la edad adulta y la vejez* (pp. 1-31). Madrid: Pearson.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 111- 135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Husema, P. H., Adey, M. & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.
- Calixto, E. & Martins, H. (2010). *Os factores bio-psico-sociais na satisfação com a Vida dos idosos institucionalizados*. Paper present to the Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia.
- Carlson, M., Erickson, K., Kramer, A., Voss, M., Bolea, N., Mielke, M., McGill, S., Rebok, G., Seeman, T., & Fried L. (2009). Evidence for neurocognitive plasticity in at-risk older adults: the experience corps program. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(12), 1275-1282. doi: 10.1093/Gerona/glp117.
- Cavanaugh, J. & Bjanchard-Fields, F. (2006). *Adult development and aging* (5ª ed). Belmont, CA, Wadworth/Tompson Learning.
- Cutchin, M. P. (2003). The process of mediated aging-in-place: a theoretically and empirically based model. *Social Science & Medicine*, 53, 1077-1090.
- Dannefer, D. & Settersten R. A. (2010), The study of the life course: implications for social gerontology. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp. 3-19), SAGE Publications: London.
- Depp, C. A. & Jeste, D. V. (2009). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 7(1), 137-150.
- Doyle, Y. G., Mckee, M. & Sherriff, M. (2010). A model of successful aging in british populations. *European Journal of Public Health*, 22(1), 71-76. doi: 10.1093/eurpub/ckq132.
- Duarte, M. & Paúl, C. (2007). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: estudo comportamental dos idosos. In Santos, A., Loureiro, M. & Fragoso, M. (Dir.), *Revista Transdisciplinar de Gerontologia* (pp. 17-29). Universidade Sénior Contemporânea: Porto.



- Fange, A. M., Oswald, F & Clemson, L. (2012). Aging in place in late life: theory, methodology, and intervention. *Journal of Aging Research*, 1-2. doi: 10.1155/2012/547562.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA)*. (Elderly Residences Assessment System) Madrid: INSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontologia social: una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia social*, (pp. 31-54). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) (2007). *GeroPsychology. European Perspectives for and Ageing World*. Gottingen: Hogrefe & Huber.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Concepto y modelos teóricos. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.). *Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología*, (pp. 59-99). Madrid: Pirámide.
- Fillenbaum, G. G. & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36(4), 428-434.
- Folstein, M., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fonseca, A. (2005). A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida. In A. Fonseca (Coords.), *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (pp. 77-113). Lisboa, Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2005). Psicologia desenvolvimental do ciclo de vida e adaptação ao envelhecimento. In A. Fonseca (Coords.), *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (pp, 205-222). Lisboa, Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 277-289.
- Fonseca, A. (2009). *Trajectories of ageing in a south European country: The case of Portugal*. Paper present to the 1st Global Conference Times of our Lives – Making sense of growing up and growing old.
- Geldhof, G. J., Bowers, E. P. & Lerner, R. M. (2013). Special section introduction: thriving in context: findings from the 4-h study of positive youth development. *Journal Youth Adolescence*, 42(1), 1-5. doi: 10.1007/s10964-012-9855-7.
- Greenfield, E. A. (2011). Using ecological frameworks to advance a field of research, practice, and policy on aging-in-place initiatives. *The Grontologist*, 52(1), 1-12. doi: 10.1093/geron/gnr108.
- Hayslip Jr., B., Panek, P. E. & Patrick, J. H. (2007). The social-environmental context of adulthood and aging. In B. Hayslip Jr., P. E. Panek & J. H. Patrick (Eds), *Adult Development and Aging* (4<sup>a</sup> ed) (pp. 163-177). Florida: Krieger Publishing Company.

- Helal, S., Chen, C., Kim, E., Bose, R. & Lee, C. (2012). The towards an ecosystem for developing and programming assistive environments. *Proceedings of the IEEE*, 100(8), 2489-2504. doi: 10.1109/JPROC.2012.2200548.
- Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. (2011). Aging in other countries and across cultures in the United States. In N. R. Hooyman & H. A. Kiyak (Eds), *Social gerontology: a multidisciplinary perspective* (pp. 43-67). Pearson Education: USA.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Portugal (população residente (nº) por local de residência, sexo e grupo etário, 2001*. Acedido em 23 de Fevereiro de 2012, em <http://ine.pt>.
- Lau, D. T., Scandrett, K. G., Jarzebowski, M., Holman K. & Emanuel, L. (2007). Health-related safety: a framework to address barriers to aging-in-place. *The Gerontologist*, 47(6), 830-837.
- Lawton, M. P. (1990). Residential environment and self-directedness among older people. *American Psychologist*, 45(5), 638-640. doi: 0003-066x/90.
- Lerner, R.M. (2002). Life-span, action theory, life-course, and bioecological perspectives. In *Concepts and theories of human development* (3ªed.), (pp. 227-232). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lerner, R. M., Bowers, E. P., Geldhof, G. J., Gestsdóttir, S. & Desouza, L. (2012). Promoting positive youth development in the face of contextual changes and challenges: the roles of individual strengths and ecological assets. *New Directions of Youth Development*, 135, 119-128. doi: 10.1002/yd.20034.
- Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2006). Mini-exame do estado mental: Características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719.
- Lubben, N. (1988). Lubben social network scale. *Family and Community Health*, 44-53.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Marek K. D. & Rantz, M. J. (2000). *Aging-in-place: A new model for long-term care*. In *Nursing Administration Quarterly*, 24(3), 1-11.
- Marra, T. A., Pereira, L. S. M., Faria, C. D. C. M., Pereira, D. S., Martins, M. A. A. & Tirado, M. G. A. (2007). Avaliação das actividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 267-273.
- Martin, P., Baenziger, J., MacDonald, M., Siegler, I. C. & Poon, L. W. (2009). Engaged lifestyle, personality, and mental status among centenarians. *Journal of Adult Development*, 16, 100-208. doi: 10.1007/s10804-009-9066-y.

- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes, M. M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., Linden, M., Smith, J., Staudinger, U. M., Steinhagen-Thiessen, E. & Wagner, M. (1999). What do we know about old age and aging? Conclusions from the berlin aging study. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (eds.), *The berlin aging study aging from 70 to 100*, (pp.475-519). Cambridge University Press.
- McKnight, J. L. & Kretzman, J. P. (1996). Mapping community capacity. In J. L. McKnight & J. P. Kretzman (Eds), *Program on Community Development*. Evanston: The Asset-Based Community Development Institute.
- Molina, M. A., Schettini, R., López-Bravo, M. D., Zamarrón, M. D. & Fernández-Ballesteros (2011). Actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas muy mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 1-6.
- Moraes, C., Pinto, J., Lopes, M., Litvoc, J. & Bottino, C. (2010). Impact of sociodemographic and health variables on mini-mental state examination in a community-based sample of older people. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 7(260). doi: 10.1007/s00406-010-0104-3.
- Moreira, E., Faria, C., Melo de Carvalho, J., Silva, M. C. & Bastos, A. (2011). Association between cognitive functioning and depression among elders in a community – based study in northern Portugal. Abstract supplement, *Aging & Mental Health*, 15: Sup1, 1-30.
- Moreira, E., Martins, C., Escrivães, T. & Bastos, A. (2012). *Checklist de recursos ecológicos*. Documento policopiado. Escola Superior de Educação: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-mental State Examination [versão electrónica]. *Sinapse: Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 9(2) 10-16.
- Mynatt, E.D., Essa, J. & Rogers, W. (2000). *Increasing the opportunities for aging-in-place*. Paper present to the Conference on Universal Usability, ACM Press.
- Nicotera, N. (2007). Measuring neighborhood: A conundrum for human services researchers and practioners. *American Journal of Community Psychology*, 40, 26-51. doi: 10.1007/s10464-007-9124-1.
- Oh, J. H. & Kim, S. (2009). Aging, neighborhood attachment, and fear of crime: Testing reciprocal effects. *Journal of Community Psychology*, 37, 21-40. doi: 10.1002/jcop.20269.
- Oliveira Diniz, B. S., Volpe, F. M. & Tavares, A. R. (2007). Nível educacional e idade no desempenho no minixame do estado mental em idosos residentes na comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 13-17.

- Organización de las Naciones Unidas (2002). *Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C. e Wahl, H. W. (2010). Is aging in place a resource for a risk to life satisfaction? *The Gerontologist*, 52(1), 238-250. doi: 10.1093/geron/gnq096.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-40). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e Ambiente. In L. Sockza (Eds.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Phillipson, C. (2010). Ageing and urban society: Growing old in the “century of the city”. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp. 597-605). SAGE Publications: London.
- Reppermund, S., Sachdew, P. S., Crawford, J., Kochan, N. A., Slavin, M., Kang, K., Trollor, J. N., Draper, B. & Bradaty, H. (2011). The relationship of neuropsychological function to instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 843-852. doi: 10.1002/gps.2612.
- Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology*, 25, 231-243. doi: 10.1016/j.jenvp.2005.05.001.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Dissertação de Doutoramento). ICBAS-UP.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu do questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(2), 109-115.
- Rowe, J. W. e Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). Th estructure of successful aging. In J. W. Rowe & R. L. Kahn (eds.), *Successful aging*, (pp. 36-52). New York: Pantheon Books.
- Sacanella, E., Pérez-Castejón, J. M., Nicolás, J. M., Masanés, F., Navarro, M., Castro, P. & López-Soto, A. (2011). Functional status and quality of life 12 months after discharge from a medical ICU in Healthy elderly patients: a prospective observational study. *Critical Care*, 15, 1-9.
- Santos, C. C., Rossetti, C. B. & Ortega, A. C. (2006). O funcionamento cognitivo de idosos e de adolescentes num contexto de jogo de regras. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 9, 53-74.
- Scazufca, M., Almeida, O., Vallada, H., Tasse, W. & Menezes P. (2009). Limitations of the mini-mental state examination for screening dementia in a community with low socioeconomic status.

- European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 8-15. doi: 10.1007/s00406-008-0827-6.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: the Seattle longitudinal study*. New York: Cambridge University Press.
- Schaie, K. W. & Baltes, P. B. (1996). Introduction and Preview. In K. W. Schaie e Baltes, P. B. (Ed.), *Intellectual development in adulthood*, (pp.1-17). USA: Cambridge University Press.
- Schaie, K. W. 1998. The Seattle longitudinal studies of adult intelligence. In M. Powell Lawton & Timothy A. Salthouse (Eds.) *Essential papers on the psychology of aging*, (pp. 263-271). New York: New York University Press.
- Schaie, K. W., Willis, S. L. & Caskie, G. I. L. (2004). The Seattle longitudinal study: relationship between personality and cognition. In *Neuropsychology, development and cognition*, 11(2-3), 304-324.
- Scheidt, R. J. & Windley, P. G. (2006). Environmental gerontology: Progress in the post-lawton era. In J. E. Birren e K. M. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 105-125). EUA: Elsevier.
- Seidel, D., Brayne, C. & Jagger, C. (2011). Limitations in physical functioning among older people as a predictor of subsequent disability in instrumental activities of daily living. *Age and Ageing*, 40, 463-469. doi: 10.1093/ageing/afr054.
- Sequeira, C. (2007). Instrumentos de diagnóstico: Idoso dependente. In C. Sequeira, *Cuidar de Idosos Dependentes*, (pp. 141-157). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*, Lisboa:Lidel.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for family function test and its use by physician. *Journal of Family Practice*. 6(6), 1231-1239.
- Smith, A. E. (2009). The way forward – building sustainability. In A. E. Smith (Ed.), *Ageing in urban neighbourhoods: place attachment and social exclusion* (pp. 157-171). Great Britain: Seven.
- Sowers, K & Rowe, W. (2007). Global aging. In J. A. Blackburn & C. N. Dulmus (Eds.), *Handbook of Gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 3-16). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Speller, G. M. (2005). A importância da vinculação ao lugar. In L. Soczka (Org.), *Contextos territoriais e a perspectiva ecológica em psicologia social* (pp. 133-167). Fundação Calouste Gulbekian.
- Theokas, C. & Lerner, R. M. (2006). Observed ecological assets in families, schools, and neighborhoods: Conceptualization, measurement, and relations with positive and negative developmental outcomes. *Applied Developmental Science*, 10(2), 61-74.

- Thompson, D. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa (A. Leitão, Trad.). Lisboa: (Obra original publicada em 1999).
- Thygesen, E., Saevareid, H. I., Lindstrom, T. C. & Engedal, K. (2009). Psychological distress and its correlates in older care-dependent persons living at home. *Aging & Mental Health*, 13(3), 319-327. doi: 10.1080/13607860802534591.
- Urban J. B., Lewin-Bizan, S. & Lerner, R. M. (2009). The role of neighborhood ecological assets and activity involvement in youth developmental outcomes: Differential impacts of asset poor and asset rich neighborhoods. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 601-614. doi:10.1016/j.appdev.2009.07.003.
- Urban, J. B., Lewin-Bizan, S. & Lerner, R. M. (2010). The role of intentional self regulation, lower neighborhood ecological assets, and activity involvement in youth developmental outcomes.
- Wahl, H. W. & Iwarsson, S. (2007). Person-environment relations. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *GeroPsychology* (pp. 49-66). Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.
- Wahl, H. W. & Oswald, F. (2010). Environmental perspectives on ageing. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp. 111-124). SAGE Publications: London.
- Wiles, J. L., Leibling, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. E. S. (2011). The meaning of "aging in lace" to older people. *The Gerontologist*, 52(1), 1-10. doi: 10.1093/geron/gnr098.











## Consentimento Informado

### **Avaliação de Necessidades & Envelhecimento da População**

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, a decorrer na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tem como principal objectivo proceder à identificação das capacidades e necessidades das pessoas idosas a residir em casa.

A sua participação neste estudo é voluntária e todas as informações facultadas (respostas e elementos de identificação) são absolutamente confidenciais. Por favor, leia atentamente as instruções. Não existe tempo limite de resposta, nem respostas certas ou erradas. Estamos profundamente interessados na sua opinião/perspectiva. Seja autêntico(a) nas suas respostas considerando a sua experiência de vida. No final, certifique-se que respondeu a todas as questões. Uma vez mais agradecemos a sua colaboração.

No sentido de podermos utilizar a informação recolhida, necessitamos do seu consentimento. A equipa de investigação assume total responsabilidade pelo processo, assegurando a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes, assim como a devida utilização dos dados obtidos.

Concordo com a informação apresentada e autorizo a utilização das informações por mim disponibilizadas.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador:

\_\_\_\_\_







## CHECKLIST DE RECURSOS ECOLÓGICOS

Emília Moreira, Carolina Martins, Teresa Escrivães & Alice Bastos (2012)

A presente checklist serve de base à identificação dos recursos de uma comunidade. Procura identificar recursos sociais, da saúde, da educação, recreativos e/ou atividades associadas à prestação de serviços nas áreas supracitadas.

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Nome do local/ Freguesia/bairro/comunidade: \_\_\_\_\_

Extensão do território em análise: \_\_\_\_\_ km<sup>2</sup>

Nome do Investigador: \_\_\_\_\_

## 1. RECURSOS SOCIAIS

	Sim	Não	Nº	Observações
<b>Recursos edificados</b>				
Casa do Povo				
Centro Comunitário				
Centro de Convívio				
Centro Social				
Centro de Dia				
Lar de Idosos				
Centro de Noite				
Sede de Junta de Freguesia				
*(outros)				
<b>Serviços/Associações/Atividades</b>				
Associação de Escuteiros				
Atividades/ Serviços Religiosos				
*(outros)				

\* Acrescentar outros recursos sempre que se justifique.

## 2. RECURSOS DE SAÚDE

	Sim	Não	Nº	Observações
<b>Recursos edificados</b>				
Hospital público				
Hospital Privado				
Serviço de Urgência				
Centro de Saúde				
SASU				
Extensão de Centro de Saúde				
Clinica Multidisciplinar				
Clinica de Fisioterapia				
Farmácia				
*(outros)				
<b>Serviços/Associações/Atividades</b>				
Consultas médicas no domicílio				
Consultas de enfermagem no domicílio				
Médico de Família				
Enfermeiro de Família				
*(outros)				

\* Acrescentar outros recursos sempre que se justifique.



### 3. RECURSOS DE EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO

	Sim	Não	Nº	Observações
<b>Recursos edificados</b>				
Creches				
Jardins de Infância				
Escolas de Ensino Básico				
Escolas de Ensino Secundário				
Escolas Técnico-Profissionais				
Estabelecimentos de Ensino Superior				
Escolas Profissionais				
Centros de Formação Profissional				
ATL				
Centros de Estudos				
Universidades Sénior				
*(outros)				
<b>Serviços/Associações/Atividades</b>				
Explicações				
Aulas particulares de música				
Aulas particulares de artes plásticas				
*(outros)				

\* Acrescentar outros recursos sempre que se justifique.

### 4. RECURSOS DE LAZER

	Sim	Não	Nº	Observações
<b>Recursos edificados</b>				
Pavilhões Gimnodesportivos				
Ginásios				
Piscinas				
Centros de Ocupação de tempos Livres				
Jardins				
Museus				
Bibliotecas				
Cafés				
Restaurantes				
Pubs				
Discotecas				
Esplanadas				
*(outros)				
<b>Serviços/Atividades</b>				
Aulas de ginástica ao ar livre				
Atelier de pintura/escultura/bordados				
Atividades de jardinagem				
*(outros)				

\* Acrescentar outros recursos sempre que se justifique.

**5. Transportes e acessibilidades aos serviços do Social, da Saúde, do Lazer/Recreativos e de Educação/Formação)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**6. Parcerias e dinâmicas entre os prestadores dos serviços (saúde, social, educação, lazer)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**7. Incluir outros serviços não previstos anteriormente que sejam relevantes do ponto de vista comunitário para o *aging in place* (ex. a organização espontânea por parte dos membros da comunidade para garantir apoio entre si)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---









## **Caracterização da população de Angra do Heroísmo**

Numa tentativa de caracterizar a população amostral, o número total de residentes na Região Autónoma dos Açores é de 246.746 (125.213 mulheres e 121.533 homens) e o número total de residentes no concelho de Angra do Heroísmo é de 35.402 (18.132 mulheres e 17.270 homens), com um número de residentes idosos (65 e mais anos) de 5.265 (3.166 mulheres e 2.099 homens, à data dos censos de 2011), verificando-se um aumento de 362 idosos. Para completar com informação pertinente podem ser consultados documentos relevantes que existam sobre esta população e dados que o INE possa ter com maior precisão. Quanto à dimensão amostral, esta incidirá em 5% da população idosa (relativamente à data dos censos 2001, devido há não disponibilidade dos dados referentes aos censos 2011), ou seja, o correspondente a 107 idosos inquiridos, com um pequeno acerto de 2 participantes devido a arredondamentos de percentagens, ou seja, a amostra foi de 105 idosos no total (37 homens e 68 mulheres). Em descrição, a dimensão amostral foi feita em quatro freguesias do concelho de Angra do Heroísmo, as designadas núcleo urbano, Sé com 13 participantes no total (4 homens e 9 mulheres), Nossa Senhora da Conceição com 40 participantes no total (16 homens e 24 mulheres), Santa Luzia com 25 participantes no total (7 homens e 18 mulheres) e São Pedro com 27 participantes no total (10 homens e 17 mulheres) (tabela 2).













## **Características sociodemográficas dos participantes por freguesia**

### **Sé**

A amostra é constituída por 13 participantes. A idade dos participantes varia entre 67 e os 87 anos ( $M=75,0$ ;  $dp=6,33$ ), 9 do grupo dos 65-79 (69,2%) e 4 com mais de 80 anos (30,8). Dos participantes, 9 são do género feminino (69,2%) e 4 do género masculino (30,8%). A escolaridade da amostra tem uma média de 4,9 e desvio-padrão 1,50, da qual 7 frequentaram do 1-4 (53,8%) e 6 do 5-9 ano de escolaridade (46,2%). Da amostra total, 1 é solteiro (7,7%), 8 casados (61,5%) e 4 viúvos (30,8%). Da totalidade da amostra, 9 encontram-se reformados não activos (69,2%), 1 reformado activo (7,7%) e 3 domésticas (23,1%). Da totalidade da amostra, 4 dos participantes foram comerciantes (30,8%), 3 foram domésticas (23,1%), 2 foram técnicos administrativos/bancários (15,4%), 2 foram empregadas domésticas, 1 foi professor (7,7%) e 1 foi alfaiate/costureiro (7,7%).

### **Nossa Senhora da Conceição**

A amostra é constituída por 40 participantes. A idade dos participantes varia entre 65 e os 90 anos ( $M=74,7$ ;  $dp=6,37$ ), 31 do grupo dos 65-79 (77,5%) e 9 com mais de 80 anos (22,5%). Dos participantes, 25 são do género feminino (62,5%) e 15 do género masculino (37,5%). A escolaridade da amostra tem uma média de 4,8 e desvio-padrão 3,54, da qual 4 não frequentaram a escola (10,0%), 24 frequentaram do 1-4 (60,0%), 8 frequentaram do 5-9 (20,0%) e 4 frequentaram 10 ou mais anos de escolaridade (10,0%). Da amostra total, 22 são casados (55,0%), 17 viúvos (42,5%) e 1 separado/divorciado (2,5%). Da totalidade da amostra, 30 encontram-se reformados não activos (75,0%), 2 reformados activos (5,0%), 6 domésticas (15,0%) e 2 noutras situações (5,0%). Da totalidade da amostra, 6 eram domésticas (15,8%), 5 eram empregadas domésticas (13,2%), 4 tiveram profissões ligadas à agricultura, pecuária e pesca (10,5%), 4 eram técnicos administrativos/bancários (10,5%), 4 eram professores (10,5%), 4 tiveram profissões ligadas a serviços públicos de segurança (10,5%), 3 eram auxiliares de acção educativa/social (7,9%), 2 foram comerciantes (5,3%), 2 foram operários

fabris/mecânicos, 1 foi engenheiro (2,6%), 1 alfaiate/costureira (2,6%), 1 teve profissão ligada a transportes (2,6%) e 1 foi operário da construção civil (2,6%).

### **Santa Luzia**

A amostra é constituída por 25 participantes. A idade dos participantes varia entre 65 e os 90 anos ( $M=74,4$ ;  $dp=6,72$ ), 19 do grupo dos 65-79 (76,0%) e 6 com mais de 80 anos (24,0%). Dos participantes, 18 são do género feminino (72,0%) e 7 do género masculino (28,0%). A escolaridade da amostra tem uma média de 6,0 e desvio-padrão 3,58, da qual 14 frequentaram do 1-4 (56,0%), 7 frequentaram do 5-9 (28,0%) e 4 frequentaram 10 ou mais anos de escolaridade (16,0%). Da amostra total, 1 é solteiro (4,0%), 11 são casados (44,0%), 12 viúvos (48,0%) e 1 separado/divorciado (4,0%). Da totalidade da amostra, 17 encontram-se reformados não activos (68,0%), 4 reformados activos (16,0%), 3 domésticas (12,0%) e 1 noutras situações (4,0%). Da totalidade da amostra, 5 foram empregadas domésticas (20,8%), 5 foram professores (20,8%), 5 foram comerciantes (20,8%), 3 foram domésticas (12,5%), 2 foram técnicos administrativos/bancários (8,3%), 2 foram auxiliares de acção educativa/social (8,3%), 1 teve uma profissão ligada aos transportes (4,2%) e 1 foi operário da construção civil (4,2%).

### **São Pedro**

A amostra é constituída por 27 participantes. A idade dos participantes varia entre 66 e os 90 anos ( $M=74,6$ ;  $dp=6,95$ ), 21 do grupo dos 65-79 (77,8%) e 6 com mais de 80 anos (22,2%). Dos participantes, 17 eram do género feminino (63,0%) e 10 do género masculino (37,0%). A escolaridade da amostra tem uma média de 4,9 e desvio-padrão 1,59, da qual 18 frequentaram do 1-4 (66,7%) e 9 frequentaram do 5-9 (33,3%). Da amostra total, 4 são solteiros (14,8%), 15 são casados (55,6%) e 8 viúvos (29,6%). Da totalidade da amostra, 17 encontram-se reformados não activos (63,0%), 1 reformado activo (3,7%), 7 domésticas (25,9%) e 2 noutras situações (7,4%). Da totalidade da

amostra, 7 eram domésticas (28,0%), 4 eram comerciantes (16,0%) e 4 eram alfaiates/costureiras (16,0%), 3 foram técnicos de administração/bancários (12,0%), 2 foram professores (8,0%), 1 foi empregada doméstica (4,0%), 1 foi profissional de saúde (4,0%), 1 foi auxiliar de acção social/educativa (4,0%), 1 foi operário fabril/mecânico (4,0%) e 1 teve uma profissão ligada ao transporte (4,0%).













## Descrição dos resultados relativos à funcionalidade e do funcionamento cognitivo por freguesia

Tabela A. Funcionalidade nas ABVD e AIVD

	Sé (n=13)		N. Sra. da Conceição (n=40)		Sta. Luzia (n=25)		S. Pedro (n=27)		Todos (n=105)	
	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
<b>Barthel</b>	93,1	7,23	95,9	7,84	94,8	7,29	96,1	6,55	95,3	7,28
<b>Lawton</b>	11,5	3,97	10,1	2,41	10,2	3,29	10,8	3,34	10,5	3,09

Tabela B. Índice de Barthel por pontos de corte

Características	Sé (n=13)		N. Sra. da Conceição (n=40)		Sta. Luzia (n=25)		S. Pedro (n=27)		Todos (n=105)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b><i>M (dp)</i></b>	93,1 (7,23)		95,9 (7,84)		94,8 (7,29)		96,1 (6,55)		95,3 (7,28)	
<b>Independente</b>	8	61,5	34	85,0	20	80,0	22	81,5	84	80,0
<b>Ligeiramente dependente</b>	5	38,5	6	15,0	5	20,0	5	18,5	21	20,0
<b>Moderadamente dependente</b>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>Severamente dependente</b>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>Totalmente dependente</b>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tabela C. Escala de Lawton & Brody por pontos de corte

Características	Sé (n=13)		N. Sra. da Conceição (n=40)		Sta. Luzia (n=25)		S. Pedro (n=27)		Todos (n=105)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b><i>M (dp)</i></b>	11,5 (3,97)		10,1 (2,41)		10,2 (3,29)		10,8 (3,34)		10,5 (3,09)	
<b>Independente</b>	2	15,4	15	37,5	11	44,0	8	29,6	36	34,3
<b>Moderadamente dependente</b>	10	76,9	25	62,5	14	56,0	19	70,4	68	64,8
<b>Severamente dependente</b>	1	7,7	--	--	--	--	--	--	1	1,0

Tabela D. Comparação da funcionalidade entre grupos etários

	65-74		75+		Todos		Teste
	(n= 58)		(n= 47)		(n= 105)		U Mann Whitney
	Md	P25-P75	Md	P25-P75	Md	P25-P75	
<b>Barthel</b>	100,0	98,8-100,0	95,0	85,0-100,0	100,0	90,0-100,0	<b>U= 890,5; p=0,001</b>
<b>Lawton</b>	9,0	8,0-10,0	11,0	8,0-15,0	10,0	8,0-11,0	<b>U= 837,0; p &lt; 0,001</b>

Tabela E. Comparação da funcionalidade entre grupos de género

	Mulheres		Homens		Todos		Teste
	(n= 69)		(n= 36)		(n= 105)		U Mann-Whitney
	Md	P25-P75	Md	P25-P75	Md	P25-P75	
<b>Barthel</b>	100,0	85,0-100,0	100,0	100,0-100,0	100,0	90,0-100,0	<b>U= 912,5; p= 0,011</b>
<b>Lawton</b>	9,0	8,0-11,0	10,0	8,0-13,0	10,0	8,0-11,0	<b>U= 1091,0; p= 0,295</b>

Tabela F. Funcionamento cognitivo

	Sé		N. Sra. da Conceição		Sta. Luzia		S. Pedro		Todos	
	(n=13)		(n=39)		(n=25)		(n=27)		(n=104)	
	M	dp	M	dp	M	dp	M	dp	M	dp
<b>Estado Mental</b>	26,8	2,92	24,0	5,34	25,4	3,75	24,1	4,01	24,7	4,45

MMSE todos Md=26,0; P25=22,25; P75=28,75; Amplitude 9-30

Tabela G. MMSE por pontos de corte

Características	Sé		N. Sra. da Conceição		Sta. Luzia		S. Pedro		Todos	
	(n=13)		(n=39)		(n=25)		(n=27)		(n=104)	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>M (dp)</b>	26,8 (2,92)		24,0 (5,34)		25,4 (3,75)		24,1 (4,01)		24,7 (4,45)	
<b>Sem défice cognitivo</b>	12	92,3	23	59,0	14	56,0	16	59,3	65	62,5
<b>Com défice cognitivo</b>	1	7,7	16	41,0	11	44,0	11	40,7	39	37,5

Tabela H. Comparação entre funcionalidade e funcionamento cognitivo entre grupos etários

	65-74		75+		Todos		Teste
	(n=58)		(n=47)		(n=104)		U Mann Whitney
	<i>Md</i>	<i>P25-P75</i>	<i>Md</i>	<i>P25-P75</i>	<i>Md</i>	<i>P25-P75</i>	
<b>MMSE</b>	26,0	23,0-29,0	24,5	20,0-27,3	26,0	22,3-28,8	<i>U</i> = 1130,0; <i>p</i> = 0,180

Tabela I. Comparação do funcionamento cognitivo, entre grupos de género

	Mulheres		Homens		Todos		Teste
	(n=69)		(n=36)		(n=104)		U Mann-Whitney
	<i>Md</i>	<i>P25-P75</i>	<i>Md</i>	<i>P25-P75</i>	<i>Md</i>	<i>P25-P75</i>	
<b>MMSE</b>	25,0	22,3-27,0	27,0	22,5-29,0	26,0	22,3-28,8	<i>U</i> = 1039,0; <i>p</i> = 0,204