



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Alexandra Isabel Martins Teixeira

Envelhecimento Bem-Sucedido e Avaliação Gerontológica Multidimensional:

Um estudo de base comunitária em Ponte da Barca

Curso de Mestrado

Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Alice Bastos

Doutora Emília Moreira

Novembro, 2017

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de Mestrado é, além da concretização de um objetivo de vida, o culminar de uma enorme dedicação e a consciência de uma superação constante, em que a resiliência assumiu um papel preponderante.

Consciente, também, de que tive o privilégio de privar com um conjunto de pessoas que em muito enriqueceram a concretização deste estudo, é com enorme prazer que escrevo estes sinceros agradecimentos.

Às minhas orientadoras um agradecimento especial. À Professora Doutora Alice Bastos por toda a motivação, dedicação, exigência, e sobretudo, pela enorme panóplia de conhecimentos transmitidos que tanto contribuíram para o crescimento a nível científico e profissional. À Doutora Emília Moreira pelo apoio, dedicação, amizade e pela inteira disponibilidade que sempre mostrou ao longo do tratamento estatístico de dados e respetiva análise. Agradeço, principalmente, pelas palavras de carinho e incentivo que me ajudaram a ultrapassar todos os obstáculos.

Às pessoas mais velhas que me acolheram com carinho, prescindindo de um pouco do seu tempo, para colaborar neste estudo. Agradeço, particularmente, pela partilha de histórias, de conselhos, de conhecimentos.

À Câmara Municipal de Ponte da Barca e a todos os colegas do Serviço de Saúde, Ação Social e Juventude agradeço por abraçarem e acreditarem neste projeto.

A todos os Presidentes de Junta das freguesias do concelho de Ponte da Barca e a todos os representantes das Instituições de Solidariedade Social que colaboraram através do estabelecimento de contacto com as pessoas mais velhas na comunidade.

Aos meus colegas de Mestrado, em especial à Bruna pela ajuda na introdução dos dados no software estatístico.

Aos meus amigos por estarem sempre por perto para ouvir os meus desabafos e por toda motivação, entusiasmo e confiança que me transmitiram e fortaleceram.

Ao César, uma das pessoas mais importantes da minha vida, agradeço pelo amor incondicional, por todas as palavras de apoio, pela constante motivação. Obrigada pela força e coragem que me transmite. A força e coragem para não abdicar do que vejo, para não tapar o que olho, para não eliminar o que quero.

Ao meu Pai e à minha Irmã, pilares fundamentais da minha vida, agradeço-vos por viverem intensamente todas as minhas conquistas. Agradeço-vos pelo amor sincero e incondicional que nos une e nos faz acreditar que juntos somos capazes de superar qualquer adversidade. Sem vocês nada disto seria possível e, por isso, agradeço do fundo do meu coração. Sou uma sortuda!

RESUMO

Contexto e objetivo do estudo. Ao longo do último século tem-se assistido a uma modificação inequívoca da população e da sociedade, num mundo marcado por um aumento exponencial da população mais velha e uma diminuição relativa da população mais jovem. Enquanto processo individual ao longo do ciclo de vida, o envelhecimento articula-se com o processo de desenvolvimento, sendo marcado por grande heterogeneidade e pela influência de fatores normativos e não normativos. A possibilidade de envelhecer em casa apesar da vulnerabilidade biopsicossocial, é um desejo incontornável que a generalidade dos indivíduos experiencia e, por isso, importa analisar o envelhecimento, em ligação aos contextos de vida (a nível local), para melhor associar as capacidades e necessidades das pessoas mais velhas, às exigências do indivíduo e alocar recursos. Esta associação permitirá também capacitar os municípios para desenvolver medidas mais inclusivas e promotoras do envelhecimento bem-sucedido. Face à multidimensionalidade do processo de envelhecimento individual, as medidas de avaliação gerontológica integral e multidisciplinar conquistam um lugar de destaque em termos da prática profissional na área da Gerontologia. Perante o exposto, os objetivos do presente estudo são: 1) analisar as características da população mais velha do Município de Ponte da Barca, considerando as suas características sociodemográficas, as capacidades individuais e necessidades percebidas de serviços associadas ao envelhecimento; 2) analisar as relações entre as variáveis em estudo e diferenças entre grupos; 3) propor orientações para o plano gerontológico municipal.

Método. Este estudo de natureza quantitativa inclui uma amostra de 3% da população com 65 ou mais anos residente no Município de Ponte da Barca. A recolha de dados foi efetuada através de um protocolo de avaliação multidimensional – Protocolo de Avaliação de Necessidade Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP_GeroSOC.R; Faria, Lamela, Moreira, Melo de Carvalho & Bastos, 2012), tendo sido recolhida maioritariamente em casa dos participantes. As características e capacidades dos participantes foram exploradas através de associações que permitissem descortinar diferentes perfis de envelhecimento na comunidade. A utilização de recursos foi analisada no sentido de identificar padrões de utilização de recursos comunitários em função da funcionalidade para as AVDs, assim como identificar discrepâncias entre a utilização e necessidade percebida de serviços comunitários.

Resultados. Fazem parte deste estudo 102 participantes, 58,8% do género feminino, com uma média de idade de 76 anos ($dp=7,6$). A maioria dos participantes é independente nas atividades básicas da vida diária (85,3%) e moderadamente independente nas atividades instrumentais da vida diária (63,87%). Cerca de 35% dos participantes apresenta indicadores de défice cognitivo, 31% apresenta indicadores de maior risco de isolamento social e 59% maior sintomatologia depressiva. Da análise de subgrupos, identificam-se três grupos que apresentam maior vulnerabilidade. Os participantes mais velhos apresentam maior dependência nas AVDs, pior desempenho cognitivo e maior risco de isolamento social. As mulheres apresentam piores indicadores em termos de funcionamento cognitivo, redes sociais mais estreitas e menor interação social, e maior sintomatologia depressiva. Os participantes menos escolarizados apresentam maior dependência nas AIVDs, pior desempenho cognitivo e maior risco de isolamento social. A análise da utilização e necessidade de serviços comunitários demonstrou que, na globalidade, são os participantes mais dependentes que utilizam mais serviços comunitários assistenciais, à exceção dos serviços sociais e recreativos e dos serviços de saúde. Comparando a utilização de serviços e as necessidades percebidas, verifica-se uma maior discrepância ao nível da utilização de serviços sociais e recreativos.

Conclusão. A evidência reunida corrobora a literatura no domínio e sugere a necessidade de Planos Gerontológicos Municipais diferenciados, com serviços e/ou programas de base comunitária que atendam às características de grupos específicos da população, com vista à promoção do envelhecimento bem-sucedido.

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

Novembro, 2017

ABSTRACT

Context and purpose of the study. Over the last century there has been an unequivocal change in population and society, in a world marked by an exponential increase of its older population and a relative decline of the younger population. As an individual process throughout the life cycle, aging is linked to the development process, being marked by great heterogeneity and by the influence of normative and non-normative factors. The possibility of aging at home, despite biopsychosocial vulnerability, is an inevitable desire that the majority of individuals experience, and it is therefore important to analyse aging in relation to life contexts (at local level) to better associate the capacities and needs of the elderly, to the demands of the individual and to allocate resources. This association will also enable municipalities to develop more inclusive measures that promote successful aging. In view of the multidimensionality of the individual's aging process, the integral and multidisciplinary gerontological evaluation measures conquer a prominent place in terms of professional practice of Gerontology. In view of the above, these are the objectives of this present study: 1) to analyse the characteristics of the oldest population of the Municipality of Ponte da Barca, considering their sociodemographic features, individual capacities and perceived needs of services associated with aging; 2) to analyse the relationship between the variables of this study and between group differences; 3) to propose guidelines for the Municipal Gerontological Plan.

Method. This quantitative study includes a 3% population sample aged 65 or more, residing in the municipality of Ponte da Barca. Data collection was done through a multidimensional assessment protocol - Community Necessity Assessment Protocol associated with Population Aging (ANCEP_GeroSOC.R; Faria, Lamela, Moreira, Melo de Carvalho & Bastos, 2012), having been collected mostly at the participants' home. The participants' characteristics and capacities were explored through associations that revealed different aging profiles in the community. The use of resources was analysed in order to identify community resources using patterns according to functionality for activities of daily life, as well as to identify discrepancies between the use and perceived need of community services.

Results. This study included 102 participants, 58.8% female, age average of 76 years (sd = 7.6). Most of the participants are independent in the basic activities of daily life DLs (85.3%) and moderately independent in the instrumental activities of daily life (63.87%). About 35% of the participants presented indicators of cognitive deficit, 31% had indicators of a higher risk of social isolation and 59% had a greater depressive symptomatology. By the means of subgroup analysis, three groups are identified as presenting greater vulnerability. Older participants show greater dependence on activities of daily life, worse cognitive performance and greater risk of social isolation. Women have worse indicators in terms of cognitive functioning, narrower social networks and less social interaction and greater depressive symptomatology. The less educated participants present greater dependence on the activities instrumental of daily life, worse cognitive performance and greater risk of social isolation. Overall, the analysis of the use and need for community services has shown that the most dependent participants are the ones using more community care services, with the exception of social and recreational services and health services. Comparing the use of services and perceived needs, there is a greater discrepancy in the use of social and recreational services.

Conclusion. The evidence gathered corroborates the literature in the field and suggests the need for differentiated Municipal Gerontological Plans, with community-based services and/or programs that meet the of specific group characteristics of the population, aiming a successful aging promotion.

Keywords: Successful aging; Multidimensional Gerontological Assessment; Social Gerontology.

November, 2017

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA.....	7
1. A longevidade humana no âmbito da Gerontologia Social: uma visão positiva do envelhecimento.....	9
1.1. A Gerontologia e a Gerontologia Social: uma nova e positiva identidade para a velhice	9
1.2. O envelhecimento como processo ao longo da vida	13
1.3. Envelhecimento bem-sucedido: teorias e modelos.....	23
2. Avaliação Gerontológica Multidimensional.....	28
2.1. Prática Gerontológica: avaliar para intervir	29
2.2. Dimensões específicas da avaliação gerontológica.....	32
2.3. Revisão de estudos de base comunitária	41
3. Planos Gerontológicos Municipais: desafios aos decisores políticos a nível local	44
3.1. O envelhecimento ativo como quadro de referência das medidas de Política	45
3.2. O movimento internacional “ <i>aging in place</i> ”	47
3.3. A relevância dos planos gerontológicos municipais.....	50
CAPÍTULO II – MÉTODO	57
1. Plano de Investigação e participantes.....	59
2. Instrumentos de recolha de dados.....	61
3. Procedimentos de recolha de dados.....	64
4. Estratégias de análise de dados	65
CAPÍTULO III - RESULTADOS	67
1. Descrição sociodemográfica dos participantes e seu ambiente proximal	69
2. Avaliação das capacidades do individuo em função de dimensões específicas	74
3. Análise comparativa das dimensões do envelhecimento em função das caraterísticas sociodemográficas.....	77
4. Recursos comunitários: utilização e necessidade percebida de serviços	81
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
ANEXOS.....	113

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Principais objetivos dos Planos Gerontológicos em Portugal.....	54
Tabela 2. Caracterização sociodemográficas dos participantes.....	70
Tabela 3. Passatempos.....	71
Tabela 4. Condições da habitação/casa: acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato	72
Tabela 5. Redes de vizinhança, serviços e necessidades das pessoas mais velhas.....	73
Tabela 6. Vantagens de viver na freguesia e necessidades percebidas.....	74
Tabela 7. Funcionalidade nas atividades de vida diária (ABVD e AIVD).....	75
Tabela 8. Desempenho cognitivo no MMSE por dimensão.....	76
Tabela 9. Funcionamento da rede social (LSNS-6).....	77
Tabela 10. Sintomatologia depressiva (GDS-15).....	77
Tabela 11. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário	78
Tabela 12. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género.....	79
Tabela 13. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade.....	81
Tabela 14. Serviços gerais de apoio.....	82
Tabela 15. Serviços gerais de apoio (continuação).....	83
Tabela 16. Utilização e necessidade de serviços sociais e recreativos.....	84
Tabela 17. Utilização e necessidade de serviços de saúde.....	85
Tabela 18. Utilização e necessidade de serviços de avaliação e coordenação.....	86
Tabela 19. Utilização de serviços não classificados	87
Tabela 20. Análise contrastada: utilização de serviços vs. necessidades percebidas.....	88
Tabela 21. Associação entre utilização de serviços e funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária.....	89
Tabela 22. Recomendações orientadoras para o Plano Gerontológico Municipal.....	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Concelho de Ponte da Barca após a reorganização administrativa	59
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

EBS - Envelhecimento Bem-Sucedido
SOC - Seleção, Otimização e Compensação
PDCV – Psicologia Desenvolvidora de Ciclo de Vida
WHO - *World Health Organization*
ONU - Organização das Nações Unidas
AVD - Atividades da Vida Diária
ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
MMSE- *Mini Mental State Examination*
LSNS-6 -Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6
GDS-15 - Escala de Depressão Geriátrica
PGM - Plano Gerontológico Municipal
Centro Internacional de Longevidade Brasil - (ILC-Brasil)

INTRODUÇÃO

Ao longo do último século tem-se assistido a uma modificação inequívoca da estrutura da população e da sociedade, num mundo onde a proporção de idosos aumenta exponencialmente, e cresce mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário. Simultaneamente, também, os idosos mais velhos, com 80 e mais anos têm vindo a reforçar o seu peso relativo na pirâmide demográfica (WHO, 2002). Estas tendências acentuam-se e tornam-se cada vez mais salientes, sendo que Portugal enfrenta, atualmente, a realidade do envelhecimento populacional que, apesar de ser comum à generalidade dos países europeus, só agora começa a ganhar um impacto social relevante (Rosa, 2012).

Os dados estatísticos referentes ao último Censo da População realizada em Portugal no ano de 2011, evidenciam, entre 2001 e 2011, o aumento da proporção das pessoas idosas (65 e mais anos) na população total de 16,6% para 19,0%, em detrimento da proporção jovem (0-14 anos), que reduziu de 16,2% para 14,9% da população residente total. No mesmo período, a proporção de indivíduos em idade ativa (15-64 anos) também verificou uma diminuição de 67,3% para 66,0% (INE, 2011). Estes valores assumem uma enorme expressão, alertando para uma superioridade numérica das pessoas mais velhas (3ª e 4ª idade) em relação à população jovem (Fonseca, 2006).

Todavia, para além de ser considerado um fenómeno populacional, é também um processo individual, constituindo-se a heterogeneidade como uma das características mais proeminentes deste grupo etário, pelo que definir uma categoria específica que incluía as pessoas idosas, resultará ininterruptamente numa construção abstrata e normativa (Pimentel, 2001). Assim, o processo de envelhecimento individual é marcado por uma evidente variabilidade interindividual, plasticidade, multidimensionalidade e multidireccionalidade (Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 2003), que envolve aspetos físicos, psicológicos e sociais em complexas interações com o meio (Fernández-Ballesteros, 2004).

Perante esta realidade, o envelhecimento tornou-se a tónica proeminente de diversas discussões e reflexões quer do ponto de vista do debate teórico, bem como do ponto de vista da discussão política e da política social (Dias & Rodrigues, 2012). Estas discussões e reflexões fizeram emergir uma nova área científica, a Gerontologia e consequentemente a Gerontologia Social. Ambas estudam o idoso e o envelhecimento a nível multidimensional e multidisciplinar, sendo que a Gerontologia está centrada nos

aspectos biológicos do envelhecimento e a Gerontologia Social nos contextos sociais do envelhecimento (Paúl, 2012). Considerando a multiplicidade da base de referência teórica biopsicossocial desenvolvida no domínio, estas áreas científicas têm orientado as suas políticas e práticas de modo a garantir, eficazmente, a qualidade de vida e bem-estar, traduzindo uma nova e positiva identidade para a velhice. Atualmente, a implementação destas políticas e práticas passam pela promoção do envelhecimento bem-sucedido (“successful aging”).

P. Baltes e M. Baltes (1990) apresentam o desenvolvimento e envelhecimento bem-sucedidos através da metateoria de Otimização Seletiva com Compensação (SOC). Segundo os autores ao longo deste processo verifica-se a procura de adaptação bem-sucedida entre o organismo e o ambiente. Essa adaptação consiste numa ocorrência conjunta de ganhos (que traduzem o crescimento) e de perdas (que traduzem declínio) na capacidade adaptativa. Com o avanço dos anos, as perdas acentuam-se face aos ganhos. No entanto, o indivíduo compensa as perdas decorrentes das limitações do organismo com o recurso à cultura ou através de um “arranjo” do ambiente, permitindo atenuar ou mesmo tornar insignificantes essas limitações. A ênfase recai sobre a perceção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e das condições associadas (Teixeira & Neri, 2008). Trata-se, portanto, de um mecanismo de adaptação às condições da velhice, em articulação com a procura de uma simetria entre as capacidades individuais (fatores internos) e as exigências do meio ambiente (fatores externos).

A possibilidade de envelhecer em casa apesar da vulnerabilidade biopsicossocial, segundo a literatura gerontológica em Portugal e noutros países, é um desejo incontornável que a generalidade dos indivíduos experiencia, pois integram aquele que é denominado o sentimento de “ligação” ou de “pertença” a um determinado contexto social e é um dos traços mais distintivos da identidade dos indivíduos à medida que envelhecem. Efetivamente aquilo que se verifica é que o ambiente/comunidade em que os indivíduos estão inseridos são fatores externos que interferem direta e/ou indiretamente no bem-estar. Esta ideia está alinhada com um número crescente de iniciativas desenvolvidas nas últimas duas décadas para transformar os sistemas organizacionais da comunidade, de modo a promover o “*aging in place*”, ou seja, o envelhecimento no seu próprio lugar (Paúl, 2005a). Neste sentido, as comunidades e os poderes locais têm tentado desenvolver

condições específicas para que os indivíduos possam envelhecer de forma bem-sucedida em casa, ressaltando a necessidade de aprofundar e atualizar os conhecimentos no âmbito do envelhecimento através da investigação no domínio (avaliar), para consequentemente delinear a conceitualização e implementação de medidas de intervenção e política social (intervir). É nesta ideia que se inscreve este trabalho de investigação, partindo de uma necessidade levantada pela própria comunidade e poder local.

Pretendia-se com este trabalho realizar uma análise comunitária do envelhecimento orientada para a criação de um plano de intervenção (e.g. Plano Gerontológico Municipal), capaz de responder aos desafios implícitos, aos problemas e necessidades dos indivíduos (Rodrigues, 2008). Um plano gerontológico municipal é construído por programas de intervenção, que devem adotar uma perspetiva integrada do curso de vida, promover a flexibilização face à diversidade individual, fomentar a articulação institucional e organizacional, uma vez que são condições essenciais para promover a otimização de recursos. A otimização dos recursos, individuais e coletivos, deverá constituir-se como um objetivo para contrariar os riscos associados ao envelhecimento, respondendo às necessidades emergentes, às aspirações da população e a otimização dos recursos disponíveis (Bárrios & Fernandes, 2014).

Este trabalho de análise comunitária do envelhecimento iniciou com uma abordagem à comunidade, a partir dos seus documentos, pelo contacto com intervenientes chave no apoio aos mais velhos e culminou na avaliação gerontológica multidimensional de uma amostra da população mais velha residente no município de Ponte da Barca. A avaliação gerontológica multidimensional constitui uma importante ferramenta de avaliação que utiliza um conjunto diversificado de instrumentos numa perspetiva multidisciplinar (funcionalidade na vida diária, estado físico e mental e sócio emocional), orientada para realizar um levantamento de dados através da quantificação de todos os atributos e défices (médicos, funcionais e psicossociais). Através desta avaliação é possível compreender as capacidades do indivíduo de forma a potenciá-las e as necessidades e problemas de forma a colmatá-los.

Perante o exposto, os objetivos do presente estudo são: 1) analisar as características da população mais velha residente neste município, considerando as suas características sociodemográficas, as capacidades individuais e necessidades percebidas de serviços

associadas ao envelhecimento; 2) analisar as relações entre as variáveis em estudo e diferenças entre grupos; 3) propor orientações para o plano gerontológico municipal.

Em termos de estrutura, a presente dissertação encontra-se estruturada em três capítulos. No capítulo I é apresentado o enquadramento teórico e empírico que abordará três grandes temáticas: (1) a longevidade humana no âmbito da Gerontologia Social sob uma visão positiva do envelhecimento, nomeadamente, os contributos da gerontologia e da gerontologia social, o envelhecimento como processo ao longo da vida e o envelhecimento bem-sucedido; (2) a Avaliação Gerontológica Multidimensional, onde será apresentada a importância de avaliar para posteriormente intervir, quais as dimensões específicas da avaliação, e uma revisão de estudos de base comunitária; e (3) os Planos Gerontológicos Municipais – desafios que se colocam aos decisores políticos a nível local, onde se aborda o envelhecimento ativo como quadro de referência das medidas de Política, o movimento internacional *“aging in place”* e a relevância dos planos gerontológicos municipais. Posteriormente, no capítulo II é descrito o modo como o estudo foi planeado, nomeadamente as opções metodológicas, os participantes do estudo, os instrumentos, procedimentos de recolha de dados e estratégias de análise de dados. Por fim, no capítulo III são apresentados os resultados. Este trabalho finaliza com a discussão e conclusão, colocando em destaque algumas orientações o Plano Gerontológico Municipal.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

1. A longevidade humana no âmbito da Gerontologia Social: uma visão positiva do envelhecimento

O estudo do envelhecimento humano, com o aparecimento da Gerontologia e da Gerontologia Social enquanto Ciências, teve um crescimento ao longo século XX, enfatizado pelas mudanças na demografia da população mundial, uma tendência extensiva a todas as sociedades e que é já considerado um fenómeno mundial. Dada a pertinência desta matéria, ao longo deste primeiro capítulo, será apresentada uma análise sistemática sobre os diferentes aspetos do fenómeno de envelhecimento.

1.1. A Gerontologia e a Gerontologia Social: uma nova e positiva identidade para a velhice

As organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) documentam que ao longo das últimas décadas se tem assistido, em todo o mundo, a modificações demográficas sem precedentes na história da Humanidade, sendo notório o aumento gradual dos números absolutos e percentuais dos grupos etários mais velhos (65-84 anos, 85 ou + anos) e uma redução drástica da população jovem (0-14 anos) e da população ativa (15-64 anos). Perante estas alterações demográficas que moldaram o cenário das sociedades ocidentais contemporâneas, e em particular do contexto europeu, o envelhecimento populacional e a longevidade humana conduziram ao surgimento de novas profissões e novas áreas do conhecimento científico, designadamente da Gerontologia e da Gerontologia Social (Fernández-Ballesteros, 2004).

Segundo Paúl (2012), a Gerontologia surge no fim da Segunda Guerra Mundial, nos EUA, com a criação da *Gerontology Society of America* em 1945, período a partir do qual tem vindo a aumentar tanto o número de profissionais, como o número de publicações científicas no domínio.

De acordo com a mesma fonte, a Gerontologia refere-se a uma nova área científica dedicada ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas como população específica, tentando criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso/ciclo de vida. Abrange aspetos do envelhecimento normal, patológico, ótimo/bem-

sucedido e compreende a identificação dos níveis de desenvolvimento e do potencial para o crescimento, tentando, assim, criar soluções para problemas individuais e sociais, novas evidências, tecnologias e questões relevantes para a investigação.

Neri (2008) defende que a Gerontologia “é o campo multi e interdisciplinar que visa descrever e explicar as mudanças típicas do processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais” (p. 95). Estuda as características dos idosos e as experiências de velhice e envelhecimento, ocorridas em distintos contextos socioculturais e históricos, tendo como meta melhorar a qualidade de vida dos idosos, através da conquista de um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Numa outra perspectiva, Fernandéz-Ballesteros (2004) refere que a Gerontologia estuda o processo de envelhecimento, da velhice e das pessoas mais velhas, podendo ser abordada desde uma perspectiva de investigação básica e aplicada, com vista à melhoria das condições de vida das pessoas mais velhas, quer em contextos públicos como privados. A autora defende igualmente, a multidisciplinaridade da Gerontologia, através da interligação de conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais, afirmando a abordagem biopsicossocial do envelhecimento.

Na sua vertente mais interventiva, Paúl (2012) afirma que a Gerontologia trata de melhorar as condições de vida dos indivíduos, tanto em contextos institucionais como comunitários, contribuindo assim, de uma forma direta e indireta, para o desenho de políticas e serviços, que mais se adequam às circunstâncias individuais e geracionais das pessoas que envelhecem. Os autores referem que o objetivo passa por analisar e explicar as mudanças que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, nomeadamente, as diferenças interindividuais, os distintos percursos e os mecanismos adaptativos, os processos universais relacionados com a senescência e as suas consequências.

Apesar de se tratar de uma área científica relativamente jovem na sua história, a gerontologia possui presentemente a um crescimento exponencial não somente na sua visibilidade pública e política, como também na proliferação do conhecimento empírico disponível, afirmando-se como uma “área de futuro” (Paúl, 2012). Não obstante, Achenbaum (2010) faz referência à perspectiva de Donald Kent (1916-1972), alertando que a investigação, a educação e a prática profissional em Gerontologia necessitam de estar

interligadas, unificando estas três dimensões de forma a desvendar novos papéis para os idosos desempenharem na nossa sociedade.

Segundo a análise efetuada à investigação no domínio por Blieszner e Sanford (2010), publicada no *Journals of Gerontology*, observa-se que os assuntos mais frequentemente abordados são (a) cognição, (b) saúde, (c) bem-estar, (d) personalidade, (e) cultura/ género e raça, (f) relações e (g) perceções/ atitudes, respetivamente. Constatase assim, a existência de uma diversidade de conhecimentos que, de acordo com Paúl (2012), provêm da Biologia, Psicologia e Sociologia e acrescem conhecimentos específicos desde a Medicina à Nutrição, do Desporto ao Direito, que comprovam que a Gerontologia é, efetivamente, uma ciência multidisciplinar, ramificando-se em possíveis especialidades, como é o caso da Gerontologia Social.

A Gerontologia Social, termo usado por Clark Tibbits em 1954, é segundo Neri (2008) “a área da Gerontologia que se ocupa das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo” (p. 96). É uma área que se concentra no estudo das características sociais, económicas, culturais, demográficas e ambientais do processo de envelhecimento e da velhice, ou seja, procura saber as interdependências entre o envelhecimento humano e social, bem como as práticas culturais e a relação com o tempo.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2004), a Gerontologia Social representa uma especialização da Gerontologia, tratando-se, igualmente, de uma ciência com abordagem multidisciplinar da velhice e do envelhecimento nos seus aspetos biopsicossociais, afunilando o seu foco de estudo no impacto das condições socioculturais e ambientais, nas consequências sociais desse processo, bem como nas ações sociais que podem interpor-se para melhorar os processos de envelhecimento. O foco da Gerontologia Social tem sido cada vez mais colocado numa abordagem de ciclo de vida/ curso de vida (“life span/life course perspective”), mais que o estudo de vida por si mesma como acontece na Gerontologia. O seu principal objetivo é contribuir para o bem-estar dos indivíduos envelhecidos, através da compreensão dos problemas, necessidades e capacidades dos idosos. Recolher informação para selecionar a melhor abordagem de intervenção, de modo a otimizar o processo de envelhecimento (bem-sucedido).

Bastos, Faria, Amorim e Melo de Carvalho (2013) definem a Gerontologia Social como uma ciência camaleónica que coloca tudo o que está ao seu alcance para delinear estratégias e procedimentos de ação para lidar com a complexidade e a mudança humana.

Em Portugal, o Ensino Superior Público e Privado consciente do envelhecimento populacional, originou o aparecimento de Licenciaturas e Mestrados na área da Gerontologia Social. Consequentemente aumentou significativamente o número de Políticas orientadas para a intervenção comunitária no domínio da Gerontologia Social em serviços dirigidos às pessoas mais velhas e às suas famílias, nomeadamente nas Instituições de Solidariedade Social, Programas Autárquicos e Programas Nacionais como a Rede Social, bem como o número de publicações científicas no domínio (Ramalho & Ramalho, 2014). Estes profissionais devem avaliar, intervir e investigar o fenómeno social do envelhecimento humano e contribuir na definição de políticas sociais, educativas e de saúde, de programas estatais, comunitários e territoriais. É nesta ótica que ressalta a relevância da investigação científica para os planos gerontológicos municipais.

Segundo Hooyman e Kiyack (2011), os estudos e investigações na Gerontologia Social, procuram saber como a população idosa e as inúmeras experiências de envelhecimento afetam e são afetadas pela estrutura social, bem como, perceber quais as oportunidades disponíveis para os idosos.

Bass (2009) apresentou uma perspetiva inovadora da Gerontologia Social denominada Teoria Integrada em Gerontologia Social (“Integrative Theory of Social Gerontology”). De acordo com o autor, esta posição de integração combina uma macroperspetiva que avalia os contextos de vida (social, económico, ambiental, cultural e político) que influenciam o comportamento humano e a saúde, com microperspetivas que avalia perspetivas individuais e familiares ao longo das mesmas dimensões, sendo que a evolução de todas as estruturas envolvidas e as suas interações determinam o processo de envelhecimento individual. O autor procura compreender como é que estas macroestruturas priorizam a alocação de recursos e apoiam uma população envelhecida e, consequentemente, como é que o indivíduo responde ao seu próprio envelhecimento e ao dos outros.

O autor supracitado procura compreender como é que os contextos de vida, nos quais o envelhecimento ocorre, mudam ao longo de diferentes períodos de tempo e são

influenciados por importantes eventos históricos (e.g. economia, acontecimentos mundiais, sistemas de financiamento público-privados) variando em diferentes momentos temporais e regiões geográficas. Desta forma, o acumular de vantagens e desvantagens ao longo do ciclo de vida deve ser considerado na compreensão da experiência do envelhecimento, uma vez que as experiências acumulam-se e influenciam as capacidades, acesso, recursos, relações, escolhas e ações em fases posteriores da vida.

Para Ramalho e Ramalho (2014) a Gerontologia e a Gerontologia Social possibilitaram uma nova e positiva identidade para a velhice, que passa a estimular a adoção de novos estilos de vida e que, aliados a uma melhor condição económica dos cidadãos idosos vieram permitir o planeamento de novas estratégias de vida para além da vida familiar, através de viagens, novos lazeres, a obtenção de novos conhecimentos técnicos e culturais. Face a esta multiplicidade de fatores, em muitos casos, a velhice deixa assim de ser um momento limitado, baseado na quietude, no descanso e na inatividade, para ser uma nova etapa da vida, em que os indivíduos ainda com a plenitude das suas capacidades físicas e mentais, podem explorar momentos e conhecimentos novos, sobre os próprios e a sociedade, evitando-se que percam a ligação à vida social, cultural e política.

Segundo a ILC-Brasil (2015) assistiram-se, ainda, a vários progressos significativos que clarificaram o processo de envelhecimento como o surgimento da abordagem baseada em direitos e não em necessidades, o surgimento da resiliência como um mecanismo de desenvolvimento, a importância da aprendizagem ao longo da vida, além de várias teorias e modelos do envelhecimento (e.g., perspectiva do ciclo de vida), que devido à sua relevância serão analisados seguidamente.

1.2. O envelhecimento como processo ao longo da vida

Com o desenvolvimento da Gerontologia tem crescido significativamente o conhecimento científico sobre o envelhecimento humano e, simultaneamente, a extensão do “*corpus teórico*” explicitamente gerontológico (Paúl, 2012).

A preocupação com o envelhecimento e a velhice não é uma novidade na história da humanidade. Já desde a Antiguidade Clássica que filósofos, escritores, poetas e ideólogos se debruçam sobre as suas significações e repercussões, quer em termos individuais, quer em termos sociais. Atualmente, a novidade situa-se, porém, a um nível coletivo nas sociedades contemporâneas que, face ao fenómeno do envelhecimento demográfico, se deparam com uma ímpar realidade que acarreta uma série de desafios de vária ordem (Nazareth, 2009).

O envelhecimento coletivo representa um dos fenómenos demográficos mais vinculados das sociedades modernas do século XXI, devido ao progresso científico e tecnológico, a par do aumento de esperança de vida e de uma acentuada diminuição da natalidade (Rosa, 2012).

A WHO (2002) prevê que em 2025 haverá, em todo o mundo, um total de 1,2 milhões de indivíduos com 60 ou mais anos, e até 2050 haverá 2 bilhões (80% da população total nos países em desenvolvimento). Especificamente na Europa, Paúl (2012) refere que o número de idosos quase duplicará de 85 milhões no ano de 2008 para 151 milhões em 2060, sendo que o grupo dos indivíduos com 80 e mais anos quase que triplicará de 22 milhões em 2008 para 61 milhões em 2060. Rosa (2012) assume que Portugal não se diferencia desta tendência, pelo que se enquadra num dos países mais envelhecidos da Europa. Sabe-se que, nos anos 80, Portugal representava uma população pouco envelhecida, no entanto, nos dias de hoje é um dos países mais envelhecidos da Europa.

Em Portugal, segundo dados do INE (2011), o Índice de Envelhecimento ultrapassou pela primeira vez os 100 indivíduos no ano de 1999. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001. Atualmente, o índice de envelhecimento é de 125,8 pessoas idosas (≥ 65 anos) por cada 100 jovens (0-14 anos).

Estas alterações demográficas, sociais e económicas, em Portugal e no Mundo, conduziram ao surgimento da “revolução da longevidade”, que segundo a WHO (2002), é considerada seguramente uma das maiores conquistas da humanidade no último século (mais ou menos entre 1900 e a atualidade), atingindo níveis até agora inigualáveis. OS

idosos mais velhos, com 80 e mais anos, tem vindo a reforçar o seu peso estatístico, sendo o grupo que está a crescer proporcionalmente mais rápido do que qualquer outro grupo populacional. Efetivamente, em todos os países, especialmente, nos desenvolvidos a população idosa está cada vez mais velha, e em 2002 o número de indivíduos com mais de 80 anos chega a 69 milhões. No ano de 2013, os indivíduos acima dos 80 anos representavam 14% da população idosa mundial e estima-se que irão constituir cerca de 19% dessa população até 2050 (ILC-Brasil, 2015).

Porém, há quem considere que este aumento significativo nas vidas humanas acarreta exigências crescentes. Rossell (2004), alerta para esta questão, referindo que se verificam crescentes aumentos no custo da saúde, uma vez que com o avançar da idade aumentam as incapacidades e os estados dependentes fazendo com que consequentemente aumente a necessidade de recursos. Segundo o mesmo autor, o impacto destes fenómenos coloca em causa os sistemas de proteção social, isto é, em termos de sustentabilidade e viabilidade existe uma desproporcionalidade na repartição de recursos, devido à existência de cada vez menos trabalhadores ativos e um aumento dos reformados. Esta desproporcionalidade entre jovens e idosos afeta, igualmente, o mercado de trabalho, devido ao aumento dos níveis de escolaridade e formação o que faz com que os jovens comecem a trabalhar mais tarde, e em simultâneo, os indivíduos mais velhos ficam desempregados cada vez mais cedo e com dificuldade de integrar novamente o mercado de trabalho, potenciando a maior probabilidade de vivenciar uma situação de pobreza e exclusão social.

Não obstante, estes problemas constituem desafios que a Gerontologia e a Gerontologia Social quer ultrapassar, uma vez que o envelhecimento não é sinónimo apenas de más notícias mas também de boas notícias. Como refere Carvalho e Mota (2012) os idosos de hoje vivem mais tempo, mas é premente que vivam com qualidade, integrados na sociedade e na família, com garantias e meios de subsistência e apoios necessários. Estas são as premissas nucleares que assentam num esforço constante, para mais do que acrescentar anos à vida dar vida aos anos (Fernández-Ballesteros, 2008).

Para dar vida aos anos, é essencial compreender o envelhecimento individual que Baltes (1987) definiu como um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida, em que

cada indivíduo percorre um caminho único, enquanto ser bio-psico-sociocultural em interação dinâmica com o respetivo meio ecológico, tratando-se de um percurso desenvolvimental idiossincrático.

De acordo com Rosa (2012) o envelhecimento individual pode ser abordado em termos cronológicos subjacente à idade, sendo um processo universal, progressivo e inevitável, e a nível biopsicológico (biologia do corpo/mente) não linear, nem definido através de uma idade, sendo que é vivido por cada pessoa de forma diferente.

Porém, Fernández-Ballesteros (2004) defende que a idade cronológica por si só diz muito pouco da forma como se envelhece, considerando mais significativo o modo como se envelhece. A autora define o envelhecimento como um processo desenvolvimental que ocorre desde a nascença até ao final de vida do indivíduo, em que mudanças cognitivas, físicas e sociais o acompanham.

Paúl (2005b) distingue três componentes do envelhecimento, subjacentes a distintas dimensões, de ordem biopsicossocial, sendo eles o processo de (i) envelhecimento biológico - compreende que o processo de envelhecer dá-se no organismo biológico, com transformações físicas inequívocas e como resultado deste processo decorre a senescência, da qual resulta um aumento, efetivo, da vulnerabilidade e a probabilidade de morte; (ii) envelhecimento psicológico - definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento; (iii) envelhecimento social - relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este grupo etário, ou seja, o meio ambiente, a família e a comunidade representam aspetos relevantes no processo de envelhecimento, atribuindo expectativas que podem ou não ser correspondidas. Todavia, o autor salienta que, apesar de o envelhecimento e o desenvolvimento serem um processo biopsicossocial, não são, de forma alguma, o produto exclusivo do conjunto destas determinantes, mas também a consequência da base filogenética, da hereditariedade, do meio físico e social, bem como das escolhas e pensamentos.

Fonseca (2005b) também referem a importância do meio físico e social no envelhecimento, ao analisar a definição de Birren, em 1995, segundo a qual o envelhecimento é visto como um processo ecológico, uma interação entre organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos e sociais. Para estes autores,

o aumento da longevidade teve o contributo das mudanças económicas, tecnológicas e sociais, mais do que propriamente com mudanças no património genético da população, o que significa que os fatores biológicos e genéticos não asseguram a expressão ótima do envelhecimento humano.

Uma das definições mais consensuais é a descrita por Paul Baltes e Margaret Baltes (1990), em que o envelhecimento é definido como um processo multidimensional e parte integrante do desenvolvimento dos indivíduos, sendo encarado como um resultado da interação dinâmica entre o indivíduo e o contexto. Contudo os autores ressaltam a grande variabilidade interindividual, verificada na forma como se envelhece, e que se manifesta em três formas distintas de envelhecimento, nomeadamente, no i) envelhecimento normal, que se refere ao processo de envelhecimento sem patologia biológica e mental, em que ocorrem as alterações típicas do envelhecimento; no ii) envelhecimento patológico, em que assiste ao desenvolvimento de doenças, disfuncionalidade e descontinuidade, isto é, envelhecer com patologia mental ou física; e no iii) envelhecimento ótimo, saudável ou com sucesso, que ocorre sob condições propícias ao desenvolvimento psicológico, sendo este o ideal sociocultural de excelente qualidade de vida, baixo risco de doenças e incapacidade, assim como funcionalidade física e mental.

O envelhecimento individual está intrinsecamente relacionado com a “velhice”, que segundo, Fernández-Ballesteros (2004) deriva do termo “velho” e que significa “a pessoa de muita idade”. A velhice possui uma ambivalência pautada pela prevalência de duas perspetivas opostas: uma positiva assente no pressuposto que as virtudes humanas aumentam com a idade; outra negativa e pessimista que enfatiza a velhice como uma doença natural (Fernández-Ballesteros, 2008; Rosa, 2012).

Ao nível empírico (e. g. investigação sobre o envelhecimento individual e coletivo), vários estudos demonstram a coexistência de elementos positivos e negativos, destacando a ambivalência das imagens associadas à velhice e ao envelhecimento. Miguel (2014) realizou uma análise de estudos internacionais e nacionais neste âmbito, que permitiram traçar uma representação do envelhecimento e da velhice como algo multidimensional, complexo e por vezes inconsistente, incidindo sobre várias vertentes, nomeadamente a biológica, funcional, psicológica, cognitiva, social e afetiva, que comportam uma duplicidade de aspetos avaliados como positivos e negativos. De um modo geral, e embora

se reconheça as conotações positivas da velhice, as imagens sociais amplamente partilhadas continuam a marcar-se por uma perspetiva negativa, no qual sobressai a tendência para o declínio, perdas e sofrimento prevalecente. A autora refere que estas imagens negativas traduzem-se amiúde em estereótipos, preconceitos ou discriminação para com as pessoas mais velhas, que devem ser combatidos aos níveis macro, meso e micro, de forma a fomentar ambientes facilitadores da promoção da autoestima e da qualidade de vida e bem-estar no processo de envelhecimento.

Tendo em consideração a multiplicidade de teorias na Gerontologia e na Gerontologia Social, Fernández-Ballesteros (2004) destaca a existência de inúmeras teorias biológicas (e.g. teorias genéticas, celulares, sistémicas, dos acontecimentos de vida biológicos, entre outras), psicológicas (e.g. as teorias do desenvolvimento, do ciclo de vida, da atividade, da continuidade) e sociológicas (e.g. teoria da desvinculação, da continuidade, da subcultura e da modernidade) que procuram explicar, descrever e/ou prever a velhice e o envelhecimento enquanto processo biopsicossocial. Tal como refere a autora, apesar de existirem múltiplas formas de se conceptualizar o envelhecimento, nenhuma teoria isoladamente explica totalmente este complexo processo que é o envelhecimento e a velhice.

Importa, neste âmbito, destacar o amplo contributo de duas das teorias mais utilizadas na Gerontologia Social, nomeadamente, a teoria desenvolvimental do ciclo de vida (*life-span*) de Paul Baltes e colaboradores (1987, 1997, 1990) e, igualmente, a perspetiva de curso de vida (*life course*) de Glen Elder (1999). A perspetiva *life-span* está enquadrada num modelo psicológico com uma abordagem individual, que estuda os processos endógenos diferenciais (microprocessos) ao longo de toda a existência, enquanto a perspetiva *life course* está enquadrada num modelo sociológico com uma abordagem coletiva e individual, e é a responsável pelo estudo dos macroprocessos exógenos, ou seja, pelo estudo dos processos sociais que caracterizam e influenciam o meio ambiente do indivíduo.

Paul Baltes e colaboradores (1990) apresentam, a Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida (*"Life-span Developmental Psychology"*), que constitui, ainda nos dias de hoje,

uma base teórica e metodológica de excelência no estudo psicológico do envelhecimento individual.

De acordo com Baltes (1987), e em conformidade com Fonseca (2005a), a Psicologia Desenvolvidamental do Ciclo de Vida (PDCV) assenta em seis princípios/"proposições teóricas", que viabilizam a explicação das dinâmicas entre o crescimento e o declínio:

1. Desenvolvimento ao longo da vida ("*Life-span development*"): o desenvolvimento ontogenético é um processo que ocorre ao longo de toda a vida, sendo que em todos os estádios do ciclo de vida há lugar a processos contínuos (cumulativo) e descontínuos (inovação).

2. Multidirecionalidade ("*Multidirectionality*"): o desenvolvimento assume uma diversidade considerável na direção das mudanças que constituem a ontogénese do desenvolvimento, ou seja, pode assumir diferentes direções num mesmo período de desenvolvimento.

3. Desenvolvimento como ganho/perda ("*development as gain/loss*"): o processo de desenvolvimento consiste na ocorrência conjunta de ganhos (crescimento) e perdas (declínio) ao longo do ciclo de vida.

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

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

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

7. O desenvolvimento como campo multidisciplinar (*"Field of development as multidisciplinary"*): o desenvolvimento psicológico deve ser visto num contexto multidisciplinar, fornecido por outras disciplinas, tais como, Sociologia, Biologia, Antropologia, entre outras.

A Psicologia Desenvolvidamental do Ciclo de Vida é uma perspectiva teórica multidisciplinar de abordagem do desenvolvimento humano, na qual defende o princípio de que as mudanças que acontecem ao longo do ciclo de vida dos indivíduos podem ser perspectivadas como mudanças desenvolvimentais. Assim, os indivíduos ao longo dos seus percursos de vida vão vivenciando situações e acontecimentos muitos distintos, devido ao cruzamento de fatores de ordem biológica e cultural (co-construção biocultural) e devido à influência exercida por uma série de acontecimentos de vida que marcam o comportamento e a personalidade. Neste sentido, e de acordo com Neri (2006), o desenvolvimento envolve o crescimento a níveis cada vez mais altos de funcionamento ou de capacidade adaptativa.

Importa frisar que, para Baltes (1987), existe um aspeto central nesta visão "life-span" - a plasticidade. A plasticidade refere-se à capacidade de mudança e a flexibilidade que cada indivíduo possui para lidar com novas situações decorrentes ao longo do curso de vida. O autor reconhece a existência de um potencial para a mudança ao longo do tempo, nomeadamente um potencial de adaptação, compensação funcional e reconstrução interna face à ocorrência de determinadas perdas. Esta visão confirma que o ser humano está apto para a mudança em todas as etapas da sua vida e desafia os estereótipos e mitos frequentemente difundidos e que encaram a velhice como um período de estagnação e perda.

Este aspeto é realmente importante para a compreensão do desenvolvimento, uma vez que é uma característica individual, que faz com que os indivíduos consigam (ou não) compensar e adaptar-se às mudanças do ciclo vital. Baltes (1997) refere que, apesar de se verificar um aumento das perdas relativamente aos ganhos nos idosos, nomeadamente nos recursos de ordem biológica, estes conseguem fazer frente a estas adversidades através do potencial de plasticidade e à capacidade de reserva que possuem. Bastos, Faria e Moreira (2012) acrescentam, ainda, que o estudo da plasticidade do funcionamento intelectual é considerável em todas as idades e para todos os indivíduos, contudo importa

não esquecer que esta capacidade diminuiu com o avançar da idade – à medida que também diminuem os recursos biológicos e socioculturais –, refletindo perdas ao nível das mecânicas da cognição (inteligência fluida). No entanto, a experiência e a aprendizagem acumuladas, enquanto capacidades de reserva (inteligência cristalizada), assim como o recurso à tecnologia e a um conhecimento pragmático, poderão ajudar a compensar o declínio de algumas competências.

Por seu turno, a Perspetiva do Curso de Vida (*"Life Course Perspective"*) foi desenvolvida explicitamente nas *"Social Sciences"* há mais de 40 anos por Glen Elder e colaboradores (1999; Elder & Giele, 2009). Estes autores amplamente reconhecidos como proeminentes académicos neste campo, definem a perspetiva *"life course"* como uma sequência de acontecimentos e papéis socialmente definidos que o indivíduo desempenha ao longo do tempo. Contudo, importa ter em atenção que estes acontecimentos e papéis sofrem inevitavelmente influência consoante o género, a raça e a classe social.

Marshall (2009), partindo dos trabalhos de Elder, sistematiza um conjunto de princípios teóricos da perspetiva *"life course"* úteis para as medidas de Política, sendo de salientar:

1. Desenvolvimento humano e envelhecimento são processos ao longo da vida (*"Human Development and aging are lifelong process"*): o processo de desenvolvimento e envelhecimento decorrem ao longo da vida dos indivíduos (*"lifelong process"*).

2. Tempo histórico e o lugar (*"Historical time and places"*): defende que o curso de vida individual está embutido e é moldado por tempos históricos e lugares que experienciaram durante a vida.

3. Momento do acontecimento (*"Timing"*): os antecedentes e consequentes das transições e acontecimentos de vida (*"of life transitions and events"*) variam segundo o tempo de ocorrência na vida da pessoa.

4. Vidas ligadas (*"Linked lives"*): as vidas são vividas de modo interdependente e as influências socioculturais tornam-se expressas através das redes de relações (*"network of relationships"*).

5. Agência Humana (*"Human agency"*): Segundo este princípio os indivíduos constroem o seu próprio curso de vida (*"their own life course"*) através das escolhas e das ações das circunstâncias históricas e sociais.

Para Marshall (2009) a perspectiva *life course* tenta compreender a vida dos indivíduos na sociedade ao longo do tempo, de modo a perceber como a estrutura social e as instituições sociais moldam as trajetórias de vida dos indivíduos. O autor considera que esta perspectiva tem sido usada na investigação para tentar compreender a vida das pessoas em sociedade ao longo do tempo e os modos como as estruturas sociais e as instituições sociais (*"social structure and social institutions"*) dão forma às trajetórias de vida.

O mesmo autor aplica os princípios desta perspectiva à Política, apresentando uma Iniciativa Governamental no Canadá – o *"Policy Research Initiative"*. Esta iniciativa consiste na implementação de políticas sociais, que analisam os indivíduos sobre várias facetas desde a interação entre várias instituições da sociedade, recursos que gasta na sociedade, redes na família e na comunidade, pontos de pressão (stress), bem-estar ao longo do curso de vida, entre outros. Olívia era o alvo de estudo numa perspectiva de *life course*, no Canadá. O estudo realizou-se ao longo de toda a sua vida e compreendeu todas as transições e acontecimentos de vida, tendo em conta os seus recursos e as instituições da sociedade em que estava inserida, nomeadamente o governo, o mercado, as agências públicas, as organizações comunitárias e os seus familiares. Através deste estudo foi possível notar vários aspetos importantes da vida de Olívia na sociedade, sendo que a principal conclusão é que ao longo da vida existem avanços e retrocessos que estão dependentes dos vários recursos e instituições sociais. Esta iniciativa forneceu a interpretação de uma linguagem qualitativa e quantitativa que é precisa para realizar uma análise integrada do envelhecimento humano.

De acordo com a mesma fonte, colocar o envelhecimento individual no contexto de todo o curso de vida constitui uma importantíssima contribuição daqueles que defendem a perspectiva *life course*, pois permite o desenvolvimento de teorias sociais de envelhecimento, fazendo com que a própria natureza e definição de Gerontologia Social mude. Transversalmente, é necessário realçar que todas as medidas políticas tomadas pelos governos devem ser apoiadas pela investigação.

Em suma, o estudo científico do envelhecimento humano tem sido marcado pelo aprofundamento de uma visão positiva, em que o envelhecimento é considerado como um conceito empiricamente estudado e que inclui “não apenas declínio e perdas mas também crescimento, estabilidade e acontecimentos positivos como parte do processo de envelhecimento” (Fernández-Ballasteros, 2008, p. 5). No sentido prático as teorias do envelhecimento, como são exemplo as perspectivas *life-span* e *life course*, permitiram fazer uma leitura do desenvolvimento como um processo que ocorre ao longo da vida dos indivíduos e que têm a capacidade de moldar o seu próprio curso de vida dentro das circunstâncias históricas e sociais.

1.3. Envelhecimento bem-sucedido: teorias e modelos

No final do século XX, começaram a ganhar força uma série de ideias e evidências empíricas sob um olhar positivo do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2008). O novo paradigma que se iniciava conduziu ao surgimento do conceito de envelhecimento bem-sucedido (“*successful aging*”), que pode ser abordado numa perspectiva psicológico (Baltes & Baltes, 1990), biomédica (Rowe & Kahn, 1998) e societal (Kahana & Kahana, 1996).

Paul Baltes e Margaret Baltes (1990) apresentam uma nova visão do envelhecimento bem-sucedido de índole psicológica, construído em torno de um conjunto de proposições teóricas acerca da natureza do envelhecimento humano.

Os autores supracitados listaram em 1990, um conjunto de critérios para o EBS, pelo que consideram necessário ter em atenção os critérios múltiplos, relativos à duração da vida (longevidade), à saúde biológica/física, à saúde mental, à eficácia cognitiva, à competência social e produtividade, ao controlo pessoal e à satisfação com a vida. Na ausência de consenso quanto à inter-relação e relativa importância dos critérios acima referidos, os autores estabelecem um conjunto de princípios que remetem o EBS para um processo ao longo da vida através da (1) existência de diferenças substanciais entre o envelhecimento, normal, patológico e ótimo; (2) existência de grande heterogeneidade no processo de envelhecimento; (3) existência de muita reserva latente; (4) existência de perda na capacidade de reserva na fase final do ciclo de vida; (5) as pragmáticas baseadas no

envelhecimento e na tecnologia podem retardar o declínio nas mecânicas cognitivas ligadas à idade; (6) com a idade o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez mais reduzido; e (7) o self mantém-se resiliente na velhice.

Atendendo a este quadro de proposições sobre o processo de envelhecimento, P. Baltes e M. Baltes (1990) enunciam um conjunto de estratégias/“*guidelines*” para orientar o envelhecimento bem-sucedido em termos individuais e coletivos:

Proposição 1. Para reduzir a probabilidade do envelhecimento patológico, recomenda-se envelhecer num estilo de vida saudável.

Proposição 2. Dada a grande heterogeneidade (variabilidade intra e interpessoal), direção e diversidade no processo de envelhecimento, é importante evitar soluções simplistas e encorajar a flexibilidade individual e coletiva.

Proposição 3. É desejável aumentar as capacidades de reserva (neural, comportamental e societal), através da participação em atividades educativas, motivacionais e atividades ligadas à saúde.

Proposição 4. Os velhos-muito-velhos necessitam de suportes ou de dispositivos compensatórios devido às perdas na capacidade de reserva ao longo do ciclo de vida.

Proposição 5. A importância do papel compensatório do conhecimento e da tecnologia como suportes compensatórios especiais.

Proposição 6. A necessidade do equilíbrio dinâmico entre os ganhos/perdas.

Proposição 7. A continuada resiliência do *self* levam à necessidade de se facilitar o ajustamento à realidade “objetiva” sem perda do sentido de si mesmo.

No entender de Fonseca (2007), decorrente destas novas orientações paradigmáticas sai reforçada, no quadro da psicologia desenvolvimental, uma perspetiva dinâmica, contextualista e pluralista, norteadas por um conjunto de proposições/diretrizes (Baltes & Baltes, 1990) e que, no essencial, compreende o desenvolvimento humano como um processo biopsicossocial complexo e contínuo (*life-span*), multidimensional e multidirecional, de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não-normativa, marcada por ganhos e perdas, e pela interação entre o indivíduo e o seu meio envolvente.

P. Baltes e M. Baltes (1990) propõem um modelo do envelhecimento bem-sucedido, ao qual denominaram de "Otimização Seletiva com Compensação" e que constitui uma estratégia psicológica de gestão da vida interna e externa, orientada para a preservação dos ganhos e reparação das perdas. Ou seja, este modelo descreve um processo de adaptação geral, no qual os indivíduos são propensos a se envolver ao longo da vida.

O modelo de Otimização Seletiva e Compensatória (SOC) é composto por três elementos e processos interligados (Baltes & Baltes, 1990): (1) Seleção - adaptação do indivíduo e da sociedade para concentrar-se nos domínios prioritários, que envolvem uma convergência de aspetos ambientais e motivações individuais, habilidades e capacidade biológica; (2) Otimização - reflete a visão de que as pessoas se envolvem em comportamentos para enriquecer e aumentar as suas capacidades gerais e maximizar os seus percursos de vida selecionados no que diz respeito à quantidade e qualidade; e (3) Compensação - torna-se operacional quando as capacidades comportamentais específicas são perdidas ou reduzidas. A otimização seletiva com compensação permite aos idosos envolver-se em tarefas da vida que são importantes para eles, apesar de uma redução na energia ou em reservas biológicas e mentais. A individualização destas estratégias reside na padronização individual, podendo variar de acordo com os interesses, a saúde, preferências e os recursos disponíveis de cada indivíduo. Assim, o alcance de um envelhecimento bem-sucedido varia de indivíduo para indivíduo, sendo uma combinação criativa, individualizada, e socialmente apropriada de seleção, otimização e compensação.

Em suma, através do Modelo SOC o envelhecimento pode ser melhor caracterizado como um processo heterogéneo com múltiplas e diferentes trajetórias e resultados, no qual as pessoas selecionam os domínios da vida que consideram importantes, otimizam os recursos e os meios que facilitam o sucesso nesses domínios e compensam potenciais perdas adaptando-se a mudanças biológicas, psicológicas e socioeconómicas, ao longo da vida, de forma a criar um ambiente propício ao desenvolvimento bem-sucedido.

Outra perspetiva relativa ao EBS é defendida por Rowe e Kahn (1987, 1998), assente numa perspetiva biomédica, que integra três componentes: (i) uma vida longa, com baixa probabilidade de doença e incapacidade, (ii) preservação de altos níveis de capacidade das funções cognitivas e físicas, e (iii) um estilo de vida ativo. Ou seja, segundo este modelo os indivíduos podem e devem experienciar uma velhice saudável, - contrariando o preconceito

associado à idade (idadismo) que muitas vezes vigora nas nossas sociedades, em que os mais velhos são entendidos como sinónimo de fragilidade, doença e incapacidade -, com autonomia nas atividades do quotidiano e envolvimento ativo na vida, nomeadamente, no estabelecimento de uma rede de relações sociais.

Os autores supracitados referem a existência de uma hierarquia entre os três componentes de envelhecimento bem-sucedido, uma vez que a ausência de doença e incapacidade facilita a manutenção do funcionamento físico e mental que, consequentemente pode facilitar o envolvimento ativo com a vida. Teixeira e Neri (2008) defendem, também esta ideia, ao referir que a integridade das funções físicas e mentais atuam como potencial para a realização das atividades sociais, envolvendo as relações interpessoais e as atividades produtivas.

Rowe e Kahn (1998) propõem que as condições de envelhecimento bem-sucedido sejam consideradas trajetórias em um *continuum* que pode tender para o declínio ou para a reversão e minimização de perdas por meio de intervenções. Esta definição considera a existência dos défices cognitivos e fisiológicos associados à idade que são geneticamente determinados, porém pressupõe também que algumas condições podem ser modificadas. Isto significa que para alcançar o bem-estar físico, pessoal e social e a manutenção da competência, o indivíduo pode selecionar e modificar domínios do funcionamento individual (M. Baltes & Carstensen, 1996).

Todavia, este modelo recebeu numerosas críticas por se basear em critérios fixos que não são capazes de explicar concretamente os processos pelos quais podem ser alcançados (M. Baltes & Carstensen, 1996) e por incluir apenas condições internas e descurar das condições externas que assumem elevada importância para o envelhecimento bem-sucedido (Fernández-Ballesteros, 2008).

Criticando o modelo de Rowe e Kahn (1987) surge mais tarde o modelo sociológico do EBS de Kahana e Kahana (1996), designado de Modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva. Segundo este modelo, baseado na proatividade, para que haja um EBS é necessário ter em consideração *outcomes* de qualidade de vida. Estes *outcomes* de qualidade de vida estão intrinsecamente interligados com a gestão dos recursos internos e recursos externos do indivíduo.

Para E. Kahana e colaboradores (2005), a qualidade de vida está dependente de

diversas condições explicativas, como o stress, uma vez que menor stress conduz a *outcomes* positivos na velhice e, pelo contrário, maior stress, corresponde a uma menor incidência de *outcomes* positivos. Os eventos/acontecimentos ao longo da vida como o surgimento de uma doença; os recursos externos (financeiros, sociais e emergentes) e recursos internos (satisfação com a vida, auto-estima, qualidade de vida, altruísmo e *cooping*) fazem uma ponte entre o stress e a qualidade de vida, pois permitem que o indivíduo execute adaptações proactivas com o intuito de atenuar o stress e aumentar a qualidade de vida (Kahana & Kahana, 2005).

De acordo com este modelo, os indicadores de EBS, ou seja, os resultados da qualidade de vida, são consequência da interação do contexto temporal e espacial, da exposição ao stress e dos recursos internos e externos. De acordo com este modelo o indivíduo que envelhece é agente ativo no processo, envolvendo-se em comportamentos preventivos e corretivos, de forma a maximizar a sua qualidade de vida, promovendo um envelhecimento bem-sucedido.

A Qualidade de Vida (QoL) é um “*outcome*” do EBS no modelo de Kahana e colaboradores (2005) e por isso importa esclarecer o seu conceito. Para Canavarro (2010) a QoL é entendida como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 16). Relativamente à compreensão da QoL na velhice, Walker e Mollenkopf (2010) defendem que este é um conceito multifacetado e complexo, onde se verifica uma influência recíproca entre os fatores psicológicos (ao longo do curso de vida e no imediato) e sociológicos (segurança socioeconómica, coesão social, etc). De ressaltar que na velhice existem associações empíricas entre QoL e bem-estar, sendo que ambas são mecanismos promotores de um envelhecimento bem-sucedido.

Quando falamos em EBS falamos, então, na adoção de mecanismos adaptativos / estratégias proativas que atuam ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, com o objetivo de melhorar a adaptação às condições e aos desafios inerentes ao processo de envelhecimento em articulação com a procura de uma simetria entre as capacidades individuais (fatores internos) e as exigências do meio ambiente (fatores externos) de modo

a alcançar o nível ótimo de funcionamento biopsicossocial.

2. Avaliação Gerontológica Multidimensional

Conscientes da multidimensionalidade do envelhecimento e da impossibilidade de o compreender de uma forma homogênea e unívoca, as medidas de avaliação multidisciplinares conquistam um lugar de destaque na prática gerontológica, uma vez que possibilitam uma avaliação integrada que compreenda não só a saúde física mas também a saúde mental, recursos sociais, recursos económicos e recursos ambientais (Rodrigues, 2009).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Fernández-Ballesteros, Merita e Hernández (2009) referem que a avaliação na velhice e a investigação em Gerontologia Social devem seguir um modelo multidimensional, relativo a variáveis individuais (biológicas e pessoais ou psicológicas), ambientais e sociais.

Veríssimo (2006) defende que a avaliação multidimensional é um processo de diagnóstico que se fragmenta em diversas disciplinas, orientado para detetar problemas de saúde, funcionais e psicossociais do idoso. Através da utilização de uma natureza diversa de instrumentos, o profissional deverá realizar uma avaliação, o mais completa possível, que determine o seu comportamento e que evidencie como é condicionada a sua autonomia e, consequentemente, a sua qualidade de vida, sem descurar a realidade familiar e social em que vive. Deverá ser “um processo de avaliação em que todos os problemas do idoso sejam diagnosticados e analisados com vista à seleção das medidas mais adequadas para a sua resolução” (p. 490).

Para Bastos, Faria, Gonçalves e Lourenço (2015a) a avaliação gerontológica multidimensional é composta por protocolos internacionais mais ou menos *standardizados* que permitem proceder a um *screening* do problema do cliente e a uma análise compreensiva da situação (análise de capacidades e necessidades) para posteriormente traçar um plano de intervenção. No entender de Sequeira (2010) existe uma série de instrumentos, variando o nível de complexidade, que devem ser selecionados consoante a função dos seus objetivos.

Sumariamente, a avaliação gerontológica multidimensional (avaliar) recorre a evidências da investigação para sustentar a sua prática profissional (intervir), o que protege de uma Prática Gerontológica fragmentada exigindo dos profissionais da Gerontologia uma avaliação compreensiva que considera múltiplas dimensões (Bastos et al., 2015a).

2.1. Prática Gerontológica: avaliar para intervir

Bastos, Faria, Gonçalves e Lourenço (2015a), tomando por base os trabalhos de Richardson e Barusch (2006), consideram que a prática gerontológica ocorre num processo faseado por três momentos distintos, que se interligam mutuamente, designadamente de escuta, avaliação e intervenção.

Na **fase de escuta**, Richardson e Barusch (2006) consideram que este pode ser o mecanismo necessário para uma análise compreensiva dos múltiplos e complexos problemas do indivíduo. Trata-se do momento em que o profissional deve estabelecer empatia e confiança, partilhar histórias e experiências pessoais e desenvolver a capacidade do significado na conversação, de forma a potenciar a verbalização dos sentimentos e identificar fatores que causam stress na vida das pessoas idosas.

Relativamente ao fatores stressores importa ressaltar que alguns modelos de envelhecimento bem-sucedido, como é o caso de Kahana e colaboradores (2005), sublinham a influência da exposição ao stress no envelhecimento através da protuberância da adaptação proativa.

Nesta fase, os profissionais, assumem igualmente um papel preponderante ao ajudar os mais velhos a encontrar significado ou sentido para as suas vidas, o que para Richardson e Barusch (2006) se revela extremamente importante na vida adulta. Segundo os autores pessoas mais velhas que nutrem sentido pelas suas vidas estão mais capazes para lidar com o envelhecimento. Por exemplo, quando perdem alguém que é próximo, conseguem encontrar mais facilmente força para superar a perda através do significado que dão às suas vidas.

Na **fase de avaliação**, Richardson e Barusch (2006), referem que os profissionais continuam a escutar, no entanto, direcionam questões mais específicas relativas às perspetivas biopsicossociais e multidisciplinares do envelhecimento.

Na mesma linha de pensamento Veríssimo (2006) refere que sendo o envelhecimento um processo multidimensional, a avaliação centrada nos idosos, também deve sê-lo, incluindo na sua avaliação a função física, social, emocional, estado mental e as condições biopsicossociais de forma integrada. Isto porque, a multiplicidade destas funções influenciam a qualidade de vida dos idosos e, portanto, é essencial a realização de uma abordagem que, não menosprezando os aspetos de saúde física e mental, vá além da análise clínica e incorpore o conhecimento da realidade social e económica em que estes se encontram integrados (Rodrigues, 2009).

Portanto é necessário compreender que o estado de saúde é muito mais que a ausência de doença e que tão ou mais importante que o tratamento desta é a melhoria efetiva da qualidade de vida do idoso (Veríssimo, 2006). Para o autor “trata-se, no fundo, de pôr em prática as orientações da Organização Mundial de Saúde, segundo as quais saúde é não só o bem-estar físico, mas também o psíquico e o social” (p. 489).

Fernández-Ballesteros (2008) refere que as pessoas idosas devem ser avaliadas numa perspetiva global e multidimensional, evidenciando a importância de avaliar o meio envolvente/ambiente, uma vez que a pessoa que envelhece deve ser considerada como um agente proativo que interage em multiníveis ambientais (família e sociedade). Ou seja, a avaliação gerontológica multidimensional deve incidir tanto no indivíduo como nos contextos ambientais em que o próprio está inserido. No caso da avaliação individual, a mesma deve ser realizada numa perspetiva biopsicossocial, de forma a intervir e assim colmatar as necessidades identificadas, enquanto na avaliação em grupo a intervenção é direcionada para operacionalizar políticas públicas locais/nacionais, como é o caso dos planos gerontológicos municipais.

Como refere Cantera (2004) é pertinente avaliar todos os défices e necessidades contudo é necessário avaliar também todos os atributos e capacidades dos indivíduos, pois só através de uma avaliação que contemple todos estes fatores é possível traçar um plano de intervenção com a utilização dos recursos que não sejam apenas eficazes mas sobretudo eficientes.

Na **fase de intervenção**, Richardson e Barusch (2006), consideram que os profissionais intervêm a múltiplos níveis e usam várias estratégias para intervir. Os autores defendem que estes profissionais podem usar manuais práticos de avaliação para organizar a intervenção e assegurar uma abordagem integrada.

Rodrigues (2008) defende que através da avaliação numa perspetiva biopsicossocial e multidisciplinar, e utilizando a diversidade de instrumentos e técnicas de investigação, é possível recolher informações significativas para centrar as intervenções comunitárias de natureza social, educativa e cultural, para posteriormente promover o desenvolvimento de adequadas estratégias de intervenção nos idosos, nomeadamente de projetos e ações gerontológicas ao nível individual e de relacionamento com a comunidade.

Ramalho e Ramalho (2014) referem que a intervenção deve ser encaminhada através de metodologias de ação inovadoras, ativas e participativas, centradas nas características ecológicas locais, no sentido da redução de estigmas sociais e dos fenómenos de discriminação associados ao envelhecimento.

Para seleccionar a estratégia/abordagem de intervenção mais adequada para um determinado indivíduo, Richardson e Barusch (2006), defendem que os profissionais devem deter conhecimentos que os capacitem para discriminar quando estamos perante o envelhecimento normal, patológico ou ótimo/bem-sucedido, de forma a saber quando e como intervir para ajudar.

Em consonância, Viscarret (2007) defende que as intervenções para nutrirem sucesso necessitam de respeitar as características pessoais, desejos e sentimentos do idoso, para além de compreender que de indivíduo para indivíduo, ao longo dos anos, existem trajetórias do curso de vida distintas e por isso problemas distintos que requerem intervenções específicas. Assim, é necessário ter consciência que, em muitos casos, é necessária a articulação com diferentes profissionais de forma a dar solução a um problema complexo (Fernández-Ballesteros, 2004).

Para Fernández-Ballesteros, Merita e Hernández (2009) a intervenção em Gerontologia Social realiza-se segundo um complexo ciclo de intervenção, sendo que primeiramente deve ser tido em conta as necessidades da população, os objetivos propostos a atingir e realização de uma pré-avaliação do problema para posteriormente se proceder ao desenho e implementação do programa de intervenção. Por último, é

necessário efetuar a avaliação dos resultados e determinar o futuro do programa. Deste modo, fica patente que, o planeamento e avaliação de programas constituem um recurso metodológico para a maioria das intervenções sociais.

Concluindo, tal como refere López (2009), avaliar e intervir, parecem constituir dois elementos-chave para a prática gerontológica, tornando-se premente a avaliação do processo de envelhecimento em locais específicos, atendendo às capacidades e necessidades das pessoas mais velhas e às condições do ambiente, de forma a planear uma intervenção congruente com vista no envelhecimento bem-sucedido no lugar.

2.2. Dimensões específicas da avaliação gerontológica

De acordo com Bastos e colaboradores (2015a), na avaliação, os profissionais colocam questões sobre as dimensões específicas que pretendem ver respondidas, utilizando uma abordagem multidisciplinar e biopsicosocial, baseada no modelo ABCDEF do Guia Prático de Gerontologia, em que cada letra corresponde a uma dimensão específica, nomeadamente, (A) ações ou comportamentos (B) funcionamento biológico, (C) cognições, (D) recursos demográficos, (E) suportes ambientais e (F) sentimentos.

A. Avaliação da ação e comportamentos

A avaliação da ação e comportamentos refere-se à avaliação sistemática do comportamento dos idosos, ou seja, a forma como reagem aos díspares problemas que possam enfrentar. No caso de idosos deprimidos, por exemplo, os profissionais tentam compreender como é que utilizam o tempo, a participação em atividades gratificantes, quando dormem ou comem, ou então, quando ficam em letargia (Bastos et al., 2015a).

Avaliam, também, o desempenho das atividades de vida diária (AVD), que são definidas por Sequeira (2010) como o conjunto de atividades quotidianas essenciais, que devem ser realizadas regularmente para manter a independência de um indivíduo no seu meio habitual. As AVD subdividem-se em dois domínios, nomeadamente as (1) atividades básicas de vida diária (ABVD), referentes a “um conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares,

incluindo atividades como: comer, uso de casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. São as atividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente” (Sequeira, 2010, p.46); e (2) atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são “ constituídas pelas atividades que possibilitam à pessoa a integração no meio e a possibilidade de manter a sua independência na comunidade. Estão diretamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre a capacidade de utilizar o telefone, fazer compras, gerir dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte e executar tarefas domésticas (Sequeira, 2010, p. 53).

Fillenbaum (1984) refere que a avaliação destas atividades permitem compreender a capacidade funcional que os indivíduos possuem para cuidarem de si próprios através da realização das diversas tarefas de cuidados pessoais. Contudo, Silva (2013) alerta que a maioria dos estudos sobre a avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária se focaliza em idosos já dependentes e/ou institucionalizados, sendo escassos os estudos recentes a nível nacional realizados a idosos inseridos na comunidade.

O facto de ser ou não independente na realização das tarefas é, no entender de Cantera (2004), um aspeto importante para o idoso e para a sociedade, condicionando a sua qualidade de vida. Precisamente por esse motivo é necessário recorrer a escalas de avaliação funcional que permitem medir de forma rigorosa se existe ou não dependência e em que grau. Também Rodrigues (2009) partilha desta opinião, por considerar que a avaliação das atividades de vida diária nos idosos é um meio rigoroso para entender a saúde e o envelhecimento, indicando que a diminuição na capacidade de realizar estas tarefas diárias identifica os primeiros sinais de vulnerabilidade nos idosos. Ainda assim, quando se assiste à diminuição da capacidade física e há a impossibilidade de desempenhar estas atividades, tanto as ABVD como as AIVD, é possível a manutenção de vitalidade e permanência de um estilo de vida ativo.

O Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) e o Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) são dois dos instrumentos/medidas mais utilizados no âmbito da avaliação da funcionalidade para as ABVD e AIVD. Estas medidas serão incluídas no presente estudo.

B. Avaliação do funcionamento biológico e físico

A avaliação do funcionamento biológico e físico inclui a saúde física dos idosos e predisposições biológicas, o que requer, por vezes, contato com o médico de família para obter informação acerca das condições de saúde e medicação (Bastos et al., 2015a).

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento corresponde a um processo fisiológico, determinado por fatores genéticos e ambientais, que gradualmente atinge todos os sistemas biológicos (Botelho, 2005). Para Serra (2006) com o envelhecimento verificam-se alterações – cognitivas, físicas e sociais - que conduzem, progressivamente, ao enfraquecimento muscular e ao prejuízo de numerosas funções corporais. Em concordância a WHO (2002) refere que com o passar dos anos ocorrem, efetivamente, alterações estruturais e funcionais no organismo, a nível molecular, tecidual e nos diferentes sistemas, que estão associadas ao processo intrínseco do envelhecimento. Porém, estas alterações podem ser potencializadas ou moderadas por fatores extrínsecos, como são os estilos de vida, nomeadamente, a alimentação, o exercício físico, o alcoolismo, o tabagismo e o sedentarismo.

Sob a reconhecida influência dos fatores genéticos, hábitos de vida e aspetos ambientais, a idiossincrasia do processo de envelhecimento reside na base da existência, quer de um envelhecimento natural (sem doença) como de um envelhecimento patológico (com doença). De qualquer modo, um organismo envelhecido é um organismo mais vulnerável à doença, doença que, na velhice, frequentemente se associa a uma incapacidade que resulta em dependência funcional de terceiros e, portanto surge a necessidade da prestação de cuidados. É, precisamente, neste sentido que ressalta a importância da avaliação do funcionamento biológico e físico que tipicamente inclui diagnóstico, sintomas, *report* de saúde, dias de cama durante um período específico, recurso ao hospital ou a médico durante um período de tempo específico, e expressões de medo e desconforto (Bastos et al., 2015a).

C. Avaliação cognitiva

A avaliação cognitiva aborda o funcionamento cognitivo, incluindo saúde mental e estilos de *coping*. Incide sobre questões acerca da memória de curto e longo prazo, orientação no tempo, lugar e pessoas (Bastos et al., 2015a).

No estudo do envelhecimento, Rodrigues (2007) defende que o funcionamento cognitivo é um dos fatores decisivos devido ao impacto das repercussões provocadas por mudanças ao longo da vida do indivíduo (fatores pessoais e ambientais). Geralmente incorre na visão negativa do envelhecimento o déficit cognitivo, contudo importa esclarecer que cada indivíduo apresenta um perfil biopsicossocial, crucial para tentar estabelecer um limite entre o envelhecimento patológico e o normal.

Neste âmbito, Baltes (1997) desenvolve o Modelo Dual de Inteligência subjacente a duas categorias principais do funcionamento cognitivo, nomeadamente, i) a mecânica da mente ou inteligência fluída e ii) a pragmática cognitiva ou inteligência cristalizada. Segundo o autor, neste modelo deve-se considerar que a inteligência fluída pode ser equiparada à neurobiologia do desenvolvimento dos processos cognitivos do cérebro humano, sendo estes processos moldados pela coevolução bio-cultural. Ao nível operacional, assumimos que a inteligência fluída é indexada pela velocidade e precisão dos processos elementares de informação, tal como, a entrada de informações, a memória visual e motora, e os processos básicos da percepção-cognitiva (e.g. discriminação, comparação, classificação, bem como a sua aplicação na memória de trabalho). Por seu turno, a inteligência cristalizada deve ser entendida como a cultura baseada na mente. Esta reflete os corpos de conhecimentos e informações que as culturas fornecem sob a forma de conhecimento factual e procedimental sobre o mundo, as relações humanas, a socialização e a agência humana (e.g. leitura e escrita, qualificações e competências profissionais, linguagem, conhecimento sobre si e sobre as capacidades).

Aquando do estudo do funcionamento cognitivo e do processo de envelhecimento, as investigações no domínio, como são exemplo o Seattle Longitudinal Study iniciado por Schaie (1996) e o Berlin Aging Study por Baltes e Mayer (1999) evidenciaram a existência de um conjunto de alterações cognitivas, nomeadamente ao nível do processamento da informação e da memória de trabalho.

No Berlin Aging Study, Baltes e Mayer (1999) verificaram diferenças significativas

nas trajetórias de vida entre as tarefas cognitivas, quando baseadas na biologia ou quando baseadas na cultura. Constatou-se que no início da idade adulta, para a mecânica cognitiva, a idade é um fator negativo, relacionado com a diminuição da memória de trabalho, da velocidade de processamento, informação e eficácia inibitória. A idade para as tarefas pragmáticas, ao invés, evidencia a manutenção na velhice, no que diz respeito, por exemplo, às tarefas de desempenho verbal (Baltes, 1997). Sumariamente, verificou-se uma correlação negativa substancial com a idade, contudo, nas capacidades cristalizadas o gradiente negativo de idade foi menos pronunciado do que nas capacidades mecânicas fluídas. Além disso, o declínio intelectual relacionado com a idade é fortemente associado com os processos neurobiológicos do envelhecimento cerebral. Apesar destes resultados houve também muita heterogeneidade na amostra, com pessoas com 90 ou mais anos com melhores resultados que pessoas septuagenárias, o que evidencia a plasticidade do funcionamento intelectual, ou seja, as boas notícias relativas ao envelhecimento. Nas bases biológicas, Baltes (1997) verificou que nas pessoas com 85 ou mais anos existem perdas significativas no funcionamento intelectual.

O estudo *The Seattle Longitudinal Study: Relationship Between Personality and Cognition* liderado por Schaie (1996) tentou compreender, precisamente, as várias vertentes do desenvolvimento psicológico durante a vida adulta. O autor concluiu que: 1) a inexistência de um padrão regular de mudanças nas capacidades cognitivas, relacionadas com a idade; 2) o declínio decorre primeiramente na inteligência fluída/mecânicas do que na inteligência cristalizada/pragmáticas, sendo que apenas a velocidade de percepção mantém um declínio linear durante o avanço da idade, desde o início da adultez; 3) o raciocínio indutivo apresenta uma mudança positiva, e quase linear de geração para geração, enquanto a compreensão verbal e a orientação espacial, demonstram diferenças menos evidentes; e 4) o desempenho cognitivo pode ser moldado e melhorado com treino, sendo que os resultados destes treinos podem ser mantidos a longo prazo.

Os resultados destes estudos, tanto do Estudo Longitudinal de Seattle nos EUA como o Estudo do Envelhecimento de Berlim na Europa, sustentam a ideia de que os indivíduos ao longo do ciclo de vida continuam a desenvolver a sua capacidade cognitiva, no balanço entre perdas em alguns níveis (sobretudo nas mecânicas) e ganhos noutros (tal como a sabedoria/pragmáticas da mente). De igual modo, sustentam a capacidade de

plasticidade dos indivíduos, inclusive, os mais velhos, fornecendo uma importante resposta para compensar e/ou otimizar perdas/dificuldades que surgem ao longo de todo o ciclo vital, tal como defende o modelo de seleção, otimização e compensação (SOC).

Neste sentido, é importante realizar a avaliação dos “*skills*” cognitivos do idoso, sendo o instrumento de avaliação habitualmente utilizado o Mini Mental State Examination (MMSE-Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta & Martins, 2009; Freitas, Simões, Alves & Saltana, 2015), um instrumento de rastreio cognitivo de acordo com o grau de escolaridade que possibilita uma avaliação breve do estado mental em termos de orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva. Na validação do MMSE para a população portuguesa, Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009), concluíram que os indivíduos mais velhos e as mulheres apresentam maior percentagem de défice cognitivo, ou seja, que a idade e o género preveem declínio cognitivo. Este instrumento de rastreio cognitivo será utilizado no presente estudo.

D. Avaliação do perfil demográfico

A avaliação do Perfil Demográfico recolhe as mais diversas características demográficas relacionadas com a idade, género, etc. Reúne informação sobre os recursos económicos, estatuto no trabalho/reforma, e situação conjugal do idoso, tornando-se relevante por diversas razões. Por exemplo, os homens têm mais probabilidade de cometer suicídio do que as mulheres. O estatuto conjugal e de saúde é outra das características a considerar, uma vez que ser homem e não casado aumenta a probabilidade de sofrer de doença física ou depressão (Bastos et al., 2015a).

A ONU (2002) na Segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento refere que, globalmente, as mulheres quanto mais velhas são mais pobres se tornam. Este facto justifica-se por terem, tradicionalmente, menos oportunidades de ganhar dinheiro e de o poupar para viver a velhice. Na maioria das vezes, recebem menos do que os homens pelo mesmo trabalho. Para além disso, a sua participação no mercado de trabalho poderá ser mais breve e irregular, pois podem interromper a sua carreira para desempenhar os seus “deveres” familiares ou para prestar assistência a um membro idoso da família. Como as

mulheres ganham menos que os homens, quando recebem pensões de reforma, estas são mais baixas.

De acordo com a mesma fonte, nos países desenvolvidos, a maioria dos idosos reside com o conjugue. E neste caso as mulheres estão, novamente, em desvantagem. Quando o homem morre, a viúva pode não receber um grande apoio financeiro em termos de segurança social ou de pensão, ao contrário do que aconteceria com o marido. Além de que é mais provável que venha a sofrer de isolamento e de marginalização. Quando é necessário que os membros da família prestem cuidados, são geralmente outras mulheres que o fazem sem remuneração. Isto pode ser visto como um ciclo vicioso: o facto de se esperar que prestem cuidados não remunerados pode interferir no avanço da sua carreira e levar a pensões mais baixas, pois podem ter de abandonar o mercado de trabalho temporariamente. As dificuldades financeiras podem fazer com que venham a depender mais da assistência por outros membros da família, que normalmente são mulheres. Sem uma intervenção do governo ou da sociedade, o ciclo continua.

As questões relativas às desigualdades de recursos e oportunidades (associadas nomeadamente a diferenças ao nível das habilitações literárias, dos rendimentos, do contexto de residência, da etnia, da estrutura familiar, etc), à equidade de género e à violência (social e intrafamiliar, nomeadamente contra os idosos), entre outras, têm portanto de ser avaliadas de forma a serem consideradas e articuladas numa política integrada de apoio a idosos e famílias.

Os questionários de caracterização sociodemográfica são frequentemente utilizados para recolher estas informações e são, geralmente, composta por questões de resposta aberta e fechada, que possibilitam a caracterização, em termos gerais, da população em estudo.

E. Avaliação dos recursos ambientais

A avaliação dos recursos ambientais está relacionada com as forças do ambiente que rodeia os indivíduos, incluindo influências culturais e étnicas, bem como recursos comunitários (Bastos et al., 2015a).

A avaliação dos recursos e serviços que estão disponíveis para apoiar os indivíduos mais velhos na comunidade reflete se estes se sentem seguros e confiantes no seu

ambiente envolvente (Rodrigues, 2009). A Organização Mundial de Saúde publica em 2007 o *“Global age-friendly cities: a guide”*, traduzido para português pela Fundação Calouste Gulbenkian (2009) e aborda esta questão dos recursos e serviços comunitários, nomeadamente, ao nível dos serviços de saúde e de apoio social, afirmando que estes devem ser integrados, coordenados e eficazes em termos de custos e acessibilidades. No serviços de apoio social é importante contribuir para uma mobilidade confiante, um comportamento saudável, para a participação social e para a autodeterminação, de modo a fomentar a existência de fortes ligações sociais e do *empowerment* pessoal. Relativamente aos serviços de saúde, quando acessíveis e bem coordenados exercem uma influência positiva sobre o estado de saúde dos idosos e sobre o seu comportamento em termos de saúde, sendo importante a implementação de políticas que reduzam as desigualdades económicas no que diz respeito ao acesso a todas as estruturas, serviços e oportunidades (Fundação Calouste Gulbenkian, 2009).

De acordo com Duarte e Paúl (2006, p.19) “o contexto físico e social em que os idosos estão inseridos, torna-se alvo de estudo, na medida em que se torna relevante para a promoção de uma velhice bem-sucedida.” Esta afirmação reforça a pertinência da Avaliação Gerontológica Multidimensional na comunidade, evidenciando que é necessária para responder às necessidades dos indivíduos na coordenação dos serviços públicos, efetivos e eficientes, que permitam manter os níveis de autonomia e independência durante o maior tempo possível, possibilitando que envelheçam em casa (*“aging in place”*).

Para esse fim é utilizado, frequentemente, o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007), que é composto por perguntas fechadas, o que permite respostas validamente comparáveis entre si, maior facilidade de resposta e facilidade na análise, codificação e informatização. Uma parte deste questionário será utilizada no presente estudo.

A avaliação dos recursos ambientais concede, ainda, o acesso a informação sobre as redes sociais (ou redes de apoio informal) - família, amigos e vizinhos. Para Neri (2008) o conceito de rede social é definido, de um modo geral, como um conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm, entre si, laços típicos de relações recíprocas (dar e receber), que ocorrem ao longo da vida. Paúl (2005c) define as redes sociais como as estruturas de vida

social do indivíduo (pertença a um grupo ou os laços familiares) e funções explícitas, instrumentais ou socio-afetivas (apoio informal, informativo, tangível e de pertença). De acordo com a mesma fonte, o primordial objetivo das redes sociais no processo de envelhecimento é evitar o *stress*, constituindo-se como um efeito de “almofada” que modera o stress associado ao envelhecimento. Este é um aspeto a considerar para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, sendo determinantes para um envelhecimento bem-sucedido.

Na validação da Escala da Rede Social de Lubben para a população portuguesa, Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa, & Paúl, 2012 concluíram que os amigos constituem o grupo que melhor compreende as variações associadas ao processo de envelhecimento, uma vez que vivenciam as mesmas experiências quer em termos de experiências geracionais, quer em termos pessoais. Em termos de instrumentos de medida, efetivamente, a Escala de Rede Social de Lubben (Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) é das escalas de medida mais utilizadas na área, dada a facilidade e simplicidade da sua aplicação. Esta escala será incluída no presente estudo.

F. Avaliação dos sentimentos

A avaliação dos sentimentos refere-se à avaliação dos estados afetivos e as visões relativamente ao mundo que os idosos percecionam. Por exemplo, muitas pessoas das atuais coortes têm dificuldades em expressar os seus sentimentos e tentam evitar as “queixas”, embora esta situação varie segundo o grupo étnico e o *background* cultural. Porém, é muito comum fazer-se uma associação direta entre a velhice e a solidão, uma vez que se considera “normal” a existência deste sentimento por parte do idoso (Bastos et al., 2015a).

De acordo com Freitas (2011) a solidão tem sido apontada como um sentimento subjetivo, considerado como uma das experiências mais penosas e problemáticas dos indivíduos mais velhos. Gobbens, Van, Luijckx e Shols (2012) defendem que a falta de um parceiro é o indicador mais forte de solidão, pelo que as pessoas que vivem sós apresentam geralmente, redes sociais mais pequenas, participam em menos atividades sociais e recebem menos apoio dos membros da sua rede do que as pessoas com um parceiro. Não

obstante, este sentimento não acontece só em casos de vivências isoladas, mas também no seio das próprias famílias e em instituições, onde há, frequentemente, falta de comunicação, participação social e afetiva. Ainda assim, diversas investigações têm demonstram que não há uma relação direta entre solidão e idosos. Aquilo que se constata é que há, sim, um conjunto diversificado de fatores quer pessoais, quer sociais, que contribuem para a solidão (Freitas, 2011).

A solidão tem sido, muitas vezes, relacionada como depressão. Para Sequeira (2010) a presença de manifestações depressivas é, geralmente, expressa através de auto verbalizações negativas relativamente a si mesmo, aos outros, ao mundo e à velhice, permitindo revelar a extensão do sofrimento psicológico sentido pelo idoso. Assim, é fundamental que, numa fase precoce, se proceda a utilização de um instrumento de medida que nos possa ajudar na tomada de decisão sobre o diagnóstico de depressão.

A Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et. al., 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003) é muito utilizada como instrumento de diagnóstico de depressão em idosos. Para Veríssimo (2006), o seu diagnóstico é importante não só para prevenir perdas de funcionalidade e o suicídio, mas essencialmente para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Finalizando, tal como refere Bastos e colaboradores (2015a), este modelo de prática integrada analisa as múltiplas fontes dos problemas das pessoas mais velhas, tratando-se, por isso, de uma visão holística e sinérgica, integradora de uma avaliação compreensiva que considera múltiplas dimensões do envelhecimento.

2.3. Revisão de estudos de base comunitária

Acompanhando a formação pós-graduada em Gerontologia Social, na última década, é possível identificar um conjunto de estudos de base comunitária.

Sá (2013) avaliou as capacidades e necessidades de pessoas com 65 ou mais anos a viver em zonas rurais geograficamente isoladas no concelho de Amares, através do Protocolo de Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP_GeroSOC_R.2013; Bastos et al., 2013). Este estudo

teve uma amostra de 38 participantes com uma idade média de 75 anos, maioritariamente do sexo feminino (60,5%), com grau de escolaridade reduzido (65,8%) e viúvos (44,7%). Em termos de resultados observou-se que a maioria dos participantes (60,5%) é independente nas ABVD e moderadamente dependente nas AIVD e não apresenta défice cognitivo (86,8%). Observou-se ainda que 28,9% apresenta maior risco de isolamento social e quanto à satisfação com a vida, os participantes obtêm valores médios de 23,2 pontos. No que diz respeito à utilização e necessidade de serviços comunitários, os serviços mais utilizados são os de monitorização e os serviços legais ou administrativos, utilizados por 44,7% dos participantes. Além disso, 44,7% dos participantes referem necessitar de transporte mais vezes do que dispõe.

Costa (2013) realizou um estudo com os objetivos de descrever a população em estudo, no concelho de Esposende, em função das características sociodemográficas, capacidades funcionais, cognitivas e socio-emocionais, assim como a utilização e necessidade sentida de serviços e analisar as relações entre as variáveis em estudo, através do Protocolo de Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP_GeroSOC_R.2013; Bastos et al., 2013). Este estudo contou com uma amostra de 84 pessoas idosas maioritariamente do sexo feminino (61.9%), com uma média de idade de 74 anos ($dp=6.57$). Em termos de resultados observou-se que relativamente aos serviços, dos cinco grupos avaliados, o grupo dos serviços sociais e recreativos (viagens, desporto e serviços sociais/recreativos) é o que apresenta maior utilização e necessidade sentida. A autora refere, ainda, que quanto mais independentes os idosos são nas ABVD, mais independentes se mostram nas atividades instrumentais da vida diária, menos défice cognitivo e menos risco de sintomatologia depressiva apresentam e quanto mais dependentes são nas AIBV, mais risco de depressão apresentam; quanto menor é o défice cognitivo, menor é a sintomatologia depressiva observada. A satisfação do idoso com a relação familiar não se mostra significativamente correlacionada com nenhuma das restantes dimensões do envelhecimento.

Bastos, Faria, Moreira, Morais, Melo-de-Carvalho e Paúl (2015b) apresentam um estudo que teve como objetivo analisar diferenças entre grupos ecológicos de vizinhança em quatro dimensões: humana, física ou institucional, atividade social ou coletiva,

acessibilidade e funcionamento individual. Este estudo contou com uma amostra de 3% da população com 65 ou mais anos a residir na comunidade em cinco freguesias da cidade de Viana do Castelo, estratificada por idade e género. A recolha de dados foi feita através de um protocolo de avaliação que incluiu a versão em portuguesa dos índices de Barthel e Lawton, o MMSE e a GDS-15. Os 162 participantes tinham idade média de 75 anos ($dp = 7,0$), 54% eram mulheres e 90% tinham menos de 7 anos de escolaridade. A maioria dos participantes eram independentes nas ABVD ($M=90$) e moderadamente dependentes nas AIVD ($M=13$), 20% apresentaram comprometimento cognitivo e uma pontuação média de 8 pontos na GDS-15. Além disso, este estudo encontrou algumas diferenças entre grupos etários, sendo que os idosos mais velhos apresentaram piores resultados na funcionalidade para as AIVD, no MMSE, bem como na GDS-15.

Pereira (2016) analisou a capacidade funcional, cognitiva e socioemocional em função das características sociodemográficas, as relações entre características sociodemográficas e as dimensões do envelhecimento e avaliou a utilização e a necessidade percebida dos serviços comunitários associados ao envelhecimento, no concelho de Vizela, através do Protocolo de Avaliação ANCEP GeroSOC.R (Bastos et al., 2013). Este estudo contou com 124 participantes, maioritariamente do sexo feminino (55,6%), com uma média de idade de 74 anos e com 1-4 anos de escolaridade (74,2%). Em termos de resultado observou-se que 83,9% dos participantes são independentes nas ABVD e 54,8% nas AIVD, 73,4% não apresenta défice cognitivo e o risco de isolamento social é reduzido (16,9%). Quanto à utilização e necessidade de serviços comunitários os serviços mais utilizados são o uso de medicamentos psicotrópicos (50,8%) e os serviços de transporte (42,7%) e o serviço com maior necessidade percebida face à utilização é o serviço de desporto. De acordo com este estudo, os idosos mais dependentes são os que mais utilizam os serviços, à exceção dos serviços sociais e recreativos.

Sampaio (2017) avaliou as características sociodemográficas, capacidades funcionais, cognitivas e socio-emocionais, dimensões do envelhecimento em função das características sociodemográficas e a utilização e necessidade percebida dos serviços comunitários, através do Protocolo de Avaliação ANCEP GeroSOC (Bastos et al., 2013). Este estudo teve uma amostra de 83 participantes com uma idade média de 77 anos ($dp=7,9$),

sendo 54,2% mulheres e 84,3% com menos de cinco anos de escolaridade. Em termos de resultados observa-se que a maioria dos participantes é independente nas atividades básicas da vida diária (94%), e nas atividades instrumentais da vida diária (45,8%), sendo que 15,9% apresenta déficit cognitivo, ausência de sintomatologia depressiva (85,5%), elevada satisfação com a vida e reduzido valor de risco de isolamento social (7,2%). Observa-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do funcionamento individual em função da escolaridade, sendo que os menos escolarizados obtêm pior desempenho; relativamente ao género observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas redes sociais e na sintomatologia depressiva, sendo que as mulheres apresentam piores indicadores; em termos de idade observam-se diferenças estatisticamente significativas nas atividades de vida diária, no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva, sendo que os mais velhos (80+ anos) apresentam pior desempenho. A análise da utilização e necessidade de serviços comunitários demonstrou que, na globalidade, são os participantes mais dependentes que utilizam mais serviços comunitários, à exceção dos serviços sociais e recreativos, sendo estes últimos os serviços onde se evidencia uma maior necessidade.

3. Planos Gerontológicos Municipais: desafios aos decisores políticos a nível local

Como resultado das mudanças demográficas verificadas mundialmente, o envelhecimento passou a elencar uma das principais preocupações dos decisores políticos nacionais e internacionais, transpondo o repto lançado pela WHO (2002) de otimizar as capacidades dos mais velhos, concomitantemente com o desenvolvimento de iniciativas a nível nacional, regional e local. Organizações internacionais e investigadores apontam que é possível fazê-lo através da (re)definição de políticas públicas, programas e medidas que tornem a população idosa cada vez mais pró-ativa, capaz e atuante, de forma a potenciar a independência e permanência na comunidade de uma forma bem-sucedida (Rodrigues, 2009). No entanto, envelhecer bem na comunidade constitui-se como um desafio que se coloca não só ao indivíduo, em termos de resultados do envelhecimento, na transição direta entre este e o meio, como também a nível social, no que diz respeito a políticas e

planeamento de serviços para os mais velhos (Paúl, 2005b). O verdadeiro repto passa por criar condições para a qualidade de vida aos idosos, para que estes se mantenham ativos e independentes nas suas próprias habitações e inseridos na comunidade, da qual fazem parte integrante.

3.1. O envelhecimento ativo como quadro de referência das medidas de Política

Implícito num novo paradigma de intervenção para as políticas públicas de saúde e social, tem crescido, na última década, um conceito inovador com potencialidades ao nível da intervenção política local, denominado envelhecimento ativo (*“active ageing”*). Apesar da relevância política que lhe é atribuída, é comum ouvir falar sobre a promoção do envelhecimento ativo mas tem sido, muitas vezes, referido de forma redundante como a prática de atividade física ou a participação na vida ativa em idade mais avançada, tornando-se premente clarificar o conceito (Bárrios & Fernandes, 2014).

Este termo foi adotado pela Organização Mundial de Saúde em finais dos anos 90 e é definido como o “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento” (WHO, 2002, p.12).

O paradigma do envelhecimento ativo propõe orientações políticas subjacentes a três pilares prioritários - a saúde, a participação social e a proteção social -, sendo recentemente integrado um novo pilar baseado na educação continuada, ou seja, aprendizagem ao longo da vida (ILC-Brasil, 2015). A partir destes pilares são definidos os parâmetros de intervenção com o objetivo de potenciar a capacidade dos indivíduos de forma a obterem os recursos necessários à resiliência e ao bem-estar biopsicossocial.

As famílias e os indivíduos assumem um papel preponderante, sendo que precisam planear e preparar a velhice e necessitam de se esforçar individualmente para adotar práticas saudáveis em todas as fases da vida. Simultaneamente, é necessário que os ambientes de apoio facilitem as opções saudáveis (ILC-Brasil, 2015). Portanto, as políticas e programas de envelhecimento ativo devem reconhecer a necessidade de incentivar a

responsabilidade pessoal (autocuidado), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações.

A importância dos ambientes amistosos, enquanto determinantes da atividade e mobilidade, acentua-se com o envelhecimento. As barreiras físicas dos espaços públicos (escadas, pisos irregulares ou escorregadios, falta de espaços de lazer, condições de segurança, entre outros) são condicionantes muitas vezes insuperáveis não só nas circunstâncias de limitação da funcionalidade, mas no envelhecimento em geral, pela fragilidade (física e cognitiva) que caracteriza a velhice. A promoção de espaços públicos amigáveis (*friendly*) deve ser integrada na agenda política de intervenção local (Bárrios & Fernandes, 2014).

Baseando-se nesta abordagem do envelhecimento ativo surge o *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas* (“*Age-Friendly Cities*”) que tem como finalidade conduzir as cidades a tornarem-se mais amigas dos idosos, de modo a beneficiarem do potencial que representam para a humanidade (Fundação Calouste Gulbenkian, 2009). As pessoas mais velhas são um recurso para as respetivas famílias, comunidades e economias nos meios que lhes proporcionam apoio e a possibilidade de capacitação. Neste sentido, o guia vem mostrar como criando um ambiente urbano que permita que as pessoas idosas se mantenham ativas, gozem de saúde e continuem a participar na vida social da sua comunidade possa possibilitar-se um crescente movimento comunitário amigo das pessoas idosas. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades, por exemplo, edifícios e ruas sem obstáculos que contribuam para a promoção da mobilidade e a independência de pessoas com incapacidades, de modo a fazer com que se sintam confiantes para sair à rua, se sintam seguras para participar em atividades lúdicas, sociais, etc.

Para Fonseca e Fontes (2011), em todo o mundo há um número crescente de cidades que, inspirados pelo guia supracitado, estão a incorporar-se na rede global das cidades amigas das pessoas mais velhas. Estudos realizados em Portugal, ao nível da comunidade, evidenciam que persiste insuficiência e escassez face à problemática do tema (Bárrios & Fernandes, 2014).

Sintetizando o quadro de referência, o envelhecimento ativo estabelece medidas

que incentivem uma vida integrada na sociedade, isto é, com participação na vida social, em segurança e com saúde. Considera que é possível reduzir os problemas de saúde pública, contribuindo para a promoção da participação ativa dos mais velhos nos contextos social, cultural, económico e político da sociedade, na vida familiar e da comunidade, fazendo com que aumento o número de pessoas a desfrutar de qualidade de vida à medida que envelhece.

3.2. O movimento internacional “*aging in place*”

Aging in place, traduzido para português por Paúl (2005a) como envelhecer no próprio lugar, é a política emergente do envelhecimento que se centra na discussão e compreensão das mudanças que ocorrem no envelhecimento e no seu ambiente envolvente (Pynoos, Caraviello & Cícero, 2009). Segundo Greenfield (2011) refere-se à capacidade de permanecer em casa, independentemente das mudanças ocorridas ao longo do ciclo de vida, tais como o declínio na saúde ou a perda de rendimentos, pelo que a permanência da pessoa idosa no seu meio natural é a opção preferencial de vida

Atualmente a problemática do envelhecimento passa por assegurar a permanência dos idosos nas suas próprias casas e comunidades, sempre tendo em conta as capacidades funcionais, a qualidade objetiva e a adequação do ambiente residencial, assim como, o bem-estar subjetivo, de forma a adaptar as características do ambiente às necessidades e capacidades dos indivíduos mais velhos (Paúl, 2005a; Fernández-Ballesteros & Rodríguez, 2004).

Wiles, Leibing, Guberman, Reeve e Allen (2011) destacam o trabalho de Lawton, no campo da gerontologia ambiental, reforçando a importância da interação entre a competência pessoal e o ambiente físico da casa nas pessoas idosas, revelando como as transformações em casa, a instalação de meios que ajudem na mobilidade ou a eliminação de obstáculos, podem ajudar na manutenção da independência. Contudo, há uma preocupação no que concerne à qualidade e à adequação da habitação, como por exemplo, se está ou não isolada, se está ou não aquecida, o tamanho da casa e o seu design (Wiles et al., 2011).

Fonseca, Gonçalves e Azevedo (2008) referem que o conceito de lugar em que se habita parece não se resumir apenas a uma morada, remetendo também para a relação que se estabelece entre a pessoa e o ambiente físico, pelo que o conjunto das interações quotidianas que acontecem nesse ambiente/lugar pode ser responsável pela conceção, do que alguns autores intitulam, de “vinculação ao lugar” (Speller, 2005; Fonseca, et al., 2008).

A vinculação à casa ou a outros lugares de referência, do passado, presente ou futuro, representam um importante contributo na formação e preservação da identidade dos indivíduos (Speller, 2005). Além de se constituir também como um aspeto importante para a preservação da saúde física e do bem-estar psicológico dos indivíduos (Duarte & Paúl, 2006). Aliado a esta situação, acresce o facto de existir, nas pessoas idosas, uma diminuição das capacidades de adaptação, que as torna mais sensíveis ao meio ambiente que as rodeia (Martins, 2006).

A revisão de literatura no domínio refere que com o avançar da idade, é cada vez maior a fidelidade ao conceito e o interesse da pessoa idosa em permanecer na própria habitação, reafirmando o seu relevante papel na manutenção da independência funcional, da autonomia e da atividade social, sendo o cenário eleito para a prestação de serviços de apoio, pelo que os idosos preferem confrontar-se pessoalmente com os desafios do envelhecimento no seu domicílio (Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012). A dificuldade de envelhecer em casa verifica-se quando a independência e a autonomia declinam e surge a dependência dos idosos face a terceiros, nomeadamente, família, amigos e vizinhos.

Na sociedade portuguesa aquilo que, geralmente, se verifica é um individuo que está encarregue da prestação de cuidados aos filhos e, em simultâneo, aos pais envelhecidos. Porém, os indivíduos muitas vezes não se sentem capazes e/ou competentes para desempenhar corretamente o papel de cuidador, mesmo no contexto familiar, potencializando sentimentos de ansiedade e *stress*, que conseqüentemente conduz ao aumento do potencial de conflito entre o cuidador e o idoso. A ansiedade/stress associada à prestação de cuidados é um elevado preditor de sobrecarga emocional, devido ao tempo extenso, à intensidade dos cuidados prestados e à necessidade de enfrentar mudanças no ciclo de vida e no estilo de vida. Estas mudanças acarretam condicionantes não só para o cuidador e o idoso, como também para todos os elementos do agregado do meio familiar (Faria & Bastos, 2010).

Efetivamente é possível permanecer na casa, contudo é importante ter consciência destes riscos e desafios associados à dependência dos idosos a envelhecer em casa dos cuidadores familiares. Nesta ótica, Golant (2015) refere a necessidade de definir estratégias de *coping* em casa, sendo que estas estratégias incluem além das modificações no ambiente físico e apoio de cuidados familiares, o apoio através de políticas públicas que auxiliem na comparticipação de ajudas financeiras, ou seja, subsídios para apoio interno através de políticas nacionais e locais, de forma a equilibrar a capacidade de cuidados domiciliários e comunitários com os cuidados institucionais.

Como forma de descrever o ajuste emocional que os indivíduos possuem com os seus ambientes, Golant (2015) introduz o conceito de "normalidade residencial" (*"residential normalcy"*) que identifica duas grandes categorias de experiência emocional com o meio ambiente, nomeadamente o conforto residencial e o domínio residencial. O conforto refere-se aos sentimentos que os indivíduos possuem sobre o meio ambiente, como por exemplo prazer, desagrado, incomodo, sentimentos memoráveis, etc. O domínio refere-se a sentimentos de competência e controle do indivíduo sobre o ambiente. Segundo o autor, pode-se sentir desconforto enquanto mantém o domínio. Pode-se exibir maestria ao sentir desconforto. A normalidade residencial é o *"sweet spot"* onde um indivíduo ocupa a sua zona de conforto e sua zona de domínio simultaneamente. É exatamente esse quadro que pode então ser usado para descrever os benefícios e os desafios associados aos diversos ambientes residenciais.

Ao propor a construção teórica da normalidade residencial, Golant (2015) engloba a compreensão do modelo pessoa/ambiente inicialmente apresentado através do trabalho pioneiro do *Modelo Ecológico do Envelhecimento* de Lawton e Nahemow, em 1973. O pressuposto básico do modelo ecológico é que as transações pessoa-ambiente ocorrem durante longos períodos de tempo (Greenfield, 2011). Refletindo esse aspeto, o modelo ecológico geral do envelhecimento reconhece que os indivíduos podem iniciar mudanças ambientais, como propositadamente alterar o seu ambiente para maximizar a congruência entre as próprias necessidades e as ofertas do meio ambiente. Assim, o modelo ecológico do envelhecimento identifica os vários atores de diferentes sistemas sociais que, potencialmente, compõem o ambiente social de um indivíduo, incluindo membros da família, vizinhos, empresários locais, gestores de habitação, saúde e serviços sociais.

Concluindo, efetivamente, o ambiente assume um papel preponderante no envelhecimento bem-sucedido apesar de que a continuidade ambiental não é um pré-requisito para o envelhecimento bem-sucedido (Golant, 2015). Para envelhecer de forma bem-sucedida na comunidade é importante a integração de medidas de cariz ambiental e a consideração de medidas de teor social, de que é exemplo a prestação de serviços diversificados no domicílio e redes de vizinhança, bem como medidas de carácter tecnológico que, reunidas, respondam às reais necessidades das populações mais vulneráveis (Martín, et. al., 2012). É necessário, ainda, definir e unificar este domínio de investigação, prática e política, através de quadros teóricos para identificar semelhanças e diferenças entre o envelhecimento da população (Greenfield, 2011).

3.3. A relevância dos planos gerontológicos municipais

Os desafios acrescidos nos planos sociais, políticos e de saúde conduziram ao estudo e atualização de conhecimentos sobre o envelhecimento, aprofundando a reflexão acerca da concetualização e implementação de medidas de intervenção e política social que possibilitem o fornecimento de um novo quadro de interpretação que integre novas orientações perante este fenómeno, no sentido de encontrar respostas capazes de satisfazer as exigências associadas ao envelhecimento da população (Ramalho & Ramalho, 2014).

A Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas, no ano de 1982 em Viena, constitui de acordo com Osório (2000) um marco de referência que deveria ser ajustado e aplicado pelos diferentes países, através da realização de um conjunto de indicações, entre as quais se destacam as seguintes: (1) apoio aos países no estabelecimento de objetivos nacionais relativos ao envelhecimento; (2) promoção de apoio para integrar o envelhecimento nos planos e programas nacionais e internacionais de desenvolvimento; (3) promoção de apoio e programas de atenção e participação das pessoas com idades mais avançadas; (4) inclusão do tema envelhecimento em celebrações e reuniões internacionais de importância; (5) estabelecimento de uma rede mundial de voluntários idosos em prol do desenvolvimento social e económico, (6) e (7) promover a viabilidade de uma

cooperação mais estreita entre as organizações não-governamentais e intergovernamentais em relação ao envelhecimento.

De acordo com a mesma fonte, esta Primeira Assembleia das Nações Unidas deu visibilidade ao envelhecimento da população como um fenómeno individual e populacional, invertendo a tendência da ênfase económico e financeiro existente até à altura. Após o trabalho desenvolvido em Viena e reconhecendo a importância tanto do ponto de vista demográfico como social e político, além da efetiva necessidade da criação de programas e políticas para a população idosa, surgem os primeiros planos de atuação específicos para os idosos, denominados Planos Gerontológicos.

Segundo Veríssimo (2006) um Plano Gerontológico é um plano de intervenção com vista à seleção de medidas adequadas para a resolução dos problemas identificados, orientando para a promoção de condições pessoais e sociais que favoreçam o envelhecimento ativo, bem-sucedido e saudável da população.

Numa perspetiva mais aprofundada trata-se, segundo a Unidade de Intervenção e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI, 2016), de um instrumento de política de planeamento estratégico dirigido à população idosa de uma localidade/território específico, onde é definida a estratégia de intervenção a desenvolver, numa congruência entre a promoção de uma cidadania plena, de uma sociedade inclusiva e da qualidade de vida, de forma a favorecer a manutenção das pessoas no seu domicílio, integrados na comunidade.

O seu propósito, tal como dos diversos planos comunitários, é promover uma política subjacente a medidas programáticas e ações ajustadas às necessidades, capacidades e expectativas da população idosa de uma determinada localidade, no sentido de ajudar a compreender a vida e as potencialidades de cada um, exigindo uma mudança de atitudes ao assegurar a igualdade de oportunidades, garantir as necessidades básicas e reconhecer os idosos como força social ao mesmo tempo que se contribui para o seu bem-estar (Osório, 2000).

Espanha foi um dos países pioneiros. Entre 1988 e 1991 o governo então vigente desenvolveu o Plano Gerontológico Nacional, que a partir de 1992, ficou a cargo do Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), abrangendo áreas diversas desde as pensões, saúde, serviços sociais, cultura, lazer e participação (Osório, 2000). O plano nacional serviria

de base à criação e desenvolvimento de planos autónomos, ao nível das diversas regiões espanholas, sendo que os seus principais objetivos passavam por promover a saúde e bem-estar das pessoas idosas e promover a visão de que a pessoa idosa contribui de forma ativa para a sociedade. Assim foram perceptíveis as várias oportunidades de desenvolvimento de um sistema integral de proteção social e económica, assim como a promoção da autonomia e da participação plena e ativa das pessoas idosas na comunidade da qual fazem parte integrante. Foram inúmeros os contributos, desde a realização de formação especializada, principalmente destinada aos profissionais e cuidadores informais, de forma a capacitá-los para os cuidados a prestar à pessoa dependente, tal como a promoção das relações intergeracionais, a superação dos estereótipos negativos sobre esta população e a promoção do voluntariado.

Contudo, no panorama internacional existem, também, outros planos gerontológicos a destacar, como é o exemplo do México, da Argentina e do Brasil, cuja base é muito semelhante ao de Espanha (Osório, 2000). No caso português, o aparecimento dos planos gerontológicos deu-se muito mais tarde.

Em 2008, a Câmara Municipal de Matosinhos viabilizou a realização do Plano Gerontológico, da responsabilidade do pelouro de Ação Social e Saúde da Câmara Municipal de Matosinhos, tornando-se o precursor em Portugal. Este plano foi desenvolvido num trabalho em parceria com a Rede Social do concelho, assente numa perspetiva holística do envelhecimento, com o objetivo de erradicar os preconceitos associados ao envelhecimento, promovendo o conceito de Envelhecimento Ativo e Participativo, tendo por base os problemas sociais mais prementes (Câmara Municipal de Matosinhos, 2008).

No mesmo ano, surge o Plano Gerontológico de Lisboa desenvolvido pelo pelouro da Ação Social da Câmara Municipal de Lisboa, com base na aplicação de questionário a 293 pessoas com 50 e mais anos, distribuídos por vários locais pré-definidos, nomeadamente em locais públicos com atividades vocacionadas para os tempos livres, lares e residências da Segurança Social e da Santa Casa da Misericórdia (Câmara Municipal de Lisboa, 2008).

Ainda em 2008, surge, o Plano Gerontológico de Santa Maria da Feira, cujo objetivo era responder de forma global às necessidades dos seus destinatários, analisando-se

antecipadamente as necessidades percecionadas por essa população e ajustando intervenções e expectativas. Neste sentido, este plano incluía medidas capazes de favorecer a imagem positiva da pessoa idosa, assim como dar à pessoa idosa a capacidade de participação social e direito a um envelhecimento bem-sucedido (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).

Subjacente à premissa de que o envelhecimento é uma etapa do ciclo de vida, que idealmente, deve ser vivida de forma saudável e autónoma, surge o Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, em 2009. Configurado como um instrumento de planeamento e intervenção, este plano de ação foi desenhado num quadro de referências teóricas e aportes científicos, norteado por princípios e valores que consagram os direitos e a dignidade da pessoa idosa, no qual se definem e revelam as prioridades e as linhas de ação na área da política para os mais idosos (Região Autónoma da Madeira, 2009).

Posteriormente, e após desenvolvido um trabalho de investigação, junto da população idosa do concelho de Peniche por um grupo de trabalho composto por vinte e cinco parceiros de várias áreas desde IPSS, Forças de Segurança, Saúde, Educação e Autarquias, surge, em 2013, o Plano Gerontológico de Peniche. Com a criação deste Plano, esperava-se que o concelho se constitui-se como uma comunidade onde as pessoas idosas se sentissem incluídas, valorizadas e respeitadas pelos contributos que dão à sociedade e que vivam em ambientes seguros, gozem de melhor saúde e possuam a oportunidade de aceder a trabalho remunerado ou voluntário, assim como a atividades sociais e culturais da sua preferência. O objetivo era definir direções estratégicas de envelhecimento ativo e saudável no concelho (Câmara Municipal de Peniche, 2013).

Os principais objetivos dos Planos Gerontológicos municipais em Portugal passam por promover a saúde e bem-estar das pessoas idosas e promover a visão de que a pessoa idosa contribui de forma ativa para a sociedade, tal como demonstra a Tabela 1.

Tabela 1. Principais objetivos dos Planos Gerontológicos em Portugal

Matosinhos (2008)	Lisboa (2008)	Santa Maria da Feira (2008)	Madeira (2009)	Peniche (2013)
1. Promoção do conhecimento e monitorização das necessidades.	1. Melhorar o conhecimento sobre a problemática do envelhecimento.	1. Promoção de uma imagem positiva da pessoa idosa e do lugar que ocupa na sociedade.	1. Envelhecimento ativo.	1. Inserção social das pessoas idosas.
2. Promoção da participação.	2. Promoção de condições favoráveis ao bem envelhecer.	2. Acumulação local de Know-how nos diferentes programas propostos.	2. Dependência e segurança.	2. Contribuição para um envelhecimento ativo e saudável.
3. Qualificação e diversificação de equipamentos sociais.	3. Responder às necessidades das pessoas mais idosas.	3. Incrementar o papel da pessoa idosa na sociedade.	3. Capacitação e formação específica.	3. Apoio na prestação de cuidados e serviços com eficácia e qualidade.
4. Promoção do envelhecimento ativo.	4. Melhorar a gestão individual e coletiva dos riscos da velhice (sociais, ambientais e de saúde).	4. Implementação de medidas verticais dirigidas à população sénior e medidas horizontais, como formação, investigação e projetos de intervenção inovadores.		4. Promoção da colaboração interdepartamental e interinstitucional.

Nos últimos anos verificou-se um aumento efetivo de políticas de velhice, ténues em alguns casos, noutros prioritários, no entanto sempre resultado da articulação entre o Estado, que é a principal instância institucional a quem incube a resolução dos problemas, tal como refere a WHO (2002).

Apesar das políticas sociais em Portugal terem dado respostas ao aumento do grupo de pessoas mais velhas, através de programas dirigidos diretamente para as mesmas (e.g. Planos Gerontológicos) e das pensões de reforma se encontrarem indexadas à inflação, estas medidas vieram permitir a inclusão destes indivíduos na sociedade, mas não podem descurar a atenção das pessoas idosas mais frágeis em termos de dependência física e económica, nomeadamente as que vivem das pensões sociais mínimas, que são extremamente baixas, sendo estas que necessitam de melhores e mais respostas sociais

(Ramalho & Ramalho, 2014).

Estes problemas inerentes à população mais velha devem obrigar o Estado a criar políticas que promovam a sua participação social através de serviços prestadores de cuidados e de redes sociais complementares, permitindo a efetivação das suas necessidades humanas. Contudo, apesar da inegável importância do Estado, é essencial a sinergia entre as diferentes esferas de produção de bem-estar, nomeadamente, a associação dos cidadãos e/ou famílias na construção de respostas alternativas e integradas, em conexão com respostas estatais e do mercado. Isto não significa retração do Estado em termos de proteção aos membros sociais mais vulneráveis mas a modificação do seu papel. Deve assim combinar-se o estímulo à reciprocidade e à solidariedade, baseadas na gratuidade, com a obtenção de financiamentos sociais no sentido de assegurar a permanência, continuidade, equidade e qualidade dos serviços prestados no domínio societal e familiar.

Síntese

Ao longo deste capítulo analisou-se o crescente protagonismo do envelhecimento e da longevidade humana. Este fenómeno tem levado à multiplicação de estudos e conhecimentos acerca do envelhecimento, num verdadeiro esforço multidisciplinar para o entendimento do fenómeno, tomando em linha de consideração as suas múltiplas dimensões e influências.

As evidências empíricas mostram que, apesar de uma maior vulnerabilidade biopsicossocial em que se verificarem algumas perdas e défices, a natureza humana se caracteriza por uma elevada plasticidade, que permite compensar estes declínios. O aprofundamento e reflexão destes conhecimentos potencializou o reconhecimento de que as pessoas mais velhas possuem capacidade para alcançar um balanço positivo entre ganhos e perdas em domínios diversos do envelhecimento, nomeadamente ao nível da melhoria de estilos de vida saudáveis, otimização e/ou compensação do funcionamento cognitivo, aprimoramento do funcionamento emocional e estilos de *coping*, bem como na melhoria da integração e participação social. Em linha com este reconhecimento, assistiu-se, nas últimas décadas, ao surgimento de um novo discurso sobre envelhecimento,

baseado na conceção de envelhecimento bem-sucedido, fazendo emergir a construção de uma imagem mais positiva acerca da velhice e do envelhecimento.

As evidências mostram, ainda, a importância do contexto físico e social no processo de envelhecimento, constituindo envelhecer na comunidade de forma bem-sucedida como um desafio (individual e social) premente, pelo seu relevante papel na manutenção da independência funcional, da autonomia e da atividade social. Todavia, a maioria das comunidades não estão preparadas para lidar com as necessidades de uma população envelhecida, transpondo a inevitabilidade de as entidades locais (e.g. Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia) realizarem uma avaliação sistémica, global e multidisciplinar (Avaliação Gerontológica Multidimensional), que possibilite a elaboração de um plano geral (Plano Gerontológico) que corresponda às capacidades e necessidades das pessoas mais velhas a viver em casa e na comunidade. A realização de uma avaliação gerontológica multidimensional torna-se, portanto, fundamental na medida em que conjugando o conhecimento da capacidade funcional dos idosos com a avaliação da utilização e necessidade sentida de serviços comunitários possibilita relacionar as perdas e as disponibilidades de serviços e, conseqüentemente permite selecionar as medidas mais adequadas para promover um envelhecimento bem-sucedido no lugar, através do desenho de Planos Gerontológicos. Não obstante, no caso de Portugal estes planos são escassos e ambíguos impondo a necessidade de realizar investigações como a presente Avaliação Gerontológica Multidimensional no município de Ponte da Barca, possibilitando a existência de suporte empírico baseado na investigação para desenhar intervenções empiricamente sustentadas.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivos 1) analisar as características da população mais velha residente no Município de Ponte da Barca, considerando as suas características sociodemográficas, as capacidades individuais e necessidades percebidas de serviços associadas ao envelhecimento; 2) analisar as relações entre as variáveis em estudo e diferenças entre grupos; 3) propor orientações para o plano gerontológico municipal.

CAPÍTULO II – MÉTODO

Neste capítulo, apresentam-se as opções metodológicas associadas à Avaliação Gerontológica Multidimensional no Município de Ponte da Barca.

1. Plano de Investigação e participantes

Ponte da Barca situa-se na margem esquerda do rio Lima e abrange uma área de 182.1 km². Representa aproximadamente 8,21% da área total do distrito de Viana do Castelo e 0,81% da área total da Região Norte (NUT III).

Este município está distribuído administrativamente por dezassete freguesias (ver figura 1) e é limitada por quatro concelhos, dois pertencentes ao distrito de Viana do Castelo (Arcos de Valdevez e Ponte de Lima) e outros dois concelhos pertencentes ao distrito de Braga (Terras de Bouro e Vila Verde). Faz, ainda, fronteira com a Galiza (Espanha).



Figura 1. Concelho de Ponte da Barca após a reorganização administrativa de 2013

De acordo com o INE, em 2011, Ponte da Barca apresentava uma população residente de 12 061 habitantes, considerando uma área total de 18 218 ha, com um registo médio de 66,20 hab/Km². O concelho de Ponte da Barca é composto por dezassete freguesias, nomeadamente, Azias, Boivães, Bravães, Britelo, Cuide Vila Verde, Lavradas, Lindoso, Nogueira, Oleiros, Sampriz, Vade S. Pedro, Vade S. Tomé, União de Freguesias de

Crasto, Ruivos e Grovelas, União de Freguesias de Entre-Ambos-os-Rios, Ermida e Germil, União de Freguesias de Ponte da Barca, Vila Nova de Muía e Paço Vedro de Magalhães, União de Freguesias de Touvedo (S. Lourenço e Salvador) e União de Freguesias de Vila Chã (São João e Santiago). Segundo os dados dos Censos de 2011 (anterior à reorganização administrativa das freguesias) Ponte da Barca e Vila Nova de Muía eram as freguesias que apresentam maior número de habitantes com 2371 e 1034, respetivamente, ambas correspondentes às áreas predominantemente urbanas. As freguesias com menos densidade populacional encontravam-se na área do Parque Nacional da Peneda-Gerês, nomeadamente em Germil, Ermida e Lindoso (Rede Social Ponte da Barca, 2013).

Analisando os dados da Rede Social de Ponte da Barca (2013) verifica-se um aumento expressivo do Índice de Envelhecimento entre 2001 e 2011, de 127,3 para 196,9, respetivamente. Estes valores são significativamente mais altos quando comparados a nível nacional, uma vez que em Portugal o Índice de Envelhecimento era de 101,6 em 2001 e 125,8 em 2011 (INE, 2011).

A população-alvo deste estudo é a população idosa (com 65 ou mais anos) residente no Concelho da Ponte da Barca ($n = 3\,030$, INE 2011). A seleção dos participantes foi realizada a partir de listas fornecidas pelas juntas de freguesia, dos residentes com 65 ou mais anos e estratificadas por género e grupo etário (65-74; 75-84; 85+ anos), tendo sido estimado inquirir 3% dessa população, mantendo a ponderação em cada estrato. Aplicou-se um procedimento de amostragem aleatório, sendo selecionados os primeiros elementos de cada estrato, até perfazer o número de necessário para chegar aos 3% desse grupo. Em alguns casos, as juntas de freguesia forneciam já listas com os participantes selecionados e distribuídos por estratos. A abordagem direta aos participantes selecionados foi realizada nas suas residências, sendo esta informação igualmente fornecida pelas Juntas de Freguesia. Foi definido que, quando um residente não estivesse em casa ou recusasse participar, seria selecionado o residente imediatamente a seguir na lista.

2. Instrumentos de recolha de dados

A informação para caracterização dos participantes foi recolhida através da administração do *Protocolo de Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias Associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP GeroSoc 2012)* (Faria, Lamela, Moreira, Melo de Carvalho & Bastos, 2012). Este protocolo foi elaborado por uma equipa de investigação da Escola Superior de Educação de Viana do Castelo e é parte integrante de um projeto de investigação de base comunitária – *Envelhecer a Norte*. O presente protocolo é composto por uma ficha de caracterização sociodemográfica e por instrumentos de avaliação validados para população portuguesa: Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta & Martins, 2009), Escala de Rede Social de Lubben (LSNS-18; Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012); Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007) e Escala de Depressão Geriátrica (Yasavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003),

A **Ficha de Caracterização Sociodemográfica** integra questões relativas à pessoa (idade, género, escolaridade, estado civil, entre outros), à família e rede social mais próxima, bem como questões relativas à habitação e à relação da pessoa com a comunidade (acessibilidade a bens e serviços).

O **Índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) é um instrumento que avalia a funcionalidade para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), nomeadamente, alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, e a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos correspondem aos níveis de diferenciação da independência (Sequeira, 2010). A cotação global oscila entre 0 e 100 pontos e a pontuação mais elevada indica maior grau de independência, de acordo com os seguintes pontos de corte: 1) entre 90 e 100 - independente; 2) entre 60 e 85 - ligeiramente dependente; 3) entre 40 e 55 -

moderadamente dependente; 4) entre 20 a 35 - severamente dependente; e 5) inferior a 20 - totalmente dependente (Sequeira, 2010). Relativamente às características psicométricas, esta escala apresenta boa consistência interna com um *alfa de Cronbach* de 0,89 (Sequeira, 2007). Este índice é amplamente utilizado na avaliação gerontológica e na investigação com o objetivo de quantificar e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos na realização das ABVD (Paixão & Reichenheim, 2005).

O **Índice de Lawton** (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) é um instrumento que avalia a funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), ou seja, permite avaliar o grau de dependência num conjunto de oito atividades, nomeadamente, cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transportes, gestão do dinheiro e gestão da medicação. Cada atividade apresenta entre três e cinco níveis de dependência correspondendo à pontuação de diferentes itens da escala. O somatório da escala varia entre 8 e 30 e a menor pontuação indica maior grau independência, de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 – independente; entre 9 e 20 pontos – moderadamente dependente; superior a 20 pontos – severamente dependente (Sequeira, 2007). Relativamente às qualidades psicométricas desta medida, e de acordo com o estudo de adaptação para a língua portuguesa, o Índice de Lawton apresenta boa consistência interna, suportado por um *alfa de Cronbach* de 0,92. Importa frisar a precaução na aplicação deste índice a indivíduos do género masculino pelo facto de algumas atividades contempladas poderem ser influenciadas por fatores pessoais e culturais e não devidas a incapacidade (Sequeira, 2010).

O **Mini Mental State Examination** (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta & Martins, 2009) é uma escala de avaliação do funcionamento cognitivo, habitualmente utilizada como teste de rastreio de défice cognitivo que avalia de forma rápida seis domínios cognitivos específicos, como a (1) orientação - temporal e espacial, (2) retenção - memória de curto prazo (imediata); (3) atenção e cálculo; (4) evocação; (5) linguagem; e (6) habilidade construtiva – visuo-espaciais. A pontuação de cada item varia entre 0 e 1 ponto (atribuído quando a resposta está correta) e a pontuação total varia entre 0 e 30 pontos, indicando a pontuação mais elevada o melhor desempenho cognitivo. As pontuações de diagnóstico para défice

cognitivo definidas pelos autores variam em função do nível de escolaridade e idade. Para este estudo foram utilizados os pontos de corte de Morgado e colaboradores (2009), considerando a percentagem de participantes com 0 anos de escolaridade: pontuação inferior a 22 para indivíduos com 0-2 anos de escolaridade; pontuação inferior a 24 para indivíduos com 3-6 anos; pontuação inferior a 27 para indivíduos com mais de 7 anos de escolaridade (Morgado et al., 2009). No que diz respeito às características psicométricas, o MMSE apresenta boas características de consistência interna, suportado por um *alfa de Cronbach* de 0,464 (Morgado et al., 2009).

A Escala de Redes Sociais de Lubben-6 (LSNS-6) (Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) é uma escala breve que avalia a funcionalidade da rede social (família, vizinhos e amigos), relativa ao tamanho, à proximidade e à frequência dos contactos da rede social do indivíduo. É constituída por três conjuntos de questões que avaliam, as relações familiares, com os vizinhos e de amizade. A pontuação total resulta do somatório dos 6 itens, oscilando entre 0 e 30 pontos, em que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5. As pontuações superiores a 12 indicam maior tamanho da rede social e/ou maior frequência de contactos. As pontuações inferiores a 12 indicam maior risco de isolamento social (Ribeiro et al., 2012). Relativamente às características psicométricas a LSNS-6, apresenta uma consistência interna adequada, suportada por um *alfa de Cronbach* de 0,798.

O Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT) (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007) é um instrumento que avalia a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida dos idosos, nomeadamente, recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária. Mede, igualmente, a utilização e a necessidade percebida de um vasto conjunto de serviços, permitindo a avaliar os programas de intervenção e a tomada de decisões fundamentadas sobre o impacto de recursos e serviços (Rodrigues, 2008). O OARS-PT é um questionário dividido em duas partes distintas, sendo elas a Parte A - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional (QAFM) - e a Parte B - Questionário de Avaliação de Serviços (QAS). Neste estudo, apenas foi utilizada a parte B (QAS) do questionário, relativa à avaliação da utilização e a necessidade percebida de serviços,

avaliando 19 serviços distribuídos em seis categorias: (1) serviços gerais de apoio; (2) serviços sociais e recreativos; (3) serviços de saúde; (4) serviços de apoio económico; (5) serviços de apoio, avaliação e coordenação; e (6) serviços não classificados (Fillenbaum, 1988, como citado em Rodrigues, 2008). Relativamente às características psicométricas, a consistência interna da OARS (*alfa de Cronbach*) para as escalas de avaliação funcional do instrumento situou-se entre 0,64 e 0,91.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003; Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009; Apóstolo, 2011; Cavaleiro, Queirós, Azeredo, Apóstolo & Cardoso, 2013) avalia o nível emocional, ou seja, a presença de sintomas depressivos através de um conjunto de itens considerados fortemente correlacionados com o diagnóstico de depressão. Esta versão foi especificamente construída para medir sintomatologia depressiva na população idosa, a qual é constituída por quinze questões de resposta dicotómica (sim/não). No que concerne à cotação, ao responder afirmativamente às questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 e negativamente às questões 1, 5, 7, 11 e 13 é atribuído a cada questão 1 ponto, caso a resposta seja contrária a esta será atribuído a cada questão 0 pontos, podendo a cotação total da escala variar entre 0 e 15 pontos. Relativamente às características psicométricas, a GDS-15 apresenta boa consistência interna, sustentado por um *alfa de Cronbach* de 0,83.

3. Procedimentos de recolha de dados

Após a aprovação da Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo do presente estudo, foi realizada a abordagem às freguesias e aos participantes. O processo de abordagem à comunidade e seleção dos participantes iniciou com uma abordagem ao território, com a análise documental da Carta Social (2013), do site da Câmara Municipal, assim como com o contacto com respostas sociais de apoio às populações mais velhas, da qual resultou um pequeno relatório de caracterização da comunidade (Anexo 1). Seguiu-se o contacto aos presidentes de todas as juntas de freguesia do concelho, através de um comunicado da Câmara Municipal de Ponte

da Barca, no qual era apresentado o estudo e solicitada a colaboração. No seguimento deste comunicado, foram realizadas reuniões presenciais com cada presidente de junta e solicitadas as listas dos residentes com 65 ou mais anos, para proceder à seleção da amostra. A recolha de informação foi realizada durante um período de 10 meses, entre novembro de 2015 e agosto de 2016.

De modo a garantir as questões éticas e deontológicas necessárias na investigação científica, no início de cada entrevista foi esclarecida a natureza, o formato e os objetivos do estudo aos participantes, bem como a disponibilidade temporal que, aproximadamente, se esperava deles. Foi ainda explicado que a participação era voluntária e que a qualquer momento da entrevista tinham a possibilidade e liberdade de desistir. Seguidamente, foi solicitada a permissão e colaboração para responder às questões e a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados. Estas informações foram também apresentadas por escrito através de um Consentimento Informado que, depois de lido e explicado, foi assinado pelos participantes, garantindo que compreenderam a proposta de pesquisa e autorizaram a utilização dos dados fornecidos.

Posteriormente à assinatura do Consentimento Informado, iniciou-se a administração do protocolo de investigação ANCEPGeroSOC (Bastos et al., 2013) presencialmente em casa ou outros locais previamente combinados, como juntas de freguesia e centros de dia. A informação foi recolhida através de procedimentos de administração assistida (entrevista), com uma duração média de 40 minutos.

4. Estratégias de análise de dados

A análise estatística foi efetuada com o recurso ao programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 23, recorrendo-se a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial, no sentido da exploração de associações entre variáveis e diferenças de grupos.

A caracterização sociodemográfica dos participantes, os resultados das escalas de avaliação individual e da utilização de serviços comunitários foram analisados através de procedimentos de análise descritiva referentes à frequência absoluta e relativa para

descrever variáveis categóricas e ordinais, assim como medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para a descrição de variáveis intervalares.

A exploração de associações entre as características sociodemográficas dos participantes e as diferentes dimensões do envelhecimento foi realizada recorrendo a procedimentos de análise estatística inferencial. Tendo em conta que as variáveis género e escolaridade não seguiam uma distribuição normal (verificada através do teste Kolmogorov- Smirnov), foram utilizados os testes não paramétricos U de Mann-Whitney (para comparar dois grupos independentes) e o Kruskal Wallis Test (para comparar mais de dois grupos independentes), respetivamente. Para a variável idade foi utilizado o teste t de amostras independentes dado que a mesma seguia uma distribuição normal.

A fim de efetuar a análise contrastada entre o número de participantes que utilizam os diferentes serviços comunitários e o número de participantes que consideram necessitar dos mesmos, foi calculada a diferença entre estes numerais. Procedeu-se, ainda, à análise da associação entre a utilização de serviços comunitários e a funcionalidade nas AIVD, através do teste qui quadrado ou do teste de linearidade para variáveis ordinais.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

Neste capítulo serão descritos os resultados relativos à avaliação gerontológica multidimensional realizada à população com 65 ou mais anos a residir no concelho de Ponte da Barca.

1. Descrição sociodemográfica dos participantes e seu ambiente proximal

No presente estudo foram inquiridos 102 idosos, 60 mulheres (58,8%) e 42 homens (41,2%), com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ($M=75,5$ $dp=7,6$). A maioria dos participantes (71,6%) tem entre 65 e 79 anos e 28,4% tem 80 ou mais anos (Tabela 2).

Em média os participantes têm 3 anos de escolaridade ($M=2,8$, $dp=2,7$), variando entre 0 e 15 anos. Verifica-se que 31,4% ($n=32$) dos participantes não frequentou a escola, 59,8% ($n=61$) tem entre 1 e 4 anos de escolaridade (28,4% com 4 anos) e 8,8% ($n=9$) tem 5 ou mais anos de escolaridade. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que diz respeito à distribuição da escolaridade ($X^2=13,282$, $p<0,001$). Enquanto 43,3% das mulheres tem 0 anos de escolaridade e apenas 3,3% tem 5 a 9 anos, nos homens, apenas 14,3% não frequentou a escola e 16,6% tem 5 ou mais anos de escolaridade. Relativamente ao estado civil, 49% dos participantes são casados, 36,3% viúvos, 10,8% solteiros e 3,9% estão separados ou divorciados.

Em média os participantes têm 3 filhos e vivem com uma pessoa, variando entre 0 e 4 pessoas no agregado familiar. Um total de 37 participantes (36,3%) vivem sozinhos, 51% vive com a família nuclear – composta por dois adultos em união e um só nível de descendência (Caniço, 2014) – e 12,7% com a família alargada – em que coabitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor(es) e/ou filho(s) (Caniço, 2014).

No que diz respeito à situação profissional, quase todos os participantes (99,1%) estavam reformados e apenas um participante com 65 anos mantinha uma atividade profissional remunerada à altura do inquérito, não estando ainda reformado. A maioria dos participantes reformados não exerciam qualquer atividade laboral. No entanto, 37,3% tinham um trabalho remunerado, apesar de reformados. No decorrer da vida profissional ativa, os participantes tiveram profissões diversificadas, destacando-se os trabalhadores

não qualificados (e.g. lavoura) (33,3%), operários/artífices e trabalhadores similares (e.g. operário fabril) (19,6%) e agricultores e trabalhadores qualificados na agricultura e pesca (e.g. agricultores) (12,7%). Cerca de 20% dos participantes são domésticas e/ou cuidadoras informais.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Total n= 102	
	<i>n</i>	%
Género (% mulheres)	60	58,8
Idade <i>M (dp)</i>	75,5 (7,6)	
Min-Max	65-96	
65-79	73	71,6
80 +	29	28,4
Escolaridade <i>M (dp)</i>	2,9 (2,9)	
Min-Max	0-15	
0	32	31,4
1-4	61	59,8
5-9	6	5,9
10-15	3	2,9
Estado civil		
Solteiro	11	10,8
Casado	50	49,0
Viúvo	37	36,3
Separado/divorciado	4	3,9
Com filhos		
N.º de filhos <i>M (dp)</i>	3,0 (2,0)	
Min-Max	0-9	
N.º de pessoas com quem vive <i>M (dp)</i>	1 (0,9)	
Min-Max	0-4	
Vive sozinho	37	36,3
Família nuclear	52	51,0
Família alargada	13	12,7
Profissão ao longo da vida		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	2,0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	3	2,9
Pessoal administrativo e similares	1	1,0
Pessoal dos serviços e vendedores	8	7,8
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	13	12,7
Operários, artífices e trabalhadores similares	20	19,6
Operadores de instalações e máquinas	1	1,0
Trabalhadores não qualificados	34	33,3
Domésticas e outras situações	20	19,6

Da totalidade de participantes inquiridos, 28,4% (n=29) referiram que têm ou tiveram algum tipo de passatempo ao longo da vida (Tabela 3). Destes, 34,5% ocupam os seus tempos com atividades sociais (e.g. ir ao café, passear) e ver televisão; 27,6% dedicam-se a atividades espirituais (e.g. ser membro do grupo coral, da fábrica da igreja, rezar o terço); 24,1% realizam atividades sociais, lúdicas e desportivas (e.g. ir ao ginásio, à natação, participar em jogos de futebol, de petinga); 10,3% privilegiam as atividades desportivas solitárias (e.g. correr, caminhar) e 3,4% dedicam-se a atividades domésticas/familiares, agrícolas (e.g. cuidar dos netos, da casa, cuidar do jardim, do quintal). Dos 29 participantes que identificaram passatempos, 19,6% consideram que alteraram os seus passatempos com a reforma.

Tabela 3. Passatempos

	Total n= 102	
	n	%
Com passatempos	29	28,4
Tipo de passatempos ^{a)}		
Atividades sociais e ver televisão	10	34,5
Atividades espirituais	8	27,6
Atividades sociais, lúdicas e desportivas	7	24,1
Atividades desportivas solitárias	3	10,3
Atividades domésticas/familiares e agrícolas	1	3,4
Alterou os passatempos com a reforma ^{a)}	20	19,6

^{a)} n= 29

Relativamente à habita o, um total de 85 participantes (83,3%) considera que a sua casa tem condições adequadas às suas necessidades (Tabela 4). Os 19 participantes que exploram as boas condições das suas casas destacam o facto de terem “*tido obras recentes*” (31,6%), ter “*uma boa habita o*” (26,3%), ter “*tudo o que precisam*” (15,8%), “*não ter escadas*” (15,8%) e “*ser grande e espaçosa*” (10,5%). Um total de 17 participantes (16,7%) consideram que as suas habitações não têm condições adequadas. Dos 14 participantes que exploraram estas situações, destacam-se a falta de condições de habitabilidade (64,5%), a existência de barreiras arquitet nicas (e.g. escadas/portas estreitas que dificultam a mobilidade) (21,4%) e o facto de as casas terem espaços muito reduzidos (14,3%).

Tabela 4. Condições da habitação/casa: acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato

	Total n= 102	
	n	%
A casa tem condições adequadas?		
Sim	85	83,3
Não	17	16,7
Razões boas condições ^{a)}		
Obras recentes	6	31,6
É boa	5	26,3
Tem tudo o que é preciso	3	15,8
Não tem escadas	3	15,8
Casa grande/espçosa	2	10,5
Razões más condições ^{b)}		
Sem condições de habitabilidade	9	64,3
Barreiras arquitetónicas	3	21,4
Espaços reduzidos	2	14,3
Tem dificuldades em deslocar-se dentro de casa	58	57,4
Escadas	54	93,1
Portas estreitas	3	5,2
Banheira	1	1,7
Outros problemas		
Humidade	39	38,2
Recursos da casa		
Telefone/telemóvel	100	98,0
Aquecimento	96	94,1
Água quente	96	94,1
Dificuldades em deslocar-se fora de casa		
Sim	57	43,0
Não	43	57,0
Tipos de dificuldade/problemas ^{c)}		
Dificuldades de locomoção, mas sai sozinho	50	94,3
Dificuldades de locomoção e só sai acompanhado	2	3,8
Problemas das vias públicas	1	1,9

^{a)} n= 19; ^{b)} n= 14; ^{c)} n=53

No interior da habitação, cerca de metade dos participantes (57,4%) refere que a casa possui características que dificultam a sua mobilidade (barreiras arquitetónicas), nomeadamente escadas (93,1%), portas estreitas (5,2%) e banheira (1,7%). Um total 39 (38,2%) participantes refere ter humidade em casa. No entanto, a grande maioria tem telefone/telemóvel (98,0%), aquecimento (94,1%) e água quente (94,1%).

Um total de 57 participantes (43%) referem sentir dificuldade em deslocar-se fora de casa, nas zonas envolventes da sua habitação. Destes, 53 participantes exploraram estas situações, sendo que a grande maioria (94,3%) atribui as dificuldades de mobilidade a problemas de saúde que implicam dificuldade de locomoção apesar de conseguirem sair sozinhos, 3,8% referem também dificuldades de locomoção mas só saem acompanhados. Um participante (1,9%) atribuiu as suas dificuldades de mobilidade a problemas da via pública, nomeadamente à irregularidade do piso.

Tabela 5. Redes de vizinhança, serviços e necessidades das pessoas mais velhas

	Total n= 102	
	n	%
Tempo que reside na freguesia <i>M</i> (dp)	54,5 (25,6)	
[Min-Máx]	[2-96]	
Relação com vizinhos		
Próxima e amigável	72	70,6
Conflituosa	14	13,7
Afastada	7	6,9
Inexistente	9	8,8
Necessidades percebidas para apoiar as pessoas idosas ^{a)}		
Centro de convívio	50	49,0
Centro de Noite	23	22,5
ERPI (Lar de idosos)	8	7,8
Acolhimento familiar	4	3,9
Serviço de Apoio Domiciliário	1	1,0

^{a)} n= 86

Os participantes inquiridos residem na sua freguesia há aproximadamente 55 anos (dp=25,6) em média, variando entre 2 e 96 anos. No que concerne à relação com os vizinhos, 70,6% dos participantes considera que é próxima e amigável, enquanto 13,7% considera que é conflituosa, 6,9% afastada e 8,8% inexistente (Tabela 5). Quando inquiridos sobre que equipamentos/respostas sociais de apoio às pessoas mais velhas seriam mais necessários na sua freguesia, os participantes destacam Centro de Convívio (49%), o Centro de Noite (22,5%) e a Estrutura Residencial para pessoas idosas (7,8%).

Tabela 6. Vantagens de viver na freguesia e necessidades percebidas

	Total n= 102	
	N	%
<i>Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta freguesia?</i>^{a)}		
“Terra onde nasci”	26	25,5
“Perto de tudo, próxima da vila, serviços”	9	8,8
Proximidade de pessoas significativas (família, amigos)	5	4,9
“Freguesia humilde; calmo tranquilo, segurança	5	4,9
“Vivo aqui desde que casei”	4	3,9
“Boa vizinhança; as pessoas”	4	3,9
“Tenho aqui os meus terrenos para trabalhar”	3	2,9
“Natureza, rio, caminhadas, campo”	3	2,9

^{a)} n= 59

Quando questionados sobre as principais vantagens/aspectos positivos em residir naquela freguesia, 59 participantes exploraram esta questão e referiram distintos aspetos: o facto de ser a terra onde nasceu (25,5%), a proximidade da vila e dos serviços (8,8%), a proximidade de pessoas significativas, como a família e amigos (4,8%), a humildade, tranquilidade e segurança (4,8%), o facto de casarem nessa freguesia (3,9%), a boa vizinhança e as pessoas (3,9%), os terrenos para trabalhar (2,9%) e, por último, o contacto com a natureza, o rio, o campo e as caminhadas (2,9%) (Tabela 6).

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

Atendendo à diversidade de medidas de avaliação utilizadas, a descrição das dimensões do envelhecimento individual fez-se numa perspetiva biopsicossocial. Neste seguimento, apresenta-se os resultados obtidos na funcionalidade para as ABVD e AIVD, o funcionamento cognitivo e os aspetos socioemocionais.

Funcionalidade na vida diária

Relativamente à funcionalidade para as ABVD, os participantes obtiveram uma pontuação média de 93,9 pontos ($dp=12,2$) no Índice de Barthel, variando entre 30 e 100 pontos. A maioria dos participantes é independente para as ABVD (85,3%), 12,7% ligeiramente dependente, 1% moderadamente dependente e 1% severamente dependente (Tabela 7).

Tabela 7. Funcionalidade nas atividades de vida diária (ABVD e AIVD)

	Total <i>n</i> = 102	
	<i>n</i>	%
Funcionalidade para as atividade básicas de vida diária <i>M (dp)</i>	93,9 (12,2)	
Amplitude	0-100	
Min-Máx	30-100	
Independente	87	85,3
Ligeiramente dependente	13	12,7
Moderadamente dependente	1	1,0
Severamente dependente	1	1,0
Funcionalidade para as atividade instrumentais <i>M (dp)</i>	11,7 (4,7)	
Amplitude teórica		
Mín-Máx	8-29	
Independente	29	28,4
Moderadamente dependente	65	63,7
Severamente dependente	8	7,8

Em relação à funcionalidade para as AIVD, os participantes obtiveram uma pontuação média de 11,7 pontos ($dp=4,70$) na Escala de Lawton, variando entre 8 e 29 pontos. Mais de metade dos participantes apresenta dependência moderada (63,7%), enquanto 28,4% é independente e 7,8% severamente dependente (Tabela 7). Assim, a maioria dos idosos é independente nas ABVD e moderadamente dependentes nas AIVD. As análises individuais dos itens de cada escala são apresentados em anexo nas tabelas A1 e A2.

Funcionamento cognitivo

Quanto à avaliação do funcionamento cognitivo, os participantes obtiveram uma pontuação média de 23,7 pontos ($dp= 4,5$), variando entre 10 e 30 (Tabela 8). Da totalidade dos participantes, 36 (35,6%) obtiveram pontuação abaixo do ponto de corte definido como indicador de déficit cognitivo, considerando os valores de referência de Morgado e colaboradores (2009).

Tabela 8. Desempenho cognitivo no MMSE por dimensão

	Total <i>n</i> = 102			
	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>Min-Máx</i>	Amplitude teórica
MMSE	23,7	4,5	0-30	10-30
Orientação	8,41	1,91	0-10	0-10
Memória imediata	2,91	0,31	0-3	0-3
Cálculo	3,29	1,78	0-5	0-5
Memória de trabalho	2,06	0,99	0-3	0-3
Linguagem	6,85	1,06	0-8	0-8
Organização Visuo-percetiva (desenho)	0,18	0,39	0-1	0-1
Indicador de défice cognitivo do grupo global				
Com indicadores de défice cognitivo <i>n</i> (%)	36 (35,3)			
Sem indicadores de défice cognitivo <i>n</i> (%)	65 (64,4)			

Relativamente às dimensões cognitivas avaliadas pelo MMSE, verifica-se que as dimensões relativas à memória imediata ($M=2,91$; $dp=0,31$), à orientação ($M=8,41$; $dp=1,91$) e à linguagem ($M=6,85$; $dp=1,06$) apresentam uma média mais próxima da pontuação máxima, indicando melhores resultados médios. Por sua vez, as dimensões relativas à organização visuo-percetiva ($M=0,18$; $dp=0,39$), à memória de trabalho ($M=2,06$; $dp=0,99$) e ao cálculo ($M=3,29$; $dp=1,78$) apresentam uma média mais próxima da pontuação mínima, indicando piores resultados médios.

Aspetos Socioemocionais positivos e negativos

No que diz respeito à rede social, os participantes obtiveram uma pontuação média de 15 valores ($dp=5,99$) na Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSN6-6), variando entre 0 e 30 valores. A pontuação média obtida nos itens relativos à família é ligeiramente superior à pontuação relativa aos amigos ($M=8,06$ vs. $M=6,95$, respetivamente).

Tabela 9. Funcionamento da rede social (LSNS-6)

	Total <i>n</i> = 102		<i>Mín-Máx</i>	Amplitude teórica
	<i>n</i>	%		
Rede Social (Lubben) <i>M(dp)</i>	15 (5,99)		0-30	0-30
Família <i>M(dp)</i>	8,06 (2,71)		0-15	0-15
Amigos <i>M(dp)</i>	6,95 (5,23)		0-15	0-15
Risco Social				
Maior risco de isolamento social	31	30,7		
Menor risco de isolamento social	70	69,3		

Do total de participantes 31 (30,7%) apresenta pontuação no LSN6-6 inferior a 12 pontos, indicando maior risco de isolamento social (Tabela 9).

Tabela 10. Sintomatologia Depressiva

	Total <i>n</i> = 102		<i>Mín-Máx</i>	Amplitude teórica
	<i>n</i>	%		
Sintomatologia depressiva (GDS) <i>M(dp)</i>	5,67 (3,54)		0-15	0-15
<i>Md</i> (<i>P</i> ₂₅ ; <i>P</i> ₇₅)	5 (3;8)			
Grupos de sintomatologia depressiva				
Maior sintomatologia depressiva	60	58,8		
Menor sintomatologia depressiva	42	41,2		

No que diz respeito à sintomatologia depressiva, os participantes obtiveram uma pontuação média de 5,67 (*dp*=3,54) na Escala de Depressão Geriátrica – 15, variando entre 0 e 15 (Tabela 10). Um total de 60 participantes (58,8%) apresenta pontuação superior a 5 pontos, indicando, de acordo com a investigação internacional (REFS), presença de sintomatologia depressiva.

3. Análise comparativa das dimensões do envelhecimento em função das características sociodemográficas

Foram exploradas associações e diferenças entre grupos, através do Teste de Mann-Whitney, relativamente às pontuações obtidas nas escalas de avaliação multidimensional:

Índice de Barthel, Escala de Lawton, *Mini Mental State Examination* (MMSE), Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).

Comparando as pontuações dos participantes em função do grupo etário verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos 65-79 anos e 80+ anos nas dimensões relativas à funcionalidade (ABVD e AIVD) e no funcionamento cognitivo ($U > 425,5$, $p < 0,001$). A pontuação média dos participantes com 80 ou mais anos é significativamente inferior à pontuação média dos participantes com 65-79 anos no Índice de Barthel (85,3 vs. 97,3) e no MMSE (20,8 vs. 24,8), sendo que menor pontuação significa piores resultados. Por sua vez, tiveram uma pontuação significativamente superior no Índice de Lawton (14,9 vs. 10,4) e na Escala de Depressão Geriátrica (6,3 vs. 5,4), sendo que maior pontuação indica respetivamente maior grau de dependência e maior sintomatologia depressiva. Na globalidade os participantes com 80 ou mais anos apresentam piores resultados (Tabela 11), evidenciando assim uma maior vulnerabilidade nas várias dimensões da avaliação gerontológica.

Tabela 11. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário

	Grupo etário	Média (dp)	Min-Máx	U	p
Barthel	65-79	97,3 (6,7)	65-100	425,5	<0,001
	80+	85,3 (17,9)	30-100		
Lawton	65-79	10,4 (3,5)	8-27	1650,5	<0,001
	80+	14,9 (5,7)	8-26		
MMSE	65-79	24,8 (4,0)	10-30	517,5	<0,001
	80+	20,8 (4,7)	11-28		
Lubben	65-79	15,9 (5,7)	3-26	734,0	0,020
	80+	12,9 (6,2)	3-24		
Família	65-79	8,1 (2,7)	2-15	1003,0	0,765
	80+	7,90 (2,7)	3-12		
Amigos	65-79	7,74 (5,1)	0-15	728,5	0,017
	80+	5,0 (5,0)	0-15		
GDS-15	65-79	5,4 (3,7)	0-15	1223,0	0,177
	80+	6,3 (3,2)	1-13		

Comparando os resultados dos participantes em função do grupo de género verificaram-se diferenças entre homens e mulheres nas dimensões da avaliação relativas ao funcionamento cognitivo, às redes sociais referentes aos amigos e à sintomatologia depressiva ($U > 881,5$, $p < 0,05$). A pontuação média dos participantes do género feminino é superior à pontuação média dos participantes do género masculino no Índice de Lawton

(12,3 vs. 10,8) e na Escala de Depressão Geriátrica (6,3 vs. 5,4), sendo que maior pontuação indica respetivamente maior grau de dependência nas AIVD e maior sintomatologia depressiva. Na Escala Breve de Redes Sociais obtiveram uma pontuação média inferior ($M=14,2$ vs. $M=16,1$), com uma maior expressão nos dados relativos aos amigos ($M=5,9$ vs. $M=8,4$), sendo que menor pontuação significa maior risco de isolamento social.

De uma forma global, tal como se pode verificar na Tabela 12, os participantes do género feminino apresentam indicadores de maior vulnerabilidade em todas as dimensões da avaliação, com exceção das redes sociais na subescala referente à “Família” ($M=8,3$ vs. $M=7,7$).

Tabela 12. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género

	Género	Média (dp)	Min-Máx	U	p
Barthel	Feminino	92,8 (13,9)	30-100	1103,5	0,225
	Masculino	95,5 (9,2)	60-100		
Lawton	Feminino	12,3 (4,8)	8-26	1591,5	0,022
	Masculino	10,8 (4,4)	8-27		
MMSE	Feminino	23,0 (4,4)	11-29	898,5	0,019
	Masculino	24,7 (4,6)	10-30		
Lubben	Feminino	14,2 (5,4)	3-26	968,5	0,062
	Masculino	16,1 (6,7)	3-26		
Família	Feminino	8,3 (2,8)	3-12	1438,0	0,167
	Masculino	7,7 (2,6)	3-12		
Amigos	Feminino	5,9 (4,7)	0-15	881,5	0,013
	Masculino	8,4 (5,6)	0-15		
GDS-15	Feminino	6,4 (3,4)	0-15	1607,0	0,011
	Masculino	4,7 (3,6)	0-13		

Quando comparadas as pontuações dos participantes em função dos grupos de escolaridade (0 anos; 1-4 anos; 5+ anos) através do teste Kruskal Wallis (Tabela 13), verifica-se diferenças significativas entre grupos nos resultados relativos à funcionalidade para as AIVD, ao funcionamento cognitivo e à rede social, especialmente em relação aos amigos.

Analisando as diferenças entre subgrupos, na Escala de Lawton, verifica-se que os participantes com 0 anos de escolaridade apresentam resultados significativamente mais elevados (indicando maior grau de dependência nas AIVD) do que os participantes com 1-4 anos ($U = 19,9$; $p = 0,005$) e os participantes com 5+ anos ($U < 41,2$; $p < 0,001$). No MMSE verifica-se que os participantes com 0 anos de escolaridade apresentam diferenças significativas face aos participantes com 1-4 anos e aos participantes com 5+ anos ($U <$; $p < 0,001$; $U <$; $p < 0,001$, respetivamente), estando o melhor desempenho associado aos

grupos com maior nível de escolaridade. Relativamente à Escala de Lubben no score total, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes com 0 e 1-4 anos de escolaridade ($U=-18,3$; $p=0,014$) e entre os grupos com 0 e 5 ou mais anos de escolaridade ($U=-32,2$; $p=0,011$). De referir, ainda, que nos dados relativos à subescala “Amigos” observam-se também diferenças significativas entre os participantes com 0 e com 1-4 anos de escolaridade ($U= -18,5$; $p=0,011$) e nos participantes com 5+ anos ($U= -34,7$; $p= 0,005$). Em todas as análises foi aplicada a correção de Bonferroni segundo o qual o ponto de corte para a significância das diferenças era de $p\leq 0,005$.

Tabela 13. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade

	Escolaridade	Média (dp)	Min-Máx	K	P
Barthel	0	91,6 (13,2)	40-100	4,62	0,099
	1-4	94,8 (12,2)	30-100		
	5+	96,7 (8,3)	75-100		
Lawton	0	13,6 (5,2)	8-26	17,46	<0,001
	1-4	11,2 (4,4) ‡	8-27		
	5+	8,67 (1,3) ^Ω	8-11		
MMSE	0	21,0 (4,4)	11-28	21,59	<0,001
	1-4	24,6 (54,1) ‡	10-30		
	5+	27,0 (3,2) ^Ω	20-30		
Lubben	0	12,1 (5,2)	3-20	11,93	0,003
	1-4	15,9 (6,1) ‡	3-26		
	5+	18,7 (4,2) ^Ω	11-24		
Família	0	7,7 (2,7)	3-13	1438,0	0,601
	1-4	8,3 (2,8)	2-15		
	5+	7,9 (2,2)	5-12		
Amigos	0	4,4 (4,6)	0-15	881,5	0,001
	1-4	7,7 (5,2) ‡	0-15		
	5+	10,8 (3,5) ^Ω	6-15		
GDS-15	0	6,4 (3,3)	0-12	3,86	0,145
	1-4	5,5 (3,7)	0-15		
	5+	1,7 (3,4)	0-9		

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

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

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

4. Recursos comunitários: utilização e necessidade percebida de serviços

A avaliação da utilização e necessidade percebida de serviços foi realizada com recursos à parte B da OARS-PT (2008). Na avaliação dos serviços são apresentados os dados referentes à utilização e necessidade sentida, nos seis meses anteriores ao questionário, de um conjunto de 19 serviços distribuídos por cinco grupos, nomeadamente: serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos; serviços de saúde; serviços de apoio, avaliação e coordenação; e serviços não classificados.

O grupo de **serviços gerais de apoio** é composto pelos serviços de cuidados pessoais, de supervisão contínua, de monitorização, serviços domésticos, serviços de preparação de refeições e serviços administrativos (Tabelas 14 e 15).

Nos últimos seis meses, 14,9% dos participantes recebeu ajuda de serviços de cuidados pessoais, prestada sobretudo por familiares (80%), mas também por profissionais associados a uma resposta social ou à segurança social (20%). Para 33,3% dos participantes a prestação de cuidados durou entre ½ hora a 1 ½ por dia e para 53,3% demorou mais de 1 ½ hora por dia. Cerca de 73% dos participantes referem ainda receber essa ajuda e 13,9% consideram necessitar de ajuda nos cuidados pessoais (Tabela 14). Um total de 9 participantes (8,9%) recebeu supervisão contínua nos últimos 6 meses, realizada em 88,9% dos casos pelos familiares e 11,1% pelos profissionais associados a uma resposta social ou à segurança social. Cerca de 67% dos participantes ainda têm supervisão 24 horas por dia e 12,9% consideram necessitar de supervisão 24 horas por dia. Cerca de 45% dos participantes beneficiou de serviço de monitorização nos últimos seis meses. Destes, 97,7% receberam monitorização de familiares e, apenas, 2,3%, de profissionais associados a uma resposta social ou à segurança social. À data deste inquérito 93,2% dos participantes ainda recebia este serviço. Quando questionados sobre a necessidade sentida de serviços de monitorização, sensivelmente metade do total de participantes (50%) considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado.

Tabela 14. Serviços gerais de apoio

	Total n= 102	
	n	%
Serviços de Cuidados Pessoais		
Teve ajuda nos cuidados pessoais	15	14,9
Quem ajudou		
Familiar	12	80,0
Alguém de uma instituição	3	20,0
Quanto tempo		
Menos de ½ hora por dia	2	13,3
½ hora a 1 ½ por dia	5	33,3
Mais de 1 ½ hora por dia	8	53,3
Ainda recebe ajuda	11	73,3
Considera necessitar de ajuda para os cuidados pessoais	14	13,9
Supervisão Contínua		
Recebeu supervisão durante 24 horas por dia	9	8,9
Quem prestou supervisão contínua		
Familiar	8	88,9
Alguém de uma instituição ou segurança social	1	11,1
Ainda tem supervisão 24h	6	66,7
Considera necessitar de supervisão 24horas por dia	13	12,9
Serviços de monitorização		
Beneficiou de serviço de monitorização	45	44,6
Quem o fez		
Familiar	42	97,7
Amigo		
Alguém de uma instituição ou segurança social	1	2,3
Ainda beneficia deste serviço	41	93,2
Considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado	50	50,0

Os dados relativos aos serviços domésticos (Tabela 15) evidenciam que 33,7% dos participantes teve ajuda regular nas tarefas domésticas, sendo que essa ajuda foi assegurada maioritariamente por familiares (82,4%), por cuidadores formais (11,8%) e por profissionais associados a uma resposta social ou à segurança social (5,9%). Em média, estes participantes usufruíram aproximadamente de seis horas semanais (dp=3,69) de serviços domésticos. No momento do inquérito, os mesmos participantes ainda recebiam ajuda nas tarefas domésticas e cerca de 36% reconhecem necessitar de ajuda para realizar estas tarefas. No que respeita à preparação de refeições, nos últimos seis meses, 22,8% (n=23) dos participantes teve ajuda nesta tarefa ou necessitou realizar as suas refeições fora de casa, por não ser capaz de as confeccionar. Deste grupo, 66,7 % teve ajuda de

familiares na preparação de refeições, 25% de profissionais associados a uma resposta social ou à segurança social e 4,2% de uma pessoa paga para essa tarefa. Nos últimos seis meses, 17 participantes (16,8%) tiveram alguém que os ajudou em questões administrativas, legais e de proteção, ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas. Essa ajuda é prestada na maioria dos casos por alguém pago por essa tarefa (52,9%), por familiares (23,5%) e por alguém de uma instituição ou Segurança Social (23,5%) (Tabela 16). Apesar da maioria dos participantes (82,4%) ter alguém que o/a ajuda nestes assuntos, apenas 17 participantes (16,8%) consideram necessitar deste serviço.

Tabela 15. Utilização e necessidade gerais de apoio (continuação)

	Total n= 102	
	n	%
Serviços domésticos		
Teve ajuda regular nas tarefas domésticas	34	33,7
Quem ajudou		
Familiar	28	82,4
Amigo		
Outra pessoa paga para essa ajuda	4	11,8
Alguém de uma instituição ou segurança social	2	5,9
Quantas horas semanais <i>M (dp)</i>	6,19(3,69)	
Ainda tem ajuda	34	100
Considera necessidade de ajuda para realizar as tarefas domésticas	36	35,6
Preparação de Refeições		
Teve ajuda na preparação de refeições ou teve que comer fora de casa	23	22,8
Quem ajudou		
Familiar	16	66,7
Outra pessoa paga para essa ajuda	1	4,2
Alguém de uma instituição ou segurança social	6	25,0
Ainda tem alguém que lhe prepare as refeições	22	91,7
Considera necessitar de ajuda para preparar refeições	23	22,8
Serviços administrativos		
Teve ajuda para questões legais, ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro	17	16,8
Quem o/a ajudou		
Familiar	4	23,5
Amigo		
Alguém de uma instituição ou segurança social	4	23,5
Alguém a quem paga por essa tarefa	9	52,9
Ainda tem alguém que o/a ajude nestas questões	14	82,4
Considera necessitar de ajuda nas questões legais e financeiras	17	16,8

Na Tabela 16 são apresentados os dados relativos aos **serviços sociais e recreativos**, que incluem os serviços sociais/recreativos, as viagens e o desporto.

Tabela 16. Utilização e necessidade de serviços sociais e recreativos

	Total <i>n</i> = 102	
	<i>n</i>	%
Serviços sociais e recreativos		
Participou em atividade	40	40,0
Ainda participa nas atividade	34	94,4
Acha que necessita participar neste tipo de atividade	64	63,4
Viagens		
Realizou alguma viagem organizada	24	23,8
Espera realizar este ano		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6
NS/NR	0	0
Necessita viajar	57	56,4
Desporto		
Participa em atividade de exercício físico	7	6,9
Atividade de exercício físico por semana <i>M (dp)</i>	5,43(2,69)	
Ainda participa nas atividade de exercício físico	7	100
Necessita de exercício físico	23	22,8

Cerca de 40% dos inquiridos participaram em atividades sociais e recreativas nos últimos 6 meses. Deste grupo, 94,4% ainda participava nessas atividades no momento do inquérito e aproximadamente 63,4% dos participantes considera necessitar deste tipo de atividades. Quanto à realização de viagens, 23,8% dos participantes realizou alguma viagem organizada nos últimos dois anos pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, ou outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados e a grande maioria (94,4%) espera realizar uma viagem ainda este ano. Uma percentagem significativa de participantes (56,4%) considera necessitar de viajar (Tabela 16). No entanto, no que concerne à utilização de serviços desportivos, apenas 7 participantes (6,9%) referiram participar em algum programa de exercício físico organizado pela Junta de Freguesia ou por outra instituição, nos últimos seis meses. Este grupo mantinha, em média, estas atividade, cinco vezes por semana ($M=5,43$; $dp=2,69$) e no momento do inquérito, o mesmo número de participantes

ainda integravam atividades de exercício físico, no entanto 22,8% dos participantes inquiridos consideravam necessitar de participar em atividades ligadas ao exercício físico.

Os **serviços de saúde** são compostos pelos serviços de saúde mental, utilização de medicamentos psicotrópicos, enfermagem e fisioterapia, estando descriminados na Tabela 17.

Tabela 17. Utilização e necessidade de serviços de saúde

	Total <i>n</i> = 102	
	<i>n</i>	%
Serviços de saúde mental		
Recebeu orientações por problemas mentais	30	29,7
Esteve hospitalizado por problemas de saúde mental	16	48,5
Número de consultas por problemas mentais <i>M (dp)</i>	0,89 (1,16)	
Ainda recebe essa ajuda	19	65,5
Acha que necessita de tratamento por problemas de saúde mental	33	32,7
Medicamentos psicotrópicos		
Tem tomado medicamentos psicotrópicos	22	22,0
Ainda toma medicamentos psicotrópicos	22	100
Acha que necessita de tomar medicamentos psicotrópicos	26	25,7
Enfermagem		
Recebeu cuidados de enfermagem	16	15,8
Quem o ajudou		
Familiar ou amigo	1	6,7
Enfermeiro	13	86,7
Alguém de uma instituição ou segurança social	1	6,7
Tempo médio dependido por dia em cuidados de enfermagem		
Menos de um mês	13	86,7
De 1 a 3 meses	2	13,3
Mais de 3 meses		
Ainda recebe cuidados de enfermagem	4	25,0
Acha que necessita de cuidados de enfermagem	11	10,9
Fisioterapia		
Tem feito fisioterapia	15	14,9
Quem prestou cuidados de fisioterapia		
Fisioterapeuta	15	100
Outra pessoa paga		
Quantas vezes por semana <i>M(dp)</i>	4,40 (4,61)	
Ainda recebe cuidados de fisioterapia	3	17,6
Acha que necessita de cuidados de fisioterapia	20	19,8

No que respeita aos serviços de saúde mental, 29,7% dos participantes recebeu orientações ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, de “nervos” e/ou

emocionais e, em média, necessitou de uma consulta ou sessão ($M=0,89$; $dp=1,16$) com médicos, psiquiatras ou outros profissionais. Cerca de 48,5% participantes necessitaram de hospitalização, no entanto 32,7% dos participantes inquiridos considera necessitar de tratamento por problemas de saúde mental. Quanto à utilização de medicamentos psicotrópicos, 22% dos participantes tomaram, nos últimos seis meses, algum medicamento receitado para os “nervos” ou para a depressão, sendo que no momento do inquérito todos referem continuar a tomar esta medicação. Uma percentagem de 25,7% considera necessitar de tomar este tipo de medicação. Cerca de 15,8% dos participantes receberam serviços de enfermagem, prestados na grande maioria dos casos por um enfermeiro (86,7%), sendo que, no momento do inquérito, 5% dos participantes ainda recebia esses cuidados. Quanto à necessidade percebida 10,9% do número total de participantes considera necessitar de cuidados de enfermagem. Face à utilização de serviços de fisioterapia apenas 15 participantes referiram ter recorrido, nos últimos seis meses, a este serviço sendo que atualmente apenas 3 participantes o fazem (17,6%). Em média, as sessões de fisioterapia realizaram-se quatro vezes por semana ($M=4,40$; $dp=4,61$), sendo realizada na totalidade por um fisioterapeuta (100%). Do total da amostra 19,8% dos participantes considera necessitar deste serviço.

Os **serviços de apoio, avaliação e coordenação** abrangem os serviços de coordenação, informação e apoio e os serviços de avaliação sistemática multidimensional (Tabela 18).

Tabela 18. Utilização e necessidade de serviços de avaliação e coordenação

	Total <i>n</i> = 102	
	<i>n</i>	%
Serviços de coordenação, informação e apoio		
Alguém viu se tinha o que necessitava	42	41,6
Quem foi essa pessoa		
Familiar	32	78,0
Junta de Freguesia	9	22,0
Ainda tem essa ajuda	37	86,0
Acha que necessita de ajuda	39	38,6
Avaliação sistémica multidimensional		
Foi examinado o seu estado geral de saúde	77	76,2
Acha que necessita de uma avaliação sistémica geral	88	87,1

Nos últimos seis meses, 42% dos participantes recebeu ajuda nos serviços de coordenação, informação e apoio, prestada sobretudo por familiares (78%), mas também pela Junta de Freguesia (22%). A maioria dos participantes (86%) ainda beneficiava dessa ajuda no momento do inquérito e 39% consideram necessitar de ajuda deste tipo de serviço. Cerca de 76% dos participantes referiu ter realizado a avaliação sistemática multidimensional, nos últimos seis meses, no entanto 87% dos participantes consideram necessitar deste serviço.

Tabela 19. Utilização de serviços não classificados

	Total <i>n</i> = 102	
	<i>n</i>	%
Transporte		
Quem o leva às compras, médico, visitas		
Vai sozinho/a	54	53,5
Familiar	36	35,6
Transporte público	6	5,9
Outro	5	5
Deslocações por semana <i>M (dp)</i>	2,30(3,25)	
Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe	38	37,6
Serviços de Realojamento		
Recebeu ajuda para realojamento	8	8,0
Acha que necessita de ajuda para realojamento	8	8,0

No que respeita ao transporte, a maioria dos participantes faz deslocações sozinho (54%) e um número reduzido de participantes (5,9%) utiliza os transportes públicos. Em média, fazem aproximadamente 2 deslocações por semana ($M=2,30$; $dp=3,25$). Cerca de 38% dos inquiridos considera que necessita de transporte mais vezes do que dispõe. Quanto aos serviços de realojamento, apenas 8% dos participantes recebeu este serviço.

Análise comparativa: utilização de serviços vs. necessidades percebidas

No sentido de averiguar se a utilização de serviços comunitários correspondia às necessidades dos idosos, foi realizada uma análise comparativa, através do cálculo da diferença entre a frequência absoluta da utilização e das necessidades percebidas pelos participantes face aos mesmos (Tabela 20).

Tabela 20. Análise contrastada: utilização de serviços vs. necessidades percebidas

	Utilização de Serviços (n=102)		Necessidade percebida (n=102)		Dif ^{a)}
	n	%	N	%	
Serviços gerais e apoio					
Serviços de Cuidados Pessoais	15	14,9	14	13,9	1
Supervisão contínua	9	8,9	13	13,9	-4
Serviços de monitorização	45	44,6	50	50,0	-5
Serviços domésticos	34	33,7	36	35,6	-2
Preparação de Refeições	23	22,8	23	22,8	0
Serviços Administrativos	17	16,8	17	16,8	0
Serviços sociais e recreativos					
Serviços sociais e recreativos	40	40,0	64	63,4	-24
Viagens	24	23,8	57	56,4	-33
Desporto	7	6,9	23	22,8	-16
Serviços de saúde					
Serviços de saúde mental	30	29,7	33	32,7	-3
Medicamentos psicotrópicos	22	22,0	26	25,7	-4
Enfermagem	16	15,8	11	10,9	5
Fisioterapia	15	14,9	20	19,8	-5
Serviços de avaliação e coordenação					
Serviços de coordenação, informação e apoio	42	41,6	39	38,6	3
Avaliação sistemática multidimensional	77	76,2	88	87,1	-11
Serviços não classificados					
Transporte	54	53,5	38	37,6	16
Serviços de Realojamento	8	8,0	8	8,0	0

a) Diferença entre utilização de serviços e necessidade percebida.

Da análise dessas diferenças, verifica-se que a discrepância entre a utilização de serviços e as necessidades percebidas desses serviços varia consoante o tipo de serviços, sendo maior no caso dos serviços sociais e recreativos, cujas diferenças variam entre -16 e -33 pontos. Estas diferenças significam que existe um número considerável de participantes que consideram necessitar de serviços sociais e recreativos, de realizar viagens organizadas pelas instituições comunitárias e de realizar atividades de desporto, mas não beneficiam destes serviços. Verifica-se ainda uma discrepância entre a utilização e a necessidade percebida de serviços de avaliação sistémica multidimensional, com uma diferença de -11 participantes a beneficiar face aos que beneficiaram destes serviços nos últimos seis meses. Destacam-se as discrepâncias ao nível dos serviços de saúde mental e de fisioterapia (com diferenças na ordem dos -5 e -4) e ao nível dos serviços de supervisão contínua e de monitorização. Analisando as diferenças positivas, verifica-se uma diferença de 16 participantes entre o número de participantes que utiliza serviços de transporte e os que

acham que necessitam deste serviço ou ajuda, indicando que possivelmente alguns participantes que habitualmente têm este tipo de ajudas, considerem não necessitar.

Utilização de serviços em função do grau de funcionalidade para as AIVDs

Para além da análise comparativa entre a utilização de serviços comunitários e as necessidades percebidas, foi ainda explorada a utilização de serviços em função do nível de funcionalidade dos participantes nas atividades instrumentais da vida diária (Tabela 21).

Tabela 21. Associação entre utilização de serviços e funcionalidade nas AIVDs

	Independente (n=29)		Moderadamente dependente (n=65)		Severamente dependente (n=8)		Teste ^{a)}
	n	%	n	%	n	%	
Serviços gerais de apoio							
Serviços de Cuidados Pessoais	3	10,3	7	10,9	5	62,5	$\chi^2=16,123; p=0,003$
Supervisão continua	5	17,2	1	1,6	3	37,5	$\chi^2= 14,793; p= 0,001$
Serviços de monitorização	14	48,3	26	40,6	5	62,5	$\chi^2=1,606; p=0,448$
Serviços domésticos	7	24,1	19	29,7	8	100	$\chi^2= 17,396; p< 0,001$
Preparação de Refeições	6	20,7	10	15,6	7	87,5	$\chi^2=20,989; p<0,001$
Serviços Administrativos	4	13,8	11	17,2	2	25,0	$\chi^2=0,578; p=0,749$
Serviços sociais e recreativos							
Serviços sociais e recreativos	15	53,6	24	37,5	1	12,5	$\chi^2=4,641; p=0,031$
Viagens	9	31,0	15	23,4	0	0,0	$\chi^2=3,344; p=0,188$
Desporto	4	13,8	3	4,7	0	0,0	$\chi^2=3,212; p=0,201$
Serviços de saúde							
Serviços de saúde mental	7	24,1	23	35,9	0	0,0	$\chi^2=5,002; p= 0,082$
Medicamentos psicotrópicos	3	10,7	19	29,7	0	0,0	$\chi^2= 6,539; p=0,038$
Enfermagem	8	27,6	7	10,9	1	12,5	$\chi^2= 4,222; p= 0,121$
Fisioterapia	4	13,8	11	17,2	0	0,0	$\chi^2= 0,186; p=0,666$
Serviços de avaliação e coordenação							
Serviços de coordenação, informação e apoio	9	31,0	29	45,3	4	50,0	$\chi^2=1,740; p=0,187$
Avaliação sistemática multidimensional	23	79,3	48	75,0	6	75,0	$\chi^2=0,212; p= 0,899$
Serviços não classificados							
Transporte	8	72,4	31	47,4	8	100	$\chi^2=0,145; p= 0,703$
Serviços de Realojamento	2	6,9	6	9,5	0	0,0	$\chi^2= 0,942; p=0,624$

a)Qui quadrado ou teste de linearidade para variáveis ordinais

Quando analisada a associação entre o uso de serviços e o grau de dependência nas AIVD é possível verificar que, relativamente aos serviços gerais de apoio, os serviços domésticos são os mais utilizados pelos participantes severamente dependentes (100%), seguindo-se a preparação de refeições (88%) e os serviços de cuidados pessoais (63%). Importa salientar que nos serviços gerais de apoio foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre grupos em todos os serviços e recursos comunitários, à exceção do serviço de monitorização e serviços administrativos. Relativamente aos serviços sociais e recreativos, o perfil de utilização destes serviços está mais associado aos participantes independentes e moderadamente dependentes. No entanto, note-se que essas diferenças não são estatisticamente significativas, com a exceção dos serviços sociais e recreativos. Enquanto, 54% dos participantes independentes têm utilizado serviços sociais e recreativos, apenas 13% dos participantes dependentes o fizeram nos últimos seis meses, indicando que quanto mais independente maior a utilização deste tipo de serviços. No caso dos serviços de saúde a utilização mostra-se mais elevada no grupo de participantes moderadamente dependentes, à exceção da utilização dos serviços de enfermagem. Nos serviços de saúde foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre grupos apenas no serviço de medicamentos psicotrópicos. Em síntese são os participantes mais dependentes que utilizam mais os serviços comunitários, à exceção dos serviços sociais e recreativos e dos serviços de saúde, em que a percentagem é mais elevada nos participantes independentes e moderadamente dependentes, respetivamente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Discussão

Esta dissertação descreve um estudo de análise comunitária do envelhecimento, com vista a contribuir para desenhar um Plano Gerontológico Municipal (PGM), com os objetivos de analisar as características da população mais velha residente no Município de Ponte da Barca, considerando as suas características sociodemográficas, as capacidades individuais e necessidades percebidas de serviços associadas ao envelhecimento. Partindo de uma análise documental de caracterização da comunidade, este trabalho culminou no desenvolvimento de um estudo de natureza quantitativa, com 102 pessoas com mais de 65 anos residentes neste concelho, 59% mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ($M=75,5$ $dp= 7,6$) e escolaridade média de 3 anos de escolaridade ($M=2,8,dp=2,7$), sendo superior nos homens. Relativamente ao estado civil, cerca de metade dos participantes eram casados, em média com 3 filhos e a residir com uma pessoa. No entanto, cerca de 37% viviam sozinhos. Da análise de subgrupos, identificaram-se três grupos que apresentam maior vulnerabilidade: os mais velhos, as mulheres e os menos escolarizados. Os participantes mais velhos apresentam maior dependência nas AVDs, pior desempenho cognitivo e maior risco de isolamento social. As mulheres apresentam piores indicadores em termos de funcionamento cognitivo, redes sociais mais estreitas e menor interação social, e maior sintomatologia depressiva. Os participantes menos escolarizados apresentam maior dependência nas AIVDs, pior desempenho cognitivo e maior risco de isolamento social. A análise da utilização e necessidade de serviços comunitários demonstrou que, na globalidade, são os participantes mais dependentes que utilizam mais serviços comunitários assistenciais, à exceção dos serviços sociais e recreativos e os serviços de saúde. Comparando a utilização de serviços e as necessidades percebidas, verifica-se uma maior discrepância ao nível da utilização de serviços sociais e recreativos.

Um dos aspetos relevantes na caracterização dos participantes diz respeito ao facto de cerca de 70% dos participantes referirem não ter passatempos ou atividades de tempos livres. Este resultado poderá estar relacionado com uma questão cultural, uma vez que o conceito de passatempos poderá estar associado a um contexto de vida mais urbano. Para além disso, verifica-se que a maioria dos participantes desempenhou profissões ligadas à

agricultura, artífices e trabalhadores não qualificados, que, frequentemente mantêm algumas atividades no dia-a-dia ligadas à sua profissão anterior (ainda que diminuindo a intensidade do trabalho, por vezes). Não obstante, na análise da utilização de serviços, verifica-se que a utilização dos serviços sociais e recreativos constitui o tipo de serviços que apresenta uma maior discrepância entre o número de participantes que utiliza e o número superior de participantes que considera necessitar dessas atividades. Verificou-se também na caracterização da comunidade, a não existência de programas municipais de cariz social, lúdico, recreativo, educativo e/ou, desportivo direcionados para a população mais velha a residir na comunidade. Todavia, vários estudos realizados na área do envelhecimento e da interação social – entendida em sentido amplo como atividade social e participação social – têm sugerido que um elevado nível de atividade corresponde a uma condição essencial para uma velhice bem-sucedida. Rowe e Kahn (1997) defendem que o envolvimento ativo com a vida constitui um dos fatores que atua como potencial para a realização das atividades sociais, envolvendo as relações interpessoais e as atividades produtivas, remuneradas ou não. Tendo por base a importância do envolvimento ativo dos mais velhos em atividades sociais torna-se, portanto, fundamental criar atividades desta natureza e abrir possibilidades de acesso para todos os indivíduos.

Relativamente à habitação, a maioria dos participantes (83%) considera que a sua casa tem condições adequadas às suas necessidades. Não obstante, cerca de metade dos participantes identifica barreiras arquitetónicas que dificultam a mobilidade, como escadas, portas estreitas e a existência de banheira. Para além disso, cerca de 40% dos participantes referem sentir dificuldade em deslocar-se fora de casa, nas zonas envolventes da sua habitação. Assumindo a influência que a comunidade e os seus recursos - sociais e de saúde - exercem sobre o processo de envelhecimento (Elder, 1999; Baltes, 1987; Kahana *et al.*, 2005; Fernández-Ballesteros, 2008) e a influência das condições de habitação - básicas e avançadas - na funcionalidade e autonomia das atividades instrumentais ou lúdicas/recreativas (Paúl, 2005a), é necessária a criação de um ambiente amigável e seguro, onde as AVDs possam ser realizadas com a máxima eficácia quer ao nível do contexto doméstico, como da comunidade, no sentido de maximizar o envelhecimento bem-sucedido. Em concordância, a WHO (2002) defende que os desafios ambientais

representam um fator otimizador ou limitador perante a evolução do processo de envelhecimento com efeitos (in)diretos na autonomia dos idosos e consequentemente no bem-estar subjetivo.

Os participantes residem naquela freguesia há aproximadamente 55 anos, sendo a relação com os vizinhos percebida maioritariamente como próxima e amigável. Para além disso, os participantes valorizam o facto de viverem na terra onde nasceram, assim como a proximidade da família e amigos. Estes resultados evidenciam o sentimento que vários autores têm chamado de vinculação ao lugar (Speller, 2005), podendo ser analisados em conformidade com as três dimensões de vinculação ao lugar definidas por Rowles (1994, como citado em Fonseca, Gonçalves & Azevedo, 2008), nomeadamente, (a) ligação física (familiaridade com o ambiente físico onde se vive, controlo do espaço envolvente), (b) ligação social (integração no ambiente social, relações com os outros e sentido de comunidade) e (c) ligação psicológica (sentido conferido ao facto de se viver num determinado espaço físico e social).

No que diz respeito às capacidades das pessoas mais velhas que foram avaliadas neste estudo, verifica-se que a maioria dos participantes é independente nas ABVD e moderadamente dependente nas AIVD. Os participantes mais velhos apresentam maior dependência nas AVDs e os participantes menos escolarizados apresentaram maior dependência nas AIVD. Estes resultados corroboram a literatura relevante no domínio, na medida em que indica as pessoas entre os 65 e os 75 anos (terceira idade) apresentam um menor grau de dependência quando comparados com os participantes com 85 ou mais anos (quarta idade), sendo que a incapacidade é entre quatro a cinco vezes maior (Pavarini & Neri, 2000).

Também as mulheres apresentam maior grau de dependência nas AIVD, provavelmente também por razões culturais inerentes às gerações estudadas, associadas a menor escolaridade das mulheres e também maior dependência relativamente aos homens (Botelho, 2000).

Em relação ao *funcionamento cognitivo*, os participantes da quarta idade, as mulheres e os participantes menos escolarizados revelaram pior desempenho cognitivo e maiores indicadores de défice cognitivo. Estes resultados corroboram estudos desenvolvidos no domínio, como é exemplo Schaie (1996) e Baltes e Mayer (1999) demonstrando que na velhice muito velha (quarta idade) existem perdas significativas ao nível do funcionamento cognitivo que se sobrepõem aos ganhos, revelando que a plasticidade desenvolvimental tem limites. Recentemente Pereira (2015), também, reuniu evidências que tanto a idade como a escolaridade são fatores que influenciam o funcionamento cognitivo, sendo que os participantes da terceira idade apresentam melhor desempenho do que os da quarta idade e os participantes mais escolarizados (independentemente do grupo etário) obtêm também sistematicamente resultados superiores. Relativamente ao género, as mulheres, efetivamente, apresentam maior défice, sendo que Fiedler e Peres (2008) referem que o facto de as mulheres viverem mais tempo do que os homens poderá explicar, em parte, a prevalência de um maior número de doenças crónicas e comorbilidades, resultando em limitação funcional e incapacidade.

Quanto às *redes sociais* – frequentemente avaliada através da dimensão da rede social de suporte e da frequência de contactos sociais – os resultados evidenciam que, na globalidade, os participantes apresentam um bom funcionamento da rede social, porém o suporte está predominantemente ligado à família. Neste sentido Fonseca (2006) defende que a família adquire uma centralidade na velhice, uma vez que o contato com a família aumenta com a idade e é a família que assegura o cuidado das pessoas mais velhas em cerca de 80 a 90% dos casos. Avaliado o risco de isolamento social verificamos que 31 participantes se encontram em maior risco de isolamento social, sendo de referir que estamos perante uma amostra em que 37 participantes vivem sozinhos e 30 participantes classificam a relação com os vizinhos como conflituosa, afastada e inexistente podendo ser duas das razões que podem explicar este resultado. Quando comparados os resultados com dados sociodemográficos verificamos que estes resultados aproximam-se dos resultados obtidos no estudo de Ribeiro e colaboradores (2012) na medida em que a variação dos resultados da escala e subescalas por grupo etário e género evidenciaram que a rede social (no score total e em ambas as subescalas) revela ser inferior nos participantes mais velhos

e, no que ao género diz respeito, apenas foram encontradas diferenças significativas na subescala “Amigos”, sendo que as mulheres apresentam piores resultados face aos homens.

No que respeita à *sintomatologia depressiva*, um número significativo de participantes apresentam sintomatologia depressiva ligeira a moderada sendo que as mulheres apresentam piores resultados. Verifica-se ainda que um número considerável de participantes receberam algum apoio por problemas mentais e tomaram medicamentos para os “nervos” ou para a depressão. A literatura no domínio tem demonstrado que a idade, o género e a escolaridade influenciam a sintomatologia depressiva na velhice. Vejamos que em relação à idade, a WHO (2002) defende que 25% das pessoas com idade superior a sessenta e cinco anos sofrem de alguma perturbação mental, sendo a depressão a mais frequente até aos setenta e cinco anos. Na diferença entre géneros, Duarte & Rego (2007) consideram que o género feminino se revela como um fator de risco para a depressão na velhice. Quanto à escolaridade, Vaz (2009) defende que o baixo nível de escolaridade implica que o idoso se encontre menos preparado para as mudanças que ocorrem no seu ambiente e tenha mecanismos pobres de defesa perante determinadas situações, ao que se associa um pobre desenvolvimento social, constituindo assim um fator de risco para a depressão. Não obstante, os resultados do presente estudo não evidenciaram diferenças significativas entre grupos etários e de escolaridade, porém apresentavam piores resultados.

Da análise da *utilização e necessidade percebida de serviços comunitários*, verifica-se que os participantes mais dependentes nas AIVD são os que utilizam mais serviços comunitários assistenciais. Estes resultados vão de encontro à revisão da investigação no domínio, evidenciando uma maior necessidade e utilização de serviços gerais de apoio por parte dos participantes mais dependentes, enquanto os mais independentes manifestam maior interesse no desenvolvimento de serviços sociais e recreativos (Pereira, 2016; Sampaio, 2017). Os serviços com maior utilização pelos participantes dependentes encontram-se no grupo de serviços gerais de apoio, respetivamente nos serviços domésticos, na preparação de refeições e nos serviços de cuidados pessoais, sendo este

apoio prestado sobretudo por familiares. Para Salgado (2010) a família é efetivamente quem fornece apoio a nível prático, emocional e material, tratando de assuntos tais como tarefas domésticas, alimentação, saúde, demonstração de afeto, e outros serviços que o idoso necessite. Estes cuidados prestados pela família a pessoas idosas assumem extrema importância para o seu bem-estar (Paúl, 2005a). Estes resultados evidenciam que os participantes com maior grau de dependência usufruíram nos últimos seis meses dos serviços que poderão compensar dificuldades ao nível das atividades instrumentais da vida diária, ressaltando a família como um elemento central no suporte de apoio informal aos idosos.

Neste estudo, verificou-se uma grande discrepância entre o número de pessoas idosas que beneficiam de serviços sociais e recreativos e os que consideram necessitar, verificando-se um défice de utilização face à necessidade percebida. Estes resultados vão de encontro à investigação no domínio (Pereira, 2016; Sampaio, 2017), na medida em que se corroborou a maior necessidade de participação nos serviços sociais e recreativos, sendo que um número considerável de participantes considera necessitar de realizar viagens organizadas pelas instituições comunitárias e de realizar atividades de desporto. A este respeito, a Organização Mundial de Saúde tem, inclusivamente, vindo a destacar os benefícios físicos, psicológicos e sociais que, ao nível da promoção do envelhecimento bem-sucedido, decorrem da prática regular de exercício físico e da manutenção de uma dieta nutricional equilibrada e saudável (WHO, 1997; 2004). Não obstante, e embora a investigação tenha vindo a fornecer dados concretos acerca da importância da saúde mental e física no processo de envelhecimento, suportando empiricamente o princípio da plasticidade do desenvolvimento humano e os efeitos positivos dos programas de intervenção para a modificação dos comportamentos (Baltes, et al., 1999), permanece ainda bastante enraizada a falsa crença de que a velhice é demasiado tardia para aprender novos hábitos e que, mesmo se esses hábitos fossem adotados, não teriam efeito sobre a saúde (Fernández-Ballasteros, 2008).

Esta análise permitiu identificar o perfil de utilização de serviços face ao grau de dependência das pessoas mais velhas, assim como identificar necessidades de serviços em

função destas características, concluindo que, em termos comunitários, parece existir uma maior necessidade e utilização de serviços de apoio por parte dos participantes mais dependentes, enquanto os mais independentes manifestam maior interesse no desenvolvimento de serviços sociais e recreativos. Estes perfis constituem grande utilidade para a orientação política ao nível da criação e desenvolvimento de serviços dirigidos à população mais velha a nível municipal. Importa, então, proceder à concretização prática de como responder às necessidades dos indivíduos mais velhos na coordenação de serviços públicos, efetivos e eficientes, que permitam manter os níveis de autonomia e independência, possibilitando que os indivíduos envelheçam em casa e desfrutem de uma velhice bem-sucedida.

Limitações do estudo

Os resultados deste estudo apresentam algumas limitações, que poderão comprometer a análise e generalização dos dados, designadamente: (a) reduzido nível de escolaridade e elevada percentagem de analfabetos (que poderá introduzir viés nos resultados e levantar, conseqüentemente, algumas questões para um protocolo com instrumentos padronizados); (b) extensão do protocolo de recolha de dados (poderá ter induzido cansaço aos participantes podendo ter comprometido o rigor das respostas); e (c) as juntas de freguesia, em alguns casos, forneceram as listas já com os participantes selecionados, limitando a capacidade da equipa de investigação garantir a seleção aleatória de todos os participantes.

Implicações para o PGM

As evidências reunidas deverão ser tomadas como ponto de partida para o desenho e planificação de políticas, serviços e/ou programas de intervenção local comunitária para responder às exigências dos indivíduos e alocar recursos para promover o envelhecimento bem-sucedido. A este nível, as diferentes estratégias de intervenção devem atender à multidimensionalidade do processo de envelhecimento e ao seu carácter biopsicossocial, devendo incidir em diferentes dimensões – individual, familiar, social e institucional – e processar-se em diferentes níveis – populacional, comunitário e individual. Por

consequente, apresentam-se algumas recomendações, que consideram e atendem às capacidades e necessidades dos participantes neste estudo e que são orientadoras para o Plano Gerontológica Municipal.

Tabela 22. Recomendações orientadoras para o Plano Gerontológico Municipal

Dimensões	Programa
Funcionamento físico	Programas de atividade física Apoio a coletividades culturais e desportivas
Funcionamento cognitivo	Atividades de estimulação cognitiva Ateliês e/ou Formações nas diferentes vertentes: social, cultural, saúde e educação
Relacionamento interpessoal	Programas de valorização pessoal e social Turismo Sénior

Vários são os contributos que têm salientado a importância do **funcionamento físico** na promoção do envelhecimento bem-sucedido (WHO, 1997;2004). A promoção do exercício físico deveria começar na escola, prosseguir na idade adulta e continuar no decurso do envelhecimento, todavia, não é o que acontece na maioria das vezes. Não obstante, assumindo a importância do princípio da plasticidade do desenvolvimento humano e os efeitos positivos dos programas de intervenção para a modificação dos comportamentos (Baltes, et al., 1999), torna-se fundamental criar programas que potenciem essa prática ainda que em idades mais avançadas. Neste sentido, e tendo em conta que na presente investigação, há um número muito reduzido de participantes que realiza exercício físico e um número considerável que refere necessitar, torna-se fundamental criar políticas promotoras da prática de atividade física. As aulas de exercício físico semanais a baixo custo são um exemplo dessas políticas, sendo que devem ser realizadas em complexos desportivos, tanto na sede do concelho como nas diferentes freguesias, e devem ser destinados a pessoas de todas as idades, ou seja, devem atender à diminuição das capacidades físicas e biológicas decorrentes da idade (WHO, 2002). Esta foi uma área já trabalhada no município de Ponte da Barca através do programa “Barca de Oportunidades” pelo CLDS (Contrato Local de Desenvolvimento Social) que promoveu 900

sessões de atividade física direcionada a idosos, em parceria com as Juntas de Freguesia, IPSS's e Universidade Sénior, tendo finalizado em Julho de 2012 (Rede Social Ponte da Barca, 2013). Faria todo o sentido reunir esforços no sentido de retomar o projeto. Um programa de apoio a coletividades culturais e desportivas através da atribuição de apoios assume, igualmente, elevada importância no sentido em que são parceiros cruciais da intervenção dos organismos públicos, incluindo os autárquicos, dando respostas a muitas das necessidades com que as populações se confrontam, sendo a prática de exercício físico uma das principais necessidades.

A par do declínio físico e incidência de doença, o **funcionamento cognitivo** é compreendido como um domínio importante do envelhecimento bem-sucedido. De acordo com a investigação científica e tal como pudemos comprovar neste estudo, com o avançar da idade há uma tendência para a diminuição do desempenho cognitivo. Todavia, ao longo das últimas décadas, os estudos no domínio do envelhecimento cognitivo têm proporcionado importantes evidências empíricas que ilustram como a plasticidade do funcionamento cognitivo na velhice se expressa numa grande variabilidade interindividual, bem como na multidimensionalidade e multidireccionalidade das alterações cognitivas nesta etapa do ciclo de vida (Schaie, 1996; Baltes & Mayer, 1999). De um modo geral, estes contributos empíricos não apoiam apenas uma visão mais complexa do funcionamento cognitivo na velhice, como também introduzem uma perspetiva mais abrangente ao destacar a importância da intervenção cognitiva para a otimização do funcionamento cognitivo e compensação de declínios intelectuais (Baltes & Baltes, 1990). Neste sentido seria pertinente a realização de atividades específicas de estimulação cognitiva de forma a prevenir ou otimizar eventuais perdas, bem como a realização de ateliers e/ou formações nas diferentes vertentes (social, cultural, saúde e educação), os quais permitiriam a promoção da aprendizagem ao longo de toda a vida, o mais recente pilar do envelhecimento ativo (ILC-Brasil, 2015). Ambos os programas procurariam aliar a estimulação cognitiva e a educação, e deveriam ir ao encontro de temáticas que unam os interesses dos mais diversos públicos, tornando os espaços multigeracionais. A Casa da Cultura de Ponte da Barca constitui-se como um local indicado para a concretização destes

pogramas, uma vez que é um espaço cultural e educativo recente, com boas instalações e destinado a públicos de todas as idades.

O **relacionamento interpessoal** adquire uma centralidade renovada, para o envelhecimento bem-sucedido, tornando-se preponderante o reforço dos laços sociais, a consolidação da integração familiar e aproximação à comunidade (Fernández-Ballasteros, 2008; WHO, 2002). Tendo em consideração que uma percentagem significativa de participantes apresenta risco de isolamento social e dada a necessidade evidenciada de serviços sociais e recreativos que proporcionem momentos lúdicos e de lazer, torna-se pertinente a criação de programas de valorização pessoal e social, como por exemplo a criação de grupo de teatro sénior, em que para além de potenciar a valorização, o respeito e a integração social, pode também deter um cariz terapêutico (sociodrama) realizado através do jogo teatral, em grupo. Expressam-se comportamentos, fantasias e afetos comuns a uma realidade que é de todos aqueles que se encontram inseridos no mesmo ambiente, ou comunidade, sendo que culminam num *insight* alargado e na possibilidade final para a resolução de problemas (Vicente, 2005). Também o turismo sénior representa um favorável fator de relacionamento interpessoal devido ao ambiente amigável, familiar, de convívio saudável, de partilha de memórias, com benefícios para a saúde física e mental e o bem-estar dos participantes idosos (Cavaco, 2009). Esta, também, já foi uma área já trabalhada pelo município de Ponte da Barca através do Passeio Sénior que promovia anualmente passeios turísticos para a população com mais de 65 anos, tendo entretanto finalizado (Rede Social Ponte da Barca, 2013). Assim, e face à necessidade de viajar dos participantes deste estudo, recomenda-se a criação de um programa de turismo sénior, que promova passeios a locais de interesse histórico, paisagístico, cultural e religioso, assim como programas de miniférias a baixo preço, como já acontece em alguns municípios do país (e.g. freguesia de Barbudo no município de Vila Verde) (Sampaio, 2017).

Conclusão

As evidências empíricas mostram que a natureza humana se caracteriza por uma elevada plasticidade, que possibilita compensar perdas e défices físicos, psicológicos e sociais e que, a par de modificações negativas, também podem ocorrer mudanças

positivas. Para isso é necessária a concetualização e implementação de medidas de intervenção, cientificamente sustentadas, em múltiplos domínios do envelhecimento, nomeadamente ao nível da melhoria de estilos de vida saudáveis, otimização e/ou compensação do funcionamento cognitivo, bem como na melhoria da integração e participação social dos mais idosos. Estas orientações estratégicas dependem de um equilíbrio entre os diferentes níveis de governação, envolvendo atores políticos a todos os níveis da ação pública, com particular relevância para a intervenção local comunitária. Através desta sinergia, é possível retardar ou inverter o declínio das respetivas capacidades ao longo de todo o ciclo de desenvolvimento humano e, assim, possibilitar que os indivíduos envelheçam integrados nas comunidades de forma bem-sucedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbaum, W. (2010). 2008 Kent Award Lecture: a historian interprets the future of Gerontology. *The Gerontologist*, 50 (2): 142-148.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 5, 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M. & Carstensen, L. L. (1996). *The process of successful ageing*. *Ageing and Society*, 16, 4, 397-422.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. (Eds.) Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista portuguesa de saúde pública*, 32(2), 188-196.
- Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-374). New York: Springer Publishing Company.
- Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Melo de Carvalho, J. M. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, 1(1).
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015a). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto a vestir e o fato à medida?. *EXEDRA - Revista científica da ESEC*, 11-28.
- Bastos, A. M., Faria, C. G., Moreira, E., Morais, D., Melo-de-Carvalho, J. M., & Paul, M. C. (2015b). The importance of neighborhood ecological assets in community dwelling old people aging outcomes: A study in northern Portugal. *Frontiers in aging neuroscience*, 7(156), 1-8.
- Blieszner R & Sanford N (2010). "Editorial". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B (1): 3-4.
- Botelho, A. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto, Laboratórios Bial.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-136). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Câmara Municipal de Lisboa (2008). Plano Gerontológico Municipal. Retirado de http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/VIVER/Urbanismo/urbanismo/planeamento/pdm/vigor2/plano_gerontologico_FINAL.pdf
- Câmara Municipal de Matosinhos (2008). Envelhecer em Matosinhos: panorama atual e cenários de futuro. Retirado de http://www.cesis.org/admin/modulo_news/ficheiros_noticias/20130306110037-1envelhecer_em_matosinhos.pdf
- Câmara Municipal de Peniche (2013). Plano Gerontológico para o concelho de Peniche 2013-2017. Retirado de http://www.cm-peniche.pt/_uploads/AcaoSocial/PlanoGerontologico2013-2017.pdf

- Câmara Municipal de Santa Maria da Feira (2008). Plano Estratégico para a Terceira Idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008-2011. Retirado de <http://rede-social.cm-feira.pt/rede-social/instrumentos-de-diagnostico-e-planeamento/documentos/plano-gerontologico>
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Caníço, H. P. (2014). *Os novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa – APGAR Saudável*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Cantera, I. R. (2004). Escalas de evaluación de programas gerontológicos. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 55-76). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Carvalho, J., & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Ed.) *Manual de Gerontologia* (pp.71-91). Lisboa, Portugal: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Cavaco, C. (2009). Turismo Sénior: Perfis e Práticas. *Cogitur, Journal of Tourism Studies*, Vol. 2 (Nº 2), 33-64.
- Costa, C. (2013). *Capacidade e necessidades de pessoas idosas a residir em casa: um estudo comunitário no município de Esposende* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Dias, I., & Rodrigues, V. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Ed.) *Manual de Gerontologia* (p.71-91). Lisboa, Portugal: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Duarte, M., & Paúl, C. (2006). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1),19-28.
- Duarte, M., & Rego, M. A. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos Saúde Pública*, 23(3), 691-700. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>
- Elder, G. H. (1999). *Children of the Great Depression: Social Change in Life Experience, 25th Anniversary ed.* United States of America: Perseus Books Group.
- Elder, G. H., & Giele, J. Z. (2009). Life Course Studies: An Evolving Field. In G. H. Elder, & J. Z. Giele (Eds.), *The Craft Life Course Research* (pp. 1-24). New York: The Guilford Press.
- Faria, C. & Bastos, A. (2010). A qualidade da vinculação e o cuidar na vida adulta e na velhice: Contributos da teoria e investigação. In. C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 16-426).
- Faria, C., Lamela, D., Moreira, E., Melo de Carvalho, J. & Bastos, A. (2012). Protocolo de Avaliação de Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População. ANCEP_GeroSoc_R. Viana do Castelo: LabGeroSoC- Ese, IPVC.
- Fiedler, M. & Peres, K. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24(2): 409-415.
- Fillenbaum, G. G. (1984). *The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment*. Genebre: OMS.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging - the contribution of psychology*. Cambridge: Hogrefe.
- Fernández-Ballesteros, R., & Rodríguez, J. (2004). Ambiente y vejez. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social* (pp. 251-273). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Fernández-Ballesteros, R., Merita, M., & Hernández, J. (2009). Planificación y evaluación de programas gerontológicos. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp. 401-434). Madrid: Pirâmide.
- Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos - Percepção em Função da Rede Social*. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. M. (2005a). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005b). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(2), 277-289.
- Fonseca, A. M., Gonçalves, D., & Azevedo, M. J. (2008). A "ligação à terra" – Identidade dos idosos rurais da raia portuguesa. Porto, Portugal: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, C. J. V., & Fontes, R. M. (2011). *O Guia global das cidades amigas das pessoas mais velhas em 8 perguntas e 8 respostas: Um guia prático para a divulgação do conceito* (Dissertação de Mestrado em Gestão Organizacional não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Lisboa.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas* (trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Greenfield, E. (2011). *Using ecological frameworks to advance a field of research, practice, and policy on Aging-in-place initiatives*. The Gerontologist.
- Gobbens, R. J., Van Assen, M. A., Luijckx, K. G., & Schols, J. M. (2012). Testing an integral conceptual model of frailty. *Journal of advanced nursing*, 68(9), 2047-2060.
- Golant, S. M. (2015). *Residential normalcy and the aging in place behaviors of older Americans*. *Progress in Geography*, 34(12), 1535–1557.
- Hooyman, N. & Kiyak, H. (2011). *Social Gerontology: A multidisciplinary perspective* (9ª edição). Boston: Pearson.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011 – Resultados definitivos [Documento eletrónico]. Retirado de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros_populacao
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-41). New York: Springer Publishing Company.
- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). *Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing*. *Ageing International*, 28(2), 155-180.
- Kahana, E. King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wykle, P. J. Whitehouse, & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life-span* (pp. 103-126). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & mental health*, 16(4), 438-451.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-span development and behavior*, 3, 253-286.
- López, J. M. (2009). Técnicas de investigación y evaluación. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp. 355-382). Madrid: Pirâmide.
- Marshall, V. (2009). Theory informing public policy: The life course perspective as a policy tool. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silversytein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 573-593). NY: Springer.

- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas mais velhas: problemas e desafios em contexto português. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 177-203.
- Martins, R. M. L. (2006). *Envelhecimento e Políticas Sociais*. Revista Millenium, 32,126-140.
- Miguel, I. C. (2014). Envelhecimento e desenvolvimento psicológico: entre mitos e factos. In H. Luz, & I. Miguel (Ed.) *Gerontologia Social: Perspetivas de Análise e Intervenção* (pp.53-68). Coimbra, Portugal: Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer: constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 (1), p. 17-34.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Organização das Nações Unidas. (2002). *Melhorar a saúde e o bem-estar na velhice: argumentos a favor de um envelhecimento ativo*. Madrid: Segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf
- Osório, A. R. (2000). *Planes Gerontológicos y proyectos de animación sociocultural para las personas mayores*. Universidade de Santiago de Compostela.
- Paixão Jr, C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de saúde publica*, 21(1), 7-19.
- Paúl, C. (2005a). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*, (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. (2005b). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005c). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*,15, 275-287.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp.1-17). Lisboa, Portugal: Lidel-edições técnicas, Lda.
- Pavarini, S. & Neri, A. (2000). Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In: Duarte, Y. & Diogo, M. (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.
- Pereira, S. (2015). *Funcionamento intelectual na terceira e quarta idade: um estudo com MMSE e MoCA*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Pereira, M. (2016). *Envelhecimento e avaliação gerontológica multidimensional: um estudo de base comunitária no Município de Vizela* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Pimentel, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra, Quarteto Editora
- Pynoos, J., Caraviello, R., & Cícero, C. (2009). Lifelong housing: the anchor in aging-friendly communities. *Generations*, 33, 26-32.
- Ramalho, A. P. & Ramalho, J. G. (2014). A relevância da formação em Gerontologia Social na implementação das políticas sociais em Portugal. In H. Luz, & I. Miguel (Ed.) *Gerontologia Social: Perspetivas de Análise e Intervenção* (pp.39-52). Coimbra, Portugal: Instituto Superior Bissaya Barreto.

- Rede Social Ponte da Barca (2013). Diagnóstico Social [Documento eletrónico]. Retirado de http://www.cmpb.pt/pdf/accaosocial/cmpb_redesocial_2013.pdf
- Região Autónoma da Madeira (2009). Plano Gerontológico da RAM 2009-2013. Retirado de <http://srrh.gov-madeira.pt/Portals/5/Igualdade/Plano%20Gerontol%F3gico%20da%20RAM.pdf>
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 15, 217-234.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 23(2), 109-115.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: FFMS.
- Rosa, M. J. V., & Chitas, P. (2013). Portugal e a Europa: os Números. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, v. 39, 63-84. (Capítulo 4, Educação).
- Rossel, N. Y. (2004). La problemática social de los cambios poblacionales. In N. Y. Rossel, R. R. Rico, & M. A. Herrera, *Introducción a la Psicogerontología* (pp. 89-96). Madrid: Psicología Pirámide.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). The structure of successful aging. In J. W. Rowe, & R. L. Kahn (Eds.), *Successful aging: The MacArthur foundation study* (pp. 36-52). New York: Pantheon.
- Sá, C. (2013). *Envelhecer em zonas rurais isoladas: avaliação gerontológica multidimensional no Município de Amares* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Salgado, C. (2010). *Gerontología y desarrollo humano en el siglo xxi: persona adulta mayor, experiencia y desarrollo sostenible*. San José Costa Rica.
- Sampaio, A. (2017). *Envelhecimento e Proatividade Adaptativa: um estudo de base comunitária em Vila Verde* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle longitudinal study*. New York: Cambridge University Press.
- Schaie, K., Sherry L., Willis & Caskie, I. (2004). The Seattle Longitudinal Study: Relationship Between Personality and Cognition. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 11: 2-3, 3004-324.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serra, A. V. (2006). Que significa envelhecer. In H. Firmino (Ed), *Psicogeriatría* (pp. 21-33).
- Speller, G. (2005). A importância da vinculação aos lugares. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 133-168). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Silva, F. (2013). *Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Simões, M. R., Prieto, G., Pinho, M. S., & Firmino, H. (2015). Geriatric Depression Scale (GDS-30). In M. R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escala e Testes na Demência* (3ª. edição; pp. 128-133). Lisboa: Novartis.
- Teixeira, I. & Neri, A. (2008). Envelhecimento Bem-Sucedido: uma meta do curso da vida. *Psicol. USP*, 19 (1), 81-94.
- Unidade de Investigação e Formação Sobre Adultos e Idosos (2016). Plano Gerontológico. Recuperado a 31 de março de 2017 de <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/index.php/servicos?id=23>
- Walker, A., & Mollenkopf, H. (2010). International and multi-disciplinary perspectives on quality of life in old age: conceptual issues. In H. Mollenkopf, & A. Walker (Eds.), *Quality of life in old age: International and multi-disciplinary perspectives* (pp. 3-13). Netherlands: Springer.
- Vaz, S. F. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto). Retirado de http://sigarra.up.pt/fpceup_uk/
- Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatría* (pp.489-498). Coimbra: Livraria Almedina.
- Vicente, L. B. (2005). Psicodrama: transferência e contra-transferência. *Análise Psicológica*, 23 (2), p. 79-83.
- Viscarret, J. S. (2007). Teoría y trabajo social: diferentes perspectivas. In. J. S. Viscarret (Cord), *Modelos y métodos de intervención en trabajo Social* (pp. 15-29). Alianza Editorial.
- Unidade de Investigação e Formação Sobre Adultos e Idosos (2016). Plano Gerontológico [Documento eletrónico].Retirado de <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/index.php/servicos?id=23>
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2011). The meaning of “ageing in place” to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366.
- World Health Organization (1997). The World Health Organizations issues guidelines for promoting physical activity among older persons. *Journal of Aging and Physical Activity*, 5, 1-8.
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1 – Caraterização do Município de Ponte da Barca

Caraterização Serviços Sociais

O Município Ponte da Barca disponibiliza para a população vários tipos de apoios e medidas de política social, que se traduzem em eixos estratégicos de intervenção local. Na página do Município de Ponte da Barca, no menu principal denominado “Ação Social” são abordados vários apoios/medidas para a população, nomeadamente:

- 1) **Gabinete de Ação Social**, que auxilia a prestação dos apoios necessários para a reversão da situação de carência socioeconómica, habitacional e de saúde, no sentido de fomentar a promoção da qualidade de vida das famílias/pessoas que a ele recorrem.
- 2) **Gabinete de Inserção Profissional**, que tem por objetivo apoiar jovens e adultos desempregados na definição ou desenvolvimento do seu percurso de inserção ou reinserção no mercado de trabalho, em estreita cooperação com o Centro de Emprego do Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- 3) **Apoio ao Emigrante**, que em parceria com a Secretaria de Estado das Comunidades, presta apoio ao nível do apoio e aconselhamento àqueles que regressam de uma forma definitiva a Portugal, ou que estejam em vias de regresso, ou ainda aos que residam nos países de acolhimento.
- 4) **Apoio à Habitação**, que pretende satisfazer as situações de carência habitacional existente no concelho, de forma a combater a pobreza e a exclusão social. Integrados neste surgem três tipos de apoios distintos:
 - 4.1) *Habitação Social*, relativa ao realojamento das pessoas e/ou famílias carenciadas que não dispõem de habitação própria ou em habitações de tal forma degradadas que não se justifica a intervenção.
 - 4.2) *Apoio à Habitação Degradada para Estratos Sociais Desfavorecidos*, relativo a medidas de apoio à recuperação de habitações degradadas, ao nível de obras de conservação, beneficiação, alteração ou amplificação da habitação e licenciamento para estratos sociais desfavorecidos do concelho.
 - 4.3) *Apoio ao Arrendamento*, relativo ao acesso do apoio económico ao arrendamento de habitações destinadas a agregados familiares com carências económicas e habitacionais.

5) **Apoio à Juventude**, que diz respeito às medidas do município destinadas à camada populacional mais jovem. Integrados neste surgem dois tipos de apoios distintos:

5.1) *Cartão Jovem Municipal*, que pretende conceder benefícios na utilização de bens e serviços públicos e privados existentes no município e de estruturar um veículo privilegiado de informação, divulgação e promoção.

5.2) *Barca Jovem*, relativo a um fim-de-semana da Juventude em que se realizam um conjunto de iniciativas e atividades, tal como concertos, torneios de jogos tradicionais, de jovens talentos, workshops, trilhos pedestres, entre muitas outras, direcionadas para os jovens do município.

6) **Apoio aos Idosos**, que pretende promover iniciativas que contribuam para a dignificação e melhoria das suas condições de vida da população idosa do município. Integrado neste surge um apoio específico:

6.1) *Cartão Vida*, que pretende proporcionar benefícios a todos os idosos do concelho, assim como potenciar o comércio concelhio e implicar os agentes económicos no desenvolvimento das redes de solidariedade social.

7) **Igualdade de género**, que pretende desenvolver uma mudança na cultura organizacional do município, através da implementação de ações positivas que permitam alcançar uma efetiva igualdade entre homens e mulheres no local de trabalho.

8) **Rede social** é uma medida de política social que reconhece e incentiva a atuação das redes de solidariedade local no combate à pobreza e à exclusão social e na promoção do desenvolvimento local. Tem por objetivo contribuir quer para a erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão social quer para a melhoria em geral da qualidade de vida de todos os residentes no concelho.

9) **Programas e projetos:**

9.1) *Problemas Ligados ao Álcool (PLA)*, que pretende caracterizar e avaliar o utente no que diz respeito ao envolvimento com o álcool e as suas consequências; acompanhar o utente/família de acordo com o nível de risco obtido e encaminhar o utente de acordo com a avaliação efetuada e as respostas existentes.

9.2) *Núcleo Local de Inserção Social (NLI)*, relativo à gestão processual continuada dos distintos percursos de inserção dos beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI).

9.3) *Rede Local de Intervenção Social (RLIS)*, que assenta numa lógica de intervenção articulada e integrada de entidades com responsabilidade no desenvolvimento da ação social, procurando potenciar uma atuação concertada dos diversos organismos e entidades envolvidas na prossecução do interesse público e promover a implementação de novos mecanismos de atuação e diferentes estratégias de ação em resposta às necessidades sociais detetadas.

De acordo com a Rede Social do Concelho de Ponte da Barca (2013) todos estes serviços assentam na conjectura de um trabalho em rede e de articulação ao nível das diferentes áreas de intervenção no sentido de tentar suprir as necessidades/problemáticas da população residente no concelho, desenvolvendo um trabalho coordenado e de complementaridade.

Analisando o apoio específico para a população idosa deste concelho, a Câmara Municipal dispõe do Cartão Vida. Este disponibiliza o acesso a produtos e serviços com desconto e destina-se, exclusivamente, a todos os idosos que beneficiam de uma pensão de velhice ou de invalidez, cujo rendimento mensal *per capita* do agregado familiar não ultrapasse o Salário Mínimo Nacional. O Cartão Vida tem como objetivo a) proporcionar benefícios a todos os idosos do concelho de Ponte da Barca; b) potenciar o comércio concelhio, possibilitando a prestação de serviços de elevada qualidade e c) implicar os agentes económicos no desenvolvimento das redes de solidariedade social.

A população idosa do concelho dispõe, também, de uma Universidade Sénior, cujas entidades promotoras são a União de Freguesias de Ponte da Barca, Vila Nova de Muía e Paço Vedro de Magalhães, juntamente com a Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca. A Universidade Sénior Diogo Bernardes refere que as principais razões de intervenção são direccionadas para potenciar as capacidades múltiplas, tendo em conta as especificidades individuais. Procura, ainda, que todas as ações desenvolvidas se centrem na aquisição de conhecimentos, na troca de saberes, na solidariedade e na amizade. No ano de 2015 e 2016 foram desenvolvidas várias atividades como são exemplo as ofertas de Unidades de Saber (Expressão Plástica/Pintura, Expressão

Plástica/Pintura em tecido, Bordados, Expressão Musical/Coral, Língua Inglesa, História, Cultura Geral, Língua e Literatura Portuguesa, Tapeçarias/arraiolos, Hidroginástica, Informática, entre outras) e as atividades sócio-culturais e/ou de lazer (deslocação a localidades de interesse cultural, arquitetónico, artístico, paisagísticos e ambiental).

A habitação é considerada um dos fatores que contribuem para o aumento da exclusão social e pobreza, nesse sentido e, de forma a combater esta situação, a Câmara Municipal de Ponte da Barca auxilia as famílias de estratos sociais mais desfavorecidos a restaurarem as suas casas, permitindo que estes se mantenham ligadas ao meio onde sempre viveram e, simultaneamente, estimulando a valorização da qualidade de vida da população, através do Regulamento de Apoio à Habitação Degradada para Estratos Sociais Desfavorecidos. As famílias desfavorecidas podem então usufruir de apoio na concessão dos projetos de recuperação, no acompanhamento técnico das obras, na concessão de subsídio para aquisição de material, assim como para aquisição de mão-de-obra. No ano de 2015, no âmbito deste apoio, a Câmara Municipal apoiou três idosos na reconstrução das suas casas para melhoria das condições habitacionais e qualidade de vida, através da atribuição de subsídios nos montantes de 2.965 €, 1.808,10 € e 492,31 €. Este projeto é promotor da política de envelhecimento, denominada *aging in place*, pois concede a possibilidade aos idosos de envelhecer nas suas casas, inseridos no ambiente e na comunidade que integraram durante todo o ciclo vital.

A Rede Social do concelho pretende contribuir quer para a erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão social quer para a melhoria contínua da qualidade de vida de todos os residentes no município. Deste modo, a autarquia em articulação com várias entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos formaram a rede denominada Conselho Local de Ação Social (CLAS), no sentido de elaborar um planeamento integrado assente na conjugação de esforços e na definição de prioridades e estratégias. Os princípios do Desenvolvimento Social em Rede são: a) articulação estreita entre prioridades globais e especificidades locais; b) incentivo à mais-valia das relações de cooperação e de parceria entre organismos públicos e iniciativa social privada; c) territorialização da intervenção social; d) rentabilização das práticas e estruturas de solidariedade já existentes e e) reconhecimento da importância do setor social.

Partindo do conhecimento que estes grupos populacionais enfrentam, na sociedade atual, problemas de isolamento e solidão, consequência da quebra de laços, da falta de comunicação e da perda de papéis sociais, a Rede Social criou as “Oficinas do Lazer”, cujos objetivos passam, fundamentalmente, pela programação e realização de atividades recreativas e de animação para os idosos institucionalizados do município, fazendo com que se promova uma interação constante e produtiva entre todos os intervenientes, desde os idosos/clientes aos técnicos e funcionários de cada Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

No ano de 2015 foram realizadas um conjunto de dez atividades no âmbito das “Oficinas de Lazer”. No mês de fevereiro procedeu-se à comemoração do Carnaval, através de um baile temático no quartel dos bombeiros, cujo tema se prendia com a alimentação saudável. No mês de maio realizaram-se duas atividades distintas, uma inserida no mês do coração onde decorreu uma mostra de pão saudável e tisanas/infusões e outra denominada “Hora do Conto”, onde os mais novos foram ler histórias aos clientes institucionalizados. No mês de Junho, por seu turno, realizou-se as “IPSS's em Movimento”, onde os idosos institucionalizados do município se juntaram no relvado da Praia Fluvial para uma aula de ginástica geriátrica. Em Julho, realizaram-se, novamente, duas atividades, as “IPSS's em Concerto” onde os idosos institucionalizados do concelho se juntaram na Casa da Cultura para assistir a um pequeno concerto de um cantor do concelho e uma visita à praia acompanhado de um passeio turístico em Vila Nova de Cerveira. No mês de setembro realizou-se uma sessão de aprendizagem sobre os benefícios da utilização da internet denominada “o Idosos e a Internet” e comemorou-se a semana do coração através de um jogo alusivo aos cuidados a ter com o nosso coração (benefícios *versus* malefícios). Por fim, no mês de Outubro decorreu uma ação de sensibilização para os direitos dos idosos denominada “Tricota esta ideia”, com o objetivo de consciencializar a sociedade civil para o aumento dos maus tratos na velhice, que devem ser travados com a aprovação de uma lei que enquadre a criação das Comissões de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Demência. Decorreu, ainda, uma apresentação acerca da alimentação saudável e a execução de um jogo, denominado o “Jogo dos Sentidos” em que os utentes, com os olhos vendados, tiveram que recorrer aos estímulos sensoriais (apalpar, saborear, cheirar) para descobrir 8 alimentos/frutas.

No concelho de Ponte da Barca existem doze tipos de respostas sociais para a população idosa, distribuídas por cinco IPSS's direcionadas para os idosos. Os centros de dia estão sediados em três das dezassete freguesias do município, distribuídos por três equipamentos e instituições, com um total de capacidade para 97 utentes e com uma taxa de ocupação de 87, o que corresponde a 89,7%. Os lares de idosos estão distribuídos por duas freguesias, num total de três equipamentos, e o serviço de apoio domiciliário está distribuído por cinco freguesias e cinco equipamentos e instituições. A resposta social mais frequente é o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), uma vez que todas as instituições existentes no concelho prestam este serviço. Ao invés, o Lar de Idosos (LI) é a resposta social menos comum, visto que apenas se encontra instituído em duas instituições, nomeadamente no Centro Social de Entre Ambos os Rios e na Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca. De salientar a inexistência de Centros de Convívio e Centros de Noite.

Caraterização Serviços de Saúde

O **Centro de Saúde de Ponte da Barca**, no ano de 2013, integra o Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Minho. A população de inscritos no Centro de Saúde de Ponte da Barca é 13.198 utentes, correspondendo a 48% do sexo masculino e 52% do sexo feminino e possui duas Unidades Funcionais, nomeadamente, a Unidade de Saúde Familiar (USF) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A USF designada por Unidade de Saúde Familiar Terra da Nóbrega é uma unidade cuja missão passa por garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população aos cidadãos e famílias do concelho. O corpo de profissionais que integra esta unidade é composto por uma equipa multiprofissional, constituída por Médicos, Enfermeiros e Secretários Clínicos, cumprindo as orientações do Plano Nacional de Saúde, que vão no sentido de uma abordagem do ciclo vital e da gestão da doença à população inscrita. A Carteira de Serviços que a USF de Ponte da Barca disponibiliza para a população é a seguinte: a) Planeamento Familiar; b) Pré-conceção, c) Saúde Materna, d) Interrupção Voluntária da Gravidez Opcional, e) Saúde Infantil/Juvenil, f) Rastreio Oncológico, g) Hipertensão Arterial, h) Diabetes Mellitus, Hipocoagulados, i) Consulta Aberta/ Sistema Inter-substituição, j) Visita Domiciliária e l) Consulta Vigilância de Adultos. A UCC de Ponte da Barca presta os cuidados de saúde em âmbito domiciliário e comunitário, com apoio psicológico e social às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou de doença que exija um acompanhamento próximo. Esta unidade possui como Carteira de Serviços: a)

Intervenção Precoce, b) Equipa de Cuidados Continuados Integrado, c) Saúde Escolar, d) Saúde Reprodutiva - “Preparação para a Parentalidade”, e) Saúde Mental e Doenças Psiquiátricas - “Prevenção e Controlo de Problemas Ligados ao Álcool (PLA)” e f) Prevenção e Controlo da DPOC, Saúde do Idoso - “Saúde do Idoso Frágil”. A equipa multiprofissional constitui-se por nove enfermeiros, um assistente técnico, uma médica, uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma nutricionista. Relativamente às parcerias, a UCC é parceira nas seguintes entidades: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Rede Social – Conselho Local Ação Social (CLAS) e Núcleo Local de Inserção (NLI).

O Hospital da Misericórdia de Ponte da Barca, que mantém, atualmente, em atividade um Lar de Idosos (LI), um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), uma Unidade de Longa Duração Manutenção (ULDM) e uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR). Relativamente ao Lar de Idosos, este continua a responder à crescente necessidade da população mais velha, de obterem uma habitação digna, que lhes proporcione uma vida tranquila e confortável, sabendo que dispõem de uma equipa multidisciplinar que zela pela prestação de cuidados básicos, complementando algumas dificuldades, sem contudo, interferir com a sua privacidade e individualidade. A resposta social SAD consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou a pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVB), nem disponham de apoio familiar para o efeito. A ULDM é uma unidade de internamento temporário ou permanente, com prestação de apoio social e cuidados de saúde, recuperação e reabilitação, assim como manutenção e reinserção. Destina-se, exclusivamente, a pessoas com doença ou processo crónico que apresentem diferentes níveis de dependência, que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio, quer pela falta de apoio social, quer por dificuldades de apoio familiar ou descanso do cuidador. A UMDR, por seu turno, trata-se de uma unidade de internamento temporário, para pessoas que, perderam temporariamente a sua autonomia, mas que podem recuperá-la e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social e reabilitação que, não podem ser prestados no domicílio. É uma unidade com um período de internamento que varia entre 30 dias a um máximo de 90 dias. A Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca está a desenvolver, ainda, alguns projetos, com o intuito de responder às necessidades de saúde e sociais da população do concelho, como o Hospital Social, o projeto CAMAS, a plataforma PLAGEAS, o Projeto Vivamente, e a Rede Local de Inserção Social (RLIS). O projeto Hospital Social tem como objetivo dinamizar a saúde e apoio social, de modo a sustentar e potenciar uma intervenção de maior proximidade com a população, procurando alcançar todas as faixas

etárias. O projeto CAMAS – Acesso ao Centro de Acolhimento Momentâneo de Apoio Social destina-se a garantir o acolhimento imediato e transitório de idosos em situação de emergência social que não sejam enquadráveis noutras respostas institucionais. O principal objetivo é proporcionar os serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes, designadamente alojamento, alimentação, higiene pessoal, tratamento de roupa e apoio psicossocial. Destina-se a acolher idosos de ambos os sexos, num período que não deve ultrapassar um mês. Poderão ser integrados no CAMAS idosos que cumpram pelo menos um dos seguintes requisitos: a) férias do agente cuidador; b) ausência de retaguarda em situação de doença; c) preparação do candidato para a realização de exames; d) convalescença com prazo de recuperação estimado não superior a 1 mês. A Plataforma Administrativa de Gestão na Ação Social (PLAGEAS) constitui um precioso auxílio na organização e gestão da informação relativa a todas as Respostas Sociais e Serviços da organização. Concebida numa ótica de elevada flexibilidade, construída à imagem dos serviços existentes, ajusta-se a qualquer organização, permitindo um maior rigor e monitorização de todos os processos constituintes do Sistema de Gestão da Qualidade. O projeto Vivamente centra-se num Plano de Investigação-Ação nas Pessoas com Demência e Prestadores Formais e Informais de Cuidados no concelho de Ponte da Barca. Este projeto está subdividido em duas vertentes, uma direcionada para idosos institucionalizados (de todas as IPSS do concelho), porque é consensual, pelas pessoas e entidades que trabalham com a terceira e quarta idade, a necessidade de criar respostas adequadas às necessidades dos seus clientes. Outra direcionada para os cuidadores informais (de todo o concelho), que prevê possibilitar a informação, preparação, treino, apoio e suporte do cuidador, para ajudar no ato de cuidar de alguém dependente. Por fim, a RLIS que anteriormente era um projeto ao encargo da Segurança Social, transferiu-se recentemente para a competências da Santa Casa da Misericórdia. Este projeto assenta numa intervenção com responsabilidade no desenvolvimento da ação social, que tem como objetivo potenciar uma atuação concertada dos diversos organismos e entidades envolvidas na prossecução do interesse público, assim como promover a implementação de novos mecanismos de atuação e diferentes estratégias de ação em resposta às necessidades sociais identificadas.

Integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o concelho de Ponte da Barca dispõe, também, de uma **Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção** - ULDM Casa Cerca Ponte da Barca e uma equipa domiciliária, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados - ECCI (incluída na UCC). A ULDM destina-se para pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou na instituição ou estabelecimento onde residem.

Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. Para internamentos de mais de 90 dias seguidos. A ECCL destina-se à prestação de serviços domiciliários, decorrentes de uma avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

A **Unidade Móvel de Saúde (UMS)** é um recurso de saúde móvel de Ponte da Barca, que iniciou a sua atividade em Outubro de 2007, numa parceria entre a Administração Regional de Saúde do Norte, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a Câmara Municipal de Ponte da Barca. Tem como objetivos promover a prática do envelhecimento ativo dos idosos e da comunidade em geral, através da atuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, com o intuito de obtenção de ganhos em anos de vida. A UMS possibilita, ainda, a redução das desigualdades na saúde, a exclusão e isolamento social, sendo um recurso utilizado na operacionalização do Projeto de Intervenção “Idoso Frágil” pela Unidade de Cuidados da Comunidade de Ponte da Barca. Em 2015, a UMS deslocou-se às freguesias de Azias, S. João, Sampriz, Grovelas, Vila Nova de Muía, Lindoso, Magalhães, Bravães, Oleiros, Cuide de Vila Verde e Vade S. Tomé, intervindo com 273 idosos, num total de 1770 idosos com critérios para integrar o projeto, o que corresponde a uma taxa de cobertura de 15,42%.

Anexo 2 – Tabelas descritivas dos resultados

Dimensões do envelhecimento individual

Relativamente à funcionalidade para as atividades básicas de vida diária (ABVD), como se pode observar na Tabela A1, os participantes obtêm melhores resultados nos itens relativos ao controlo intestinal (99% são independentes), à higiene pessoal (98% são independentes) e à alimentação (96% são independentes). No entanto, 12,7% dos participantes são dependentes para o banho e 3,9% são dependentes para subir escadas.

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

Caraterísticas	Total n= 102	
	n	%
Alimentação Min-Max	0-10	
Independente	98	96,1
Necessidade de alguma ajuda	3	2,9
Dependente	1	1,0
Vestir Min-Max	0-10	
Totalmente Independente	90	88,2
Necessidade de alguma ajuda	11	10,8
Dependente	1	1,0
Banho Min-Max	0-5	
Totalmente Independente	89	87,3
Dependente	13	12,7
Higiene Corporal Min-Max	0-5	
Totalmente Independente	100	98,0
Dependente	2	2,0
Utilizar casa de banho Min-Max	0-10	
Independente	95	93,1
Necessita de ajuda	6	5,9
Dependente	1	1,0
Controlo intestinal Min-Max	0-10	
Independente	101	99,0
Incontinência Ocasional	1	1,0
Controlo vesical Min-Max	0-10	
Independente	80	78,4
Incontinência Ocasional	21	20,6
Incontinente ou algaliado	1	1,0
Subir escadas Min-Max	0-10	
Independente sobe e desce escadas	84	82,4
Necessita de ajuda	14	13,7
Dependente	4	3,9
Transferência cadeira cama Min-Max	0-15	
Independente	91	89,2
Necessita de ajuda mínima	9	8,8
Dependente	2	2,0
Deambulação Min-Max	0-15	
Independente	84	82,4
Necessita de ajuda	16	15,7
Dependente	2	2,0

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

Caraterísticas	Total n= 102	
	n	%
Cuidar da casa Min-Max	1-5	
Cuidar da casa sem ajuda	34	33,3
Faz tudo exceto trabalho pesado	37	36,3
Só faz tarefas leves	23	22,5
Necessita de ajuda para todas as tarefas	1	1,0
Incapaz de fazer alguma coisa	7	6,9
Lavar a roupa Min-Max	1-3	
Lava a sua roupa	62	60,8
Só lava pequenas peças	34	33,3
Incapaz de lavar a sua roupa	6	5,9
Preparar comida Min-Max	1-4	
Planeia, prepara e serve sem ajuda	80	78,4
Prepara se lhe derem os ingredientes	7	6,9
Prepara pratos pré-cozinhados	2	2,0
Incapaz de preparar as refeições	13	12,7
Ir às compras Min-Max	1-4	
Faz as compras sem ajuda	60	58,8
Só faz pequenas compras	28	27,5
Faz as compras acompanhado	3	2,9
Incapaz de ir às compras	11	10,8
Uso do telefone Min-Max	1-4	
Usa-o sem dificuldade	80	78,4
Só liga para lugares familiares	16	15,7
Necessita de ajuda para o usar	4	3,9
Incapaz de usar o telefone	2	2,0
Uso de transporte Min-Max	1-3	
Viaja em transporte público ou conduz	72	70,6
Só anda de táxi	20	19,6
Incapaz de usar o transporte	10	9,8
Uso do dinheiro Min-Max	1-3	
Paga as contas, vai ao banco, etc.	80	78,4
Só em pequenas quantidades de dinheiro	15	14,7
Incapaz de utilizar o dinheiro	7	6,9
Responsável pela medicação Min-Max	1-2	
Responsável pela sua medicação	100	98,0
Necessita que lhes preparem a medicação	2	2,0

Quanto à funcionalidade para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como se pode observar na Tabela A2, os participantes apresentam melhores resultados nas atividades relacionadas com a responsabilidade pela medicação 98%, destacando-se também os itens de prepara a comida, uso de telefone, uso de dinheiro (78,4%) e o uso de transporte, viajar em transporte público ou conduzir (70,6%). Por outro lado, 10,8% dos participantes são incapazes de ir às compras e 6,9% é incapaz de fazer qualquer coisa no que diz respeito ao cuidar da casa.

