



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECIMENTO EM CONTEXTO RURAL

Um estudo no âmbito de uma Rede Local de Intervenção Social

Alexandrina Maria Esteves Rodrigues



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Alexandrina Maria Esteves Rodrigues

Envelhecimento em Contexto Rural: Um estudo no âmbito de uma Rede Local de Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Carla Faria
Professora Raquel Gonçalves

Setembro de 2018

Agradecimentos

À Professora Doutora Carla Faria um sincero e especial agradecimento pelo conhecimento transmitido, exigência e apoio. Obrigada pela orientação, por ter acolhido este desafio, e também pelo empréstimo dos livros. Espero ter deixado algo de mim, pois levo algo de si

À professora Raquel agradeço a sua total disponibilidade e ajuda no apoio ao tratamento de dados, pelo também empréstimo dos livros, e acima de tudo pelas palavras de incentivo e motivação.

A todos os idosos que de uma forma simples e amável aceitaram participar no presente estudo. Obrigada pela partilha de histórias tão ricas. A vossa colaboração foi sem dúvida muito importanteObrigada

À minha entidade patronal, obrigada pela flexibilidade, com que abraçaram esta (minha) caminhada

À Marisa pelas palavras de amizade, motivação, pela ajuda, pelas viagens em conjunto, pelos sorrisos e dificuldades partilhadas neste percursoobrigada

À Adriana pelas palavras tão assertivas, pela amizade, disponibilidade e ajuda sempre que precisei, pela forçaobrigada

A ti avó pelo amor incomensurável de uma vidacontigo fui imensamente feliz

A ti mãe obrigada por tudo

Ao Luís e à Matilde os meus grandes amores, obrigada Luís pelo sempre apoio, amor, ajuda....obrigada pelo incentivo constantea ti Matilde cada sorriso teu foi sem dúvida a minha força e inspiração

Ao Luís e à Matilde

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”

(Marthin Luther King)

Resumo

Contexto e objetivo do estudo. A longevidade humana é uma das maiores conquistas da humanidade, no entanto o facto de as pessoas viverem durante mais tempo não significa que reúnam as condições necessárias para viver e envelhecer bem. Registam-se situações de vulnerabilidade e emergência social em todas as fases da vida – incluindo na velhice. Cabe ao Estado Social, através do desenvolvimento e implementação de políticas públicas, a salvaguardar de situações de crise e a promoção do bem-estar. Face ao acentuado envelhecimento da população portuguesa e à emergência/manutenção dos problemas sociais de pobreza e exclusão social, as políticas sociais têm vindo a ajustar-se. A complexidade e os desafios decorrentes destes fenómenos assim o exigem. Uma das medidas mais recentes é a Rede Local de Intervenção Social (RLIS) – uma medida decorrente do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego que visa, entre outros aspetos, garantir o acolhimento social imediato e permanente em situações de crise e/ou emergência social, assegurar o atendimento/acompanhamento social das situações de vulnerabilidade e reforçar a cooperação entre as instituições locais que desenvolvem respostas sociais no âmbito da ação social. Face ao exposto, o presente estudo tem como finalidade analisar o processo de envelhecimento.

Método. De natureza quantitativa, a presente investigação procedeu à caracterização dos 70 idosos acompanhados pela RLIS a partir de informações associadas ao serviço RLIS. Destes foram selecionadas as pessoas com 75 ou mais anos ($n=25$) no sentido de aprofundar o nível de análise. A recolha de dados incluiu uma ficha sociodemográfica no sentido de avaliar um conjunto de aspetos sociodemográficos (e.g., género, idade, escolaridade, etc.), bem como apoio da RLIS (e.g. motivo de procura do serviço, medida aplicada, etc); o Índice de Lawton, a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben e a Escala de Satisfação com a Vida.

Resultados. Os 25 participantes apresentavam uma idade média de 82 anos ($DP=4,6$), 88% são mulheres e 64% não sabe ler nem escrever. Apresentam problemas de ausência/insuficiência de retaguarda familiar, procurando maioritariamente o serviço RLIS devido à necessidade de géneros alimentares (24%), apoio na compra de ajudas técnicas (20%), pedido do complemento por dependência (16,7%) e carência económica (16,7%). Do ponto de vista do funcionamento individual, apresentam dependência moderada (76%) ou severa (24%) na realização das AIVD, risco de isolamento social (36%) e satisfação com a vida moderada ($M=23$; $DP=4,65$). Observaram-se ainda associações estatisticamente significativas entre a idade, a satisfação com a vida e a funcionalidade nas AIVD, sendo que mais idade está associada a menor satisfação com a vida ($rs=-,504$; $p=,095$) e maior grau de dependência nas AIVD ($rs=,677$; $p=,016$).

Conclusão. Este estudo representa um contributo relevante para a Gerontologia Social, abrindo caminho para um novo campo de investigação e intervenção no âmbito das Políticas Sociais de apoio às pessoas, não apenas mais velhas, mas em situação de risco e vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Envelhecimento em contexto rural; RLIS; Gerontologia Social.

Abstract

Background and Aims: Human longevity is one of humanity's greatest achievements, however, the fact that people live longer does not mean they fulfill the necessary conditions for living and aging well. Situations of vulnerability and social emergency are registered in all phases of life - including in old age. It is up to the Social State, through the development and implementation of Public Policies, to safeguard situations of crisis and to promote the well-being of society. In view of the marked aging of the Portuguese population and the emergence / maintenance of social problems of poverty and social exclusion, social policies have been adjusting. The complexity and challenges of these phenomena require this. One of the most recent measures is the Rede Local de Intervenção Social (RLIS) - a measure resulting from the Operational Program for Social Inclusion and Employment (POISE), which aims, inter alia, to guarantee immediate and permanent social reception in crisis and / or social emergency situations, ensure the social assistance / monitoring of situations of vulnerability and strengthen cooperation between local institutions that develop social responses in the context of social action. The present study aims to analyze the aging process.

Methods: Of a quantitative nature, the present investigation characterizes 70 clients of RLIS from information associated to the RLIS service. Of these clients, individuals with 75 or more years ($N = 25$) were selected in order to deepen the level of analysis. Data collection included a sociodemographic record destined to evaluate a set of sociodemographic aspects (e.g., gender, age, schooling, etc.), as well as support provided under RLIS (e.g., reason for searching for RLIS service, applied measure, etc.); the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale, the Lubben Social Network Scale- Brief and the Satisfaction with Life Scale.

Results: The 25 participants in this study have a mean age of 82 years ($SD = 4.6$), 88% are women and 64% do not know how to read or write. This group exhibits problems concerning the absence / lack of family back-up, mainly seeking RLIS services due to the need for food (24%), support in the purchase of technical aids (20%), request for dependency supplement (16.7%) and economic shortage (16.7%). Regarding individual functioning, the participants show moderate (76%) or severe (24%) dependence on IADL performance, social isolation risk (36%) and moderate satisfaction with life ($M = 23$, $SD = 4.65$). There were also statistically significant associations between age, satisfaction with life and performance in IADL, with more age being associated with less satisfaction with life ($r = -.504$; $p = .095$) and with a higher degree of dependence in IADL ($r = .677$; $p = .016$).

Conclusions: This study represents a relevant contribution to Social Gerontology, making way for a new research and intervention field in the scope of Social Policies devoted to support people, not only the elderly, but also those at risk and social vulnerability situations.

Keywords: Aging in rural context; RLIS; Social Gerontology

Abreviaturas

ABVD-Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD-Atividades Instrumentais da Vida Diária

CD-Centro de Dia

CEE-Comunidade Económica Europeia

CNAAPAC-Comissão Nacional de Avaliação e Acompanhamento os Protocolos e Acordos de Cooperação

CNAPTI-Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade

EBS-Envelhecimento Bem Sucedido

INE-Instituto Nacional de Estatística

LNES-Linha de Emergência Social

LSNS-6-Escala Breve das Redes Sociais de Lubben

MMSE-Mini-Mental State Examination

OMS-Organização Mundial de Saúde

PAII- Programa de Apoio Integrado a Idosos

PCHI-Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas

PILAR- Programa Idoso em Lar

POISE-Programa Operacional Inclusão Social e Emprego

PROGRIDE-Programa para a Inclusão e Desenvolvimento

RLIS - Rede Local de Intervenção Social

RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAAS-Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social

SAD-Serviço de Apoio Domiciliário

SOC-Seleção, Otimização e Compensação

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	3
REVISÃO DA LITERATURA.....	7
1. Gerontologia, Gerontologia Social e Envelhecimento	9
1.1- Gerontologia e Gerontologia Social	9
1.2- Envelhecimento Demográfico e Individual	10
1.3- Modelos e Políticas de Envelhecimento Individual.....	16
1.3.1 Envelhecimento Bem-sucedido (EBS).....	16
1.3.2. Envelhecimento Ativo	19
2. Envelhecer em contexto rural	21
3. Políticas Sociais para o Envelhecimento	24
3.1. Política Social: conceito	25
3.2. Políticas Europeias para o Envelhecimento	27
3.3. Políticas Nacionais	28
4. Intervenção Social	33
5. RLIS: Um programa de intervenção social?.....	38
MÉTODO.....	45
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	51
Caraterização sociodemográfica dos idosos acompanhados pela RLIS	53
Caraterização sociodemográfica dos participantes	57
Funcionalidade, Rede Social e Satisfação com a Vida dos participantes	61
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO	69
Discussão dos Resultados.....	71
Conclusão	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica dos clientes	54
Tabela 2. Principais problemas de saúde e sociais dos clientes da RLIS	55
Tabela 3. Motivo de procura da RLIS, medidas de apoio e sinalização.....	56
Tabela 4. Caraterização sociodemográfica dos participantes	57
Tabela 5. Problemas de saúde e sociais dos participantes.....	59
Tabela 6. Motivo de procura do serviço, medidas de apoio e sinalização	60
Tabela 7. Descrição da funcionalidade por item nas AIVD	61
Tabela 8. Valores globais na funcionalidade para as AIVD (Lawton).....	62
Tabela 9. Rede social.....	63
Tabela 10. Satisfação com a vida	63
Tabela 11. Descrição das dimensões de análise segundo o grupo etário	64
Tabela 12. Descrição das dimensões de análise de acordo com a escolaridade.....	65
Tabela 13. Descrição das dimensões de análise de acordo com o estado civil	65
Tabela 14. Descrição das dimensões de análise de acordo com o agregado familiar	66
Tabela 15. Descrição das dimensões de análise de acordo com o perfil de rendimentos	66
Tabela 16. Matriz de correlação	67

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é percecionado como sendo um dos fenómenos mais marcantes do século XXI, quer pelo elevado número de pessoas mais velhas, quer pelos desafios que o envelhecimento coloca às sociedades e a cada um (Rosa, 2012).

Ao nível mundial, as previsões sugerem que em 2050 haverá 2 milhões de pessoas com 65 ou mais anos (António, 2013). Em Portugal, o cenário não será diferente, uma vez que Maltez (2013) propõe que no mesmo ano 2% da população portuguesa serão pessoas mais velhas. Esta dimensão demográfica do envelhecimento remete-nos para a definição populacional do envelhecimento, uma vez que este é percecionado no conjunto da população. Por sua vez, a dimensão individual do envelhecimento conduz a uma análise de processo na perspetiva de cada pessoa/indivíduo (Rosa, 2012; António, 2013).

Neste sentido, o fenómeno do envelhecimento individual não consegue ser explicado de forma isolada por nenhuma teoria, quer de ordem biológica, psicológica ou social (Dias & Rodrigues, 2012). É necessária uma visão multidisciplinar do processo de desenvolvimento/envelhecimento que permita ter uma visão sistémica, quer dos indivíduos, quer da sociedade.

Com efeito, dada a relevância que o fenómeno de envelhecimento conquistou nas últimas décadas, o seu estudo tornou-se particularmente pertinente. Surge então no século XX a Gerontologia que, segundo Fernandez-Ballesteros (2004), aparece como uma área que estuda o fenómeno do envelhecimento e considera a perspetiva bio-psico-social. A mesma autora distingue gerontologia de gerontologia social, referindo que esta última, analisando as dimensões bio-psico-social, dá particular relevância aos aspetos socioculturais e ambientais do processo de envelhecimento, bem como aos aspetos sociais que podem contribuir para um melhor envelhecimento.

Uma das linhas da Gerontologia Social está relacionada com o conceito de envelhecimento bem-sucedido (EBS) e, neste âmbito, as contribuições de Baltes e Baltes (1990) destacam-se. Os autores propõem que para promover um EBS é fulcral que os indivíduos tenham um estilo de vida saudável, flexibilidade individual e social, bem como a capacidade de selecionar objetivos e de otimizar e/ou compensar o seu funcionamento individual.

No entender de Rowe e Kahn (1998), a concretização de um EBS faz-se através de três componentes: 1) baixo risco de doenças ou incapacidade relacionada com a doença, 2) alta funcionalidade física e mental, e 3) envolvimento ativo com a vida.

Como crítica ao modelo de Rowe e Kahn (1998) surge o modelo de Kahana e Kahana (1996, 2003) que, de certa forma, concede uma grande importância aos recursos internos e externos, pois através destes as pessoas podem-se envolver em comportamentos preventivos ou corretivos facilitadores de um EBS.

O EBS, nos moldes aqui apresentados, pode sofrer alguns constrangimentos quando vivido em contexto rural. Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005a) referem inclusivamente que envelhecer em contexto rural pode não ser tão vantajoso quanto parece, pois a população idosa tem frequentemente que gerir diversas dificuldades decorrentes do isolamento geográfico, tais como o afastamento dos serviços sociais e de saúde ou a escassez de transportes e equipamentos. Outro aspeto mencionado pelos autores é o facto de estes contextos se tornarem locais despovoados e/ou apenas habitados por pessoas mais velhas, pois as pessoas mais novas saem para residir em locais que lhes proporcionem melhores condições de vida e de trabalho. O isolamento social, por vezes decorrente da falta de retaguarda familiar, conduz, não raras vezes, a processos “precoces” de institucionalização das pessoas mais velhas (Paúl *et al.*, 2005).

As características do contexto são fundamentais para o desenho e adequação de políticas sociais eficazes e efetivamente ajustadas às necessidades e recursos/capacidades das pessoas mais velhas. Com efeito, ao longo das últimas décadas tem sido feito um esforço, em Portugal, para adequar as medidas existentes e criar novos programas de apoio à vida em comunidade que venham dar resposta às necessidades da população mais idosa. Um reflexo evidente deste esforço, é a criação pelo XIX Governo Constitucional, no âmbito da descentralização dos serviços sociais e de acordo com o Despacho nº 1254/2013 de 24 de Setembro, da medida Rede Local de Intervenção Social (RLIS). Esta medida, para além de se propor prevenir e resolver situações de vulnerabilidade, carência e desigualdades sociais, assume-se como um contexto onde as pessoas (mais velhas e não só) são chamadas a participar e controlar a sua vida. Na linha de Ornelas (2008) este é, de facto, um fator decisivo para a resolução de problemas e otimização de competências e capacidades individuais.

Neste contexto estabelecemos com objetivo geral deste estudo, analisar o processo de envelhecimento de um grupo de pessoas com 65 ou mais anos

acompanhados por uma RLIS em contexto rural. Mais especificamente, são objetivos deste estudo (1) caracterizar as pessoas com 65 mais anos acompanhadas por uma RLIS; (2) avaliar a funcionalidade nas AIVD de idosos na quarta idade acompanhados pela RLIS, (3) identificar idosos da quarta idade acompanhados pela RLIS em situação de risco de isolamento social; (4) avaliar o grau de satisfação com a vida de idosos na quarta idade acompanhados pela RLIS.

Neste sentido, a presente dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos: (1) revisão da literatura no domínio, (2) opções metodológicas, e (3) apresentação dos resultados, e (4) discussão dos resultados. Relativamente ao primeiro capítulo é feita uma abordagem ao fenómeno do envelhecimento, principais teorias e tipologias, bem como, as principais políticas sociais, sua evolução e implementação, quer em termos europeus quer nacionais, e, as principais formas de intervenção em Portugal, com especial atenção para a RLIS.

No segundo capítulo, são apresentadas as principais opções metodológicas adotadas para a realização do presente estudo: participantes, instrumentos e procedimentos de recolha de dados e procedimentos de análise de dados.

No terceiro e quarto capítulos são apresentados e discutidos, respetivamente, os resultados mais relevantes do estudo. O quarto capítulo finaliza com a conclusão, onde se analisam as principais limitações deste trabalho e se apontam as implicações mais relevantes do mesmo.

CAPÍTULO I

REVISÃO DA LITERATURA

1. Gerontologia, Gerontologia Social e Envelhecimento

1.1- Gerontologia e Gerontologia Social

O envelhecimento demográfico e individual é visto como sendo um dos acontecimentos mais importante do século XX, sendo que tal fenómeno deve-se, essencialmente, ao declínio da taxa de natalidade e ao progressivo aumento da longevidade.

Nas últimas décadas tem-se vindo a desenvolver uma nova área científica que, por excelência, estuda o processo de envelhecimento - a *Gerontologia*. Etimologicamente, o termo Gerontologia provém do vocábulo grego *geron* que significa velho e do vocábulo *logia* que significa estudo (Fernández-Ballesteros, 2004). Trata-se de uma área de estudo recente, sendo que o termo Gerontologia foi proposto pela primeira vez em 1903 por Elie Metahnicoff, Prémio Nobel e professor do Instituto Pasteur de Paris, para se referir ao estudo científico do envelhecimento. A consolidação da Gerontologia acontece, no entanto, apenas no fim da segunda Guerra Mundial com a criação da *Gerontological Society of America* em 1945 (Paúl, 2005).

Deste modo, o desenvolvimento da Gerontologia deu-se essencialmente no decorrer da segunda metade do séc. XX, uma vez que foi neste período que o fenómeno do envelhecimento da população começou a ser um tema mais discutido a nível internacional por via dos desenvolvimentos científicos, tecnológicos, médicos, educativos e sociais da época. A preocupação de investigadores e profissionais envolvidos foi, não só uma maior compreensão do fenómeno, mas a contribuição para que as pessoas tivessem a oportunidade de viver mais anos com melhor qualidade de vida (Fernández-Ballesteros, 2004).

Para Hooyman e Kiyak (2011), a Gerontologia investiga o processo de envelhecimento de acordo com quatro perspetivas diferentes: i) o envelhecimento cronológico indicado pela idade da pessoa; ii) o envelhecimento a nível biológico, que provoca mudanças a nível fisiológico, como a redução da capacidade de autorregulação do próprio sistema iii) o envelhecimento que ocorre a nível psicológico que corresponde, essencialmente, às alterações dos processos sensoriais e cognitivos; iv) e, por último, o envelhecimento social que abrange as mudanças de papéis que vão ocorrendo, bem como as relações interpessoais.

Na opinião de Fernández-Ballesteros (2004), frequentemente confunde-se Gerontologia com Geriatria, tendo esta última área sido introduzida por Nasher (1863-1844) para se referir a uma especialidade médica que se ocupa das doenças das pessoas mais velhas. A Geriatria é, assim, um ramo da medicina, sendo que o seu objetivo passa pelo conhecimento das doenças que ocorrem na velhice. É, por isso, perceptível que sejam áreas de natureza diferente e com objetivos distintos, já que a Gerontologia tem uma natureza multidisciplinar e o seu foco é a velhice e o processo de envelhecimento. Contudo, face aos objetivos tanto de uma área como de outra, é importante a mútua colaboração no processo de envelhecimento.

Muitos têm sido os investigadores a debruçarem-se sobre esta matéria. A este propósito, Fernández-Ballesteros (2004) refere-se à Gerontologia como uma área multidisciplinar, que estuda o idoso, a velhice e o envelhecimento, tendo em conta uma perspetiva bio-psico-social. A autora diferencia, ainda, a Gerontologia da Gerontologia Social, sugerindo que esta última estuda não apenas as dimensões biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, mas analisa também o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo, bem como as ações sociais que podem contribuir para melhorar o processo de envelhecimento.

Face ao exposto, é de destacar a importância quer da Gerontologia, enquanto ciência-mãe, quer da Gerontologia Social, no sentido que, tanto uma área como a outra, têm como objetivo estudar um fenómeno cada vez mais presente na sociedade, o envelhecimento. A contribuição destas ciências é ainda mais fulcral, se pensarmos no envelhecimento enquanto processo que ocorre ao longo do ciclo de vida, desde a conceção até à morte, passível de mudanças a nível bio, psico e social, tratando-se de um processo natural e inevitável, como desenvolveremos no tópico seguinte.

1.2- Envelhecimento Demográfico e Individual

O envelhecimento tem vindo a tornar-se num campo multidisciplinar, consequência do impacto que tem gerado na sociedade atual e também pela diversidade de problemáticas que abrange. São algumas as áreas disciplinares que conceptualizam o envelhecimento desde, a Biologia, Psicologia, Sociologia e outras. Das referidas áreas, nenhuma isoladamente consegue explicar o processo do envelhecimento, na sua

plenitude, pois são múltiplas as origens e mudanças que o período temporal provoca no organismo humano, e.g. afetivas, sistémicas, bioquímicas, familiares entre outras. Deste modo, nenhuma teoria de ordem biológica, psicológica, ou social consegue explicar por si só as complexas mudanças intrínsecas ao processo do envelhecimento (Dias & Rodrigues, 2012).

Segundo os dados da *World Population Data Sheets* e do *Population Reference Bureau*, ambos de 2012, existem atualmente cerca de 564 milhões de pessoas com 65 ou mais anos de idade, representando esta população 8% da população total do mundo. Importa salientar que as projeções apontam para que em 2050 a população com 65 anos de idade ou mais possa ser de 2 milhões, representando 20% da população mundial (António, 2013).

Segundo a previsão do relatório da *United Nations Population Division*, espera-se que, no ano de 2050, quase 22% da população mundial tenha mais de 60 anos de idade, o que significa em termos percentuais um aumento de 8%, passando para 21%. O número de crianças irá também sofrer uma diminuição bastante significativa, com uma descida de mais de 10%, passando de 33% para 20%, (António, 2013).

Segundo Nazareth, (2010) no que concerne aos países da Europa, o Eurostat elaborou alguns cenários que dizem respeito à evolução dos vinte e sete países que fazem parte da União Europeia, especificamente em Portugal o Instituto Nacional de Estatística (INE) aponta diversos cenários alternativos a nível da Nut I,II e III. É evidente a existência de um duplo envelhecimento demográfico em todas as regiões a nível mundial. A Europa tem tendência para ver estabilizado o envelhecimento na base, a nível da União Europeia o envelhecimento na “base” era de 16%, e espera-se que no ano de 2050 o valor passe para 14 %. No que diz respeito à população com 65 e mais anos a situação é diferente, ou seja, irá ser notório o aumento da população com mais de 65 anos. O envelhecimento demográfico é um processo universal, no entanto os países da Europa serão os que sentiram mais o seu efeito nos próximos anos.

No que concerne a Portugal, na atualidade, as pessoas idosas são mais de 2 milhões e representam 19,1 % da população, sendo que no ano de 2050 representarão 31,8% da população (António, 2013). Como tal, de acordo com os dados dos Censos de 2011, a percentagem de pessoas com mais de 65 anos face ao total da população portuguesa tem vindo a apresentar uma tendência de crescimento nos últimos anos (INE, 2015).

Como consequência da queda da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida no decorrer dos últimos anos, a população mais jovem, entre os 0 e os 14 anos de idade, e a população em idade ativa, dos 15 aos 64 anos de idade, diminuiu. Simultaneamente assistimos a um aumento da população com 65 ou mais anos de idade.

Este facto foi pela primeira vez evidente em Portugal no ano 2000, ano em que a percentagem de pessoas idosas foi superior ao número de jovens. Com efeito, também o índice de envelhecimento passou a acentuar-se ao longo dos anos: em 1960 era de 27,3%, em 2001 passou para 102,2% e em 2011 apresentava um valor de 128,6%. Estes valores colocaram Portugal, no ano de 2014, como o quinto país da União Europeia (28) que apresentava o índice de envelhecimento mais elevado, sendo que por cada 100 jovens existiam 141 idosos (INE, 2015).

Na mesma linha, o INE prevê que em 2050 vivam em Portugal 3 milhões de pessoas idosas, sendo que estas pessoas com 65 e mais anos de idade representarão cerca de 32% da população total (55% das quais mulheres). Também de acordo com as mesmas previsões, as pessoas com mais de 80 anos de idade serão 950 mil (Maltez, 2013)

Assim, o envelhecimento demográfico em Portugal está associado a três causas, sendo elas: (1) a baixa taxa de natalidade, sendo que cada vez nascem menos crianças, impossibilitando a renovação das gerações; (2) o fenómeno dos fluxos migratórios em que os jovens saem à procura de melhores condições de vida e a população mais velha emigrada regressa ao seu país de origem; e por último (3) o aumento da esperança média de vida (António, 2013).

Face a este cenário de envelhecimento mundial e, tendo em consideração os desafios colocados às pessoas, comunidades e sociedade em geral, os responsáveis políticos e investigadores no âmbito do envelhecimento têm tentado reunir evidências que permitam compreender o fenómeno e desenvolver políticas com vista à transformação da Sociedade (Paúl & Ribeiro, 2012).

As previsões são de que a população mais envelhecida, o grupo dos 85 ou mais anos, seja de 19 milhões no ano de 2050 (Paúl & Ribeiro, 2012). Também no ano de 2050, quase cerca de um terço da população mais velha será constituído por africanos, hispânicos, asiáticos e outras minorias (Paúl & Ribeiro, 2012; Rosa, 2012). A este propósito, Berkman, Gardner, Zodikoff e Linda (2006). Num estudo que aborda questões relacionadas com o envelhecimento, referem que as pessoas têm alcançado

maior longevidade devido aos avanços na saúde, na tecnologia e também na prestação de serviços.

Face ao aumento exponencial de pessoas idosas, Berkman e colaboradores (2006) são da opinião que os profissionais da intervenção social encontram inúmeros desafios, uma vez que terão que dar resposta às necessidades e problemas de um grande número de pessoas mais velhas, mais precisamente acompanhar as mudanças que vão ocorrendo na sociedade e nas pessoas. Os profissionais da intervenção social devem ter como prioridade aprimorar as competências adquiridas na formação de base e ao mesmo tempo adquirir/desenvolver novas competências.

Para Kirkwood (1996), o processo de envelhecimento individual é resultante da combinação de vários fatores: intrínsecos ou genéticos, e extrínsecos ou ambientais. Segundo Maddox (1987), a diversidade de interações entre os fatores supra mencionados conduz à heterogeneidade do envelhecimento humano. (Botelho, 2005)

Nesta linha, alguns autores sugerem que o envelhecimento pode ser olhado de acordo com duas perspetivas. Para António (2013), o envelhecimento é designado por *demográfico ou populacional* quando visto na perspetiva do conjunto da população, ou por *individual* quando interpretado na perspetiva de cada indivíduo. Também Rosa (2012) sugere que existem dois tipos de envelhecimento: o *coletivo* e o *individual*.

No que concerne ao envelhecimento individual, este divide-se em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico, tal como o nome indica, refere-se à passagem da idade, sendo um processo universal, progressivo e inevitável, desde a conceção até à morte. O envelhecimento biopsicológico, sendo um reflexo do envelhecimento cronológico, é menos linear, não é fixo em termos de idade e é vivido por cada indivíduo de forma diferente. (Direção Geral de Saúde, 2004; Rosa, 2012)

De acordo com Rosa (2012), no envelhecimento coletivo estão incluídas as noções de envelhecimento demográfico/populacional e envelhecimento societal/sociedade. O envelhecimento demográfico/populacional permite que os indivíduos sejam classificados indistintamente em categorias fixas da população, sendo que o envelhecimento societal apresenta uma estreita articulação com o envelhecimento demográfico, no entanto uma população pode estar a envelhecer e a sociedade não. Nesta linha, o envelhecimento demográfico aumenta a importância dos grupos etários menos valorizados na estrutura social e produtiva, ou seja, os idosos. No

envelhecimento societal muitas das vezes não ocorrem as devidas mudanças, o que acaba por provocar comodismo na sociedade (Rosa, 2012).

Adicionalmente, Rosa (2012) refere que não há um sentimento único associado à velhice. Por um lado, existe a visão negativa que associa a velhice à morte, à desistência dos projetos e à degradação física em que o desalento, a frustração e a infelicidade são sentimentos que frequentemente caracterizam esta fase. O isolamento ou a solidão tendem a agravar ainda mais esta visão negativa da velhice. Por outro lado, a autora expõe que a visão mais positiva que é associada à velhice se relaciona não só com o privilégio de viver mais anos, mas também com o facto de nesta fase as pessoas, muitas vezes, conseguirem concretizar projetos, que até então estavam adiados.

Assim, Rosa (2012) afirma que embora a idade cronológica seja um atributo indiscutível, a velhice não o é, constituindo um estado difuso, vivido, sentido e percecionado de forma diferente por cada indivíduo, desde o seu enaltecimento até ao repúdio.

A nível individual, o viver mais acarreta alterações a nível da saúde e da participação na vida social. De facto o atingir uma maior longevidade pode significar ficar exposto a doenças, bem como as redes sociais e pessoais serem afetadas. No que concerne ao envelhecimento coletivo, o processo do envelhecimento provoca imposições em questões de intergeracionalidade, o envelhecimento destaca também os riscos relativos à sustentabilidade quer do sistema de Saúde, quer da Segurança Social (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

Segundo Paúl (2005), podemos considerar que as teorias do envelhecimento tiveram origem nos filósofos Platão e Aristóteles. Platão transmitia uma visão positiva do envelhecimento, onde o ser humano passa pelo processo de envelhecimento de acordo com a forma como viveu a sua vida. Por sua vez, Aristóteles apresentava uma visão negativa do envelhecimento ao fazer referência à doença e ao declínio físico e mental dos indivíduos como características do envelhecimento.

Atualmente, e sabendo que o campo de estudo do envelhecimento é influenciado e explicado por múltiplos e diversificados aspetos das mais distintas áreas, Bengtson, Gans, Putney e Silverstein (2009) acreditam no crescimento de teorias interdisciplinares com vista ao alcance por uma teoria unificada. Como tal, as teorias explicativas do envelhecimento são originárias dos mais diversos domínios científicos: (1) biológico, por um lado com as mutações genéticas aleatórias e stress oxidativo, e por outro, pela expressão das estruturas genéticas na velhice; (2) psicológico, com a perspectiva

desenvolvimental do ciclo de vida, em particular o modelo da *Otimização, Seletiva com Compensação* (SOC) (Baltes & Baltes, 1990), a teoria da seletividade socioemocional (Carstensen, 1993) e o modelo de suporte social (Antonucci, Birditt & Akiyama, 2009); (3) sociológico, onde são mencionadas as vantagens e desvantagens cumulativas ao longo do curso de vida (e.g. Ferraro *et al.*, 2009; Hendricks & Hatch, 2009; Settersten & Trauten, 2009), o curso de vida e as forças sociais (e.g. Dannefer & Kelley-Moore, 2009; Fry, Dillworth-Anderson & Cohen, 2009), e a tradicional abordagem fenomenológica (e.g. Longino & Powel, 2009); e (4) políticas públicas, que, de acordo com Paúl (2012), têm sido fortemente influenciadas pela perspectiva “*life course*” (G. Elder, 1975/1999).

Sabendo que, atualmente, o envelhecimento é um importante fenômeno em discussão nos mais variados âmbitos e em tão rápido crescimento, são vários os autores que se debruçam sobre o processo do envelhecimento.

Para Sowers e Rowe (2007, como citado em Bastos, Faria, Gonçalves e Lourenço, 2015), o envelhecimento individual é um processo gradual que provoca alterações a nível biológico, psicológico e ao nível da estrutura social das pessoas. Da mesma opinião comunga Osório (2007, como citado por Maltez, 15, 2013), ao referir que “*para além dos processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um processo cultural e social. O envelhecimento não é medido pelo maior número de anos nem pelo coletivo de pessoas que atingem uma maior longevidade, é encarado também como um acontecimento de alteração de atitudes e de mentalidades, resultante das relações que se estabelecem entre grupos etários e as suas condições de vida.*”.

Segundo Birren (1995, como citado em Paúl, 2005), o envelhecimento é olhado como um sistema ecológico, onde se dá uma interação entre sistemas com um património genético e diversos meios físicos e sociais. Por sua vez, Simões (2006, como citado por Maltez, 2013) sugere que o envelhecimento depende da biologia de cada indivíduo, especificamente da genética de cada um, do nível de instrução, do local ou área onde vive e ainda do género. Assim, considera-se pertinente conhecer as pessoas idosas enquanto membros de uma sociedade cada vez mais envelhecida, bem como os mecanismos do envelhecimento das células, como também de tudo o que diz respeito à idade, enquanto dimensão de organização social e política (Birren, 1995).

Por outro lado, Shock (1985) resume o percurso do envelhecimento, como um sistema muito individual que ocorre em cada indivíduo, defendendo que com o aumento

da idade as diferenças interindividuais resultam num padrão de maior variabilidade (Paúl, 2005).

Na opinião de Fernández-Ballesteros (2000), os especialistas em Gerontologia percebem o envelhecimento como um procedimento que vai ocorrendo ao longo do tempo e investigam a maneira como os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos e sociais).

De acordo com Yates (1993, como citado em Paúl, 2005, 28) o envelhecimento é visto como *“um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes e de instabilidades dinâmicas que por fim resultam na morte”*.

Por seu lado, a teoria da gerodinâmica ou a teoria da bifurcação é apresentada por Schroots (1995, como citado em Paúl, 2005, 28) para esclarecer que o processo do envelhecimento *“é explicado em termos da teoria geral dos sistemas, da segunda lei da termodinâmica e da teoria do caos de Prigogine (1979), que prevê que as flutuações nos indivíduos possam chegar a pontos de bifurcação em que é impossível determinar à priori qual a direção da mudança, se o sistema se desintegra no caos ou se passa para uma ordem superior mais diferenciada”*. O envelhecimento pode ser ainda, segundo Netto (2006), definido como todo o processo que decorre desde a concepção até à morte (Alexandre & Dias, 2013).

1.3- Modelos e Políticas de Envelhecimento Individual

1.3.1 Envelhecimento Bem-sucedido (EBS)

Numa leitura positiva sobre o processo de envelhecimento, o conceito de EBS é apresentado por diversos autores, cada um conceptualizando-o de forma específica.

Assim, e partindo de uma visão psicológica, Baltes e Baltes (1990) apresentam uma abordagem que envolve três componentes fundamentais - Seleção, Otimização e Compensação - que, quando articuladas, constituem o núcleo do *Modelo de Otimização*

Selectiva com compensação (Modelo SOC). Neste modelo, a variabilidade interindividual e a plasticidade intraindividual são centrais para o EBS.

Baltes e Baltes (1990) fazem referência a um conjunto de proposições, interligadas centrais para o EBS: a) existem grandes diferenças entre envelhecimento normal, ótimo e patológico; b) há muita heterogeneidade no envelhecimento (variabilidade interindividual); c) há muita reserva latente (plasticidade intraindividual); d) no envelhecimento há limites para a capacidade de reserva (plasticidade comportamental ou adaptabilidade); e) o conhecimento-base das pragmáticas e tecnologias podem compensar o declínio das mecânicas cognitivas, decorrentes da idade; f) com o envelhecimento o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo; e g) o *self* contínua resiliente na velhice.

Segundo Baltes e Baltes (1990), partindo das sete proposições anteriormente mencionadas, podem ser estabelecidos princípios gerais que potenciem estratégias para promover um EBS. Em primeiro lugar parece ser pertinente que os indivíduos adotem um estilo de vida saudável, de modo a evitar um envelhecimento com patologias. Em segundo lugar, tendo em conta a heterogeneidade e diversidade no envelhecimento, é fulcral favorecer a flexibilidade individual e social. Por último, é necessário aumentar a capacidade de reserva, através de atividades educativas, motivacionais, de saúde, formação e manutenção das redes sociais, sendo que o aumento da capacidade de reserva deve ocorrer a três níveis- físico, mental e social. À medida que os indivíduos envelhecem é inevitável a perda nas mecânicas cognitivas, no entanto estas podem ser compensadas pelo desenvolvimento nas pragmáticas.

Um outro modelo de EBS foi apresentado por Rowe e Khan (1998). Trata-se de um modelo de base biológica do qual fazem parte três componentes: **a)** baixo risco de doenças ou incapacidades relacionadas com a doença; **b)** alta funcionalidade física e mental; **c)** envolvimento ativo com a vida. Deste modo, para Rowe e Kahn (1997), a tarefa do EBS é descobrir e redescobrir relacionamentos e atividades que proporcionam proximidade e significado. Fazer parte de uma rede social de amigos e familiares é um dos indicadores mais referidos de longevidade, e o facto de estar ligado a outras pessoas promove a saúde e, de alguma forma, garante algum apoio sócio emocional.

Constatamos que cada constituinte do modelo de Rowe e Kahn (1997) é importante em si mesmo, tratando um conjunto de fatores associados e, até certo ponto, independente dos restantes. Os autores destacam, como exemplo, o caso de Stephen Hawking que, severamente afetado por esclerose lateral amiotrófica, e embora o seu

corpo estivesse dependente de uma cadeira de rodas, a sua mente continuou livre para explorar os limites do universo.

Como crítica ao modelo proposto por Rowe e Kahn (1997), surge o modelo de Kahana e Kahana (1996, 2003). Os autores apresentam um modelo de EBS assente numa índole proactiva de carácter preventivo e corretivo, baseado na atuação humana (“*human agency*”), sendo mais evidente no grupo das pessoas mais velhas que enfrentam os desafios das doenças crónicas. O referido modelo reconhece que no que concerne à disposição psicológica (esperança e autoestima), estas têm impacto nos resultados das adaptações proactivas e na qualidade de vida. O modelo de EBS apresentado por Kahana e Kahana (1996, 2003) atribui um papel importante aos recursos internos e externos do indivíduo, na medida em que tais recursos poderão facilitar os esforços proativos, como sendo recursos psicológicos, financeiros, sociais e ambientais que funcionam como “amortecedores” no contexto do paradigma do *stress* (Perlim, Liberman, Menagnhan & Mullan, 1981).

Como adaptações preventivas, Kahana e Kahana (1996, 2003) propõem: (1) **promoção de saúde**, através da adoção da prática de exercício aliado a bons hábitos alimentares, tal pode ajudar a retardar condições de vida que levam ao surgimento de problemas de saúde (Miller, Balady & Fletcher, 1997; Shirey & Summer, 2000); (2) **planeamento futuro/antecipado** (*planning ahead*) para lidar com as potenciais necessidades de cuidados antes da doença, nomeadamente permitir que os mais velhos possam continuar a viver em suas casas, ou ajudar a pessoa a reunir, antecipadamente, os recursos financeiros e sociais adequados para possibilitar a aquisição de dispositivos ou serviços de assistência; e (3) **ajudar os outros**, resulta numa maior assistência quando ficam doentes, embora essa ajuda não parta necessariamente de pessoas que estes idosos inicialmente ajudaram (Kahana & Borawski, 1997).

No que se refere às adaptações corretivas, os autores sugerem: (1) **negociar suporte** (*marshalling support*) como a predisposição dos mais velhos para partilhar os seus problemas e pedirem ajuda numa situação de carência, tendo por norma mais facilidade em recorrer à família e amigos, procurando só depois auxílio nas redes formais (Cantor, 1979); (2) **substituição de papéis** (*role substitution*) tais como a substituição dos papéis sociais alternativos aceites pelos indivíduos à medida que experienciam perdas a este nível, como a viuvez ou a reforma involuntária, sendo ainda mais acentuadas no decorrer de uma doença; e (3) **modificações ambientais** (*activity and environmental modifications*) destinadas aos mais velhos para aumentar o conforto

e segurança quando começam a perder a autonomia, recorrendo por exemplo, a dispositivos de assistência para ajudar na realização de atividades desejadas (Lawton, 1990), altamente relevantes no caso da cronicidade na velhice.

Por último, Kahana e Kahana (1996, 2003) abordam, ainda, as adaptações recentemente introduzidas no modelo, que apresentam novas opções para lidar com os stressores decorrentes da doença na velhice: (1) **utilização da tecnologia avançada**, como dispositivos de monitorização da saúde, que constituem uma fonte de *empowerment* pelo aumento da informação, comunicação e capacidade para o autocuidado nos mais velhos (Thurz, Nusberg & Prather, 1995); (2) **consumo de cuidados de saúde** que implica tanto tomar a iniciativa em recorrer aos mesmos, enquanto beneficiários, como ser assertivo quando comunicam com os prestadores de cuidados, enquanto “advogados” de si mesmos (Kahana & Kahana, 2001); e (3) **auto-aperfeiçoamento**, embora muito associado a idosos satisfeitos, tem vindo também a ser considerado uma estratégia benéfica na doença crónica.

1.3.2. Envelhecimento Ativo

O conceito de envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, e apresenta como objetivo melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos vão envelhecendo. Este modelo aplica-se tanto aos indivíduos como à sociedade, levando a que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo de todo o curso de vida, para que assim tenham um papel na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (Opas, 2005).

Deste modo, o termo “ativo” não se refere unicamente à atividade física ou a fazer parte da força de trabalho, mas sim à participação contínua em questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis. O objetivo do envelhecimento ativo é, portanto, aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade para todas as pessoas (Opas, 2005).

O conceito de envelhecimento ativo da OMS (2005) apresenta uma visão positiva e holística do processo de envelhecimento, utilizando-a tanto como ambição individual como meta de políticas sociais/públicas. Inicialmente eram três os pilares que

sustentavam o modelo de envelhecimento ativo, sendo eles (1) a saúde, (2) a participação e (3) a segurança. No ano de 2010 o conceito sofreu uma revisão, e passou de três para quatro pilares, ao acrescentar (4) a aprendizagem ao longo da vida, no âmbito da Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo em Sevilha (ILC-Brasil, 2015).

Os quatro pilares supramencionados possuem uma característica comum: o facto de serem interdependentes e de se reforçarem mutuamente. No que concerne ao primeiro pilar, a **Saúde**, este aparece como um “*estado de completo bem-estar físico, mental e social*” (ILC-Brasil, 2015, p. 46). O envelhecimento ativo tem como propósito melhorar a saúde das pessoas para que assim se consiga adquirir um pleno potencial de saúde ao longo da vida. Neste pilar defende-se que quanto mais cedo se trabalhar para ter uma boa saúde mais e melhores serão as recompensas, posteriormente (ILC-Brasil, 2015).

Em relação ao pilar **Aprendizagem ao Longo da Vida**, surge como um pilar que sustenta todos os outros pilares do envelhecimento ativo. É um pilar que tem como característica atribuir poder de decisão e uma maior certeza de segurança pessoal (ILC-Brasil, 2015).

O terceiro pilar, a **Participação**, diz respeito ao envolvimento em qualquer área: social, cívica, recreativa, cultural, intelectual ou espiritual. Participar contribui para uma saúde positiva (ILC-Brasil, 2015).

Por último, o quarto pilar, a **Segurança/Proteção**, surge como sendo a principal necessidade humana, pois sem a sua presença não é possível desenvolver em pleno o potencial dos indivíduos nem tão pouco envelhecer de uma forma ativa (ILC-Brasil, 2015).

Adicionalmente, no ano de 2002, a OMS divulgou um conjunto de fatores determinantes do Envelhecimento Ativo, relacionados entre si. Assim, tanto “*a cultura como o género foram considerados como fatores determinantes abrangentes e transversais que moldam os indivíduos e o próprio meio onde então contextualizados ao longo da vida. Em relação ao ambiente físico, os fatores determinantes sociais, económicos, de saúde e de serviço social, constituem os fatores contextuais*” (ILC-Brasil, 2015, p. 54).

Face ao exposto torna-se evidente que o envelhecimento, enquanto processo, é pautado por uma grande complexidade, sendo de considerar a dimensão individual (intra), mas também contextual (ambientes) e histórica. Neste sentido, focar-nos-emos a

seguir na análise de um aspeto contextual apontado como relevante na literatura: o lugar onde se envelhece, aqui analisado na dicotomia rural *versus* urbano.

2. Envelhecer em contexto rural

Sabendo que o envelhecimento é um processo pelo qual todos os indivíduos passam, de acordo com as suas experiências de vida, papéis sociais e contexto sociofamiliar, cultural e histórico, existe uma grande heterogeneidade em termos de vulnerabilidades, necessidades e também de potencialidades da população mais velha. Deste modo, não é simples explicar o que se entende por "idosos rurais". Constantemente este termo é empregado para designar diferentes situações, que podem ir desde idosos que residem em áreas não citadinas ou em povoados com um número de habitantes inferior a 2500 habitantes, ou mesmo aquelas pessoas mais velhas que, sendo agricultores, vivem em locais relativamente isolados (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

Envelhecer em contexto rural é certamente diferente de envelhecer em meio urbano. De acordo com um estudo de Paúl e colaboradores (2005a), realizado em dois contextos sociais diferentes, um rural (Aldeia do Bispo, concelho de Sabugal, distrito da Guarda) e outro urbano (freguesia de Bonfim, cidade do Porto), concluiu-se que os idosos de meio urbano apresentavam atitudes mais negativas face ao processo de envelhecimento. O estudo mostra, ainda, que as pessoas idosas que viviam em meios rurais possuíam uma rede social maior, tanto de familiares como de amigos, do que os idosos residentes em meios urbanos, mas, em contrapartida, as pessoas idosas que viviam no meio rural possuíam uma rede de pessoas em quem podiam confiar mais estreitamente. Estas distinções indicam que é real a diferença de sociabilidade no meio rural e no meio urbano. No meio rural a proximidade é mais diminuta que no meio urbano, facto que pode provocar efeitos a nível do bem-estar psicológico dos idosos.

A ideia de envelhecer em meio rural pode fazer transparecer a conceção de que os idosos têm um forte apoio dos familiares, que estes têm disponibilidade para ser cuidadores sempre que os idosos precisam, que são detentores de altos níveis tanto de saúde, bem como de satisfação, que não apresentam muita necessidade de usufruir de serviços de apoio, e que, não sendo "ricos", desenvolvem estratégias para satisfazer as necessidades mais essenciais. No entanto, esta visão perfeita dos idosos que vivem em

meios rurais nem sempre corresponde à realidade. As populações que residem nos meios rurais têm que enfrentar muitas condições, adversas tais como a carência de serviços sociais, de saúde e também de transportes, dificuldades para poderem aceder aos serviços e equipamentos situados muitas vezes longe da zona onde residem, além de que a migração das pessoas do meio rural para zonas urbanas foi um acontecimento que veio provocar o despovoamento do meio rural e, conseqüentemente, o afastamento geográfico de possíveis cuidadores dos familiares mais idosos (Paúl *et al.*, 2005).

Nesta linha, podemos afirmar que as pessoas mais velhas, que residem em meios pouco povoados e com escassez de recursos, enfrentam muitas vezes problemas que se associam a doença, baixos recursos económicos e solidão. A deslocação dos mais novos dos meios rurais para outros locais acarreta conseqüências a nível da prestação de cuidados informais, pois assim não é possível que, por exemplo, os filhos prestem cuidados e acompanhem os seus progenitores na velhice. Por vezes, a institucionalização das pessoas é feita muito precocemente devido não só a condições económicas e habitacionais deficientes, mas também, e principalmente, à falta de retaguarda familiar.

A partir da década de 60 no interior rural de Portugal, segundo Paúl e Fonseca (2005), registou-se um grande fluxo migratório, o que provocou a desertificação dos meios rurais, principalmente do interior rural. A população deslocou-se à procura de melhores condições de vida e de novas oportunidades de trabalho, e claro ao saírem os mais novos, permanecem somente os mais velhos. Muitas das nossas aldeias são "terras de velhos", onde se fecham as escolas porque não há crianças e abrem-se instituições para pessoas idosas" (Paúl *et al.*, 2005).

Neste sentido, Sampaio (2017) efetuou um estudo com o objetivo de fazer a avaliação gerontológica multidimensional num município do interior. A investigadora tomou como amostra 5% da população com 65 ou mais anos tendo em conta o último censo da População (INE, 2011) a viverem no domicílio.

A recolha dos dados foi realizada através de protocolo de avaliação de necessidades comunitárias associadas ao envelhecimento da população (Sampaio, 2017). Os participantes tinham uma idade média de 77 anos (DP=7.9), a maioria era independente nas atividades básicas da vida diária (94%). No que concerne às AIVD, 45,8% dos participantes era independente e 44,6% nomeadamente dependente. Adicionalmente, no global, os participantes estavam satisfeitos com a sua vida, e 7,2% apresentavam maior risco de isolamento social.

Também Pereira (2013) realizou um estudo que tinha como objetivos: 1) descrever a população em função das características sociodemográficas e das capacidades funcionais, relacionais e cognitivas; 2) analisar as relações entre variáveis sociodemográficas e dimensões do envelhecimento; e 3) analisar a utilização e a necessidade percebida dos serviços comunitários associados ao envelhecimento, em que participaram 140 pessoas idosas a viverem no domicílio no perímetro urbano de Santo Tirso, que foram avaliadas com o Protocolo Gerontológico Multidimensional criado para o efeito (Pereira, 2013). Os participantes tinham uma média de idades de 77 anos (DP=8,65), a maioria era do género feminino (54%), e 53% casados. No que diz respeito às ABVD, 89,3% dos participantes eram independentes, e relativamente às AIVD 63,6% era moderadamente dependente. Em relação à rede social apenas 1,4% apresentava maior risco de isolamento social. No que diz respeito à satisfação com a vida, os resultados mostraram que, no geral, os participantes estavam satisfeitos com a vida.

Sá (2013) realizou um outro estudo a onde fez a avaliação das capacidades e necessidades de pessoas com 65 ou mais anos a residirem em zonas rurais geograficamente isoladas. A avaliação foi realizada com o Protocolo de Avaliação de Capacidade e Necessidades Comunitárias Associadas ao Envelhecimento da População (Pereira, 2013). Da amostra fizeram parte 38 participantes com uma média de idades de 75 anos, sendo a maioria do género feminino (60,5%), com escolaridade reduzida (65,8 %) e viúva (44,7%). A autora destaca que 60,5% dos participantes era independente nas ABVD, e 60,5% moderadamente dependentes nas AIVD. No que concerne às redes sociais constatou-se que 28,9 % dos participantes apresentavam maior risco de isolamento social e em relação à satisfação com a vida os participantes obtiveram valores médios elevados (M=23,2; DP=6,83).

Um outro problema que afeta a população idosa é a precariedade dos transportes públicos. Nos meios rurais este é um problema muito visível, uma vez que a população só pode usufruir deste serviço em período escolar (após o término da escola deixa de haver transporte). Como forma de colmatar esta necessidade, têm de costear transportes alternativos para se poderem deslocar (e.g. Táxi) e ter acesso a bens e serviços, o que provoca um acréscimo nas despesas – este facto é tanto ou mais preocupante sabendo que as reformas desta população são tendencialmente de valores muito baixos.

Num estudo realizado por Alves (2013) foram avaliadas 87 pessoas de quatro freguesias do concelho de Monção, duas predominantemente rurais e duas consideradas

urbanas, com o ANCEP_GeroSOC (Bastos, Moreira, Faria & Melo de Carvalho, 2010). Relativamente à idade, a média dos participantes foi de 74,1 anos (DP=6.76), sendo que a idade era ligeiramente superior nos idosos que residiam nas freguesias rurais (M = 74,9, DP=7,41; vs. M=72,8, DP= 5,47). Um aspeto também a salientar é o número de idosos a residir sozinho, nas freguesias predominantemente rurais este número era superior. Em relação às AIVD, a maioria dos participantes (70,1%) era moderadamente dependente.

A investigadora concluiu que existia uma grande diversidade nos modos de envelhecer em casa em ambientes predominante rurais e moderadamente urbanos. Os participantes que residiam nas freguesias predominantemente rurais obtiveram valores inferiores no MMSE e um maior número apresentava défice cognitivo.

Num outro estudo realizado no Japão por Tanaka e Iwasawa (2010), concluiu-se que as pessoas mais velhas que viviam em meios rurais vivem mais anos do que as pessoas idosas que viviam nos meios urbanos. Em contrapartida, as pessoas idosas que residiam nos meios urbanos reformavam-se mais cedo e com mais saúde. Os trabalhos dos idosos dos contextos rurais eram predominantemente na agricultura, silvicultura e pesca, sendo que os idosos dos contextos urbanos exerceram as suas profissões em meios mais organizados, diferenciados e menos desgastantes do ponto de vista físico.

Considerando os dados apresentados parece-nos evidente que viver em contexto rural envolve um conjunto de especificidades, quer positivas quer negativas, distintas dos contextos urbanos, que claramente têm fortes implicações para o processo de envelhecimento individual.

3. Políticas Sociais para o Envelhecimento

Face ao que temos exposto, é evidente que o envelhecimento da população é considerado um dos maiores desafios para a sociedade devido às suas consequências sociais, económicas e políticas. Neste sentido, especificamente em Portugal, torna-se pertinente analisar as políticas sociais no âmbito do envelhecimento.

A este propósito, Fernandes (1995, como citado em Martins, 2006) considera que o aumento exponencial do envelhecimento tem inquietado investigadores e governantes na medida em que o aumento do número de idosos pode fazer com que os

custos sejam demasiado elevados, conduzindo a consequências negativas para as gerações futuras e à eventual falência do sistema de pensões.

Com o aumento da população idosa, nomeadamente em situação de dependência, torna-se imperativo que o Governo formule políticas sociais adequadas e abrangentes para a mesma para que seja possível experienciar a velhice com a melhor qualidade de vida possível.

3.1. Política Social: conceito

O significado de Política Social tem sido, ao longo das últimas cinco décadas, usado de modo variável por teóricos que tinham preocupação em expor a ação do Governo na procura do bem-estar social das populações (Caeiro, 2010). De uma forma global, Alcock, Eskine e May (2003) consideram que a Política Social tem como objetivo central *“a promoção do bem-estar social, caracterizada por descrever as atuações dirigidas à promoção do bem-estar ou o estudo em termos académicos, dessas atuações”* (Caeiro, 2010, p. 22). Também António (2013, p. 85) apresenta uma definição similar, *“Política Social é um termo que é utilizado para descrever diligências orientadas para a promoção do bem-estar, e também é comum utilizá-lo para classificar o estudo em termos académicos dessas mesmas diligências”*.

Assim, o conceito de Política Social diz respeito à *“política relativa à administração pública da assistência, ou seja, ao desenvolvimento e direção dos serviços específicos do Estado e dos serviços locais em aspetos, tais como a saúde, a educação, o trabalho, a habitação, a assistência e os serviços sociais”* (Caeiro, 2010, p. 22).

Desta forma, a Política Social tem como objetivo a redução de problemas sociais. Por sua vez, Marshall (Caeiro, 2010, p. 22), define política social como a *“política dos Estados no sentido de produzirem impacto direto no bem-estar dos cidadãos, no sentido de lhes proporcionar determinados serviços.”* Além disso, segundo Caeiro (2008), pode-se considerar que existem dois significados para o termo Política Social. Por um lado, de caráter prático, ao entender a política social como o conjunto das políticas públicas com sentido social. Por outro, de significado mais teórico, em que a política é percebida *“como uma disciplina científica no conjunto das ciências sociais”* (António, 2013, p. 85).

Na opinião de Carmo (2012) pode-se explicar política social como um plano de políticas públicas que tem como função executar, no que diz respeito à função económica e social do Estado, com o fim de promover a união social e melhorar o nível de qualidade de vida. Por sua vez, Pereirinha (2008), frisando a promoção e garantia do bem-estar social e coletivo, sugere que a Política Social tem como objetivos: (1) a redistribuição de meios para que o bem-estar seja obtido; (2) a gestão de riscos sociais, ao proteger as pessoas de ocorrências negativas, nomeadamente pobreza, desemprego, exclusão social, entre outros; e (3) a promoção da inclusão social, prevenindo situações de exclusão. Além disso, a política social tem instrumentos próprios (e.g. a regulação, provisão de bens e serviços e provisão de apoios monetários) que permitem, através por exemplo da área económica, ajudar a equilibrar as relações entre o mercado e as pessoas (António, 2013).

Também Titmuss (1974) define Política Social como o ato por parte de quem governa de fornecer bens ou serviços que contribuam para a qualidade de vida das populações. Por seu lado, Pinho (1998, como citado em Maria, 2013) acrescenta que as Políticas Sociais compõem a essência do “*Welfare State*” na medida em que se traduzem na garantia por parte dos Governos de um rendimento mínimo, nutrição, saúde e segurança, educação e habilitação, enquanto direitos sociais de todas as pessoas.

É neste sentido que, segundo Pereirinha (2008, como citado em Cairo 2010) no seio das políticas públicas, as políticas sociais ao abrigo de modelos de Proteção Social objetivam, através dos referidos Estados de Providência, a redistribuição dos recursos. Um exemplo é a atribuição de quantias monetárias para a garantia de rendimentos mínimos, como o Rendimento Social de Inserção (RSI).

Segundo Quaresma (1998), até ao final dos anos 60 do século XX, as necessidades e os problemas da população não eram assuntos prioritários de uma política social específica. Para Gomes (2000), só no final dos anos 60 é que os problemas da população idosa e o processo do envelhecimento começaram a ser discutidos na Assembleia da República Portuguesa (Martins, 2013).

Efetivamente, as políticas sociais de velhice, segundo Guillemard (1984, como citado em Cardoso, Santos, Baptista & Clemente, 2012), são vistas como um conjunto de intervenções públicas que têm como objetivo a estruturação das relações entre as pessoas mais idosas e a sociedade. Guillemard (1984, como citado em Cardoso *et al.*, 2012) refere ainda que a forma das relações sociais que estão na base da evolução das decisões em matéria de políticas direcionadas para a população mais idosa indicam a

presença de uma vasta causalidade. Ora como designadas políticas sociais que o são, não transmitem completamente a ordem do Estado.

3.2. Políticas Europeias para o Envelhecimento

No que concerne ao plano internacional, o primeiro acontecimento que marcou as políticas sociais no âmbito do envelhecimento foi a *I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento* que decorreu em Viena no ano de 1982 e onde foi aprovado um *Plano Internacional de Ação* neste âmbito de atuação. Este Plano organizava-se essencialmente em dois pontos: (1) considerações gerais da política social e (2) recomendações pontuais de ação. Com o primeiro ponto pretendia-se alertar para a necessidade das pessoas mais velhas terem uma participação mais ativa enquanto membros da sociedade. Por seu lado, no segundo ponto eram feitas recomendações pontuais de ação no âmbito da saúde, habitação, família, e educação (António, 2013)

Após a *I Assembleia Mundial de Viena* foram colocadas na agenda internacional questões acerca do envelhecimento individual e populacional, bem como a definição de um plano de ação orientado para a população mais velha. Os vários países envolvidos nesta Assembleia tinham, assim, como missão promover a independência das pessoas mais velhas, o que naturalmente implicaria aumentar os gastos públicos, concretamente na área social

Em 1991, ao nível da *Assembleia Geral das Nações Unidas* são proclamados os *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas – independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade*. Estes princípios enumeram dezoito direitos das pessoas idosas e seguem em conformidade com o Plano de Ação de Viena. No ano seguinte, em 1992, realizou-se a *Assembleia Geral das Nações Unidas* que estabeleceu o ano de 1999 como o *Ano Internacional das Pessoas Idosas*, com o mote “*Uma sociedade para todas as idades*”, manifestando-se em quatro dimensões: 1) situações das pessoas mais velhas; 2) desenvolvimento a nível individual continuado; 3) relações multigeracionais; e 4) inter-relação entre o processo de envelhecimento e desenvolvimento social. No que diz respeito a estas dimensões, foram instituídas como direções prioritárias: 1) garantir e sustentar o desenvolvimento em todas as idades; 2) conceber ambientes favoráveis para toda a população, e 3) garantir o bem-estar das pessoas mais velhas (António, 2013)

Um pouco à semelhança dos Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas (1991), também no ano de 1992, foi proclamada a “*Carta Europeia dos Idosos*” que circunscreveu como direitos das pessoas mais velhas diversos domínios, sendo eles: independência económica, saúde, habitação, transportes, segurança, lazer, informação, participação (António, 2013)

Volvidos 10 anos, em 2002 realizou-se a *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, que se distingue da *I Assembleia realizada em Viena* em vários aspetos, sobretudo no que concerne às mudanças em curso em todo o mundo, a vários níveis, nomeadamente social, cultural e também tecnológico (António, 2013).

O documento redigido pela OMS (2005) tinha como conteúdo a análise do envelhecimento de uma forma global e os desafios das pessoas que envelhecem, bem como a abordagem do conceito e justificação do envelhecimento ativo. Este documento era a favor da alteração de paradigma no que toca às políticas e medidas orientadas para a população mais velha. Deste modo, face às transformações quer demográficas quer sociais que ocorrem, as pessoas mais velhas deveriam ser vistas como intervenientes ativos de uma sociedade que incorpora o envelhecimento, e adotar a posição de colaboradores ativos e beneficiários do progresso (António, 2013).

Com efeito, este novo padrão adota uma abordagem de carácter intergeracional, onde reconhece a relevância das relações entre familiares e a entreatajuda, aviva a perspetiva tradicional de que a aprendizagem é direcionada para os mais novos, reivindica programas que apoiem a aprendizagem em todas as faixas etárias e defende o positivo entendimento entre as gerações (António, 2013).

Da *II Assembleia*, que teve lugar em Madrid, no período de 8 a 12 de Abril de 2002, resultou o *Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento Ativo*. Ao abrigo do conceito de envelhecimento ativo anteriormente abordado, este plano teve por objetivo conceber uma mudança de atitudes, políticas e práticas em vários níveis e setores, de maneira a garantir que todas as faixas etárias da população possam envelhecer com segurança e dignidade, salvaguardando que os pilares de uma velhice saudável e enriquecedora devem ter início muito precocemente (António, 2013).

3.3. Políticas Nacionais

No que se refere às políticas sociais em contexto português, Veloso (2008) considera alguns períodos relevantes no âmbito do envelhecimento que se analisam seguidamente.

Segundo Veloso (2008), o primeiro período, de 1976 a 1985, é caracterizado pela alteração na forma de orientar a velhice e de abordar os idosos, no momento em que surge a Declaração da Política da Terceira Idade na Constituição de 1976, dando-se a conversão dos antigos asilos em lares e o surgimento e a prioridade de criar serviços e instituições dirigidas para a população mais idosa. Neste período, as pessoas mais velhas começam a ser vistas como indivíduos ativos, independentes e ambientados e, assim, defende-se a permanência das pessoas mais velhas nas suas casas pelo maior período de tempo possível. É nesta fase que começam a surgir os equipamentos e serviços sociais de apoio, nomeadamente o Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Centros de Convívio, para que a população possa usufruir desses serviços e ao mesmo tempo permanecer na sua própria casa. O incentivo a esta “política”, bem como em equipamentos e serviços, tinha como objetivo incluir os idosos no meio social, estimular o convívio com outros, diminuir o isolamento, oferecer atividades recreativas, refeições ligeiras, e informação sobre os cuidados de saúde. Durante este período, foram criados 306 centros de dia e 106 centros de convívio, sendo que este incentivo era centrado nas pessoas mais velhas, mas havia também o desejo de redução de despesas públicas (António, 2013).

No segundo período, entre a década de 1985 e 1995, prosseguem medidas políticas para manter as pessoas mais velhas em casa a par da política de diminuição de despesas por parte do Estado. Neste período, é propósito do Governo – o XI Constitucional – definir e concretizar uma política nacional para as pessoas mais velhas, e neste âmbito é criada, em 1988, a *Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade* (CNAPTI). É nesta fase que se dá a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1986, o que provocou efeito, entre outras áreas, na política dirigida às pessoas mais velhas. Entre 1991 e 1993, surge o primeiro “*Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas*”, substancialmente por duas razões: (1) a importância política das pessoas mais velhas, devido ao seu peso demográfico, e (2) os seus efeitos, especialmente no campo de ação dos regimes de segurança social (Veloso, 2008).

É neste seguimento que, segundo Veloso (2008), o ano de 1993 é edificado como *Ano Europeu do Idoso e da Solidariedade entre Gerações*. A partir destes

acontecimentos, é concebido em 1994 em Portugal o “*Programa de Apoio Integrado a Idosos*” (PAII), que entrou em vigor a 21 de Abril de 1995. Este programa tinha como propósito proporcionar condições para que as pessoas mais velhas pudessem permanecer nas suas próprias casas, apoiar as famílias cuidadoras de idosos, diligenciar e apoiar ações de formação (profissionais, voluntários, familiares), e precaver o isolamento, a exclusão e a dependência dos mais velhos (António, 2013). Com este programa foram vários os projetos promovidos, nomeadamente: “Passe para a Terceira Idade”; “Serviço de Teleassistência”; “Serviço de Apoio Domiciliário”; “Centro de Apoio a Dependentes”; “Formação de Recursos Humanos e Saúde”; e “Termalismo” (Velo, 2008 como citado em António, 2013).

No terceiro período, entre 1995 e 2002, é dada continuidade à política de manter as pessoas mais velhas no seu próprio domicílio. Com efeito, diligenciar e apoiar projetos que atribuam respostas para colmatar as diferentes necessidades das pessoas mais dependentes é igualmente importante para esta política, tendo no ano de 1997 sido criado o “*Programa Idoso em Lar*” (PILAR) (António, 2013).

Em 1995 foram criados dois programas, o programa “*Turismo para a Terceira Idade*” (que será desenvolvido posteriormente com a denominação de “Programa de Turismo Sénior”) e o “*Programa Saúde e Termalismo*”. O Programa PAII passa a custear os dois programas mencionados, no entanto serão geridos pelo INATEL. Em 1997, é criado pelo Decreto-Lei nº 102/97, 28 de abril, o Cartão do Idoso. As pessoas mais velhas começam a ser vistas como possíveis clientes e é notório o aumento das ofertas endereçadas a esta população. Tais ofertas passam, por exemplo, pelo turismo, pelas residências tipo hotel e pelos produtos criados especificamente para as pessoas mais velhas. Neste período houve igualmente orientações internacionais das Nações Unidas, aludidas quer na *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, em 2002, como pela OMS (2002), na “*defesa de um estilo de vida ativo*” (António, 2013).

O quarto período que correspondente à fase de 2002 à atualidade, reúne medidas e programas que procuram criar o máximo de autonomia das pessoas mais idosas, bem como prevenir situações que conduzam à dependência e institucionalização, precaver a pobreza e exclusão social, e permitir que as pessoas permaneçam o máximo de tempo possível nas suas próprias casas (Velo, 2008, como citado em António, 2013).

Em 2004 foi criado o “*Programa para a Inclusão e Desenvolvimento*” (PROGRIDE), através da Portaria nº 730/2004, de 24 de Junho, e regulamentado pelo Despacho nº 25/2005, de 3 de Janeiro, com a intenção de evitar situações de pobreza e

exclusão social. O PROGRIDE é dirigido a grupos com características particularmente específicas que se encontrem em situações de exclusão, marginalidade e carência (António, 2013).

Com o intuito de auxiliar a pessoa a recuperar ou conservar a sua autonomia e/ou a maximizar a sua qualidade de vida, foi implementada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, a *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*, composta por um “conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam (ou virão a prestar) cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias. A RNCCI resulta de uma parceria entre os Ministérios da Solidariedade e Segurança Social e da Saúde e vários prestadores de cuidados de saúde e de apoio social” (Velo, 2008 citado por António, 2013, p. 94).

Mais recentemente, para precaver e impedir a institucionalização das pessoas foi desenvolvido, pelo Despacho n.º 6716^a/2007, o “*Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas*” (PCHI), com o objetivo de aperfeiçoar as condições primárias da habitação e a mobilidade dos idosos que têm o serviço de apoio domiciliário ou sejam clientes de um centro de dia (Velo, 2008).

No âmbito do plano de inovação social definido no Programa do XIX Governo Constitucional, segundo o Despacho n.º 1254/2013, de 24 de setembro, surge também a medida de política, *Rede Local de Intervenção Social (RLIS)*, medida esta que será abordada de uma forma detalhada posteriormente.

Em suma, relativamente às políticas sociais nacionais para as pessoas mais velhas podem ser referidos como aspetos primordiais: a alteração de perceção das pessoas mais velhas (passa-se de uma visão negativa como dependentes e inativos para uma visão positiva como ativos e independentes), alteração das respostas sociais, serviços e equipamentos, de forma a contribuir para a manutenção das pessoas mais velhas nas suas próprias casas e, por último, a criação de programas no âmbito da saúde e do turismo (Velo, 2008 como citado em António, 2013).

No seguimento do que foi exposto, para Gomes (2008) importa referir que, atualmente, as medidas de política direcionadas para a população idosa e em situação de dependência são da responsabilidade da Segurança Social, sendo conhecidas três dimensões: (1) prestações sociais, (2) respostas sociais que se subdividem em serviços e em equipamentos, e (3) programas e medidas, podendo estes assumir uma natureza transversal ou específica (António, 2013).

Relativamente à dimensão prestações sociais, nela estão incluídas as prestações económicas que mensalmente podem ser atribuídos a pessoas com 65 ou mais anos (e.g. pensão de velhice, pensão social de velhice e a prestação complemento solidário para idosos). No que diz respeito às respostas sociais, estas podem ser classificadas em serviços prestados às pessoas essencialmente no seu próprio domicílio, e em equipamentos, que abrangem propriamente estruturas residenciais para pessoas idosas. No que concerne à dimensão dos programas e medidas, existem, então, os transversais (e.g., *Linha de Emergência Social* (Lnes), *Rede Social*, *Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados*, entre outros) e os específicos, como a já mencionada *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, entre outros (Gomes, 2008, coo citado em António, 2013)

No âmbito da Segurança Social existem também equipamentos direcionados para a população mais velha sendo eles as respostas sociais: serviço de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, acolhimento familiar para pessoas idosas, estrutura residencial para idosos (apartamentos/moradias), lar de idosos e centro de férias e lazer (Carta Social, 2015). A este propósito importar referir que, entre 2002 e 2011, foi de 43% o acréscimo de respostas dirigidas à população idosa, sendo que a valência que representa um maior crescimento é o serviço de apoio domiciliário e a que apresenta o valor mais baixo é o centro de dia. Em relação à utilização das respostas sociais durante este período, António (2013) dá conta de um decréscimo que poderá ser esclarecido pelo facto da oferta destas respostas sociais ter aumentado. No caso específico do Município de Viana do Castelo, em 2011, as respostas que apresentam uma maior taxa de utilização, lares, residências de idosos e o serviço de apoio domiciliário (Carta Social, 2015).

Segundo António (2013), a investigação dos diversos serviços e/ou programas públicos dirigidos para servir a população mais velha organiza-se em três blocos de estratégias de carácter político. Estes blocos de estratégias encontram-se unidos através de medidas, designadamente, medidas que promovem o cuidado das pessoas idosas e medidas que são a favor da promoção do envelhecimento ativo e produtivo. A primeira estratégia está relacionada com a promoção do cuidado do idoso, aqui são englobadas as medidas e os programas sociais específicos dirigidos à **promoção do cuidado de idosos**, tais como serviços de informação, (e.g. Carta Social), assessoria legal e defesa de direitos (linha nacional de emergência Social) programas residenciais (lares e residências para idosos), programas de cuidados a idosos inovadores ou alternativos

(programa de apoio integrado a idosos), centro de atenção diurna e noturna (centro de dia, centro de convívio, e centro de noite), programas de adaptação ambiental (e.g. programa nacional para a saúde das pessoas idosas), programa de cuidado domiciliário (serviço de apoio domiciliário), programas de alívio para cuidadores (rede de cuidados continuados), intervenção em negligência e maus tratos a idosos (manual para a prevenção da violência institucional). Relativamente à **promoção do envelhecimento ativo**, foram criados programas de saúde e bem-estar físico (e.g. programas e medidas no âmbito do envelhecimento ativo), programas de ingressos económicos, diretos e indiretos (e.g. diretos pensão de velhice, pensão social de velhice, complemento solidário para idosos indiretos, cartão 65), programas educacionais formais e não formais (e.g. formação ao longo da vida, universidades seniores). E por último, ao nível da **promoção do envelhecimento produtivo**, destaca-se o voluntariado sénior e os programas intergeracionais (estruturas e entidades não governamentais promovem a prática do voluntariado), e os programas de emprego sénior (em Portugal não existe uma medida ativa de emprego dos trabalhadores mais velhos).

Face ao exposto, ao longo das últimas décadas o envelhecimento populacional tem estado no centro dos debates, quer a nível académico, quer a nível político, isto não só pela pertinência do processo em si, bem como pelas consequências multidimensionais que acarreta (Dias & Rodrigues, 2012).

Face ao envelhecimento da população e ao surgimento de condições de vulnerabilidade e/ou risco, no decorrer da desenho e implementação das políticas sociais, a intervenção social assume um papel central. Neste sentido, passaremos à análise deste domínio no ponto seguinte.

4. Intervenção Social

De um modo geral, podemos dizer que a intervenção social tem como grande objetivo contribuir para a melhoria da vida das pessoas. A intervenção social deve ter como função intervir de forma precisa para colmatar as necessidades da população e intervir nessas mesmas necessidades, bem como para dar resposta a problemáticas sociais. Neste sentido, é fulcral que todos os meios existentes na comunidade trabalhem em parceria (Ornelas 2008; Correia 2009)

A intervenção social é, pois, uma espécie “*de prática profissional que apela à síntese dos saber fazer, saber aprender, saber viver com os outros e saber ser*” (Manual RLIS, 2015, p. 18). Trata-se de um conceito que foi introduzido desde o início do século XX, acarretando uma ação com intenção e que usa metodologias para ajudar as pessoas (Manual RLIS, 2015)

Entre os estímulos que se aplicam à intervenção social, reside a execução de abordagens de intervenção comunitária que de certa forma contextualizam a vida pessoal e familiar, incitando à participação das pessoas, famílias e instituições locais a solucionar os seus problemas e satisfazer as suas necessidades (Manual RLIS, 2015)

Caplan (1964, como citado em Ornelas, 2008, p. 241), define a intervenção social “*como constituindo-se nos esforços realizados para modificar os sistemas operativos sociais e políticos, bem como a atividade legislativa e reguladora relativa à saúde, à educação, bem-estar e justiça, para melhorar, à escala comunitária, os danos físicos, psicossociais e socioculturais básicos e a organização dos serviços, com o fim de ajudar os indivíduos a confrontar as suas próprias crises*”. Para Seidman (1983 como citado em Ornelas, 2008), a Intervenção Social é vista como a mudança das normalidades sociais entre os indivíduos, grupos, associações e instituições, podendo assumir um carácter nacional ou internacional, e criar mudança na qualidade de vida das pessoas ou nos contextos de um grande número de pessoas ou grupos.

Para Bloom (1980 como citado em Vidal, 2007), a intervenção tem um carácter preventivo que intervém no bem-estar psicológico de um dado grupo da população. No entender de Iscoe e Harris (1984 como citado em Vidal, 2007), a intervenção procura melhorar a condição humana segundo esforços dirigidos maioritariamente às pessoas mais vulneráveis e que enfrentam mais dificuldades. Deste modo, esta intervenção tem igualmente o propósito de preservar ou aperfeiçoar a qualidade de vida das populações mais desfavorecidas.

Segundo Kaufmann (1987 como citado em Vidal, 2007), a intervenção é definida como uma interação que é intencional e de carácter seletivo entre duas ou mais pessoas, sendo que a pessoa que tem o papel de interventor tem vantagem em relação às intenções e aos recursos disponíveis. Na perspetiva de Barriga (1987), a intervenção social é uma relação entre duas partes: o cliente e o meio (Vidal, 2007). Deste modo, Vidal (2007) percebe a intervenção social como sendo uma ação externa, planeada e permitida, com o objetivo de melhorar o funcionamento de um sistema ou grupo (e.g. instituição, comunidade, organização, serviço, etc.) que, dissipada a sua competência

habitual de se autogovernar, não possui capacidade para resolver os seus próprios problemas.

Nesta linha de pensamento, Cerda e Socías (1995) defendem que as intervenções com a população mais velha exigem que sejam mobilizados todos os meios existentes na comunidade e que seja diligenciada a colaboração entre vários profissionais e parceiros que existem na comunidade (saúde, social, educação, entre outros). Idealizam que tais intervenções sejam efetuadas no sentido de se desenvolver um trabalho em rede e de se evitar que as respostas à população sejam duplicadas ou a população prejudicada (Barbosa, 2016).

As iniciativas de intervenção social constituem-se muito importantes na medida em que criam ocasiões para as pessoas participarem e controlarem a sua própria vida. É, portanto, um fator decisivo para a resolução de problemas (Ornelas, 2008).

Neste seguimento, Szanton e colaboradores (2011) realizaram um estudo piloto com o objetivo de provocar modificações a nível individual e ambiental em pessoas idosas com baixos rendimentos e com dificuldades em realizar uma atividade da vida diária ou duas atividades instrumentais da vida diária. Os participantes foram selecionados a partir das listas de três organizações governamentais sem fins lucrativos que aguardavam serviços domiciliários. Os critérios de inclusão foram ter pelo menos 65 anos e dificuldades em realizar pelo menos uma atividade da vida diária. No estudo participaram 40 adultos, 38 mulheres e 2 homens, com uma média de idade de 78 anos, o estudo era constituído por dois grupos, um de controlo com 16 participantes, e um grupo de intervenção constituído por 24 participantes.

Neste estudo, a intervenção foi realizada através de visitas coordenadas de uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e um tarefeiro. Cada participante da intervenção recebeu todos os componentes da intervenção clinicamente adaptados ao perfil de risco e aos objetivos. Cada participante do grupo de controlo, também recebeu o mesmo número de visitas que os participantes da intervenção. O grupo de controlo realizou atividades de caráter sedentário à escolha. A intervenção decorreu ao longo de seis meses. Os resultados revelaram que 93% das pessoas que participaram reconheceram que a intervenção lhe trouxe benefícios. O estudo tem pontos fortes e pontos fracos, sendo os pontos fortes o facto de a intervenção abordar fatores extrínsecos e intrínsecos e o facto de a intervenção decorrer no próprio domicílio das pessoas. Como pontos fracos destacam-se a dimensão do estudo e o facto de os participantes poderem ter sido selecionados de forma conveniente.

A intervenção social é, então, percebida como um processo assente num grande objetivo - incentivar a mudança – cuja concretização depende do objeto da intervenção, do estado inicial, do tipo de alteração que se deseja, dos objetivos ou metas, do âmbito de aplicação, das técnicas e estratégias a utilizar e por último, da duração. Assim, inicialmente é realizada uma avaliação do que se pretende mudar, considerando a estrutura social interna, entre outros fatores, como a relação com o meio, a história e a cultura. Atendendo “às suas finalidades, a intervenção social poderá implicar mudança nas estruturas ou nos processos sociais” (Ornelas, 2008, p. 242). De acordo com o mesmo autor, os objetivos e metas são definidos de acordo com a mudança que se pretende produzir, sendo então importante fazer uma avaliação para demarcar quais os efeitos que se pretendem alcançar, sendo considerada a complexidade do desenvolvimento das pessoas. As técnicas e estratégias empregadas resultam no desenvolvimento de procedimentos inovadores em vários domínios e, por último, a duração do processo de intervenção social é definida em função do tipo de mudança que se pretende produzir.

Às referidas características da intervenção social, Goodstein e Sandler (1978) acrescentam, ainda, os vários componentes da mesma: (1) destinatários da intervenção (e.g. a comunidade, famílias, serviços, escolas); (2) fim/objetivo que passam por prevenir e trabalhar para o desenvolvimento das pessoas ou comunidades, dar seguimento aos processos sociais e reduzir tensão; (3) conteúdo técnico, ou seja, aquilo que se vai fazer para conseguir atingir os objetivos; (4) estilo interventivo que consiste na forma de intervir e de se relacionar com os destinatários; e, por último, (5) a base científica que integra os conhecimentos necessários para fundamentar de forma técnica a intervenção (Vidal, 2007).

Num diferente estudo, realizado por Crampton (2011) referencia que a nível mundial a melhoria nos cuidados de saúde e o exponencial aumento da longevidade das pessoas acarreta, grandes desafios para a prática da intervenção social. Sendo percecionada uma visão negativa em relação às pessoas mais velhas, estas são vistas como pessoas não produtivas e com dependência. O objetivo do estudo passava por identificar os desafios que o envelhecimento da população trás para os políticos e para os profissionais que trabalham na área da intervenção social. O autor concluiu que o envelhecimento enquanto assunto político deve ser encarado como uma política de saúde e do social e não só como uma questão económica ou de política laboral. É pertinente que a prática da intervenção seja contínua e que comece desde a infância

para, através de intervenções, promover a saúde, a paz, bem como outras áreas de bem-estar e de justiça social.

Segundo Crampton (2011), os demógrafos não encaram o envelhecimento como um acontecimento da concepção até à morte, sendo o fenómeno do envelhecimento caracterizado por ser uma variável categórica para descrever populações. Na opinião dos demógrafos a intervenção social tem um papel muito importante ao intervir com adultos e famílias. A prática da intervenção social na área da prevenção é fulcral, especificamente na prevenção da violência, redução da pobreza, uso de substâncias, e na promoção de cuidados de saúde e comportamento positivos.

Para Crampton (2011), na Europa Ocidental, América do norte e Japão, a taxa de fertilidade e mortalidade têm vindo a diminuir, e há a possibilidade de cada geração viver mais tempo e acompanhar a geração seguinte. Deste modo, a prática da intervenção social será cada vez mais com as gerações das pessoas mais velhas. Segundo o autor, os países situados no norte do globo têm mais medidas de cuidados e intervenção formal, os profissionais que trabalham na intervenção social ajudam os clientes a usufruir das políticas e sistemas de cuidados, que reforçam o apoio informal. Intervêm para que as pessoas mais velhas “envelheçam no lugar” (“*aging in place*”), podendo realizar-se assistência em casa em vez da assistência institucional (Black, 2008; Ivry, 1995).

Ao “usar” uma visão holística sobre o envelhecimento enquanto fenómeno que acontece ao longo da vida dos indivíduos, famílias, comunidades e profissionais da intervenção social têm benefícios pois adquirem conhecimentos muito próximos das pessoas (Browne *et al.*, 2009). O conhecimento contextualizado e aprofundado do envelhecimento é vital para desmistificar a construção idadista das pessoas. (Crampton, 2011)

Na perspetiva de Crampton (2011), enquanto os demográficos e políticos viram as suas atenções para as estatísticas, os profissionais da intervenção social visionam o envelhecimento das pessoas no contexto, como sendo uma experiência complexa do curso de vida.

Crampton (2011) defende que haja um conhecimento virado para o contexto de como as pessoas crescem, desenvolvem e envelhecem enquanto pessoas, membros de famílias e de comunidades, ao mesmo tempo é defensor de que o processo do envelhecimento deve ser caracterizado como contingente/invariável. Para o autor é de todo importante investir na saúde e bem-estar ao longo do ciclo de vida.

Ao longo do tempo, o aumento e a construção de parcerias entre os vários agentes locais da rede social tem-se mostrado crucial para promover respostas adaptadas de forma a responder a situações de vulnerabilidade e exclusão sociais, por vezes complexas, onde são exigidas participações individuais e também coletivas. Conforme os objetivos do serviço de atendimento e acompanhamento social (SAAS), é pertinente que a prevenção de situações de pobreza, bem como de exclusão social não sejam somente aplicadas no âmbito da intervenção direta com as pessoas.

5. RLIS: Um programa de intervenção social?

Segundo Evans, Hills e Grimshaw (2010, como citados em Martín e Brandão, 2012), foi no decorrer da década de noventa que começaram a aparecer mudanças nas políticas sociais, especialmente naquelas que são dirigidas às populações mais velhas, no sentido de melhorar o acesso e a qualidade do sistema de cuidados, colaborando assim para uma maior generalização ao seu acesso.

Com o acentuado crescimento do envelhecimento torna-se importante debater todas e quaisquer Políticas direcionadas para a população idosa, quer pelo que concerne a cuidados, quer no que diz respeito aos custos para o Estado.

De acordo com Kane e Kane (2001) e Wright e Perry (2010) discutir as políticas sociais e as reformas a implementar é um assunto da ordem do dia. Se por um lado existe a necessidade de fortalecer o sistema de cuidados dirigidos às pessoas mais idosas, por outro lado há igualmente a necessidade de conferir as despesas públicas.

Em Portugal, a Segurança Social é a única entidade do Estado responsável por gerir as respostas dirigidas especificamente à população mais idosa (Hespanha *et al.*, 2000 como citado em Martín & Brandão, 2012). Com efeito, tem uma dupla função, isto é, se por um lado se ocupa de supervisionar, por outro lado comparticipa financeiramente instituições com respostas dirigidas às populações mais vulneráveis economicamente (Martín & Brandão, 2012).

Neste contexto, foi criada a *Rede Local de Intervenção Social (RLIS)*, segundo o Despacho n.º 12154/2013 de 24 de setembro, que se expressa num “*modelo de organização assente numa intervenção articulada e integrada de entidades públicas e instituições particulares de solidariedade social ou equiparadas, do setor da economia*

social, com responsabilidade no desenvolvimento da ação social, e na promoção de uma cultura de inovação social, colocadas ao serviço das necessidades dos cidadãos “ (Segurança Social, 2016).

O âmbito territorial de intervenção da RLIS é supraconcelhio, concelhio ou infraconcelhio, circunscrito a uma localidade, freguesia ou bairro, de acordo com as necessidades específicas desses mesmos territórios (Segurança Social, 2016).

Pretende-se com a RLIS promover um serviço de mudança social, com o intuito de haver novos instrumentos para dar resposta à população e ao mesmo tempo estabelecer um desenvolvimento apoiado das regiões (Segurança Social, 2016).

O número de pessoas que se deslocam à RLIS é variável, os beneficiários deste serviço surgem de distintas formas, sendo que alguns procuram por iniciativa própria, outros são encaminhados por outras entidades, familiares ou outros.

A RLIS tem objetivos atingir, assenta num alvo de X atendimentos que terá que perfazer ao final de três anos, estimando-se cerca de X atendimentos por mês. Para que a intervenção tenha um carácter mais próximo e preciso com a comunidade urge a necessidade de ter postos de atendimento descentralizados (juntas de freguesia), o que de alguma forma permite chegar mais próximo da população e identificar as suas vulnerabilidades e problemas. A RLIS deriva de um Programa Operacional Inclusão Social e Emprego (POISE), promovido pelo Portugal 2020, e destina-se a ser realizada no âmbito nacional, nomeadamente nas regiões Norte, Centro e Alentejo. Nos termos do art.º 7º do Despacho n.º 11675/2014, podem ser entidades aderentes da RLIS, entre outras, as Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Para Martinez e Valle (1996) *”desde os âmbitos estatais aos municípios, a descentralização das instituições públicas propicia uma renovada forma de por em ação programas que vão ao encontro das necessidades das pessoas idosas”* (Barbosa, 2016, p. 158). A RLIS surge de um processo de descentralização dos serviços sociais da segurança social, aplica-se a todo o território de Portugal continental.

No nosso país, o direito constitucional à Segurança Social e Solidariedade é universal e as origens da igualdade, integridade social e diversidade positiva, entre outros, consolidam as medidas de política social direcionadas para a inserção de todas as famílias que se encontrem em posição de uma maior vulnerabilidade social e para o fortalecimento da coesão social (Manual RLIS, 2015).

Deste modo, com a atuação da RLIS na prevenção e resolução das situações de carência e desigualdade sociais são, em primeira linha, no atendimento e

acompanhamento social, respostas elementares no exercício da ação social (subsistema de ação social), bem como relevantes elementos para combater a pobreza e/ou a exclusão, e que auxiliam na proximidade às pessoas que passam por estas situações, (Manual RLIS, 2015).

De forma a dar resposta às necessidades da população, a RLIS visa os seguintes objetivos: a) promover a concordância da atuação dos diversos organismos e entidades envolvidos; b) garantir a coordenação eficaz de todos os agentes, meios e recursos; c) diligenciar o progresso de mecanismos e estratégias no âmbito da intervenção social; d) intensificar a plataforma de colaboração estabelecida com as outras entidades que também prestam serviços no âmbito da ação social; e) diligenciar plataformas de colaboração com as entidades com intervenção em áreas complementares ao âmbito da ação social, previamente consensualizadas em sede de Comissão Nacional de Avaliação e Acompanhamento dos Protocolos e Acordos de Cooperação (CNAAPAC); f) garantir o acompanhamento social das situações de vulnerabilidade, nomeadamente através da gestão, a nível local, dos programas criados para esse mesmo efeito; g) difundir iniciativas de experimentação social que se constituam como novas abordagens de resposta a problemas emergentes identificados nos territórios (Manual RLIS, 2015).

A RLIS deve ter como princípio estabelecer um suporte da ação, possibilitando gerar sinergias entre os recursos e as capacidades existentes na região e *“integrando perspectivas inovadoras relativamente à descentralização da intervenção social, baseada na democracia participativa e na introdução de metodologias de planeamento da intervenção social no local”* (Segurança Social, 2016).

O serviço de atendimento e acompanhamento social (SAAS) consiste num atendimento de primeira linha, atendimento este que é realizado na RLIS, e que tem como principal objetivo dar respostas de forma eficaz às situações de crise e/ ou de emergência sociais, bem como num acompanhamento social designado a assegurar o apoio técnico, tendo sempre como prioridade a prevenção e resolução de problemas sociais. Constituem-se como objetivos do SAAS: a) transmitir, orientar e encaminhar sobre outros programas, respostas, serviços ou prestações sociais adequados a cada situação de vulnerabilidade, dificuldade ou carência; b) auxiliar as pessoas em situações de vulnerabilidade social; c) precaver situações de pobreza e de exclusão sociais; d) colaborar para a obtenção e ou fortalecimento das competências das pessoas e famílias, diligenciando a sua autonomia e reforçando as redes de suporte familiar e social; e, por

último, e) garantir o acompanhamento social do percurso de inserção (Manual RLIS, 2015).

Toda a intervenção, atendimento, acompanhamento, encaminhamentos, bem como todas as alterações que acontecem no agregado são registadas a nível informatizado na plataforma da Segurança-Social-ASIP, cada pessoa /agregado possui um processo acessível ao (1) técnico, gestor do mesmo, (2) coordenadora local da segurança social e (3) coordenadora distrital da mesma entidade.

O SAAS segue como “princípios orientadores: a promoção da inserção social e comunitária; a contratualização para a inserção, como instrumento mobilizador da corresponsabilização dos diferentes intervenientes; a personalização, seletividade e flexibilidade dos apoios sociais; a intervenção prioritária das entidades mais próximas dos cidadãos; a valorização das parcerias para uma atuação integrada; e a intervenção mínima, imediata e oportuna” (Manual RLIS, 2015, p. 15). O trabalho com o alvo do processo, individual ou familiar, em SAAS implica trabalhar com o cliente e com o agregado, entendendo a família como um todo. Tal procedimento obriga, entre outras condutas, a efetuar visitas ao domicílio e a convocar reuniões familiares, sempre que necessário. Com tais procedimentos pretende-se recolher e registar informação, identificar eventuais situações de vulnerabilidade e mal-estar, compreender os percursos de vida, bem como trabalhar as ações expostas num compromisso escrito, sem esquecer o quão importante é evidenciar os aspetos positivos e os ganhos de autonomia para as pessoas e famílias (Manual RLIS, 2015).

Segundo (Ornelas 2008, p. 243) existe uma relação paralela entre intervenção social e intervenção comunitária “*a qual assume uma esfera de ação específica, ao realçar a importância do papel ativo e participativo dos indivíduos, a interação entre os agentes de intervenção e o grupo-alvo, o caráter restrito da intervenção e a valorização do grupo-alvo como sujeito e razão de ser da intervenção, ao ponto destes influenciarem a direção do processo interventivo*”.

De forma a garantir a uniformidade da intervenção social, a comunicação/trabalho em rede entre os vários parceiros, bem como a construção de uma relação de segurança com as pessoas/famílias impõe-se para que haja um único processo individual/familiar que abarque toda a informação relativa à trajetória de inclusão, permitindo esboçar o mapa da intervenção com a família. É igualmente crucial que a família não seja demasiado exposta, nem haja várias reconstituições das histórias de vida, nem tão pouco a sobreposição da atuação de serviços (Manual RLIS, 2015).

O SAAS sugere equipas multidisciplinares para fazer a intervenção junto de famílias em situações de vulnerabilidade social, é pretendido prestar serviços de uma forma particular e individualizada tendo sempre em conta as carências, aptidões, ambições e expectativas de quem recorre ao serviço da RLIS, com o objetivo de os ajudar a serem pessoas ativas na sociedade (Manual RLIS, 2015).

O presente estudo não é pioneiro ao nível nacional em relação ao tema Rede Local de Intervenção Social, pois foram identificados na literatura dois estudos publicados neste âmbito.

Vieira (2016) realizou um estudo em que tinha como objetivos: (1) aferir a importância da proximidade dos serviços locais da segurança social na adequada resposta aos cidadãos, (2) compreender de que forma a descentralização dos serviços da Segurança Social afeta a satisfação dos utentes, cidadãos. A metodologia utilizada foi qualitativa, recorrendo à análise de documentos e realização de entrevistas aos cidadãos e utentes que beneficiaram do serviço (Vieira, 2016).

Do ponto de vista dos resultados e no que concerne ao primeiro objetivo mostrou-se que os serviços descentralizados da Segurança Social vão de encontro às necessidades da população, a RLIS demonstrou ser um meio propício para a inclusão social pelo facto de permitir aproximar os serviços à população ao dar resposta adequadas às necessidades/vulnerabilidades da população. No que diz respeito ao segundo objetivo do mesmo estudo, constatou-se que foram criadas expectativas face ao Serviço, expectativas estas que contribuíram de uma forma positiva para a satisfação relativa às medidas descentralizadas, aplicadas pelo Estado Social, especificamente a Segurança Social.

Após o término do estudo, a autora concluiu que a descentralização é uma política de sucesso, e tal sucesso é traduzido pela satisfação demonstrada pelos utentes face aos serviços descentralizado., Segundo a autora a satisfação resultou também do facto do serviço ser de fácil acesso, bem como estar localizado próximo à área de residência dos cidadãos/utentes, o que fez com que os custos inerentes à deslocação fossem reduzidos. A confiança sentida pelos utentes e a competência dos serviços de alguma forma garantiram a satisfação dos utentes.

Pelo que foi supra mencionado, a autora concluiu que a descentralização é uma política que deve ter continuidade, vem como a RLIS, um vez que em prol do serviço descentralizado foram vistas melhorias tanto na entrega do serviço, bem como na adequação da resposta. A autora concluiu também que o facto de o estudo de caso

incidir apenas em uma IPSS e a RLIS ser de execução de âmbito nacional poderá limitar as conclusões dos resultados obtidos.

Já Monteiro (2017) realizou um estudo que tinha como objetivo desenhar e desenvolver um projeto de educação e intervenção social com beneficiários de uma instituição do norte do País. A Instituição tinha várias valências/serviços, no entanto, a RLIS foi a escolhida pela autora para desenvolver o estudo, sendo que o facto de a escolha ter recaído sobre a RLIS se deveu à necessidade de aumentar o conhecimento sobre este serviço, nomeadamente conhecer as respostas proporcionadas pelo serviço, a forma como as pessoas que recorriam ao mesmo, e as medidas ou estratégias aplicadas para resolução desses problemas/vulnerabilidades. A autora procedeu à análise de documentos internos e à plataforma ASIP para conhecer características sociais dos utentes que recorriam a este serviço. Considerando os resultados obtidos, a autora concluiu que a intervenção a realizar com os participantes deve ir de encontro às necessidades do grupo de forma a concretizar a mudança social pretendida.

Face ao enquadramento conceptual apresentado, são objetivos específicos do presente estudo: 1) caraterizar as pessoas com 65 anos acompanhadas por uma RLIS, 2) avaliar a funcionalidade nas AIVD de idosos na quarta idade acompanhados pela RLIS, 3) identificar idosos na quarta idade acompanhados pela RLIS em situação de risco de isolamento social, e 5) avaliar o grau de satisfação com a vida de idosos na quarta idade acompanhados pela RLIS.

CAPÍTULO II

MÉTODO

População e Amostra

No presente estudo participam 25 pessoas com 75 ou mais anos apoiadas por uma RLIS da região norte do país, sendo que esta RLIS apoia um total de 70 pessoas com 65 ou mais anos.

Para a participação no estudo definiram-se os seguintes critérios de inclusão: (1) idade igual ou superior a 75 anos, (2) existência de processo no serviço de atendimento e acompanhamento social da RLIS, e (3) reunir condições sensoriais e cognitivas que permitam a avaliação.

Instrumentos de recolha de dados

O protocolo de recolha de dados integrou uma ficha sociodemográfica, pelo Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), pela Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6; Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo Barbosa & Paúl, 2012) e pela Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin 1985; Neto, Barros, & Barros, 1990).

A *Ficha Sociodemográfica* foi elaborada com o objetivo de caracterizar a população em estudo. Esta ficha avalia um conjunto de aspetos sociodemográficos que dizem respeito à pessoa (e.g. género, idade, escolaridade, estado civil, agregado familiar, situação profissional, zona de residência, problemas sociais e de saúde e utilização de serviços de retaguarda à velhice) e o apoio prestado no âmbito da RLIS (motivo de procura do serviço RLIS, medida aplicada, sinalização, etc)

O *Índice de Lawton* (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) é um instrumento de avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) que permite avaliar o grau de dependência neste tipo de atividades, quer de uma forma global, quer de uma forma parcelar em cada uma das seguintes oito atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização do transporte, gestão o dinheiro e gestão da medicação. Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é

pontuada de 1 a 3 (e.g. “lavar a roupa”), ou de 1 a 4 (e.g. “preparar a comida”) ou ainda de 1 a 5 (e.g. “cuidar da casa”), sendo que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. A pontuação global do Índice de Lawton varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte: (1) até 8 pontos – *independente*; (2) entre 9 e 20 pontos – *moderadamente dependente*, necessita de uma certa ajuda; (3) superior a 20 pontos – *severamente dependente*, necessita de muita ajuda. No que respeita às qualidades psicométricas deste instrumento, de acordo com a análise para a população portuguesa através do método *Varimax*, este instrumento apresenta boa consistência interna (*alfa de Cronbach* de 0,92), o que reforça o carácter unidimensional deste instrumento (Sequeira, 2007).

A ***Escala Breve de Redes Sociais de Lubben*** (LSNS-6; Lubben, 1988; Ribeiro *et al.*, 2012), adaptada para a população portuguesa por Ribeiro, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa e Paúl (2012), avalia a integração social e o risco de isolamento social em pessoas mais velhas residentes na comunidade. Especificamente avalia o tamanho, a proximidade e a frequência dos contactos da rede social do indivíduo. Esta Escala é constituída por dois conjuntos de questões (n=3) que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. A pontuação total da LSNS-6 resulta do somatório dos 6 itens, podendo esta variar entre 0 e 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala de 0 a 5. As pontuações inferiores a 12 indicam maior risco de isolamento social. No que concerne às características psicométricas, a LSNS-6 apresenta uma consistência interna adequada (*alfa de Cronbach* de 0,798).

A ***Escala de Satisfação com a Vida*** (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990) avalia a satisfação com a vida enquanto processo de julgamento cognitivo, no sentido de avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005). Esta escala é composta por cinco itens, todos formulados no sentido positivo, tipificados numa escala de tipo *Likert* de 7 pontos: (1) Totalmente em desacordo; (2) Desacordo; (3) Ligeiramente em desacordo; (4) Nem de acordo nem em desacordo; (5) Ligeiramente de acordo; (6) Acordo; (7) Totalmente de acordo. Deste modo, a pontuação total pode variar entre 5 e 35 pontos, os 20 pontos apresentam o ponto médio, sendo que quanto mais elevada for a pontuação, mais elevada é a satisfação com a vida.

A versão original apresenta os seguintes pontos de corte: pontuações entre 5 e 9 indicam extrema insatisfação com a vida, 10 a 14 pontos referem insatisfação, 15 a 19 pontos apontam para ligeira insatisfação, 21 a 25 pontos sugerem ligeira satisfação, 26 a 30 pontos indicam satisfação, e 31 a 35 referem extrema satisfação (Pavot & Diener, 1993). Por sua vez, a versão portuguesa de Neto e colaboradores (1990) não definiu pontos de corte. Relativamente às características psicométricas da escala, a Escala apresenta uma consistência interna adequada com um *alfa de Cronbach* de 0,78.

Procedimentos de recolha de dados

Depois da aprovação do Projeto de Investigação pela Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, foram iniciados os procedimentos para a concretização do mesmo.

Assim, num primeiro momento foi efetuado contacto com o Coordenador da RLIS selecionada, de forma a obter aprovação para a consulta e utilização dos dados dos clientes que se revelassem pertinentes para o estudo em questão.

Os dados foram recolhidos em duas fases. Dito de outro modo, após a obtenção do consentimento, procedeu-se à consulta e análise dos Processos Individuais dos Clientes de todos os clientes com 65 ou mais para preenchimento da ficha sociodemográfica.

Numa segunda fase procedeu-se à aplicação dos protocolos de avaliação aos participantes do estudo. Este protocolo foi hétero-administrado pela investigadora através de entrevistas que foram agendadas atempadamente através de um contacto telefónico e mediante a disponibilidade dos participantes, habitualmente nas instalações dos serviços da RLIS. Para garantir o cumprimento das questões éticas e deontológicas, foi utilizado no início de cada protocolo o Consentimento Informado criado para o efeito – salvaguardando-se assim que os participantes conheçam e compreendam os objetivos do estudo e as implicações da sua participação. Foi também explicado de forma clara que a participação era voluntária, que podiam desistir a qualquer momento da avaliação e que os dados recolhidos iriam ser apenas utilizados no âmbito da investigação. Foi também assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos e garantido o anonimato dos mesmos. Após a obtenção do consentimento, procedeu-se à administração do protocolo de avaliação.

A administração dos protocolos demorou em média cerca de 45 minutos.

Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 20, recorrendo-se a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial, no sentido da exploração de associações entre variáveis e diferenças de grupos. Assim, atendendo aos objetivos do presente trabalho e no sentido de caracterizar quer os clientes com 65 ou mais anos da RLIS, quer os participantes deste estudo do ponto de vista sociodemográfico, dos seus problemas sociais e de saúde e ainda dos motivos de procura do serviço e medidas de apoio prestadas pela RLIS, realizaram-se análises de estatística descritiva referentes a frequências absolutas e relativas para descrever variáveis categóricas e ordinais, bem como medidas de tendência central para a descrição de variáveis intervalares. Estas mesmas análises foram também utilizadas para analisar os principais resultados dos participantes em termos do desempenho nas atividades instrumentais da vida diária, rede social e satisfação com a vida. Por fim, procedeu-se à estatística inferencial de forma a analisar a existência de diferenças nestes domínios de análise em função de algumas características sociodemográficas (grupos de idade, escolaridade, estado civil, composição do agregado familiar e rendimentos). Procedeu-se ainda à análise das associações entre os resultados nas diferentes dimensões da avaliação e as variáveis idade, escolaridade e perfil de rendimentos. Dada a dimensão da amostra optou-se pela realização de testes não paramétricos (U de *Mann-Whitney* e teste de correlação de *Spearman*).

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão inicialmente descritos os resultados relativos às características sociodemográficas dos clientes da RLIS com mais de 65 anos. Posteriormente serão apresentados os resultados relativos aos idosos, apoiados pela referida RLIS, que participaram no estudo.

Caraterização sociodemográfica dos idosos acompanhados pela RLIS

A Tabela 1 apresenta os resultados relativos às características sociodemográficas dos 70 idosos acompanhados pela RLIS. A maioria é do género feminino (78.6%) e têm idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos (M=76.03; DP=7.8). Em relação à escolaridade verifica-se que cerca de 43% não sabe ler nem escrever e 55.7% tem entre 1 e 4 anos de escolaridade. No que concerne ao estado civil, a maioria dos participantes é solteira (34.3%).

Em relação ao agregado familiar, 62,3% dos participantes têm filhos sendo o número médio de filhos de 2,53 (DP=1.56). Além disso, verifica-se que 28.6% dos participantes vive só e 71.4% vive com familiares.

Quanto ao nível de rendimentos, aproximadamente metade dos participantes (48.4%) tem rendimentos mensais entre 301 e 400 euros e 11.3% tem rendimentos inferiores a 249 euros.

No que diz respeito à pensão de reforma, 77,8% beneficia de reforma por velhice, 9.5% por regime de velhice e sobrevivência, 6.3% por invalidez e por regime de sobrevivência, respetivamente.

Em relação à zona de residência, 65.7% dos participantes habita na zona da ribeira e 34.3% na zona da montanha.

Das três respostas sociais de que os participantes deste estudo usufruem, o SAD é a que apoia um maior número de clientes (75%), seguido do Centro de Dia (15%).

Além disso, no sentido de analisar a relação entre as diversas características sociodemográficas em análise e os grupos de idade (65-79 anos e 80+ anos) utilizou-se o teste de independência do Qui-Quadrado. Observa-se, assim, uma associação significativa entre a idade dos idosos da RLIS e o seu estado civil, $\chi^2(3) = 8.776$, $p=.033$. Atendendo ao facto de que, em alguns casos, a percentagem de frequências esperadas era superior a 20%, não foi possível considerar os resultados do teste de independência do Qui-Quadrado.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos clientes

	65-79 anos n = 47		80+ anos n = 23		Total N = 70		Teste
	n	%	n	%	n	%	
Género							
Masculino	9	19.1	6	26.1	15	21.4	
Feminino	38	80.9	17	73.9	55	78.6	
Idade <i>M (dp)</i>	71.53 (4.28)		85.22 (4.34)		76.03 (7.75)		
Min-Max	65-79		80-95		65-95		
Escolaridade							
Não sabe ler nem escrever	17	36.2	13	56.5	30	42.9	
1-4 anos	29	61.7	10	43.5	39	55.7	
5-9 anos	1	2.1	-	-	1	1.4	
Estado civil							
Solteiro	14	29.8	10	43.5	24	34.3	
Casado/União de facto	11	23.4	10	43.5	21	30.0	$\chi^2=8.766^*$
Separado/divorciado	9	19.1	-	-	9	12.9	
Viúvo	13	27.7	3	13.0	16	22.9	
Tem filhos ¹⁾	27	58.7	16	69.6	43	62.3	$\chi^2=.771$
Número de Filhos <i>M (dp)</i>	2.32 (1.49)		2.93 (1.67)		2.53 (1.56)		t(41)=-1.230
Min-máx	1-7		1-7		1-7		
Com quem vive ¹⁾							
Vive sozinho(a)	16	34.0	4	17.4	20	28.6	
Vive com outros(as)	31	66.0	19	82.6	50	71.4	
Cônjuge	11	36.7	7	36.8	18	36.7	$\chi^2=2.098$
Filho(a)	4	13.3	4	21.1	8	16.3	
Irmã(o)	4	13.3	2	10.5	6	12.2	
Outros	11	36.7	6	31.6	17	34.8	
Rendimentos ²⁾							
Inferior a 249	3	7.5	4	18.2	7	11.3	
Entre 250 e 300	6	15.0	5	22.7	11	17.7	
Entre 301 e 400	21	52.5	9	40.9	30	48.4	
Entre 401 e 500	4	10.0	3	13.6	7	11.3	
Entre 501 e 749	4	10.0	-	-	4	6.5	
Superior a 750	2	5.00	1	4.5	3	4.8	
Reforma ²⁾	42	89.4	23	100	65	92.9	
Velhice	28	70.00	21	91.3	49	77.8	
Invalidez	4	10.00	-	-	4	6.3	
Sobrevivência	3	7.5	1	4.3	4	6.3	
Velhice e Sobrevivência	5	12.5	1	4.3	6	9.5	
Zona de Residência ^{1 1)}							
Zona da Montanha	16	34.0	8	34.8	24	34.3	$\chi^2=.004$
Zona da Ribeira	31	66.0	15	65.2	46	65.7	
Respostas Sociais							
Centro de Dia	2	16.7	1	12.5	3	15.0	
Serviço de Apoio Domiciliário	9	75.0	6	75.0	15	75.0	
Centro de Convívio	1	8.3	1	12.5	2	10.0	

¹⁾ N= 69; ²⁾ N=62; $p<0.1$; * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

¹ Zona da Montanha refere-se à área geográfica montanhosa e mais afastada do centro do concelho; Zona da Ribeira refere-se à área geográfica próxima do rio e do centro do concelho

Foi ainda analisada a existência de diferenças no número de filhos em ambos os grupos de idade, todavia, não se observaram diferenças significativas do ponto de vista estatístico.

Os problemas ósseos são o problema de saúde mais referido pelos participantes (14%), seguido de demência (10%) tabela 2. Ao nível dos problemas sociais, 67.7% dos participantes não possuem retaguarda familiar e 16.7% reside longe dos serviços comunitários.

Devido aos pressupostos do teste do Qui-Quadrado não foi possível considerar os resultados obtidos.

Tabela 2. Principais problemas de saúde e sociais dos clientes da RLIS

	65-79 anos n = 47		80+ anos n = 23		Total N = 70	
	n	%	n	%	n	%
Problemas de Saúde ¹⁾						
Dependência física	1	3.0	3	17.6	4	8.0
Alcoolismo	2	6.1	-	-	2	4.0
Sistema ósseo	5	15.2	2	11.8	7	14.0
Dificuldades de locomoção	2	6.1	2	11.8	4	8.0
Demência	1	3.0	4	23.5	5	10.0
Depressão	1	3.0	-	-	1	2.0
Sistema ósseo e visão	2	6.1	2	11.8	4	8.0
Sistema cardiovascular	2	6.1	1	5.9	3	6.0
Problemas psicológicos	2	6.1	-	-	2	4.0
Diabetes	1	3.0	-	-	1	2.0
Hipertensão arterial	1	3.0	-	-	1	2.0
Outros	13	39.4	3	17.6	16	32.0
Problemas Sociais ²⁾						
Sem retaguarda familiar	6	75.0	2	50.0	8	66.7
Vive longe dos serviços comunitários	-	-	2	50.0	2	16.7
Isolamento social	1	12.5	-	-	1	8.3
Isolamento geográfico	1	12.5	-	-	1	8.3

¹⁾ N=50; ²⁾ N=12

Quanto ao motivo que levou os clientes a recorrer à RLIS, tal como se pode observar na tabela 3, a necessidade de géneros alimentares é o motivo que leva o maior número de idosos a recorrer à RLIS (21.7%), seguido de apoio na compra de ajudas técnicas (15.9%) e carência económica (14.5%).

Relativamente às medidas de apoio prestadas aos idosos, o atendimento/acompanhamento (38.6%) e o atendimento (38.6%) são as medidas mais aplicadas, seguidas do apoio económico/acompanhamento (10%) e do atendimento/encaminhamento (7.1%).

Por fim, no que diz respeito à sinalização, a maioria dos participantes acede à RLIS por iniciativa própria (32.9%). 27,1% através do encaminhamento por outras entidades, 17.1% são encaminhados por familiares, e 15.7% pelos vizinhos. Não foram identificadas associações significativas entre os grupos de idade e os motivos de procura, medidas de apoio e sinalização em relação à RLIS.

Tabela 3. Motivo de procura da RLIS, medidas de apoio e sinalização

	65-79 anos n = 47		80+ anos n = 23		Total N = 70	
	n	%	n	%	n	%
Motivo de Procura da RLIS ¹⁾						
Carência económica	7	14.9	3	13.6	10	14.5
Pedido de CSI	2	4.3	3	13.6	5	7.2
Pedido de Complemento por dependência	3	6.4	3	13.6	6	8.7
Pedido de Géneros Alimentares	13	27.7	2	9.1	15	21.7
Apoio na compra de Ajudas Técnicas	6	12.8	5	22.7	11	15.9
Apoio em Assuntos Legais	3	6.4	1	4.5	4	5.8
Resposta Social de CD	-	-	1	4.5	1	1.4
Resposta Social de SAD	1	2.1	-	-	1	1.4
Resposta Social de ERPI	2	4.3	2	9.1	4	5.8
Outros assuntos	10	21.3	2	9.1	12	17.4
Medidas de Apoio						
Apoio económico/acompanhamento	4	8.5	3	13.0	7	10.0
Atendimento/acompanhamento	19	40.4	8	34.8	27	38.6
Encaminhamento para outras entidades	1	2.1	3	13.0	4	5.7
Atendimento/encaminhamento	3	6.4	2	8.7	5	7.1
Atendimento	20	42.6	7	30.4	27	38.6
Sinalização						
Iniciativa Própria	17	36.2	6	26.1	23	32.9
Familiares	5	10.6	7	30.4	12	17.1
Presidente da Junta de Freguesia	1	2.1	3	13.0	4	5.7
Vizinhos	8	17.0	3	13.0	11	15.7
Padre	-	-	1	4.3	1	1.4
Outros Serviços	16	34.0	3	13.0	19	27.1

¹⁾N=69

Caraterização sociodemográfica dos participantes

Tal como apresentado na Tabela 4 este estudo envolveu 25 pessoas com idades compreendidas entre os 75 anos e os 94 anos ($M=81.92$; $DP= 4.56$), sendo 88% mulheres.

Tabela 4. Caraterização sociodemográfica dos participantes

	75-80 anos		80+ anos		Total		Teste
	n = 10		n =15		N=25		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Género							
Masculino	1	10.0	2	13.3	3	12.0	
Feminino	9	90.0	13	86.7	22	88.0	
Idade <i>M (dp)</i>	77.50 (1.58)		84.87 (3.29)		81.92 (4.56)		
Min-Max	75-80		81-94		75-94		
Escolaridade							
Não sabe ler nem escrever	7	70.0	9	60.0	16	64.0	
1-4 anos	3	30.0	6	40.0	9	36.0	
Estado civil							
Solteiro	4	40.0	5	33.3	9	36.0	
Casado	1	10.0	7	46.7	8	32.0	
Divorciado	1	40.0	-	-	1	4.0	
Viúvo	4	10.0	3	20.0	7	28.0	
Tem filhos	7	70.0	10	66.7	17	68.0	
Número de Filhos <i>M (dp)</i>	3.43 (2.23)		2.67 (1.23)		3.00 (1.71)		$t(23)=.876$
Min-máx	1-7		1-5		1-7		
Com quem vive							
Vive sozinho(a)	4	40.0	3	20.0	7	28.0	
Vive com outros(as)	6	60.0	12	80.0	18	72.0	
Cônjuge	1	10.0	5	41.7	6	33.3	
Filho(a)	-	-	3	25.0	3	16.7	
Irmã(o)	-	-	1	8.3	1	5.6	
Outros	5	50.0	3	24.9	8	44.5	
Nível de rendimentos							
Inferior a 249	-	-	1	7.1	1	4.2	
Entre 250 e 300	2	20.0	4	28.6	6	25.0	
Entre 301 e 400	7	70.0	5	35.7	12	50.0	
Entre 401 e 500	-	-	3	21.4	3	12.5	
Entre 501 e 749	1	10.0	-	-	1	4.2	
Superior a 750	-	-	1	7.1	1	4.2	

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica dos participantes (continuação)

	75-80 anos n = 10		80+ anos n =15		Total N=25	
	n	%	n	%	n	%
Reforma	10	100	15	100	25	100
Tipo de reforma						
Velhice	8	100	13	86.7	21	84.0
Sobrevivência	1	50.0	1	6.7	2	8.0
Velhice e Sobrevivência	1	50.0	1	6.7	2	8.0
Zona de Residência						
Zona da Montanha	4	40.0	5	33.3	9	36.0
Zona da Ribeira	6	60.0	10	66.7	16	64.0
Respostas Sociais de que usufrui						
Centro de Dia	1	50.0	1	25.0	2	33.3
Serviço de Apoio Domiciliário	1	50.0	3	75.0	4	66.7

† p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Relativamente à escolaridade, verifica-se que 64% dos participantes não sabe ler nem escrever e 36% têm o primeiro ciclo do ensino básico. No que concerne ao estado civil, a maioria é solteira (36%) e casado (32%).

Em relação ao agregado familiar, 68% dos participantes têm filhos, sendo o número médio de filhos de 3 (DP=1,71). Constata-se que 28% dos participantes vive só e 72% com a família, sendo o cônjuge o elemento da família que mais frequentemente habita com os participantes.

Quanto aos rendimentos, 50% dos participantes auferem entre 301 e 400 euros mensais e 25% tem rendimentos entre os 250 e os 300 euros. De referir que 4.2% dos participantes auferem quer rendimentos inferiores a 249 euros e 8.4% superiores a 501 euros. Além disso, verifica-se que todos os participantes são reformados, sendo que 84% beneficia de uma reforma por velhice e 8% de uma pensão de sobrevivência. Em relação à zona de residência, 64% dos participantes vivem na zona da ribeira.

Das três respostas sociais que os participantes deste estudo usufruem, o SAD é o que apoia um maior número de participantes (66.7%), seguido do Centro de Dia (33.3%).

Procedeu-se ainda à análise de associações estatisticamente significativas no teste do Qui-quadrado no que diz respeito às características sociodemográficas dos clientes em função dos grupos de idade, no entanto, uma vez que em todas as variáveis o número de frequências esperadas inferiores a 5 era superior a 20% não foi possível considerar os resultados obtidos.

Por fim, o teste t para amostras independentes demonstrou não existirem diferenças estatisticamente significativas em termos do número de filhos nos dois grupos de idade, $t(23) = .876$; $p = 396$.

Em relação aos problemas de saúde apresentados, 26.3% sofre de problemas ósseos e 15,8% de demência e de problemas ósseos e visuais. Ao nível dos problemas sociais, a ausência de retaguarda familiar, o isolamento social e o isolamento geográfico afetam de igual modo os participantes (33.3% respetivamente; tabela 5).

Não foi possível analisar a existência de associações significativas entre os grupos de idade e os problemas de saúde e sociais dos participantes deste estudo uma vez que não se reuniam os pressupostos necessários à realização do teste de independência do Qui-quadrado.

Tabela 5. Problemas de saúde e sociais dos participantes

	75-80 anos n = 10		80+ anos n = 15		Total N=25	
	n	%	n	%	n	%
Problemas de Saúde ¹⁾						
Dependência física	-	-	2	20.0	2	10.5
Problemas ósseos	4	40.0	1	10.0	5	26.3
Dificuldades de locomoção	-	-	1	10.0	1	5.3
Demência	1	10.0	2	20.0	3	15.8
Problemas ósseos e visuais	1	10.0	2	20.0	3	15.8
Problemas cardiovasculares	1	10.0	1	10.0	2	10.5
Outros	2	20.0	1	10.0	3	15.8
Problemas Sociais ²⁾						
Sem retaguarda familiar	-	-	1	50.0	1	33.3
Isolamento social	1	100.0	-	-	1	33.3
Isolamento geográfico	-	-	1	50.0	1	33.3

¹⁾ N=19; ²⁾ N=3

Quanto ao motivo de procura do serviço, tal como se pode observar na tabela 6 a necessidade de géneros alimentares é o principal o motivo (24%), seguido de apoio na compra de ajudas técnicas (20%), pedido do complemento por dependência (16.7%) e carência económica (16.7%).

Tabela 6. Motivo de procura do serviço, medidas de apoio e sinalização

	75-80 anos n = 10		80+ anos n =15		Total N=25	
	n	%	n	%	n	%
Motivo de Procura do Serviço						
Carência económica	2	20.0	2	13.3	4	16.0
Pedido de CSI	-	-	3	20.0	3	12.0
Pedido de Complemento por dependência	2	20.0	2	13.3	4	16.0
Pedido de Géneros Alimentares	4	40.0	2	13.3	6	24.0
Apoio na compra de Ajudas Técnicas	1	10.0	4	26.7	5	20.0
Apoio em Assuntos Legais	-	-	1	6.7	1	4.0
Outros assuntos	1	10.0	1	6.7	2	8.0
Medidas de Apoio						
Apoio económico/acompanhamento	1	10.0	2	13.3	3	12.0
Atendimento/acompanhamento	6	60.0	4	26.7	10	40.0
Encaminhamento para outras entidades	-	-	2	13.3	2	8.0
Atendimento/encaminhamento	-	-	1	6.7	1	4.0
Atendimento	3	30.0	6	40.0	9	36.0
Sinalização						
Iniciativa Própria	5	50.0	4	26.7	9	36.0
Familiares	2	20.0	2	13.3	4	16.0
Presidente da Junta de Freguesia	0	0	2	13.3	2	8.0
Vizinhos	0	0	3	20.0	3	12.0
Padre	0	0	1	6.7	1	4.0
Outros serviços	3	30.0	3	20.0	6	24.0

Relativamente às medidas de apoio prestadas pela RLIS, o atendimento/acompanhamento (40%) e o atendimento (36%) são as medidas mais aplicadas.

No que diz respeito à sinalização, a maioria dos participantes procura o serviço por iniciativa própria (36%), 16% é sinalizado pelos familiares e 24% por outras entidades.

Em termos da análise da relação entre os motivos de procura da RLIS, medidas de apoio, formas de sinalização e os grupos de idade dos participantes, não foi mais uma vez possível considerar o teste do Qui-quadrado pelo não cumprimento dos pressupostos associados.

Funcionalidade, Rede Social e Satisfação com a Vida dos participantes

Quanto à funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), como se pode observar na tabela 7 os participantes apresentam melhores resultados nas atividades relacionadas com a responsabilidade pela medicação (68%), seguido de preparar, planear e servir a comida (52%) e pagar as contas e ir ao banco (52%).

Tabela 7. Descrição da funcionalidade por item nas AIVD

Caraterísticas	Total N= 25	
	N	%
Cuidar da casa Min-Max (1-5)		
Cuidar da casa sem ajuda	6	24.0
Faz tudo exceto trabalho pesado	6	24.0
Só faz tarefas leves	7	28.0
Necessita de ajuda para todas as tarefas	2	8.0
Incapaz de fazer alguma coisa	4	16.0
Lavar a roupa Min-Max (1-3)		
Lava a sua roupa	8	32.0
Só lava pequenas peças	8	32.0
Incapaz de lavar a sua roupa	9	36.0
Preparar comida Min-Max (1-4)		
Planeia, prepara e serve sem ajuda	13	52.0
Prepara se lhe derem os ingredientes	5	20.0
Prepara pratos pré-cozinhados	--	--
Incapaz de preparar as refeições	7	28.0
Ir às compras Min-Max (1-4)		
Faz as compras sem ajuda	7	28.0
Só faz pequenas compras	3	12.0
Faz as compras acompanhado	7	28.0
Incapaz de ir às compras	8	32.0
Uso do telefone Min-Max (1-4)		
Usa-o sem dificuldade	8	32.0
Só liga para lugares familiares	5	20.0
Necessita de ajuda para o usar	6	24.0
Incapaz de usar o telefone	6	24.0
Uso de transporte Min-Max (1-3)		
Viaja em transporte público ou conduz	2	8.0
Só anda de táxi	15	60.0
Incapaz de usar o transporte	8	32.0
Uso do dinheiro Min-Max (1-3)		
Paga as contas, vai ao banco, etc.	13	52.0
Só em pequenas quantidades de dinheiro	7	28.0
Incapaz de utilizar o dinheiro	5	20.0
Responsável pela medicação Min-Max (1-3)		
Responsável pela sua medicação	17	68.0
Necessita que lhes preparem a medicação	4	16.0
Incapaz de se responsabilizar pela medicação	4	16.0

De salientar que a maioria dos participantes (60%) só se desloca de táxi. Por seu lado, as atividades com mais limitações de desempenho são lavar a roupa e ir às compras, em que a maioria dos participantes demonstra ter dificuldades (36% e 32%, respetivamente).

Em termos globais, os participantes obtiveram uma pontuação média de 17,20 pontos (DP=6.29), variando entre 10-29 pontos. A maioria dos participantes (76%) é moderadamente dependente na realização das AIVD e 24% apresentam dependência severa (tabela 8).

Tabela 8. Valores globais na funcionalidade para as AIVD (Lawton)

	75-80 anos n = 10		80+ anos n = 15		Total N=25	
	n	%	n	%	n	%
Caraterísticas <i>M (dp)</i>	15.50 (6.04)		18.33 (6.40)		17.20 (6.29)	
Min-Max	10-29		11-29		10-29	
Independente	--	--	--	--	--	--
Moderadamente dependente	8	80	11	73.3	19	76.0
Severamente dependente	2	20	4	26.7	6	24.0

No que diz respeito à rede social (Tabela 9), os participantes obtiveram uma pontuação média de 11,72 (DP=5.91) na Escola Breve de Redes Sociais de Lubben (LSN6-6) variando entre 1 e 30 valores. A pontuação média obtida na subescala Família (M=6.68; DP=3.20) é ligeiramente superior aos valores médios obtidos na subescala Amigos (M=5.04; DP=3.47). Importa destacar que 36% dos participantes se encontram em risco de isolamento social.

Tabela 9. Funcionamento das Redes Sociais segundo o grupo etário

	75-80 anos		80+ anos		Total	
	n = 10		n =15		N=25	
	M (dp)	Min-Máx	M (dp)	Min-Máx	M (dp)	Min-Máx
Rede Social (Lubben Total)	14.50 (6.98)	8-30	9.87 (4.39)	1-20	11.72 (5.91)	1-30
Família	7.80 (3.19)	4-15	5.93 (3.08)	1-13	6.68 (3.20)	1-15
Amigos	6.70 (4.08)	2-15	3.93 (2.58)	0-9	5.04 (3.47)	0-15
Grupos de Lubben						
Maior risco de isolamento social	5	50	4	26.7	9	36.0
Menor risco de isolamento social	5	50	11	73.3	16	64.0

No que concerne à satisfação com a vida, os participantes obtiveram uma pontuação média de 23 pontos (DP=4.65) na Escala de Satisfação com a Vida, variando a pontuação entre 13 e 30 pontos (Tabela 10).

Considerando que o ponto médio da escala é de 20 pontos, verifica-se que a pontuação média obtida é ligeiramente superior ao ponto médio. O item em que os participantes manifestam maior satisfação é o item 3 (“Estou satisfeito com a vida”) (M=4.80; DP=1.16) e o item em que manifestam menor satisfação diz respeito à autoavaliação do ideal de vida (“De muitas formas a minha vida está próximo do meu ideal”) (M=4.40; DP=1.35).

Tabela 10. Dimensões individuais da Satisfação com a Vida segundo o grupo etário

	75-80 anos		80+ anos		Total	
	n = 10		n =15		N=25	
	M (dp)	Min-Máx	M (dp)	Min-Máx	M (dp)	Min-Máx
Satisfação com a vida	23.90 (4.25)	17-29	22.40 (4.94)	13-30	23.00 (4.65)	13-30
De muitas formas a minha vida está próxima do meu ideal	5.00 (1.05)	3-6	4.00 (1.41)	1-6	4.40 (1.35)	1-6
As condições da minha vida são excelentes	5.00 (.94)	3-6	4.13 (1.51)	2-6	4.48 (1.36)	2-6
Estou satisfeito com a minha vida	5.00 (.94)	3-6	4.67 (1.29)	3-7	4.80 (1.16)	3-7
Até agora tenho tido as coisas importantes que quero na vida	4.70 (1.34)	2-6	4.80 (1.27)	3-7	4.76 (1.27)	2-7
Se pudesse viver tudo de novo. não mudaria quase nada	4.20 (1.14)	2-5	4.80 (1.61)	2-7	4.56 (1.45)	2-7

Foram exploradas diferenças de grupos relativamente às pontuações obtidas nas escalas de avaliação utilizadas: Índice de Lawton, Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) e Escala de Satisfação com a vida.

Comparando as pontuações dos participantes com 75-80 anos e mais de 80 anos de idade com o teste Mann-Whitney verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, ainda que marginais, entre estes dois grupos no que diz respeito à LSNS-6 ($U=44.000$; $p=.084$), sendo que a pontuação média dos participantes mais jovens é mais elevada do que a pontuação média dos participantes mais velhos (14.50 vs. 9.87).

No que diz respeito às outras medidas em análise, apesar de não se registarem diferenças significativas do ponto de vista estatístico, os resultados sugerem que o grupo de participantes mais jovens apresenta melhores indicadores de funcionalidade nas AIVD e de satisfação com a vida, pelo que o grupo com mais de 80 anos de idade evidencia níveis superiores de vulnerabilidade nas várias dimensões da avaliação (Tabela 11).

Tabela 11. Descrição das dimensões de análise segundo o grupo etário

	Grupos de Idade	Média (<i>dp</i>)	Min-Máx	<i>U</i>	<i>p</i>
Lawton	Mais jovens (75-80 anos)	15.50 (6.04)	10-29	50.000	.163
	Mais velhos (+80 anos)	18.33 (6.40)	11-29		
Lubben-6	Mais jovens (75-80 anos)	14.50 (6.98)	8-30	44.000	.084†
	Mais velhos (+80 anos)	9.87 (4.39)	1-20		
Satisfação com a Vida	Mais jovens (75-80 anos)	23.90 (4.25)	17-29	63.500	.522
	Mais velhos (+80 anos)	22.40 (4.94)	13-30		

† $p<0,1$; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

No que diz respeito à análise de diferenças em termos dos grupos de escolaridade, não se observaram diferenças estatisticamente significativas, porém os participantes com algum nível de escolaridade apresentam, de uma forma global, melhores indicadores nas várias dimensões de análise (Tabela 12).

Tabela 12. Descrição das dimensões de análise de acordo com a escolaridade

	Escolaridade	Média (dp)	Min-Máx	U	P
Lawton	Sem escolaridade	18.63 (7.01)	10-29	46.500	.147
	Com escolaridade	14.67 (3.91)	10-23		
Lubben-6	Sem escolaridade	11.81 (4.59)	5-22	61.500	.410
	Com escolaridade	11.56 (8.06)	1-30		
Satisfação com a Vida	Sem escolaridade	22.56 (4.59)	15-30	57.500	.410
	Com escolaridade	23.78 (4.92)	13-29		

†p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Quando comparados os resultados dos participantes em função do estado civil (casado vs. não casado) com o teste Mann-Whitney não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 13). Todavia, observa-se que a pontuação média entre os dois grupos no Índice de Lawton é inferior no grupo dos casados (14.38 vs. 18.53), sugerindo melhores indicadores de funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária. Na Escala Breve de Redes Sociais de Lubben o grupo dos casados apresenta também melhores resultados (12.50 vs. 11.35), assim como na Escala de Satisfação com a Vida (23.50 vs. 22.76).

Tabela 13. Descrição das dimensões de análise de acordo com o estado civil

	Estado civil	Média (dp)	Min-Máx	U	p
Lawton	Casado	14.38 (2.56)	10-18	53.500	.396
	Não casado	18.53 (7.12)	10-29		
Lubben-6	Casado	12.50 (8.99)	1-30	65.500	.884
	Não casado	11.35 (4.06)	5-22		
Satisfação com a Vida	Casado	23.50 (6.05)	13-29	53.000	.380
	Não casado	22.76 (4.02)	16-30		

†p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Comparando os resultados entre os participantes que vivem sozinhos e os que vivem com outros elementos familiares observa-se uma ausência de diferenças estatisticamente significativas. Ainda assim, é importante salientar que os indivíduos que vivem sozinhos apresentam melhores indicadores de funcionalidade e menos risco de isolamento social, ainda que se encontrem menos satisfeitos com a vida (Tabela 14).

Tabela 14. Descrição das dimensões de análise de acordo com o agregado familiar

	Agregado familiar	Média (dp)	Min-Máx	U	p
Lawton	Vive só	14.86 (3.89)	11-23	45.000	.273
	Vive com outros	18.11 (6.88)	10-29		
Lubben-6	Vive só	13.29 (4.39)	8-22	41.000	.181
	Vive com outros	11.11 (6.41)	1-30		
Satisfação com a Vida	Vive só	21.29 (4.79)	15-29	43.500	.236
	Vive com outros	23.67 (4.55)	13-30		

†p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Quanto ao perfil de rendimentos também não se verificaram diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre os grupos.

No entanto, é curioso notar que os indivíduos com rendimentos superiores a 350€ demonstram menores níveis de dependência nas AIVD, menores indicadores de isolamento social e maior satisfação com a vida (Tabela 15).

Tabela 15. Descrição das dimensões de análise de acordo com o perfil de rendimentos

	Agregado familiar	Média (dp)	Min-Máx	U	p
Lawton	Até 350€	17.67 (5.45)	12-29	55.500	.338
	Mais de 350€	17.08 (7.40)	10-29		
Lubben-6	Até 350€	10.17 (4.75)	1-20	50.000	.202
	Mais de 350€	13.58 (6.78)	5-30		
Satisfação com a Vida	Até 350€	23.33 (3.98)	15-28	69.000	.862
	Mais de 350€	23.50 (4.66)	16-30		

†p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Por último, no que diz respeito à relação entre as dimensões de análise e as características sociodemográficas dos participantes foi utilizado o coeficiente de correlação rs de *Spearman* para medir a direção e intensidade das associações (Tabela 16).

A análise da matriz de correlações indica que a idade está correlacionada com a satisfação com a vida e com o desempenho nas AIVD's. Relativamente à direção da associação, observa-se que a idade está negativamente correlacionada com a Escala de Satisfação com a vida (rs= - .504; p=.095), pelo que mais idade está associada a menor satisfação com a vida e positivamente correlacionada com o Índice de Lawton (rs= .677; p=.016), no qual maior pontuação representa maiores níveis de dependência.

Tabela 16. Matriz de correlação para as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6
1 Idade	1.000					
2 Escolaridade	-.309 .329	1.000				
3 Rendimentos	.354 .259	.333 .290	1.000			
4 Escala da Satisfação com a vida	-.504 .095	.130 .688	-.472 .122	1.000		
5 Índice de Lawton	.677* .016	-.440 .152	.391 .209	-.326 .302	1.000	
6 Escala Breve de Redes Sociais de Lubben	-.418 .176	-.051 .874	-.327 .300	.149 .643	-.440 .153	1.000

Correlação rs Spearman †p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Discussão dos Resultados

Globalmente, os participantes neste estudo têm idades compreendidas entre os 75 e os 94 anos, são maioritariamente do género feminino, pouco escolarizados, solteiros e com filhos, residindo com a família na zona Ribeirinha do Concelho. Os problemas de saúde predominantes são os relacionados com o sistema ósseo e os problemas sociais estão associados à falta/insuficiência de reguarda familiar, isolamento social e geográfico. A RLIS presta sobretudo apoio de atendimento/acompanhamento a estes idosos. Em termos funcionais, os participantes apresentam sobretudo dependência moderada ou severa na realização das AIVD. No que diz respeito à satisfação com a vida e ao risco de isolamento social, demonstram indicadores médios satisfatórios, ainda que no caso dos participantes com 80 ou mais anos os valores obtidos sugiram menor satisfação com a vida e menor qualidade das redes sociais.

Analisando as características sociodemográficas dos participantes do presente estudo à luz das características da população da região do Alto-Minho verificamos que, no que diz respeito ao sexo, a predominância do sexo feminino é clara em ambos os grupos. Se no presente estudo, 78,6% dos participantes são mulheres, na região do Alto-Minho este valor aproximava-se, em 2011, dos 53%. Com efeito, e tal como se pode verificar pelos dados dos últimos Censos (INE, 2011), esta tendência tem sido verificada na região pelo menos desde a década de 80.

Esta tendência foi também verificada por Sá (2013) e Pereira (2013). Sá (2013), no sentido de avaliar as capacidades e necessidades de pessoas com 65 ou mais anos a residirem em zonas rurais geograficamente isoladas, avaliou 38 indivíduos com uma média de idades de 75 anos, sendo a maioria do sexo feminino (60,5%). Por sua vez, Pereira (2013), num estudo que envolveu 140 pessoas idosas a viverem no domicílio no perímetro urbano de Santo Tirso, verificou igualmente que 54% dos participantes eram do sexo feminino, apresentando uma idade média de 77 anos.

Assim, os nossos resultados reforçam a tendência nacional (e internacional) do envelhecimento, em especial na 4ª idade, no feminino, fenómeno de desigualdade da feminização do envelhecimento.

Em termos etários, ainda que no presente estudo se tenha definido como critério de inclusão o facto de possuir 75 ou mais anos, registou-se uma idade média próxima dos 82 anos de idade. Analisando a distribuição entre grupos verificamos que 40% dos participantes do estudo tinham idades compreendidas entre os 75 e os 80 anos (n=10) e

os restantes, 60%, mais de 80 anos (n=15). Esta distribuição parece ser coerente com a realidade da região do Alto-Minho em termos de população residente. Mais especificamente, dados do Pordata (2018a) sugerem que, em 2017, a população com 75-79 anos representava 4,9% do total da região e os indivíduos com 80 ou mais anos cerca de 8% da população residente total. Estes indicadores sugerem um elevado envelhecimento na região que é claramente confirmado pelo Índice de Envelhecimento - 174,2% em 2011 (Pordata, 2018b). Atendendo a que em 2001 este indicador se situava nos 132,4% verificamos um aumento na ordem dos 40% que é, aliás, um dos maiores a nível nacional (só ultrapassado pelas regiões do Alto Tâmega, Terras de Trás-os-Montes, Beiras e Serra da Estrela, Douro, Viseu, Dão e Lafões).

No que diz respeito ao perfil de escolaridade dos participantes, verificamos que mais de metade não sabe ler nem escrever o que, atendendo às políticas de educação dos anos 30/40, não nos parece particularmente atípico. De facto, tal como é referido num documento publicado pelo Ministério da Educação em 2007 relativo à evolução histórica do sistema educativo português, o ensino sofreu várias alterações com o início da ditadura. De entre estas, salienta-se a criação da chamada “escola nacionalista” que se baseava numa forte doutrinação de carácter moral, a redução dos programas de ensino à aprendizagem escolar de base e ainda a criação dos “postos de ensino” onde, frequentemente, os regentes escolares sabiam apenas ler e escrever. Estas mudanças, que se reflectiram também na criação da Mocidade Portuguesa, marcaram a imagem do Estado Novo em relação ao ensino e educação e tiveram naturalmente consequências no processo de escolarização da população portuguesa durante as décadas seguintes. Neste sentido, depreendemos que o facto de 64% dos participantes do estudo não saberem ler nem escrever pode estar associado a esta realidade.

Importa, no entanto, salientar as implicações deste facto para a vida diária e o bem-estar deste grupo, pois o analfabetismo pode representar uma condição potencializadora de risco ou exclusão social efetiva, em particular na sociedade atual, altamente informatizada. Além disso, está claramente documentado na literatura (Farias & Santos, 2012) a relação entre vários níveis de escolaridade e rendimentos, pelo que estes participantes muito provavelmente desempenharam atividades profissionais indiferenciadas, com baixos salários, consequentemente, usufruem atualmente de reformas muito baixas. Facto que as pode colocar em maior risco de carência económica, nomeadamente para fazer face às exigências decorrente de uma vida tão longa.

No que concerne ao estado civil dos participantes verificamos que 36% dos indivíduos são solteiros e 32% casados o que, tomando em consideração os dados dos últimos Censos da população portuguesa, nos parece algo incomum. De facto, em 2011 37,3% da população do Alto Minho era solteira e 50,2% casada. Esta tendência tem sido verificada também noutros estudos realizados com pessoas mais velhas. A título de exemplo, Sampaio (2017), num estudo com 83 participantes residentes no Município de Vila Verde, verificou que a maioria dos participantes era casado (53%) ou viúvo (37,3%). Também Alves (2013), num estudo conduzido em Monção com 87 participantes, verificou que 57,5% dos participantes era casado, 33,3% viúvo, 8% solteiro e 1,1% separado/divorciado. Da mesma forma, Pereira (2016) num estudo realizado em Vizela com 124 participantes verificou que a 56,5% das pessoas eram casadas, 29% viúvos, 12,9% solteiros e 1,6% separados ou divorciados.

No presente estudo, quanto aos problemas de saúde, os problemas ósseos são os que apresentam uma percentagem mais elevada, com 26,3% dos participantes a sofrerem desta patologia. Em termos sociais verificam-se problemas de isolamento social e geográfico, bem como de falta/insuficiência de retaguarda familiar. Neste sentido, a resposta social de que os participantes do estudo usufruem maioritariamente é o serviço de apoio domiciliário (66,7%). Além disso, são as pessoas com 80 ou mais anos as que apresentam maior número de problemas (saúde e/ou sociais) e as que mais recorrem ao apoio de respostas sociais (ex., SAD, centro de dia).

No que diz respeito ao risco de isolamento social, 36% dos participantes apresentam maior risco de isolamento social, tal como se verificou no estudo de Sá (2013) onde 28,9% dos participantes também demonstrava risco mais elevado de isolamento social. Estes resultados corroboram com a literatura relevante no domínio, sendo que depois da década de 60 no interior de Portugal deu-se um fluxo migratório, as pessoas deslocaram-se dos meios rurais para os meios urbanos, à procura de melhores condições de vida, esta situação levou à desertificação dos meios rurais, uma vez que quem ali permanecia eram somente as pessoas mais idosas (Paúl & Fonseca, 2005). O facto de os participantes do estudo apresentarem valores de isolamento social pode relacionar-se com o facto de a maioria dos participantes ser moderadamente dependente e 24% serem severamente dependentes nas AIVD. O grupo dos idosos mais velhos são os que apresentam piores indicadores, pois o facto de apresentarem estas características

para a realização das AIVD, bem como a distância geográfica de familiares e amigos pode comprometer a suas relações sociais.

Santos (2016) realizou um estudo na Unidade de Saúde Familiar do Tejo, que tinha como grande objetivo a diminuição do isolamento social na população, a intervenção passou por realizar visitas familiares, fazer um acompanhamento semanal nas consultas da USF Tejo, contactos telefónicos e foram também realizadas sessões de educação para a saúde em grupo e individuais. Face aos resultados obtidos a autora concluiu que este tipo de intervenção reunia potencial para reduzir o isolamento social dos mais velhos.

Neste sentido e como forma de colmatar /prevenir o fenómeno do isolamento social, no período entre 1976 e 1985 a velhice e as pessoas idosas começam a ser encaradas de uma forma mais positiva, o que leva a nível governamental a que haja preocupação com esta população e que se criem medidas e políticas de apoio. O incentivo às políticas e medidas tinham como finalidade, incluir as pessoas idosas no meio social, estimular o convívio com os outros e diminuir o isolamento (António, 2013).

Importa referir que de 2000 a 2015, as respostas sociais dirigidas à população mais idosa registaram um desenvolvimento muito positivo, com uma percentagem de 57%, principalmente a resposta SAD (71%) e ERPI (66%). De referir que só no ano de 2015 o SAD contabilizou mais de 2700 unidades, assumindo-se assim a resposta social com mais expressão, no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES). Em termos de capacidade, no ano de 2015 o SAD era a resposta com uma maior capacidade, no que concerne ao apoio da população mais idosa, detendo mais de 108 mil lugares disponíveis, representando deste modo mais de 1/3 do total de lugares no que diz respeito às respostas para idosos.

De referir que, ainda no ano de 2015, todos os concelhos de Portugal continental estavam abrangidos com a resposta SAD, com quase 2/3 dos municípios a disporem de mais de 5 respostas. A nível da resposta SAD, 63% dos utilizadores apresenta idades compreendidas entre os 75 e 89 anos de idade, tal pode dever-se ao facto das pessoas poderem manter-se no seu próprio domicílio por mais tempo, podendo desta forma retardar a institucionalização.

Adicionalmente, salientamos que os serviços disponibilizados na resposta SAD têm vindo alargar, não sendo somente oferecido os serviços mais básicos, mas sim uma abrangência bastante diversificada, pois além dos serviços base as pessoas podem

usufruir também de serviços de animação sociocultural, enfermagem, acompanhamento para tratar de assuntos legais, reparações no próprio domicílio e até teleassistência. A resposta SAD tem uma maior predominância nas zonas do interior do país, tal facto pode ser explicado por a população que aí reside ser maioritariamente idosa e possivelmente ser retaguarda familiar, à semelhança do que acontece no nosso estudo.

Uma das variáveis que também se destaca diz respeito ao nível de rendimentos, tendo-se observado que no geral são bastante baixos. Com efeito, os valores entre 250 e 300 euros e entre 301 e 400 euros correspondem aos valores de reforma predominantemente auferidos pelos participantes, não se verificando diferenças significativas entre os dois grupos, no entanto os participantes que auferem rendimentos superiores a 350€ tanto demonstram menores níveis de dependência nas AIVD como menor indicador de isolamento social e maior satisfação com a vida. Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005b), no estudo que realizaram com 117 idosos, obtiveram resultados de que os rendimentos eram na generalidade baixos e provenientes de pensões de reforma ou subsistência sendo para 84 % dos idosos participantes no estudo um rendimento abaixo dos 250 euros mensais. Este resultado pode claramente relacionar-se com os baixos níveis de escolaridade como já analisamos.

No que concerne aos motivos de procura do serviço RLIS, os mais frequentes são o pedido de géneros alimentares (24%), de apoio na compra de ajudas técnicas (20%) e a carência económica (16%), pelo que a medida de apoio maioritariamente aplicada é o atendimento/accompanhamento (40%). Além disso, observa-se ainda que mais de um terço da amostra procura o serviço RLIS por iniciativa própria (36%). Tendo em consideração que os motivos de procura do serviço RLIS são o pedido de géneros alimentares e a carência económica, pode depreender-se que os participantes deste estudo, ao apresentarem baixos rendimentos podem ter dificuldades em fazer face às suas despesas, e vivem em envelhecimento mais pobre.

Tomando em consideração o Modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e colaboradores (2005), é de expor que o facto dos participantes no estudo procurarem o serviço de atendimento/accompanhamento está relacionado com a questão dos recursos externos, ou seja as pessoas recorrem ao serviço por diversos motivos, tal como expresso na ficha sociodemográfica (em anexo), sendo de mencionar que a procura por vezes deve-se ao facto de o rendimento mensal que auferem não ser

suficiente para fazer face à despesas que possuem mensalmente questões do foro social e da saúde, são também motivo de procura do serviço.

O facto de 72% dos participantes do estudo residirem acompanhados, maioritariamente por familiares próximos é algo dissonante com a literatura no domínio. Paúl e colaboradores (2005b) realizaram um estudo com 117 participantes numa zona de meio rural, esta apresentava sinais de desertificação pela saída dos mais jovens para zonas urbanas e com melhores condições de vida e de trabalho. Neste contexto, permaneciam neste espaço apenas as pessoas mais velhas, ficando assim sem retaguarda familiar. Em termos de comparação de resultados obtidos no presente estudo entre os participantes que vivem sozinhos e os que vivem com outros familiares não são observáveis diferenças estatisticamente significativas, de referir, no entanto, que os participantes que vivem sozinhos apresentam indicadores melhores de funcionalidade e menor risco de isolamento social.

No que diz respeito à funcionalidade para as AIVD, os 25 participantes apresentam uma média de 17,20 pontos (DP=6,29) na Escala de Lawton, variando os resultados entre 10-29 pontos. Deste modo, verifica-se que a maioria dos participantes é moderadamente dependente (76%) na realização das AIVD, sendo 24% dos participantes severamente dependentes. Os níveis de dependência são também maiores no grupo com 80 ou mais anos. Perante estes resultados podemos referir que no que concerne à funcionalidade não há participantes que sejam independentes. O grupo dos participantes mais velhos é ligeiramente mais dependente do que o grupo dos participantes mais novos ($X=18,33$, DP= 6,40; $X^2=15,50$, DP= 6,4) respetivamente. De encontro aos resultados deste estudo, vão vários estudos, tais como o de Alves (2013), onde a maioria dos participantes (70,1%) se apresentam moderadamente dependentes na realização da AIVD. O estudo de Pereira (2013), que procedeu à avaliação de 104 idosos, verificou também que 66% dos mesmos eram moderadamente dependentes para as AIVD. Também Sá (2013) realizou um estudo onde avaliou pessoas com 65 ou mais anos, sendo que 60,5% desses participantes eram moderadamente dependentes na realização das AIVD. A maior dependência nas AIVD é expectável à medida que a idade avança, em particular na quarta idade. No entanto, as implicações de tal para vida diária e a qualidade processo de envelhecimento e de vida são assinaláveis, razão pela qual se torna fundamental a intervenção pois o risco de “corte” com o mundo exterior, e o conseqüente isolamento, é muito elevado.

No que concerne à rede social, os participantes obtiveram uma pontuação média de 11,72 pontos (DP=5,91) na Escala Breve de Redes Sociais de Lubben. A composição da rede a família apresenta valores superiores face à rede de amigos, ainda que sejam valores ligeiramente superiores, e tal verifica-se quer no grupo dos participantes mais novos quer no grupo dos participantes mais velhos. Constatou-se também que 36% dos participantes apresentam risco de isolamento social. Relativamente à rede social, a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben permite-nos obter informação sobre a quantidade, a proximidade e a frequência de contacto com elementos da rede de suporte, concretamente com familiares e amigos. Os participantes do presente estudo obtiveram uma pontuação média de 11,72 (DP=5,91), sendo os valores médios obtidos na sub-escala família superiores ao da sub-escala amigos (M=6,68; DP=3,20 vs. M=5,04; DP=3,47). Tanto no grupo dos participantes mais velhos como no grupo dos participantes mais novos a sub-escala família apresenta pontuação superior à sub-escala Amigos. Os resultados indicam que os participantes no geral apresentam um bom funcionamento na rede social, contudo o suporte está predominantemente ligado à família. O que poderá relacionar-se com aspetos culturais, pois a cultura latina tende a enfatizar o papel e responsabilidade da família. Além disso, as limitações funcionais dos participantes podem condicionar as interações sociais, nomeadamente com os amigos.

Os resultados do presente estudo diferem dos resultados de um estudo realizado por Gouveia, Matos e Schouten (2016) no qual o objetivo era efetuar uma revisão e análise crítica da literatura sobre a relação entre as características das redes sociais das pessoas idosas e a sua qualidade de vida, ou outros indicadores de bem-estar. Por outro lado, concluiu-se que as redes de amigos contribuem mais do que as redes familiares para a qualidade de vida/bem-estar dos idosos.

Também Afonso (2015) realizou um estudo que tinha como objetivo analisar o papel das redes sociais e os efeitos que estas produzem na vida das pessoas mais idosas. A autora concluiu que as redes sociais são consideradas pelas pessoas mais idosas muito importantes para a sua integração social, essencialmente na promoção do bem-estar e de apoio.

De acordo com a revisão da literatura no domínio estar envolvido numa rede social de amigos e familiares é sinónimo de longevidade, sendo que o facto de se

relacionar com outras pessoas promove a saúde e, de certa forma, garante apoio sócio emocional (Rowe & Kahn, 1997).

Relativamente à satisfação com a vida os participantes apresentam uma pontuação média de 23,00 pontos (DP=4,65) pelo que, atendendo ao ponto médio da Escala, se pode considerar que se encontram moderadamente satisfeitos com a vida. Revelam uma pontuação média superior no item “Estou satisfeito com a vida” (M=4,80; DP=1,16), sendo que o item com pontuação média mais baixa diz respeito à autoavaliação do ideal de vida (“De muitas formas a minha vida está próximo do meu ideal” M=4,40; DP=1,35). Estes resultados são de alguma forma semelhantes aos do estudo realizado por Sá (2013), onde os participantes obtiveram valores médios elevados (M=23,2; DP=6,83). Além disso, a satisfação com a vida é considerada como um recurso interno que facilita às pessoas ativar mecanismos proactivos de maneira a moderar ou até mesmo evitar situações de stress, podendo assim contribuir para uma boa qualidade de vida e para o envelhecimento bem-sucedido (Kahana & Kahana, 1996, 2003).

No que diz respeito à Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, ao comparar as pontuações dos participantes com 75-80 anos com o grupo dos de 80 ou mais anos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas (U=44,000; p=0,084), sendo a pontuação média dos idosos mais jovens mais elevada do que a pontuação média dos participantes mais velhos ($\bar{X}=14,50$ vs $X=9,87$). Em relação às outras medidas em análise, não foram registadas diferenças estatisticamente significativas, no entanto os resultados sugerem que o grupo dos participantes mais jovens demonstra melhores indicadores de funcionalidade nas AIVD e de satisfação com a vida. O grupo dos idosos mais velhos apresenta piores indicadores nas várias dimensões de avaliação. Podemos concluir que a rede social dos participantes mais novos é, em média, superior à rede social dos mais velhos. Estes resultados reforçam o conhecimento na demência, nomeadamente o maior risco de perdas e declínios na 4ª idade, reforçando ainda mais a necessidade prioritária de intervenção junto deste grupo.

Conclusão

Face ao exposto, podemos concluir que as características destes idosos a residir em contexto rural, acompanhados pelo serviço de atendimento/accompanhamento de uma Rede Local de Intervenção Social, são muito semelhantes entre si. Assim, toda a informação que foi recolhida, quer através da ficha sociodemográfica quer através do protocolo de avaliação, refletiu uma população com dependência, moderada e severa, na realização das AIVD. Por outro lado, a rede de suporte social familiar é superior à dos amigos.

Globalmente, a realização do presente estudo permitiu reunir evidências sobre o processo do envelhecimento numa área geográfica específica, designadamente numa área rural. Para além de analisar este processo no âmbito de uma medida de intervenção social específica- a RLIS.

Apesar dos objetivos do presente estudo terem sido concretizados importa mencionar algumas limitações do mesmo. Inicialmente, o estudo previu um maior número de participantes que não foi possível incluir, por várias razões, nomeadamente, falecimento ou incapacidade de comunicação, (e.g. duas possíveis participantes apresentavam limitações de audição e comunicação), não sendo possível aplicar o referido protocolo nestes casos, para além de alguns potenciais participantes terem sido institucionalizados fora da região onde o estudo decorreu. Como tal, pelo facto de neste estudo fazerem parte um conjunto de participantes que não representa uma amostra da população, não é possível a generalização dos resultados para a população em geral.

Por outro lado, relativamente aos resultados obtidos, estes poderiam ser mais diversificados se do protocolo de recolha de dados aplicado fizessem parte um maior número de instrumentos. Mas mais uma vez as características sociodemográficas dos idosos, nomeadamente a nível de escolaridade, limitaram esta opção.

Neste sentido, consideramos que este trabalho constitui uma base para investigações futuras que poderão alargar e aprofundar o estudo. Mais especificamente, será pertinente o desenvolvimento de um estudo neste domínio com uma dimensão amostral superior, ou com dois grupos comparativos de idosos que possuam características similares, porém com localização geográfica de residência distinta (rural/geograficamente isoladas e urbano), de forma a analisar o papel da RLIS em contextos de vida distintos.

A investigação neste domínio permite compreender de que forma o acompanhamento de proximidade de técnicos e instituições competentes permite identificar as reais necessidades e vulnerabilidades da população mais idosa, como uma estratégia para suprir as mesmas. No caso da população ainda em idade ativa, este tipo de acompanhamento poderá atempadamente sinalizar os casos de maior risco e fragilidade social possibilitando uma intervenção num eixo preventivo, potenciando o EBS.

Por se ocupar especificamente do meio predominantemente rural, a descentralização destes serviços possibilitam eliminar/minimizar igualmente as barreiras de deslocação/ comunicação nas populações mais isoladas. Assim, consideramos que este trabalho alerta para aspetos centrais da intervenção social junto de pessoas mais velhas, nomeadamente a relação de proximidade e a contextualização do processo de envelhecimento e a relevância do trabalho em rede junto destas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C. (2015) *A integração do idoso na sociedade: O papel das redes sociais*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança.
- Alexandre, S. M., & Dias, R. I. (2013). Envelhecimento e intervenção do serviço social com doentes idosos em meio hospitalar. In Carvalho, M. I. (Coord.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 201-219). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Alves, A. (2013). *Envelhecer em casa em ambientes predominantemente rurais e moderadamente urbanos: Um estudo de base comunitária em Monção*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação.
- António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In Carvalho, M. I. (Coord.), *Serviço social no envelhecimento* (pp.81-103). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: A psychological model* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Barbosa. C. (2016). Políticas públicas locais para o envelhecimento: o caso de Portugal e da Suécia. *EXEDRA - Revista Científica da ESEC*, 11, 151-172.
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida? *EXEDRA- Revista Científica da ESEC*, 11- 28.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 3-23). New York: Springer Publishing Company.
- Berkman, B., Gardner, D., Zodikoff, B., Linda, H. (2006) Social Work and aging in the emerging health care world. *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (1,2), 203-217.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C., Paúl & A., Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 112-135). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Alcântara da Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Introdução. In Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Alcântara da Silva, P.,

- Jerónimo, P., & Marques, T. (Eds.), Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. (pp. 147-236). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caeiro, J., C. (2010). Conteúdos da disciplina. In J., C., Caeiro (Ed.), *Política Social e Estado Providência* (pp. 33-78). Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Caeiro, J., C. (2010). Introdução. In J., C., Caeiro (Ed.), *Política Social e Estado Providência* (pp. 13-32). Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Cardoso, S., Santos, M., Baptista, M., & Clemente, S. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008). *Análise Social*, 204, 606-630.
- Carta Social. (2015). *Rede de serviços e equipamentos: Relatório de 2015*. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social: Lisboa. Retirado de: <http://www.gep.msess.gov.pt/cartasocial/pdf/esocial2015.pdf>
- Correia, C. (2009). *O apoio social e a Qualidade de Vida dos idosos do concelho de Faro*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Univesidade do Algarve.
- Crampton, A. (2011). Population aging and social work practice with older adults: demographic and policy challenges. *International Social Work*, 54 (3), 313–329.
- Dias, I. & Rodrigues, E.V. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) *Manual de Gerontologia* (p.p. 179-202). Lisboa: Lidel.
- Dias, I. & Rodrigues, E.V. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) *Manual de Gerontologia* (p.p. 179-202). Lisboa: Lidel.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale, *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas – Circular Normativa*. Lisboa, recuperado em 13 julho, 2018, de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>
- Farias, R., Santos, S. (2012). Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, 21 (1), 167-176.

- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social: Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología social* (pp.31-53). Madrid: Psicología Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología Social: Una introducción. In Fernández-Ballesteros, R. (Coord.), *Gerontología Social* (pp. 31-53). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gouveia, O., Matos, A., Schouten, M. (2016). Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (6), 1013-1023.
- Hooymann, N. R., & Kiyak, A., H. (2011). The growth of Social Gerontology. In N. R., Hooymann, & A. H. Kiyak (Eds.), *Social Gerontology: a multidisciplinary perspective* (pp. 3-42). Boston: Allyn Bacon.
- ILC-Brasil. (2015). *Envelhecimento Ativo: Um marco Político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro, recuperado em 3 outubro, 2016, [documento eletrônico] retirado de <http://ilcbrazil.org/portugues/publicacoes/>
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos da população. Retirado de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros
- Instituto Nacional de Estatística (2015). Anuário estatístico de Portugal 2014 – Edição 2015. Destaque: informação à comunicação social, Instituto Nacional de Estatística, [documento eletrônico] retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=249353419&DESTAQUESmodo=2
- Kahana, B., Kahana, E., Namazi, K., Kercher, K., & Stange, K. (1996). The role of pain in the cascade from chronic illness to social disability and psychological distress in late life. In D. I. Mostofsky & J. Lomranz (Eds.), *Handbook of pain and aging* (pp. 185-204). New York: Plenum Press.
- Kahana, E., Kahana, B. (2001). Successful aging among people with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 53-56.
- Kahana, E., Kahana, B. (2003). Contextualizing successful Aging: New directions in an age-old search. In: Settersten R Jr, Editor. *Invitation to the Life Course*. Amityville, NY: Baywood, 225-255.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N. J., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Winkle, P. J. Whitehouse & D. L. Morris (Eds.), *Successful*

- aging through the life span: intergenerational issues in health* (pp.101-122). New York: Spring Publishing Company, Inc.
- Kane, R.; Kane R. (2001) "Emerging issues in chronic care" In R Binstock, L George, S Cutler, J Hendricks, J Schulz (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 5 Th Ed. Van Nostrand Reinhold Co, New York; 406-425.
- Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.
- Maltez, A. (2013). O animador sociocultural na terceira idade: um promotor de aprendizagens pela aproximação entre gerações. In J., Pereira, M., Lopes, & T., Rodrigues (Coord.), *Animação sociocultural, Gerontologia e Geriatria: A intervenção social, cultural e educativa na terceira idade* (pp.387-402). Chaves: INTERVENÇÃO - Associação para a promoção e divulgação cultural.
- Manual RLIS. (2015). Manual Técnico para SAAS Serviço de Atendimento Social e/ou de Acompanhamento Social (2015).
- Martín, I., & Brandão, D. (2012). Políticas para a terceira idade. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp.274-287). Lisboa: Lidel.
- Martins, M. (2013). *Políticas e respostas sociais de apoio à terceira idade em Portugal: O caso do concelho de vila verde*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação, ciência e tecnologia*, 32, 126-140.
- Ministério da Educação (2007). Educação e Formação em Portugal. Retirado de [http://www.dgeec.mec.pt/np4/97/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=147&fileName=educacao_formacao_portugal.pdf](http://www.dgeec.mec.pt/np4/97/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=147&fileName=educacao_formacao_portugal.pdf)
- Monteiro, M. (2017). *"Vem ser"- Projeto de intervenção com mulheres em situação de desemprego de longa duração beneficiárias da Rede Local de Intervenção Social*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto.
- Nazareth, J. M. (2010). *Demografia: A Ciência Da População* (4ª ed.). Lisboa: Presença.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica*, 2, 55-70.
- Neto, F., Barros, A., e Barros, J. (1990). Atribuição de responsabilidade e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 11(1), 47-54.

- Organização Pan-Americana da Saúde- Opas-OMS (2005) *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*, Brasil.
- Ornelas, J. (2008) Intervenção e mudança social. In J., Ornelas (Ed.), *Psicologia Comunitária*. (pp. 239-277), Lisboa: Fim de Século.
- Paúl, C. (2005). Construção de um modelo de envelhecimento humano. In C., Paúl & A., Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-41). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). Introdução. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp.11-14). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005a). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C., Paúl & A., Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005b). Satisfação e Qualidade de Vida em idosos portugueses. In C., Paúl & A., Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Pereira, M. (2016). *Envelhecimento e avaliação gerontológica multidimensional: um estudo de base comunitária no município de Vizela*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal
- Pereira, V. (2013). *Avaliação multidimensional da população com 65+ anos no perímetro urbano de Santo Tirso: Contributos para o plano gerontológico municipal*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação.
- Pordata (2018a). População residente: total e por grupo etário. Retirado de <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5756140>
- Pordata (2018b). Índice de envelhecimento segundo os Censos. Retirado de <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-348>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (1), 217-234.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J., Kahn, R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), p.433-440.
- Rowe, J., Kahn, R. (1998). *Successful aging*. NY: Random House Large Print in association with Pantheon Books.
- Sá, C. (2013). *Envelhecer em zonas rurais isoladas: Avaliação gerontológica multidimensional no município de amares*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação.
- Sampaio, A. (2013). *Envelhecimento e proatividade adaptativa: Um estudo de base comunitária em Vila Verde*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação.
- Sampaio, A. (2017). *Envelhecimento e Proatividade Adaptativa: um estudo de base comunitária em Vila Verde*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal
- Santos, F. (2016). Isolamento social: Um projecto de intervenção de enfermagem comunitária nos(as) idosos(as) da USF Tejo. *Relatório de Estágio, Mestrado em Enfermagem Comunitária*, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Segurança Social. (2016). Redes Locais de Intervenção Social (RLIS). Recuperado em 9 Outubro, 2017, retirado de: <http://www.seg-social.pt/redes-locais-de-intervencao-social-RLIS>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Porto: Quarteto.
- Szanton, S., Thorpe, R., Boyd, B., Tanner, E., Leff, B., Agree, E., Xue, Q., Allen, J., Seplaki, C., Weiss, C., Guralnik, J., Gitlin, L. (2011) Community aging in place, advancing better living for elders (CAPABLE): A bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled, older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (12), 2314–2320.
- Tanaka, K., Iwasawa, M. (2010). Aging in rural Japan—Limitations in the current social care policy. *Journal of Aging & Social Policy*, 22 (4), 394-406.
- Veloso, E. (2008) “A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1966 a 2002” In *VI Congresso Português de Sociologia “Mundos Sociais: Saberes e Práticas”*, Organizado pela Associação Portuguesa de Sociologia, que decorreu entre 25 e 28 de Junho de 2008 na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 12.

- Vidal, A., S. (2007). Intervención comunitária: concepto, supuestos, técnica y estrategia. In A., S., Vidal (Ed.), *Manual de Psicología Comunitária* (pp. 225-258), Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vieira, P. (2016). *A satisfação dos utentes face aos serviços descentralizados de segurança social: estudo de caso sobre a rede local de intervenção social*. Tese de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade do Porto.
- Wright, ER.; Perry, BL. (2010). Medical Sociology and Health Services Research: past accomplishments and future policy challenges. *Journal of Health and Social Behaviour*, 51(s):S107-S119

**Sócio-
Demográfica
Código**

A. Género:

- 1-Masculino
- 2-Feminino

B. Idade:

C. Escolaridade:

- 1-Não sabe ler/ Nem escrever
- 2- Entre 1 e 4
- 3- Entre 5 a 9

D. Estado Civil:

- 1-Solteiro (a)
- 2-Casado (a)/ União de Facto
- 3-Viúvo (a)
- 4-Separado (a)/Divorciado (a)

E. Tem filhos?

- 1-Sim
- 2-Não

F. Quantos?

G. Com quem vive?

- 1-Vive sozinho (a)
- 2-Vive com outros (as)
- 3-Conjuge
- 4-Filho (a)
- 5-Irmã (o)
- 6-Outro (s)

H. Rendimentos:

- 1-Inferior a 249
- 2-Entre 250 e 300
- 3- Entre 301 e 400
- 4-Entre 401 e 500
- 5-Entre 501 e 749
- 6-Superior a 750

I. Reforma:

- 1-Sim
- 2-Não

J. Tipo de Reforma

- 1-Velhice:
- 2-Invalidez
- 3-Sobrevivência
- 4-Velhice e sobrevivência

K. Zona de Residência

- 1-Ribeira
- 2-Montanha

Situação Profissional:

- 1-Reformado não ativo
- 2-Reformado ativo
- 3-Não reformado

L. Respostas sociais:

- 1-Centro de Dia
- 2-SAD
- 3-Centro de Convívio

M. Problemas de saúde:

- 1-Dependência física
- 2-Alcoolismo
- 3-Sistema ósseo
- 4-Dificuldades de locomoção
- 5-Demência
- 6-Depressão
- 7-Sistema ósseo e visão
- 8-Sistema cardiovascular
- 9-Problemas psicológicos
- 10-Diabetes
- 11-Hipertensão arterial
- 12-Outros

N. Problemas sociais:

- 1-Sem retaguarda familiar
- 2-Vive longe dos serviços comunitários
- 3-Isolamento social
- 4-Isolamento geográfico

O. Motivo de procura do serviço:

- 1-Carência económica
- 2-Pedido C.S.I
- 3-Pedido do C.D
- 4-Géneros Alimentares
- 5-Ajudas técnicas
- 6-Assuntos legais
- 7-Resposta Social de CD
- 8-Resposta Social de SAD
- 9-Resposta Social de ERPI
- 10-Outros assuntos

P. Medida de Apoio:

- 1-Apoio económico /acompanhamento
- 2- Atendimento/acompanhamento
- 3-Encaminhamento para outras entidades
- 4-Atendimento

O. Sinalização:

- 1-Iniciativa própria
- 2-Familiares
- 3-Presidente da Junta
- 4-Vizinhos
- 4-Padre
- 5-Outros serviços

Consentimento Informado

O presente estudo, intitulado *Envelhecimento e Intervenção Social em Contexto Rural*, insere-se no âmbito do mestrado em Gerontologia Social a decorrer na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tem como principal objetivo caracterizar os clientes mais velhos acompanhados pelo Programa RLIS.

O protocolo de recolha de dados é constituído por: i) Índice de Lawton, Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, e Escala de Satisfação com a Vida.

A sua participação neste estudo é voluntária e todas as informações que nos facultar (respostas) são absolutamente confidenciais.

Por favor, leia atentamente as instruções. Não existe tempo limite de resposta, nem respostas certas ou erradas. Estamos profundamente interessados na sua opinião/perspetiva. Seja autêntico(a) nas suas respostas considerando a sua experiência. No final certifique-se que respondeu a todas as questões. Uma vez mais agradecemos a sua colaboração.

No sentido de podermos utilizar a informação disponibilizada, necessitamos do seu consentimento. A equipa de investigação assume total responsabilidade pelo processo no sentido de assegurar a confidencialidade da informação e identidade dos participantes, bem como a devida utilização dados obtidos.

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

Data: _____

Assinatura do participante: _____

Equipa de Investigação: Alexandrina Rodrigues, Raquel Gonçalves & Carla Faria

INDICE DE LAWTON (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007)

Item	AIVD	Cotação
Cuidar da Casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma coisa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do Telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de Transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Incapaz de usar o transporte	3
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2

	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
	Somatório	_____

8 pontos Independente

9-20 pontos Moderadamente dependente (necessita de certa ajuda)

> 20 pontos Severamente dependente (necessita de muita ajuda)

ESCALA BREVE DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN - 6 (LSNS-6)

(Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa, & Paúl, 2012)

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

- 1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?**
0 = nenhum 1 = um 2 = dois 3 = três ou quatro 4 = de cinco a oito 5 = nove ou mais
- 2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?**
0 = nenhum 1 = um 2 = dois 3 = três ou quatro 4 = de cinco a oito 5 = nove ou mais
- 3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?**
0 = nenhum 1 = um 2 = dois 3 = três ou quatro 4 = de cinco a oito 5 = nove ou mais

AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

- 1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?**
0 = nenhum 1 = um 2 = dois 3 = três ou quatro 4 = de cinco a oito 5 = nove ou mais
- 2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?**
0 = nenhum 1 = um 2 = dois 3 = três ou quatro 4 = de cinco a oito 5 = nove ou mais
- 3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais??**
0 = nenhum 1 = um 2 = dois 3 = três ou quatro 4 = de cinco a oito 5 = nove ou mais

Escala Satisfação com a Vida

(Diener, Emmons, Larsen, & Griffin 1985; Versão portuguesa de Neto, Barros, & Barros, 1990)

INSTRUÇÕES: A seguir encontram-se cinco afirmações com as quais pode discordar ou concordar. Para cada uma das afirmações faça uma cruz no quadro que corresponde à sua opinião.

	Fortemente em desacordo							Fortemente de acordo
	1	2	3	4	5	6	7	
1. De muitas formas a minha vida está próxima do meu ideal.	1	2	3	4	5	6	7	
2. As condições da minha vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Até agora tenho tido as coisas importantes que quero na vida.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Se pudesse viver tudo de novo não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5	6	7	