



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO GERONTOLÓGICA

Contributos para a Gerontologia Social

Diana Cristina Capitão Sampaio





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Diana Cristina Capitão Sampaio

# Avaliação e Intervenção Gerontológica: Contributos para a Gerontologia Social

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)  
Professora Doutora Alice Bastos  
Professora Doutora Raquel Gonçalves

Julho de 2022



## Agradecimentos

Esta dissertação representa bem mais do que poderão imaginar. É o culminar de várias adversidades e muitas lutas. Este percurso não teria este desfecho sem o apoio de diversas pessoas, às quais agradeço profundamente.

À Professora Doutora Alice Bastos, orientadora desta Dissertação, pelo conhecimento transmitido, pelos brainstormings constantes. Por me motivar sempre a ir mais longe e me mostrar que sou sempre capaz de mais, obrigada!

À Professora Doutora Raquel Gonçalves, coorientadora deste trabalho, pela disponibilidade, pelos conselhos dados, pela paciência, pela amizade. Pela ajuda de todos os dias, obrigada.

À Professora Doutora Carla Faria, coordenadora do Mestrado em Gerontologia Social, pelas provocações, pelos desafios e acima de tudo pelas palavras sábias quando mais precisei delas.

À Dra Sónia Silva e à Dra Cristina Inglesias, Biblioteca da Escola Superior de Educação, pelo apoio na pesquisa das dissertações de mestrado em Gerontologia Social.

À minha família, em especial à minha mãe. O meu apoio de todos os dias. A força que muitas vezes me faltou. Obrigada mãe, porque a força que hoje habita em mim vem de ti e chama-se amor. À minha avó Beatriz. Que já cá não está. Mas que foi lembrada muitas vezes. Tenho poucas lembranças de infância, mas mantenho um amor inesgotável por ela.

À Rita, que foi uma almofada em dias difíceis, me deu colo e esteve constantemente a meu lado. Por não me deixar desistir, por ter sempre uma palavra para mim, e por encurtar distâncias ao mínimo sinal de que precisava dela por perto. Por tudo o que não digo, mas sabemos que existe, obrigada.

À Cátia, à Mariana, à Rafaela e à Sara. Viana ficou mais bonita com vocês por perto.

Ao Dr. Miguel Durães, porque sempre me disse que eu seria capaz de tudo aquilo que me propusesse fazer. Muitas vezes não acreditei, mas esta é a prova.

Aos idosos do Centro de Apoio Social Ernestino Miranda. Aprendi o verdadeiro significado de ser Gerontóloga ao vosso lado e devo-vos muito. Ao Sr. João e à D. Doroteia. Ao Sr. Abílio, a minha primeira perda enquanto profissional. É necessária investigação, mas também amor para trabalhar com pessoas.

Aos profissionais da Santa Casa da Misericórdia de Esposende, por todo o apoio, por me proporcionarem experiências que levo para a vida. À Rosa Silva, que me ensinou muito. À Carla, que foi um ombro amigo. À Dra. Catarina, Dra. Paula e Dra. Margarida por nunca me fecharem portas e me fazerem sentir sempre em casa.

À Elisabete por ser mais do que uma irmã e lutar comigo para que o meu futuro seja cada vez mais brilhante. Obrigada por estares lá sempre que preciso.

À minha Inês dos livros, por nos últimos meses, ser uma companhia constante e a ouvinte de muitos desabafos. A distância não significa mesmo nada.

À Paula, por toda a ajuda e pela paciência. Por me ensinar todos os dias mais alguma coisa. À Mafalda pelo carinho. Ao Rui, pelas palavras de incentivo.

Àqueles que, não mencionando individualmente, se cruzaram comigo e tornaram este caminho mais especial. Obrigada por cada ensinamento, que me fez crescer e tornar-me no que sou hoje.



## Resumo

**Contexto.** O envelhecimento é um dos fenômenos mais relevantes do século XXI. À medida que envelhecemos, os percursos de vida diferem uns dos outros devido ao cruzamento de diversos fatores, sejam de ordem individual (biológica, psicológica), sejam de ordem coletiva (social e cultural), devido à interação destes fatores ou ainda à coexistência de acontecimentos de vida normativos e não-normativos distribuídos ao longo do ciclo/curso de vida. À escala global vivemos mais anos, mas a qualidade de vida e bem-estar não está garantida para toda a população. As teorias “life-course” e “life-span” partilham entre si um pressuposto central – o envelhecimento é um processo ao longo da vida, dinâmico e progressivo, intimamente ligado a fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nas últimas décadas assistimos na gerontologia e na gerontologia social a uma visão positiva do envelhecimento e das últimas fases do ciclo de vida. Organizações Internacionais defendem que o envelhecimento deve ser vivido de uma forma positiva e ativa, minimizando as perdas e maximizando os ganhos ao longo de todo este processo, propondo o conceito de envelhecimento ativo e mais recentemente o envelhecimento saudável. No final do século XX, investigadores provenientes de áreas disciplinares distintas apresentam várias propostas orientadas para uma visão positiva do envelhecimento, onde se destacam vários modelos de envelhecimento bem-sucedido. Estas propostas têm em comum uma visão multidimensional do envelhecimento bem-sucedido, colocando em destaque processos, resultados, ou ambos. Para promover um envelhecimento positivo, importa desenvolver intervenções preventivas e optimizadoras, eficazes e inovadoras, centradas na pessoa e/ou na comunidade.

**Objetivos do estudo:** (1) identificar tendências na investigação associada a estudos-de-base-comunitária (estudos empíricos), nomeadamente em termos de capacidade funcional, desempenho cognitivo e redes sociais; (2) caracterizar as intervenções orientadas para o envelhecimento ativo, saudável e/ou bem-sucedido em zonas territoriais específicas.

**Método.** O presente estudo desenvolveu-se em duas etapas: (1) pesquisa de dissertações do Mestrado em Gerontologia Social, tendo sido definido para o efeito palavras-chave e critérios de inclusão e exclusão; (2) com base nos estudos identificados, procurou-se caracterizar os projetos/programas em termos de Políticas Públicas a nível local.

**Resultados.** Dos 11 estudos empíricos, observou-se que predominavam as mulheres (variação entre 53% e 76,7%), terceira idade (média de idades varia entre 74,1 anos e 78,2 anos) e reduzido nível de escolaridade (variação entre 2,8 e 4,1 anos). Relativamente aos domínios de funcionamento individual, observou-se uma grande amplitude: (a) funcionalidade - predomina dependência moderada (entre 20% e 70,1%); (b) desempenho cognitivo, observa-se défice cognitivo entre 13,1% a 37,5%; (c) risco de isolamento social - entre 1,4% e 30,7%. Quanto à intervenção associada às Políticas Públicas a nível local observa-se que predominam os programas/projetos associados à atividade física, atividades socio-recreativas e outras atividades (ex., atividades da esfera cognitiva/aprendizagem em domínios específicos).

**Conclusão.** Face à amplitude dos resultados obtidos no presente estudo associados à avaliação e intervenção gerontológica, é necessário prosseguir estudos neste domínio de modo a ampliar a base da evidência para a prática gerontológica.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Avaliação Gerontológica Multidimensional; Intervenção Gerontológica; Envelhecimento Bem-Sucedido; Gerontologia Social.





## Abstract

**Background.** Aging is one of the most relevant phenomena of the 21st century. As we age, life paths differ from one another due to the intersection of several factors, whether individual (biological, psychological) or collective (social and cultural), due to the interaction of these factors or even the coexistence of normative and non-normative life events distributed throughout the life cycle/course. On a global scale we live more years, but quality of life and well-being is not guaranteed for the entire population. The "life-course" and "life-span" theories share a central assumption - aging is a dynamic and progressive process throughout life, closely linked to biological, psychological, and social factors (Litvoc & Brito, 2004). In recent decades we have seen in gerontology and social gerontology a positive view of aging and the last stages of the life cycle. The WHO argues that aging should be lived in a positive and active way, minimizing losses, and maximizing gains throughout this process, proposing the concept of active aging and, more recently, healthy aging. In the late twentieth century, researchers from different disciplinary areas presented several proposals oriented towards a positive view of aging, where we highlight the successful aging models. These proposals have in common a multidimensional view of successful aging, highlighting processes, outcomes, or both. To promote positive aging, it is important to develop effective and innovative preventive and optimizing interventions focused on the person and/or the community.

Objectives of the study: (1) to identify trends in research associated with community-based studies (empirical studies), namely in terms of functioning, mental status, and social networks; (2) to characterize interventions oriented towards active, healthy and/or successful aging in specific territorial areas.

**Method.** The present study was developed in two stages: (1) research of dissertations from the master's degree in Social Gerontology, having defined for this purpose keywords and inclusion and exclusion criteria; (2) based on the identified studies, we sought to characterize the projects/programs in terms of Public Policies at the local level.

**Results.** From the 11 empirical studies, it was observed that predominantly women (range between 53% and 76.7%), elderly (mean age varies between 74.1 years and 78.2 years) and low level of education (range between 2.8 and 4.1 years). Regarding the domains of individual functioning, a wide range was observed: (a) functionality - moderate dependence predominates (between 20% and 70.1%); (b) cognitive performance, cognitive deficit is observed between 13.1% and 37.5%; (c) risk of social isolation - between 1.4% and 30.7%. As for the intervention associated with Public Policies at the local level it is observed that the programs/projects associated with physical activity, social-recreational activities, and other activities (e.g., activities of the cognitive sphere/learning in specific domains) predominate.

**Conclusion.** Given the breadth of the results obtained in this study associated with gerontological assessment and intervention, it is necessary to continue studies in this area in order to broaden the evidence base for gerontological practice.

**Keywords:** Aging; Multidimensional Gerontological Assessment; Gerontological Intervention; Successful Aging; Social Gerontology.



## Índice

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - UM QUADRO DE REFERÊNCIA PARA AVALIAR E INTERVIR.....	4
1. O envelhecimento como processo ao longo da vida .....	11
As Perspetivas <i>Life Course</i> e <i>Life Span</i> .....	11
Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-sucedido .....	18
Qualidade de vida e Bem-estar.....	24
2. Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social .....	27
Avaliação gerontológica multidimensional: uma bateria mínima .....	27
Intervenção em Gerontologia Social: Prevenção e otimização?.....	31
Investigar a eficácia da intervenção gerontológica.....	35
CAPÍTULO II – MÉTODO .....	43
Plano de Investigação.....	45
Primeira etapa do estudo.....	45
Segunda etapa do estudo.....	46
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....	47
1. Tendências da investigação em estudos de base-comunitária .....	49
2. Caracterização dos programas de base-comunitária em locais específicos.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	65
Referências Bibliográficas .....	71

## ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Caracterização dos domínios de funcionamento individual em estudos de base comunitária (contexto global) .....	52
Tabela 2. Caracterização dos domínios de funcionamento individual em estudos de base comunitária (contexto rural) .....	57
Tabela 3. Caracterização dos domínios de funcionamento individual em estudos de base comunitária (contexto urbano) .....	59
Tabela 4. Caracterização dos programas de base comunitária em locais específicos	61
Tabela 5. Intervenções orientadas para o envelhecimento ativo, saudável e/ou bem-sucedido em zonas territoriais específicas.....	63

# **INTRODUÇÃO**



O envelhecimento da população é um dos maiores desafios sociais do século XXI, a par das alterações climáticas. A população, particularmente nas sociedades contemporâneas, está a envelhecer a um ritmo cada vez mais acelerado (Rowland, 2009). Trata-se de um aumento dos grupos etários mais velhos (65+ anos) e diminuição dos grupos mais jovens (0-14 anos), representando um fenómeno de duplo envelhecimento com impactos significativos em vários domínios da vida coletiva.

Nesta dinâmica demográfica destaca-se o crescimento acentuado da longevidade humana enquanto conquista da humanidade, do conhecimento e da tecnologia, mas também como um desafio para a sociedade. Neste sentido, uma abordagem simultaneamente individual e contextual das vidas humanas pode beneficiar a reflexão acerca da avaliação e intervenção gerontológica. Assim, considera-se que a perspetiva “life course”/curso de vida (Elder, 1974/1999) constitui uma abordagem teórica adequada para compreender as trajetórias de vida dos indivíduos e delinear a intervenção gerontológica na medida em que permite compreender o desenvolvimento/envelhecimento em termos do curso de vida, compreender questões de continuidade e mudança na vida adulta, bem como os contextos sociais que estruturam as conexões entre vidas, tempo e lugar (Settersten, 2006). No entender deste autor, estes continuam a ser, no séc. XXI, os maiores desafios na compreensão do desenvolvimento adulto e envelhecimento.

Considera-se que a perspetiva *life course*/curso de vida é também útil para compreender o desenvolvimento e envelhecimento em contextos/territórios específicos pois, entendendo o desenvolvimento humano como uma interação entre a estrutura social e a agência individual ao longo da vida - incorporadas socialmente e historicamente - assume que o passado e o presente estão intrinsecamente ligados e que, para compreender uma fase da vida, é necessário compreender as anteriores (Elder, 1974/1999). Assim, no entender de Bengtson et al. (2005), uma das mais-valias desta perspetiva é permitir compreender a interação entre o indivíduo e os contextos/ambientes, entre o pessoal e o político, entre o nível micro e o nível macro.

Por sua vez, a perspetiva *life span/ciclo de vida* é também útil para explicar os processos de desenvolvimento/envelhecimento na interconexão entre a pessoa e os seus contextos de vida ao longo do tempo. Baltes (1987) defende que a *life span developmental psychology*/psicologia desenvolvimental do ciclo de vida envolve o estudo da estabilidade e da mudança ao longo da vida, permitindo compreender, explicar e otimizar o equilíbrio entre ganhos e perdas. Assumindo que o desenvolvimento ocorre desde a concepção até à morte numa relação dinâmica entre o indivíduo e os contextos de vida em que ganhos e perdas desenvolvimentais coexistem, é possível afirmar que o contexto sociocultural influencia, de facto, o desenvolvimento e o envelhecimento do indivíduo. Este, com a sua capacidade de agência vai transformando os ambientes em que habita. Nesta linha de pensamento e, assumindo que o desenvolvimento é um processo contínuo, multidimensional, multidirecional e multicausal - sujeito a uma série de influências (normativas e não normativas) - é impossível negar que para um desenvolvimento e envelhecimento bem-sucedidos é fundamental ter a capacidade de selecionar metas, otimizar

recursos e procurar compensações quando os meios disponíveis para atingir as metas não estiverem disponíveis (Baltes & Baltes, 1990).

Segundo Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento é um fenómeno complexo que implica simultaneamente declínio e crescimento, mudança e estabilidade. Com efeito, sobretudo a partir das últimas décadas do século XX assume-se uma visão mais positiva do envelhecimento, coincidindo com um novo paradigma na gerontologia – a gerontologia positiva (Fernandez-Ballesteros, 2019). Os pioneiros desta nova visão de envelhecimento são provenientes de áreas disciplinares distintas, pelo que surgem diferentes denominações, tais como envelhecimento “bem-sucedido”, “ativo”, “saudável”, “ótimo” ou “positivo”. De entre as perspetivas acerca do envelhecimento bem-sucedido, destacam-se as posições de Rowe e Kahn (1987; 1997), de Baltes e Baltes (1990) e de Kahana e Kahana (1996). No que diz respeito ao envelhecimento ativo enquanto quadro de referência de intervenção para as Políticas Públicas (OMS, 2002), o envelhecimento ativo é concetualizado como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança de modo a aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Esta conceptualização sofre uma alteração aquando da revisão do quadro de referência do envelhecimento ativo, onde se introduz a aprendizagem ao longo da vida como um dos pilares para alcançar o envelhecimento ativo (ICL-Brasil, 2015). Este quadro de referência capta a visão positiva e holística do envelhecimento, utilizando-a tanto como inspiração individual, como meta política. Mais recentemente, e colocando em maior evidência o envelhecimento visto de forma positiva, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou a Década 2020-2030 como a *Década do Envelhecimento Saudável*, em linha com relatórios produzidos sobre o envelhecimento saudável (OMS, 2015; 2020). O envelhecimento saudável é definido como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar, sendo que a capacidade funcional tem contida a capacidade intrínseca e os ambientes.

Sendo Portugal um dos países europeus onde o fenómeno do envelhecimento é mais evidente, pelo facto de as coortes etárias mais velhas representarem uma proporção considerável da população, esta é uma questão particularmente relevante (Rosa, 2020). De facto, o prolongamento da vida nem sempre é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar, daí a necessidade de mais e melhores programas e medidas de Política Pública. De acordo com o Eurostat, em 2018, 21,5% da população em Portugal tinha 65 ou mais anos, sendo o terceiro valor mais elevado da UE28 (19,7%), depois da Grécia (21,8%) e da Itália (22,3%). No mesmo ano, os portugueses com 80 ou mais anos representavam já 6,3% da população, sendo superior à média da UE28 (5,6%), novamente apenas superada pela Itália (7%) e Grécia (6,9%) (Bárrios et al., 2020).

Face ao aumento do envelhecimento à escala global, é fundamental não só o avanço do conhecimento científico nesta matéria, bem como a educação/formação de novos profissionais neste domínio – os Gerontólogos (Schoenmakers et al., 2017). Segundo a *Association of Gerontology in Higher Education* (AGHE, 2014) o gerontólogo tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar das pessoas à medida que envelhecem (no contexto



das suas famílias, comunidades e sociedade) através da investigação, educação e aplicação de conhecimento interdisciplinar no âmbito do processo de envelhecimento. O seu campo de estudo é orientado para as pessoas mais velhas e a sua atuação implica reconhecer o potencial das pessoas idosas, a sua capacidade de contribuir para a sociedade e as suas necessidades, podendo intervir a nível individual na rede social da pessoa idosa, a nível institucional ou da sociedade (Damron-Rodriguez, 2008). Considerando a relevância do perfil profissional do gerontólogo e o papel que este desempenha, é fundamental atender ao seu perfil de competências (AGHE, 2014). Estas podem ser organizadas em três categorias:

1. As competências da Categoria I (competências fundacionais para todos os campos da Gerontologia) representam competências fundacionais que devem ser abordadas ao nível da Licenciatura e Mestrado (*Associate, Bachelors, Master's degree and gerontology certificate programs*). Correspondem a orientações básicas para o campo da gerontologia na medida em que representam áreas-chave da formação, tais como os quadros conceptuais nucleares para compreender o processo de desenvolvimento e envelhecimento humano, aspetos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento, bem como a importância da investigação e pensamento crítico (AGHE, 2014). Inclui os seguintes domínios:

- Quadros para compreender o processo de envelhecimento humano - utilizar quadros conceptuais no âmbito da gerontologia para analisar o desenvolvimento e envelhecimento humano.
- Aspetos biológicos do envelhecimento - relacionar a teoria e ciência biológica para a compreensão da senescência, longevidade e variação no processo de envelhecimento.
- Aspetos psicológicos do envelhecimento - relacionar as teorias e ciência psicológica para a compreensão dos processos de adaptação, estabilidade e mudança ao longo do envelhecimento.
- Aspetos sociais do envelhecimento - relacionar as teorias e ciências sociais no âmbito do envelhecimento para compreender a heterogeneidade, desigualdade e contexto do envelhecimento.
- As humanidades e envelhecimento - desenvolver conceitos abrangentes e significativos, definições e medidas para o bem-estar dos idosos e de suas famílias – a partir das Humanidades e Artes.
- Investigação e pensamento crítico - distinguir fatores relacionados com os resultados do envelhecimento, quer intrínsecos quer contextuais, através de pensamento crítico e investigação empírica.

2. As competências da Categoria II (competências interacionais entre as áreas da Gerontologia) dizem respeito a competências "interacionais" que capturam os processos de saber e fazer no campo da gerontologia. Devem também ser trabalhadas ao nível da Licenciatura e Mestrado e permitem desenvolver as competências (*skills*) mais relevantes para os contextos de emprego nos vários setores/áreas em que o gerontólogo pode desempenhar funções, incluindo a educação. Inserem-se nessas competências aspetos como as atitudes e perspetivas

profissionais, ética e padrões/princípios profissionais, comunicação com as pessoas envolvidas, bem como a colaboração interdisciplinar e comunitária (AGHE, 2014). Inclui os seguintes domínios:

- Atitudes e perspectivas - desenvolver uma perspectiva gerontológica através do conhecimento e auto-reflexão.
- Ética e Padrões Profissionais - aderir aos princípios éticos para orientar o trabalho com e em nome dos idosos.
- Comunicação com e em nome dos idosos – envolver, através da comunicação, pessoas mais velhas, suas famílias e comunidade, em questões pessoais e públicas no âmbito do envelhecimento.
- Colaboração comunitária e interdisciplinar - promover abordagens integradas no âmbito do envelhecimento, em colaboração com outros (ex., profissionais, membros da comunidade, etc.).

3. As competências da Categoria III (competências contextuais entre as áreas da Gerontologia) variam em função da missão, objetivos e orientação do programa educacional em questão. Sugere-se que os programas de formação selecionem dois ou mais domínios da Categoria III e apliquem as competências correspondentes nos seus planos de estudos. Dizem respeito aos aspetos relacionados com o contexto de trabalho nos vários setores e áreas em que os gerontólogos podem desenvolver a sua atividade profissional, sendo por isso específicas de cada curso/programa educacional. As competências contextuais que devem ser abordadas são essencialmente relacionadas com o bem-estar, saúde e saúde mental, saúde social, desenvolvimento de programas/serviços individuais/comunitários, educação/aprendizagem ao longo da vida, artes e humanidades, negócios e finanças, política, investigação, avaliação e intervenção gerontológica (AGHE, 2014). Inclui os seguintes domínios:

- Bem-estar, saúde e saúde mental - promover as forças e capacidade de adaptação das pessoas mais velhas no sentido de maximizar o bem-estar, saúde e saúde mental.
- Saúde social - promover a qualidade de vida e ambiente social positivo para as pessoas mais velhas.
- Desenvolvimento de programas/serviços - desenhar e colaborar em programas de desenvolvimento comunitário com e em nome dos idosos.
- Educação - incentivar os idosos a envolverem-se em oportunidades de aprendizagem ao longo da vida.
- Artes e Humanidades - promover o envolvimento das pessoas mais velhas com as artes e humanidades.
- Negócios e Finanças - promover o papel das pessoas idosas enquanto trabalhadores e consumidores no âmbito dos negócios e finanças.
- Política - desenvolver e colaborar no desenvolvimento de medidas (políticas) que considerem as necessidades das pessoas mais velhas.

- Investigação, aplicação e avaliação - colaborar em investigações que promovam o avanço do conhecimento e melhorem as intervenções dirigidas a pessoas mais velhas.

Segundo a Associação Nacional de Gerontólogos (ANG, 2015), a gerontologia é uma área profissional recente e em constante evolução, sendo que o gerontólogo é considerado como uma nova profissão. A caracterização do profissional de gerontologia vai ao encontro da AGHE (2014), na medida em que se propõe que este profissional contribui para a melhoria da qualidade de vida e para a promoção do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem, seja no contexto das famílias, comunidade ou sociedade. Isto é conseguido através do conhecimento interdisciplinar acerca do processo de envelhecimento, da investigação e educação. A ANG (2015) destaca ainda o conhecimento multidisciplinar e a prática interdisciplinar, reconhecendo a importância do trabalho realizado em complementaridade com outros profissionais para a promoção do bem-estar e qualidade de vida das pessoas mais velhas. As competências do gerontólogo podem organizar-se em três perfis: (1) gestor de caso; (2) prestador de serviços e empreendedorismo e (3) consultor, sendo que o gerontólogo é um profissional com competências para avaliar, intervir e investigar o envelhecimento humano e, conseqüentemente, prevenir os problemas pessoais e sociais deste processo. Considerando os diversos contextos em que este profissional pode atuar, entende-se que este constitui uma mais-valia para o envelhecimento da comunidade, nomeadamente através da identificação de necessidades da comunidade, desenvolvimento de programas de promoção do bem-estar, intervenções para cuidadores, criação de oportunidades de participação por parte das pessoas mais velhas na vida da comunidade em que estão inseridas, entre outros aspetos.

Face ao exposto, a avaliação e a intervenção gerontológica desempenham um papel nuclear neste processo. Avaliar e intervir são aspetos centrais da prática gerontológica - temática de particular relevo na Gerontologia Social. Neste contexto, o presente trabalho visa: (1) identificar tendências na investigação associada a estudos-de-base-comunitária (estudos empíricos), nomeadamente em termos da capacidade funcional, desempenho cognitivo e redes sociais; e (2) caracterizar as intervenções orientadas para o envelhecimento ativo, saudável e/ou bem-sucedido em zonas territoriais específicas.

No que diz respeito à organização, a presente dissertação encontra-se estruturada da seguinte forma: (1) quadro de referência, que inclui aspetos relacionados com o enquadramento teórico e empírico; (2) método, em que são descritas as principais opções metodológicas; (3) apresentação dos resultados obtidos, (4) finalizando com as considerações finais.



# **CAPÍTULO I - UM QUADRO DE REFERÊNCIA PARA AVALIAR E INTERVIR**



## 1. O envelhecimento como processo ao longo da vida

### As Perspetivas *Life Course* e *Life Span*

No livro “*Children of the Great Depression – Social Change in Life Experience*”, Glen Elder (1974/1999) apresenta um estudo acerca da experiência da Grande Depressão nas vidas de alguns americanos que nasceram em 1920-21 e na vida dos seus pais. No entanto, é de salientar que o foco principal deste estudo são as implicações das mudanças socioeconómicas drásticas na família e nas relações intergeracionais. Esta é seguramente uma das obras de referência da teoria *life course* – uma das mais influentes teorias acerca do envelhecimento na atualidade. No século XXI observa-se uma preocupação clara com uma leitura do envelhecimento como processo ao longo da vida, marcado simultaneamente pela estrutura social e pela plasticidade individual (Schaie, 2008). Por conseguinte, nesta secção apresentam-se os contributos da perspetiva *life course* para a defesa de uma ideia de envelhecimento como processo ao longo da vida.

Assim, Glen Elder (1999), com o objetivo de avaliar a influência da crise económica resultante da Grande Depressão no percurso individual das pessoas, combinou aspetos históricos, sociais e psicológicos que resultaram na proposta da perspetiva de curso de vida. Segundo Settersten (2006), esta perspetiva é uma abordagem teórica importante para, por um lado, compreender o desenvolvimento em termos do curso de vida, sendo adequada para compreender as trajetórias de vida e as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos e, por outro, para explicar os contextos sociais, a continuidade e mudança característicos da vida adulta, bem como as ligações entre vidas, tempo e lugar.

Além disso, é importante sublinhar que a perspetiva do curso de vida permite, segundo Bengston, Elder e Putney (2005), compreender a interação pessoa-ambiente, analisando o desenvolvimento da pessoa em termos micro e macro. Elder, Johnson e Crosnoe (2003) consideram que o desenvolvimento e envelhecimento humano são processos que ocorrem ao longo da vida e resultam da interação sistemática e contínua entre as forças biológicas, psicológicas e sociais.

Settersten (2006) identifica e caracteriza os seus principais conceitos básicos como sendo os seguintes:

(1) Coorte - grupo de pessoas que nasceram durante o mesmo período de tempo e que experienciaram mudanças sociais específicas numa determinada cultura, na mesma sequência e com a mesma idade. Sobre este conceito, Alwin e McCammon (2003) referem que a coorte afeta as oportunidades em termos de educação, trabalho e vida familiar dos indivíduos;

(2) Transições - envolvem entradas e saídas de membros, bem como mudanças em termos de estatutos e papéis em contextos que não a família (e.g. pequenos grupos, comunidades, organizações formais);

(3) Trajetórias - as mudanças envolvidas nas transições são discretas e limitadas; quando acontecem, uma fase prévia da vida termina e uma nova fase tem início, no entanto, as

trajetórias envolvem padrões de longo prazo em termos de estabilidade e mudança na vida de uma pessoa, envolvendo várias transições. As transições são sempre incorporadas nas trajetórias, pelo que não se pode esperar que as trajetórias sejam uma linha reta, mas sim que tenham alguma continuidade de direção;

(4) Eventos de vida - um evento de vida é uma ocorrência significativa que implica uma alteração relativamente abrupta que pode produzir efeitos graves/sérios e de longa duração. O termo refere-se ao acontecimento em si mesmo e não às transições que ocorrem por causa do acontecimento;

(5) *Turning points* – os momentos ou pontos de viragem envolvem uma transformação na forma como a pessoa olha para si mesma (*self*) em relação ao mundo e/ou uma transformação na forma como a pessoa responde ao risco e oportunidade. Sobre este assunto, Rönkä, Oravala e Pulkkinen (2003) referem que, por mais significativos que sejam na vida do indivíduo, normalmente os *turning points* apenas se tornam óbvios passado algum tempo, sendo que eventos de vida semelhantes podem representar um *turning point* para uma pessoa, família ou outro grupo e não para outros. Rutter (1996), na sequência de uma investigação longitudinal, indica que existem três tipos de eventos de vida que podem tornar-se *turning points*: eventos de vida associados a oportunidades, eventos de vida que produzam uma mudança duradoura no ambiente do indivíduo e eventos de vida que alterem a percepção do *self*, crenças e expectativas pessoais.

De acordo com Hutchison (2010), a perspetiva de curso de vida tenta compreender a continuidade e mudança ao longo do percurso de vida dos indivíduos, enfatiza a interdependência das vidas humanas e dá especial atenção à família enquanto principal contexto para experienciar e interpretar o mundo. De acordo com a autora, esta perspetiva teórica reconhece ainda a influência das mudanças históricas no comportamento humano, bem como a importância do *timing* das vidas, não apenas em termos da idade cronológica, mas também em termos da idade biológica, psicológica e social. Para além disso, a autora refere ainda que esta perspetiva entende os seres humanos como seres capazes de fazer escolhas e construir o seu próprio percurso de vida – tendo naturalmente em conta as oportunidades e constrangimentos existentes; *human agency* – enfatiza a diversidade dos percursos de vida, bem como as várias fontes que contribuem para esta diversidade e reconhece as ligações entre experiências prévias de vida e experiências posteriores na adultez e velhice.

Especificamente no que se refere às transições, Schlossberg (1981) refere que estas ocorrem quando um evento ou um não-evento altera a forma como a pessoa se vê a si mesma e/ou o mundo, o que implica uma mudança do comportamento e das relações do indivíduo. Fouad e Bynner (2008) acrescentam que as transições podem ser *voluntárias*, em que o indivíduo pode considerar várias opções, tomar uma decisão e preparar a transição, ou *involuntárias*, em que a transição é dificultada pelo surgimento de obstáculos que não permitem o acesso à informação necessária para a tomada de decisão e, por isso, o indivíduo não consegue preparar a transição e/ou reunir as condições necessárias para o seu ajustamento. Este ajustamento depende dos recursos emocionais, pessoais, sociais e financeiros, mas



também da percepção individual sobre os recursos disponíveis, do ambiente pré e pós-transição e do sentido de competência, bem-estar e saúde (Fouad & Bynner, 2008).

Assim, a perspectiva do curso de vida reconhece que as transições exigem uma fase de adaptação ou ajustamento às novas circunstâncias e considera o indivíduo no seu contexto histórico, social e individual. O desenvolvimento humano enquanto processo dinâmico, multidirecional e marcado por ganhos e perdas (Greve & Staudinger, 2006; Hooyman & Kiyak, 2011) envolve a interação de fatores específicos do indivíduo, das estruturas sociais e da capacidade de agência pessoal (Hendricks & Hatch, 2009), pelo que as transições de vida são marcadas pelo tempo histórico, pela coorte de pertença e pelos fatores pessoais e ambientais.

Neste sentido, Hutchison (2010) apresenta seis pressupostos teóricos que importa considerar:

(1) Interação entre vidas e tempo histórico, ou seja, o desenvolvimento individual deve ser lido à luz do contexto histórico em que decorre. Sobre este aspeto, Alwin e McCammon (2003) referem que, quando se iniciou o estudo das trajetórias individuais e familiares, se verificou que as pessoas nascidas em anos diferentes enfrentavam diferentes realidades históricas, com diferentes opções e constrangimentos - especialmente em sociedades em rápida mutação. Neste sentido, os autores sugerem que o tempo histórico pode produzir efeitos de coorte quando distintas experiências são partilhadas no mesmo momento do curso da vida, ainda que os mesmos eventos históricos possam afetar diferentes coortes de formas diferentes.

(2) *Timing* das vidas. Entende-se que determinados papéis e comportamentos estão associados a determinados grupos de idade (seja ela biológica, psicológica, social ou espiritual). Settersten (2003) refere que alguns investigadores do curso de vida têm analisado a idade em que ocorrem eventos e transições de vida específicos e que no âmbito destes estudos afirmam ser possível classificar as entradas e saídas de determinados estatutos e papéis como *off-time* ou *on-time* – a partir de normas sociais e expectativas partilhadas acerca do *timing* de tais transições.

(3) Vidas ligadas ou interdependentes. Hutchison (2010) salienta este como um aspecto nuclear na Perspetiva de curso de vida pois enfatiza claramente a interdependência das vidas humanas e as formas pelas quais as pessoas estão ligadas (a vários níveis). No entendimento do autor e na linha do referido previamente por Elder (1974), este pressuposto teórico alerta para a forma como os relacionamentos podem apoiar, prejudicar ou incentivar o comportamento de um indivíduo, na medida em que podem controlar o comportamento através de expectativas, recompensas e punições.

(4) Agência Humana (*human agency*) em fazer escolhas. Este é também, segundo Hutchison (2010), um conceito fundamental nesta abordagem teórica uma vez que se assume que o curso de vida individual se constrói a partir das escolhas e ações individuais tomadas no contexto dos constrangimentos históricos e circunstâncias sociais. Dito de outro modo, o autor sugere que o indivíduo participa na construção da sua trajetória de vida através do exercício de agência (ação; uso do poder pessoal para alcançar seus objetivos), no entanto, a agência humana tem limites. Isto é, as escolhas individuais são limitadas pelas disposições estruturais e

culturais de uma determinada época histórica e, nesta linha, a desigualdade de oportunidades proporciona a alguns membros da sociedade mais opções do que a outros.

(5) Diversidade nas trajetórias de curso de vida, isto é, existe uma enorme diversidade em termos dos percursos de vida individuais e esta decorre das variações em termos de coorte, classe social, cultura, género e agência individual. Sobre este conceito, Dannefer (2003) refere que, enquanto as primeiras investigações realizadas salientavam sobretudo as diferenças entre coortes, publicações mais atuais alertam para a variabilidade dentro das coortes.

(6) Risco Desenvolvimental e Proteção. McLeod e Almazan (2003) e O'Rand (2009) salientam que, à medida que a perspetiva de curso de vida evoluiu, foi sendo dada maior ênfase às ligações entre os eventos de vida e transições na infância, adolescência e idade adulta, sendo atualmente este um pressuposto muito importante no âmbito da investigação e intervenção em Política Social. Isto porque, alguns estudos têm demonstrado que eventos decorridos na infância podem influenciar a vida das pessoas 40 ou 50 anos mais tarde, como é o caso por exemplo da investigação de Ferraro e Shippee (2009). No âmbito desta evidência, foi desenvolvida e proposta por Dannefer (2003), a teoria sociológica das vantagens/desvantagens acumuladas ao longo da vida.

Do ponto de vista da *teoria desenvolvimental "life-span"*, importa salientar que esta visão acerca do desenvolvimento humano emerge na segunda metade do século XX, mas em termos dos contributos mais relevantes pode situar-se nos anos 80, sendo Paul Baltes um dos investigadores de referência. O autor publicou em 1987 um dos artigos de referência da Psicologia Desenvolvimental "Life-Span" onde explicita os princípios teóricos e as implicações metodológicas para estudar o processo de desenvolvimento/envelhecimento como processo ao longo da vida. Estamos perante uma proposta onde o desenvolvimento/envelhecimento humano se faz na interconexão entre a pessoa e o seu contexto de vida. Segundo Baltes (1987):

A psicologia do desenvolvimento do ciclo de vida envolve o estudo da constância e da mudança do comportamento ao longo do ciclo de vida. Um aspeto da investigação do ciclo de vida tem sido o avanço de uma visão mais geral, metateórica acerca da natureza do desenvolvimento. A família das perspetivas teóricas associada a esta visão metateórica da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida inclui o reconhecimento de multidirecionalidade na mudança ontogenética, consideração de ambos os fatores desenvolvimentais tanto associados à idade como não associados, um foco na interação dinâmica e contínua entre o crescimento (ganho) e declínio (perda), ênfase na incorporação histórica e outros fatores contextuais estruturais, e o estudo da amplitude de plasticidade em desenvolvimento. (p. 611).

No entanto, é no início da década de 90 que vai surgir uma das obras centrais para uma nova visão do processo de desenvolvimento/envelhecimento – «*Successful aging*» (P. Baltes & M. Baltes, 1990) – onde o envelhecer bem é explanado a partir do modelo de *otimização seletiva com compensação* (SOC). Segundo os autores, o que pode explicar o mecanismo/estratégia para o envelhecimento bem-sucedido (EBS) é o uso proficiente dos mecanismos/estratégias SOC. Note-se que na altura, estavam em discussão os critérios para o EBS – longevidade, saúde

biológica, saúde mental, eficácia cognitiva, competência social e produtividade, controlo pessoal, satisfação com a vida. Mas, na ausência de consenso entre investigadores relativamente às suas inter-relações ou relativa importância, o casal Baltes defendia o uso de mecanismos internos sujeitos a leis mais gerais que regulam o crescimento, manutenção e declínio/gestão da perda. É nesta obra que estão descritos os princípios que orientam o EBS, bem como as estratégias associadas para promover EBS. Segundo Bastos (2003), a articulação entre princípios e estratégias de ação/intervenção torna o modelo SOC com elevado potencial para a Gerontologia. Dada a sua relevância, apresentam-se em seguida as sete proposições (em seguida designadas por P): (P1) há diferenças substanciais entre envelhecimento normal, patológico e ótimo; (P2) há muita heterogeneidade (variabilidade) no processo de envelhecimento; (P3) há muita reserva latente (plasticidade); (P4) há perda na capacidade de reserva na fase final do ciclo de vida; (P5) as pragmáticas baseadas no conhecimento e na tecnologia podem retardar o declínio ligado à idade nas mecânicas cognitivas; (P6) com a idade, o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez mais reduzido; (P7) o self mantém-se resiliente na velhice.

Dada a complexidade dos mecanismos internos e as relações dinâmicas e permanentes com os ambientes (físico, social, histórico, cultural), observa-se que P. Baltes e M. Baltes (1990) são muito mais contidos no que se refere a dar indicações para as estratégias de ação/intervenção. De acordo com Bastos (2013), as estratégias de ação situam-se entre os princípios gerais e o princípio da otimização seletiva com compensação (SOC), como se pode observar em seguida: (E1) para reduzir a probabilidade de envelhecimento patológico, recomenda-se envolver-se num estilo de vida saudável, praticar exercício físico e dieta saudável; (E2) dada a grande diversidade nos modos de envelhecer (i.e., variabilidade interindividual e plasticidade intra-individual) recomenda-se: (a) evitar soluções simplistas e (b) encorajar a flexibilidade individual e societal; (E3) reforçar as capacidades de reserva através da participação em atividades educativas, motivacionais e atividades ligadas à saúde, formando e alimentando os “social convoy”, uma vez que quanto maior a capacidade de reserva maior a probabilidade de EBS (Ex: participar em programas/projetos de EA/EBS disponibilizadas pelos municípios ou ainda participar em ações de voluntariado social) ; (E4) devido às perdas na capacidade de reserva ao longo do ciclo de vida, os velhos-muito-velhos necessitam de suportes ou dispositivos compensatórios; (E5) as alterações no *ratio* ganhos e perdas e a continuada resiliência do self levam à necessidade de se facilitar o ajustamento à realidade objetiva, sem perda do sentido de si mesmo.

Como referem Bastos et al. (2021), cerca de uma década depois desta obra seminal, Baltes et al. (1999) retomaram as relações entre a teoria desenvolvimental “life-span” e o modelo SOC. Nesta publicação a representação esquemática do modelo SOC é muito mais complexa, mas é numa obra posterior (Baltes et al., 2006) – “Life Span Theory in Developmental Psychology” – onde se pode observar o elevado grau de complexidade desta visão teórica e metodológica. Dos cinco níveis de análise, nível 1 (o nível mais geral) corresponde à *arquitetura global do desenvolvimento “life-span”*. Nesta secção, os autores colocam em destaque o seguinte dilema: os benefícios da seleção evolucionária diminuem com a idade, o que significa

que (a) a plasticidade biológica diminui com a idade, (b) é necessário mais cultura à medida que a longevidade se alonga, mas (c) a eficácia da cultura diminui com a idade.

Em seguida, os autores apresentam o nível 2 – *as mudanças ao longo do ciclo de vida na alocação relativa dos recursos a distintas funções do desenvolvimento*. Nesta secção é colocado em destaque o crescimento *versus* resiliência (manutenção) *versus* regulação da perda. Aqui observa-se que a alocação de recursos varia ao longo do ciclo de vida, sendo que na fase inicial do ciclo de vida o investimento faz-se no crescimento, mas na meia-idade o esforço da alocação de recursos é orientado para a manutenção/recuperação e, no final da vida, a alocação de recursos está associada à regulação da perda. Neste contexto, é salientada a capacidade adaptativa na segunda metade da vida, dado que mesmo em contexto de limitações e constrangimentos, a transformação é possível, graças aos efeitos da Cultura. Um exemplo típico destes efeitos é o facto de os seres humanos serem biologicamente sensíveis às temperaturas extremas, a Cultura permitiu desenvolver uma série de dispositivos para lidar com o calor e com o frio, desde tecnologias a roupas. Por analogia, é possível identificar um corpo de conhecimentos para lidar com os deficits psicológicos (quer em termos mentais, quer ao nível do self ou das relações).

O nível 3 corresponde à *“família de proposições metateóricas acerca da teoria desenvolvimental life span*. Nesta secção os autores apresentam um conjunto de pressupostos: (1) o desenvolvimento como processo ao longo da vida; (2) as mudanças life-span” nas dinâmicas entre biologia e cultura – na segunda metade da vida há um “gap” cada vez maior entre o potencial biológico e os objetivos culturais individuais; (3) o desenvolvimento como seleção (especialização) e otimização seletiva na capacidade adaptativa; (4) o desenvolvimento como dinâmica ganhos/perdas. (5) a plasticidade; (6) o contextualismo ontogenético e histórico como paradigma; (7) em direção a uma teoria geral e funcionalista do desenvolvimento: a efetiva coordenação da seleção, otimização e compensação (SOC). Pela sua relevância, apresentam-se em seguida os aspetos mais relevantes.

Numa análise mais aprofundada os autores começam por abordar a primeira proposição, chamando a atenção para a necessidade de (1) *“reformulação do conceito de desenvolvimento da perspectiva funcionalista: desenvolvimento como mudança na capacidade adaptativa”*. Dentro desta reformulação do conceito de desenvolvimento, os autores aprofundam (a) o desenvolvimento como seleção e adaptação seletiva (otimização); (b) desenvolvimento como uma dinâmica ganhos-perdas. Seguidamente, apresentam um outro pressuposto (a plasticidade) – sob o título (2) *“um foco na plasticidade e mudanças associadas à idade na plasticidade”*. Ao longo do aprofundamento deste assunto, num quadro da arquitetura biocultural inacabada, observa-se que há tipos distintos de plasticidade – plasticidade neurológica/neuronal, plasticidade comportamental, plasticidade societal. Outro pressuposto que merece destaque é (3) contextualismo ontogenético e histórico como paradigma, assim como (4) um macro-modelo de influências desenvolvimentais, que nos remetem para aspetos já conhecidas sobre os determinantes básicos do desenvolvimento (biológicos, ambientais e interação), assim como as influências no desenvolvimento (normativas associadas à idade, normativas associadas à

historia e não normativas, com nova interação) e tudo isto com novas variações mediante o tempo ontogenético. Ainda dentro deste nível são aprofundadas as implicações metodológicas destes pressupostos, que não vamos desenvolver aqui por se entender que este não é o lugar e o momento.

O nível 4 apresenta-se como “*um exemplo de uma teoria sistémica e global do desenvolvimento “life span: a otimização seletiva com compensação (SOC)”*”. Este nível de análise parece-nos particularmente relevante, dado que o modelo SOC pode constituir-se como a base da intervenção preventiva e otimizadora. O modelo SOC é aplicado a domínios específicos do funcionamento psicológico (tais como a autonomia ou a *expertise* profissional). Mas nesta secção o SOC surge também como uma teoria do desenvolvimento proativo e adaptativo (Baltes et al., 2006, pág. 591). Como teoria geral do desenvolvimento persegue dois objetivos: (a) uma contribuição como os recursos desenvolvimentais são *gerados* e (b) como os recursos uma vez gerados são *alocados* para dominar as tarefas da vida incluindo situações onde os recursos são insuficientes. Nesta secção os autores começam por apresentar a definição da seleção, otimização e compensação:

- *Seleção* - envolve direcionalidade, objetivos e especificação de resultados. Há dois tipos de seleção – a *seleção eletiva* envolve direcionalidade que é auto-iniciada e considerada desejável, é uma força motivacional e é “agente-driven” (Baltes et al., pág. 583). A *seleção baseada-na-perda* é a consequência de uma perda no funcionamento e tipicamente envolve fazer ajustamentos, tais como mudanças no nível de aspiração ou uma mudança na estrutura dos objetivos ou prioridades de objetivos.

- *Otimização* – o foco da otimização está nos meios ou recursos para atingir objetivos ou resultados relevantes. Enquanto a seleção é a condição necessária para atingir desenvolvimento (definido como maximização de ganhos e minimização de perdas), a seleção não é condição suficiente para o desenvolvimento se manifestar. Além disso, são exigidas condições/ mecanismos procedimentais, ou seja, métodos ou meios de otimização. Portanto, a otimização envolve processos que visam gerar e refinar meios e recursos para alcançar os objetivos ou resultados relevantes. Estes meios incluem, por exemplo, processos de aprendizagem de skills. Como referem os autores, a complexidade da otimização implica “uma coligação mutuamente reforçada de fatores, incluindo a saúde, o ambiente e as condições psicológicas” (Baltes, 2006, pág. 583). De salientar ainda, que a otimização pode ser ativa ou passiva, consciente ou inconsciente, interna ou externa.

- *Compensação* – envolve a resposta funcional face à perda de meios relevantes para atingir objetivos. Há duas causas de compensação: (a) compensação pode ser a consequência da seleção e da otimização; (b) mudanças negativas nos recursos biológicos, sociais e ambientais em condições que representam a fundação de recursos e o seu uso para o desenvolvimento. Mudar de um ambiente para outro pode envolver uma perda baseada em recursos ambientais (meios) ou pode tornar alguns meios pessoais adquiridos disfuncionais. As perdas devidas à biologia do envelhecimento são talvez as melhores conhecidas das mudanças nos recursos associados à idade. Com o envelhecimento, há uma redução na taxa e âmbito de plasticidade.

Como resultado, a evolução das respostas compensatórias é uma mudança dinâmica contínua do desenvolvimento na segunda metade da vida. Investigação empírica associada ao modelo demonstra que os mecanismos SOC se alteram com o envolvimento social, podendo este ser um indicador a considerar na intervenção gerontológica (Bastos et al., 2021).

Finalmente, após a definição dos componentes do modelo SOC, é de alertar para alguns aspetos relevantes. Uma vez que o modelo SOC não designa um conteúdo específico e uma forma de resultados desenvolvimentais desejáveis, aplica-se a um vasto leque de variações nos objetivos e meios do desenvolvimento. Neste sentido, o SOC é simultaneamente *universal e relativista* – *universal* porque qualquer processo desenvolvimental é expectável envolver componentes da seleção, otimização e compensação; o seu *relativismo* liga-se à variação dos recursos motivacionais, sociais e intelectuais, assim como o critério usado para definir o *desenvolvimento bem-sucedido*, o qual pode ser multivariado e envolve indicadores objetivos e subjetivos.

Após esta definição de conceitos, Baltes et al. (2006) apresentam ainda evidência empírica do SOC, analisando especificamente os *gradientes associados à idade* (“age gradients”), a *gestão e domínio das tarefas de vida* e, finalmente, *investigação sobre as “dual-task” e indicadores comportamentais*. Genericamente, pode afirmar-se que no que se refere às mudanças associadas aos mecanismos SOC, se observa uma tendência para aumento da *seleção eletiva* associada à idade, sendo que os restantes mecanismos diminuem com a idade (adultos mais velhos). No entanto, tendo em conta os objetivos deste trabalho, não vamos aqui aprofundar este assunto.

Por fim, o nível 5 de análise desenvolve-se a partir de dois exemplos: (1) o primeiro exemplo aplicado ao *funcionamento intelectual ao longo do ciclo de vida*; (2) o segundo exemplo, aplicado ao estudo do *desenvolvimento da personalidade ao longo do ciclo de vida*. Considerando que este último nível é de grande especificidade, dados os objetivos deste trabalho, não vamos aqui aprofundar este assunto.

## **Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-sucedido**

O envelhecimento é um processo natural e dinâmico que acompanha o ser humano desde a sua conceção até à sua morte (Sequeira, 2010). Isto denota que varia de indivíduo para indivíduo, e está relacionado com um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo de vida (Paúl, 2005).

De acordo com Rosa (2012, 2020), o envelhecimento pode ser abordado em termos de envelhecimento coletivo ou individual. O envelhecimento individual pode diferenciar-se entre envelhecimento cronológico, que corresponde a um processo universal, progressivo e inevitável que todo o Ser Humano atravessa ao longo do seu processo de desenvolvimento e envelhecimento biopsicológico, que é vivido por cada pessoa de maneira diferente, sendo menos linear e não fixo em termos de idade. Também o envelhecimento coletivo inclui duas noções: o

envelhecimento demográfico, que se refere aos indivíduos como faixas etárias, abrangendo mais do que os atributos pessoais e o envelhecimento societal que parece ter uma estreita articulação com o envelhecimento demográfico, no sentido em que parece resultar deste, embora não seja verdade.

Trata-se de um aumento dos grupos etários mais velhos e de uma diminuição dos grupos mais jovens. É o fenómeno do duplo envelhecimento, com impactos muito significativos e não previstos em vários domínios de organização social, desde o mercado de trabalho até à esfera das relações familiares (Rosa, 1996). Este fenómeno, apesar de ser visto como positivo, fruto dos progressos económicos, sociais e biomédicos, também se revela um desafio crucial no século XXI (Cabral & Ferreira, 2013). Torna-se fundamental saber se esses desafios se constituem num fator de rutura e tensão ou se constituem um potencial de novas dinâmicas que abrem espaço para repensar e rever a sociedade (Lopes & Gonçalves, 2012).

Sendo um fenómeno complexo, o envelhecimento individual apresenta algumas características universais: é normal, gradual e universal, implicando um conjunto de transformações que ocorrem em todos os seres humanos com a passagem do tempo, independentemente da sua vontade; é único, individual e heterogéneo, uma vez que depende da interação entre fatores internos (como a genética) e externos (como o estilo de vida, educação, ambiente e condições sociais). São estas interações entre fatores internos e externos que explicam a diversidade e a heterogeneidade do envelhecimento humano (Rodrigues, 2016).

Tal como afirma Rosa (2020), a Europa é o continente mais envelhecido do mundo. Em Portugal, a velocidade deste envelhecimento é assinalável, sobretudo a partir dos anos 70 do século XX. Em 2017, Portugal com 28% de pessoas com 60 ou mais anos, já ocupava o 4.º lugar mundial na lista de países mais envelhecidos. Em 2050, a posição de Portugal poderá subir ainda mais, sendo possível totalizar 42% de pessoas com 60 ou mais anos, passando a ocupar a 3.ª posição.

Stobäus e Ribeiro (2018) afirmam que envelhecer com dignidade e qualidade de vida não é responsabilidade apenas individual, mas do conjunto de toda a sociedade. Na mesma perspetiva, Benavente e Paulino (2020) chamam a atenção para a necessidade de uma crescente atenção para este cenário no nosso país, colocando ainda a tónica no bem-estar como fator crucial para a qualidade dos processos de envelhecimento.

Assim, conceitos como envelhecimento ativo, bem-sucedido ou saudável, apresentam-se como cruciais para um envelhecimento com dignidade, como processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão a envelhecer (ILC, 2015; OMS, 2002) e este paradigma enquadra-se numa promoção de um processo de envelhecimento proativo (Kahanna et al., 2005, 1996).

Segundo Fernández-Ballesteros (2009) o envelhecimento ativo e positivo não é fácil de conceptualizar, uma vez que inclui tanto declínio como crescimento, mudança como estabilidade. A partir das últimas décadas do século XX assume-se uma visão mais positiva do envelhecimento, dando-se início a um novo paradigma de gerontologia, com uma abordagem mais ampla. Os pioneiros desta nova visão de envelhecimento são de distintas áreas e, como

tal, atribuem-lhe diferentes denominações como envelhecimento “saudável”, “bem-sucedido”, “ótimo”, “ativo” ou “positivo”. Note-se que mais recentemente se observam algumas aproximações entre envelhecimento ativo, bem-sucedido, saudável, entre outros, num quadro mais geral designado por Gerontologia Positiva (Fernández-Ballesteros, 2019).

Durante vários anos, a distinção entre envelhecimento bem-sucedido (EBS) e envelhecimento patológico baseava-se nas diferenças entre estados de “ter saúde” e “estar doente” (Rowe & Kahn, 1987). No entanto, esta visão não tem em conta toda a variabilidade interpessoal e intrapessoal, nem mesmo o percurso de vida de cada indivíduo, implicando que na ausência de patologias, o envelhecimento seja considerado ótimo e, por sua vez, a presença de doença, seja ela qual for, levaria a alguma falha a nível individual, resultando num envelhecimento patológico.

Numa perspetiva biomédica, Rowe e Kahn (1997) valorizam os aspetos positivos do envelhecimento, ultrapassando a visão redutora dos efeitos da idade cronológica e realçam os fatores de natureza genética, biomédica, comportamental e social, responsáveis pela manutenção, ou mesmo, pela melhoria do desempenho do indivíduo na última fase da vida. Segundo os autores, o EBS pode ser definido como a capacidade de manter três comportamentos ou características: (1) baixo risco de doença e incapacidade ligada à doença, (2) elevado funcionamento cognitivo e físico e (3) envolvimento ativo com a vida. As três dimensões constituem uma unidade funcional, no entanto, a ausência de doença e incapacidade facilita a manutenção do funcionamento físico e mental e esta, por sua vez, favorece o envolvimento com a vida. Importa referir que as três dimensões deverão coexistir para que se torne possível o EBS, sendo suposto que este resulte da presença simultânea e da ação combinada destas três componentes.

De forma a perceber o que é feito para potenciar o desenvolvimento pessoal e bem-estar, Baltes e Baltes (1990) propuseram um modelo de EBS na perspetiva *life span* - o Modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC). Este modelo é um processo de regulação do desenvolvimento dinâmico que segue na direção do desenvolvimento (seleção) associado a ganhos (otimização) e perdas (compensação). Dentro da perspetiva *life span*, o modelo SOC explica como o desenvolvimento humano emerge e de que forma as mudanças ao longo da vida necessitam de uma reestruturação adaptativa nos meios, metas e resultados. Mais especificamente, a seleção refere-se a mecanismos que direcionam as interações pessoa-ambiente e proporciona uma multiplicidade de escolhas de domínios de vida onde o indivíduo deve investir mais tempo e esforço (Baltes & Baltes, 1990). Para os autores, a otimização pode ser definida como a alocação e o refinamento de recursos internos e externos de modo a obter elevados níveis de funcionamento em domínios selecionados. Relativamente à compensação, são processos de resposta às perdas na capacidade da pessoa e envolvem processos psicológicos ou esforços comportamentais para melhorar a funcionalidade.

Na linha da Teoria Desenvolvimental *Life Span*, Baltes e Baltes (1990) assumem que o desenvolvimento se processa ao longo da vida, numa relação dinâmica entre a pessoa e o contexto, sendo que este processo influencia o desenvolvimento e o envelhecimento, no qual se



observam ganhos e perdas desenvolvimentais. No quadro da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, o modelo psicológico de EBS proposto por Baltes e Baltes (1990) reflete a importância atribuída à variabilidade interindividual e à plasticidade intra-individual, para a compreensão do envelhecimento. Esta perspectiva proporciona, portanto, uma visão da relação entre a pessoa e os seus contextos de vida assente na plasticidade ao longo de todo o ciclo vital, capacitando a pessoa a exercer um papel ativo na sua própria vida e promovendo o seu desenvolvimento.

Kahana e Kahana (1996) propõem o modelo sociológico de EBS, designado por Modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva que surge, de certo modo, como crítica ao modelo proposto por Rowe e Kahn (1987) e, em parte, inclui ideias presentes no modelo SOC. Este modelo assume uma postura proativa e preventiva baseada na prevenção de fatores stressores e na correção dessas situações/acontecimentos, tentando explicar por que razão os indivíduos apresentam indicadores de EBS quando chegam à velhice. Trata-se, por isso, de um modelo de processo. Com efeito, procuram avaliar o EBS através de indicadores de qualidade de vida, que englobam os estados afetivos, a vida com sentido e a manutenção de atividades e de relações com valor. Para os autores, as pessoas idosas que apresentam estes indicadores têm um EBS (Kahana & Kahana, 2005).

Segundo Kahana e Kahana (2005, 2014), o EBS representa o desenvolvimento positivo na teorização gerontológica, que deixa de ver as pessoas idosas como um grupo de pessoas dependentes para considerar as potencialidades deste grupo populacional. Esta mudança de foco da doença para o potencial humano tem sido designada como o movimento da dependência para a autonomia ou modelos de envelhecimento baseados na agência humana. Os autores apresentam múltiplos exemplos em como as pessoas idosas podem atuar para melhorar e/ou manter a sua qualidade de vida. A posição do indivíduo na estrutura social é um dos aspetos a ter em linha de conta, uma vez que as leis e as políticas públicas afetam as possibilidades de adaptação proactiva. Do mesmo modo, os recursos internos e externos podem servir de almofada ou piorar o impacto dos problemas de saúde na qualidade de vida. Também as instituições sociais, podem facilitar ou dificultar as adaptações proactivas. Deste modo, as iniciativas legais e políticas podem servir também para facilitar ou colocar entraves à proatividade. Portanto, a qualidade de vida surge aqui como resultado de EBS.

Rowe e Kahn (1997, 2015) indicam como critérios para alcançar o EBS, a escassa probabilidade de doença e de incapacidade, o alto funcionamento físico e mental e o envolvimento com a vida. Baltes e Baltes (1990) analisam a importância da capacidade de seleccionar metas, otimizar recursos e procurar compensações. Kahana e Kahana (1996, 2005, 2014) encaram as pessoas como agentes ativos que se envolvem em comportamentos preventivos e corretivos de forma a maximizar a sua qualidade de vida face a situações de stress e doença crónica. Assim, estes três modelos apresentam-se como perspectivas que marcam a investigação no domínio do EBS.

Para além das teorias e modelos é de salientar ainda o quadro de referência do envelhecimento ativo e saudável da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, 2015). No que diz respeito ao envelhecimento ativo enquanto paradigma de intervenção para as Políticas Públicas, este é definido pela OMS (2002) como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança de modo a aumentar a qualidade de vida das pessoas conforme vão envelhecendo, consistindo em promover condições para a integração, a segurança e a saúde das pessoas que envelhecem. Assim, um aspeto basilar para o envelhecimento ativo encontra-se na adoção de estilos de vida saudáveis, possibilitando alcançar o bem-estar, prevenir doenças associadas à idade e promover a saúde e a qualidade de vida. Nesta linha de pensamento, a palavra “ativo”, não se refere apenas à atividade física ou laboral, mas sim à participação contínua em questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis. Considerando esta abordagem, as políticas e programas de “envelhecimento ativo” desenvolvidas no sentido de melhorar a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos à medida que envelhecem devem ser baseadas nos direitos, necessidades, preferências e habilidades dos mais velhos (OMS, 2005). Estes são designados de “determinantes” de um envelhecimento ativo (Ribeiro & Paúl, 2011).

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores, que envolvem indivíduos, famílias e países, que se aplicam à saúde das pessoas de todas as idades e ao seu bem-estar. Este conceito da OMS que inicialmente se baseia em três pilares (OMS, 2002) sofre posteriormente uma alteração aquando da revisão do quadro de referência do envelhecimento ativo (ICL-Brasil, 2015), momento em que é introduzido um novo pilar - a aprendizagem ao longo da vida -, sendo este um fator essencial para alcançar o envelhecimento ativo, associando-se ao bem-estar e à saúde. Este conceito capta a visão positiva e holística do envelhecimento, que foi debatida anteriormente, utilizando-a tanto como inspiração individual, quer como meta política.

No que diz respeito aos pilares de envelhecimento ativo, a saúde abrange o bem-estar físico, mental e social, considerada como sendo a condição major para a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo. Neste pilar, defende-se que quanto mais cedo se implementar uma boa saúde, mais prolongadas e substanciais serão as recompensas. A capacidade funcional do ser humano aumenta até ao início da idade adulta, atingindo o seu máximo nessa fase e diminuindo a partir desse ponto. Sabe-se que a taxa de declínio é influenciada inevitavelmente pela idade, mas também que os fatores externos e o estilo de vida são grandes influenciadores. Desta forma, são evidentes os benefícios da adoção de estilos de vida saudáveis, mesmo já em idades avançadas, comprovando-se que se está sempre a tempo para adotar estratégias de envelhecimento ativo (ICL-Brasil, 2015). No que diz respeito à participação, esta relaciona-se à educação, políticas sociais de saúde e programas de apoio à participação em atividades sociais, culturais e espirituais, tendo em conta as necessidades dos indivíduos para que continuem ativos na sociedade (OMS, 2002/2005). Quanto à segurança, esta abarca as necessidades e os direitos dos adultos mais velhos relativamente à segurança social, física e financeira, garantindo a proteção, dignidade e auxílio aos mais velhos. Estados de insegurança ou falta de proteção influenciam corrosivamente a saúde física, o bem-estar emocional, as redes sociais e o poder de

decisão dos indivíduos. O novo pilar, acrescentado ao conceito inicial, aprendizagem ao longo da vida, mostra-se como um recurso renovável que melhora a capacidade de o indivíduo se manter saudável, adquirir e atualizar conhecimentos e habilidades. A evidência científica que quanto mais saudável e instruído se é em qualquer idade, maiores são as probabilidades de participação plena na sociedade, sendo um dos pontos chave para o *empowerment* da população e capacitação da sociedade. Assim é um pilar que facilita a prosperidade em geral, contribuindo não só para o aperfeiçoamento pessoal, mas também, para a relação e solidariedade entre as gerações, de forma significativa (ICL-Brasil, 2015). Nesse sentido, o envelhecimento deve ser visto com uma perspectiva de curso de vida para criar a base para um *continuum* de políticas para otimizar a qualidade de vida desde o nascimento até à morte e encorajar o envolvimento de todas as faixas etárias.

Mais recentemente, e colocando em maior evidência o envelhecimento visto de forma positiva, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou a década 2020-2030 como a *Década do Envelhecimento Saudável*, em linha com relatórios produzidos sobre o envelhecimento saudável (OMS, 2015, 2020), pretendendo-se não apenas adicionar anos à vida, mas também vida aos anos. Trata-se de uma abordagem que se propõe a melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e comunidades, tanto durante a pandemia COVID-19, como depois desta situação.

De igual modo, o mundo uniu-se em volta da Agenda 2020-2030 para o Desenvolvimento Sustentável, na medida em que todos os países e partes interessadas se comprometeram a não deixar ninguém para trás e a garantir que cada ser humano possa cumprir o seu potencial com dignidade e igualdade num ambiente saudável. As iniciativas empreendidas como parte da Década procurarão: (1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; (2) facilitar a capacidade dos idosos em participar e contribuir para as comunidades e sociedade; (3) desenvolver serviços de cuidados integrados e serviços de saúde primários que atendam às necessidades do indivíduo e (4) garantir o acesso a cuidados de longa duração para as pessoas mais velhas que deles necessitem. Juntas, essas ações podem criar condições para promover o envelhecimento saudável e melhorar o bem-estar das pessoas idosas (OMS, 2020).

A pesquisa realizada pela OMS (2020) para estruturar as bases da Agenda 2020-2030 para o Desenvolvimento Sustentável mostra-nos que o envelhecimento saudável é relevante para todos. É o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que permite o bem-estar em idosos. A capacidade funcional reflete a capacidade física e mental de uma pessoa, os ambientes em que o indivíduo se encontra e as formas como interage com esse ambiente. Envelhecer com saúde é criar oportunidades que permitam que as pessoas sejam e façam o que valorizam ao longo da vida. Estar livre de doenças não é, necessariamente, um requisito para pois muitos idosos têm um ou mais problemas de saúde que, quando bem geridos, têm pouca influência no seu bem-estar. Em vez disso, de acordo com as bases propostas pela OMS, otimizar a capacidade funcional é a chave para envelhecer de forma saudável.

Como referido acima, e desenvolvido de forma detalhada no documento elaborado pela OMS (2020), os três componentes do envelhecimento saudável são capacidade funcional, capacidade intrínseca e ambientes. O ambiente molda o que as pessoas mais velhas com um determinado nível de capacidade intrínseca pode ser e fazer. Este inclui a casa, a comunidade e sociedade mais ampla, e todos os fatores dentro dela. O ambiente fornece uma variedade de recursos ou barreiras que, em última análise, decidirão se os mais velhos são capazes de se envolver ou participar em atividades que consideram importantes. O desenvolvimento de ambientes amigáveis à pessoa idosa que otimizem a funcionalidade e capacidade é outra chave para o envelhecimento saudável. A capacidade intrínseca compreende todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode desenhar. A capacidade da pessoa inclui importantes domínios: capacidade locomotora (movimento físico); capacidade sensorial (como visão e audição); vitalidade (energia e equilíbrio); conhecimento; e capacidade psicológica. Desenvolver e manter a capacidade intrínseca de uma pessoa e ao longo da vida, com uma conotação que acumula reserva, são pontos chave para um envelhecimento saudável. A capacidade funcional combina a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente em que vive e a forma como interage com esse ambiente. A otimização da capacidade funcional requer *inputs* de vários setores e respostas por parte do governo ao envelhecimento da população, que tem aqui um papel importante e responsabilidades para a saúde em todas as políticas, quer nos sistemas de saúde quer na prestação de serviços.

O envelhecimento saudável é um processo dinâmico, abrangendo todos os idosos e exigindo uma abordagem de toda a sociedade. Neste sentido, é necessária uma forte colaboração para que exista efetivamente uma transformação e mudança na construção de sistemas incluindo governantes, pesquisadores e sociedade civil (OMS, 2020). Ainda na secção 4 do referido documento apela-se a uma continuação do crescimento pessoal como algo importante para capacitar os idosos a fazer o que valorizam e o poder de continuar a tomar decisões não sendo apenas os participantes de um filme, mas os realizadores do mesmo.

É assim, notório que são diversos os modelos e quadros de referência que contemplam o envelhecimento de forma positiva. Mas é necessário também a adoção de uma atitude proativa ao longo da vida para o alcance deste envelhecimento positivo (Sampaio, 2017). Neste sentido, é essencial o papel do gerontólogo que, no seu papel de interventor social, tem competências para elaborar um plano de intervenção tendo por base informação suficientemente precisa, rigorosa, fiável, válida e livre de viés em termos dos problemas, necessidades e potencialidades da pessoa (Bastos, Faria, Gonçalves & Lourenço, 2015).

## **Qualidade de vida e Bem-estar**

O conceito de qualidade de vida foi definido na primeira metade do século XX pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença. Este foi considerado um marco de referência para pensar a saúde física e mental. Felce e Perry (1993) apresentam uma visão

no mesmo alinhamento, caracterizando qualidade de vida como um fenômeno material e psicológico, com base nos valores pessoais, que engloba aspectos objetivos e subjetivos do bem-estar físico, material, social e emocional, juntamente com aspectos de desenvolvimento pessoais e atividade significativa.

No início da década de 90 formou-se o WHOQOL Group (1994), com a finalidade de elaborar um instrumento de avaliação para a qualidade de vida, tendo como base três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. Assim, a definição de qualidade de vida corresponde “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). É um conceito abrangente, instigado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e pelos aspectos contextuais e ambientais em que vive o indivíduo (WHOQOL Group, 1994).

O Grupo WHOQOL (1994) debruçou-se sobre a construção de um instrumento de avaliação deste conceito complexo. No entanto, devido às diversas especificidades exigidas para a aplicação, surgiu a forma abreviada, o WHOQOL-Bref. Este instrumento, para além de conter dois itens sobre a qualidade de vida geral, engloba quatro domínios: 1) domínio físico, que analisa as sensações físicas desagradáveis vivenciadas por um indivíduo e até que ponto interferem na vida diária; 2) domínio psicológico, que explora a vivência dos indivíduos em relação aos sentimentos positivos e negativos; 3) domínio relações sociais, que avalia o amor e o apoio desejados nos relacionamentos íntimos, a nível emocional e físico e 4) domínio ambiente, que explora a percepção do indivíduo relativamente aos seus recursos financeiros e de que modo corresponde às suas necessidades para ter um estilo de vida saudável e confortável.

A Qualidade de Vida constitui, desta forma, uma variável importante na elaboração de políticas públicas, na medida de eficácia de intervenções, ou em estudos epidemiológicos. No contexto da intervenção, a avaliação deste construto irá permitir, não só, a análise inicial e posterior da intervenção, permitindo a análise da influência e eficácia da mesma ao nível do bem-estar e qualidade de vida, mas também, irá permitir apontar caminhos de intervenção a seguir, permitindo uma manutenção ou até melhoria da qualidade de vida do indivíduo (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

De acordo com Canavarro e Serra (2010), a qualidade de vida é perspectivada como um conceito amplo, que integra fatores individuais, assim como a realização bem-sucedida de objetivos, estados ou condições previamente definidos, o sentimento de bem-estar e de satisfação vivenciado pelos indivíduos no momento presente das suas vidas. O contexto e as circunstâncias em que as pessoas vivem são, portanto, dois fatores importantes para determinar uma boa ou má qualidade de vida. A procura por uma boa qualidade de vida, especialmente nos anos de vida mais avançados, é um dos principais objetivos da vida humana, sendo importante ter presente que ao longo do processo de envelhecimento surgem fatores que podem levar a uma menor qualidade de vida, tais como a dependência, a perda de papéis sociais associados, por exemplo, à reforma, a diminuição da autoestima, a debilidade física, os estereótipos e

preconceitos, assim como as perdas decorrentes do processo normal de envelhecimento (Gonçalves, 2015).

A qualidade de vida e o bem-estar em pessoas idosas dependem das experiências de vida, nas quais se incluem a otimização de oportunidades promotoras de saúde, a participação e a segurança, bem como as escolhas de estilos de vida saudáveis (Azevedo, 2015). A manutenção da atividade física, o envolvimento em atividades de natureza social, económica, cultural, espiritual e/ou cívica (Benavente & Paulino, 2020) são igualmente importantes. Assim, quer o bem-estar, quer a qualidade de vida, são influenciadas pela saúde, doença e desconforto emocional (Tomás, 2016), sendo que o relacionamento interpessoal e a forma como a pessoa idosa ocupa o seu tempo livre são fundamentais para a qualidade de vida e bem-estar subjetivo (Cabral & Ferreira, 2013).

Atualmente, observa-se que há imensas definições de qualidade de vida não existindo unanimidade para uma definição, no entanto há um consenso nos termos que aborda: bem-estar psicológico, bem-estar físico, bem-estar social e bem-estar financeiro e material (Marques, 2017). Na mesma linha de pensamento, Gallardo-Peralta et al. (2018) defendem que as variáveis que dizem respeito à qualidade de vida são: possuir rede de apoio social, ter boa saúde, ter capacidade de autoeficácia e um ambiente físico protegido.

O conceito de qualidade de vida relaciona-se intimamente com o conceito de bem-estar subjetivo e felicidade. Segundo a OMS (2015), o bem-estar é considerado no sentido mais amplo e abrange questões como felicidade, satisfação e realização. Apesar do mesmo objeto de estudo, apareceram duas visões de bem-estar, o bem-estar subjetivo defendido por Diener (1984) e o bem-estar psicológico defendido por Ryff (1989). De acordo com Diener, Scollon e Lucas (2003), o bem-estar subjetivo é uma área das ciências comportamentais onde é avaliada a forma como os indivíduos avaliam a própria vida. Nesta linha de pensamento, o bem-estar subjetivo e a felicidade possuem três características: são subjetivos, abrangem medidas positivas, e englobam uma avaliação geral de todos os aspetos da vida do indivíduo.

Nos anos 80 surgiu o bem-estar psicológico como alternativa às teorias que sustentavam o bem-estar subjetivo. Este pode ser definido como multidimensional e inclui várias dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta: aceitação de si, relações positivas com os outros, domínio do meio, crescimento pessoal, objetivos na vida e autonomia. Estas seis dimensões estão incluídas nas escalas de bem-estar psicológico de Carol Ryff (1989).

De acordo com Diener e Ryan (2015) existem diferentes tipos de intervenções para promover o bem-estar. Na sua maioria baseiam-se em terapias cognitivo-comportamentais, terapias emocionais e terapias de psicologia positiva, realçando a realização de atividades produtivas, atividades que promovam o pensamento positivo, atividades que promovam a qualidade de vida e atividades que fomentem as experiências agradáveis e prazerosas para os indivíduos. Associada a este tipo de intervenções, é fundamental que ocorra uma mudança de atitudes e de mentalidades por parte da sociedade no sentido de serem criadas condições para que as pessoas se possam desenvolver e envelhecer com qualidade de vida (Gomes, 2018).

Face ao exposto, é possível afirmar que quer a qualidade de vida quer o bem-estar estão associados ao envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido.

## **2. Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social**

A avaliação e intervenção em Gerontologia Social estão associadas, surgindo na literatura de especialidade com nomenclatura distinta e procedimentos de atuação muito diversos - típico de um novo campo de conhecimento como é a Gerontologia e a sua especialidade, a Gerontologia Social. Nesta secção, vamos começar por abordar aspetos técnicos da avaliação, seguidos da intervenção e finalmente alguns aspetos relacionados com a investigação da eficácia da intervenção.

### **Avaliação gerontológica multidimensional: uma bateria mínima**

Naleppa e Reid (2003) apresentam os princípios gerais de avaliação no trabalho com pessoas idosas. A avaliação, no geral, é realizada através de instrumentos standardizados. O propósito da avaliação é entender as necessidades, forças e fraquezas das pessoas, obtendo informação na qual possa basear-se para tomar as decisões relativamente à informação. De acordo com Fernández-Ballesteros (1999), são seis as grandes áreas de avaliação na velhice: o estado mental, as habilidades funcionais, o estado de ânimo, a integração social, a qualidade do ambiente e a qualidade de vida.

Com efeito, a avaliação é o primeiro passo do processo para liderar um plano de intervenção. De acordo com Naleppa e Reid (2003), Lichtenberg (2000) identificou quatro princípios para guiar uma avaliação gerontológica: (1) a idade e a funcionalidade não estão linearmente relacionadas em contexto clínico; (2) os gerontólogos devem enfatizar avaliações breves; (3) os resultados da avaliação devem enfatizar as forças e fraquezas das pessoas e as recomendações de tratamento e, por fim, (4) idealmente utilizar vários métodos de avaliação.

Assim sendo, considera-se que a avaliação é o 'coração' de toda a prática e intervenção gerontológica, é o alicerce de tudo o que virá a seguir. Importa, por isso, focar e ter claro as necessidades da pessoa, havendo uma inclusão e resposta empática que permita criar uma ligação entrevistador-entrevistado.

Existem algumas linhas orientadoras para uma intervenção básica: ter atenção ao contexto da avaliação, onde o ambiente deverá ser confortável, de modo a não provocar sentimentos de ansiedade, e com privacidade; clarificar o propósito da avaliação; clarificar o que será feito com a informação recolhida, explicando o tipo de questões que serão feitas para tornar o momento mais tranquilo; evitar começar a avaliação com questões demasiado íntimas, procurando perguntas mais confortáveis; usar linguagem e termos que a pessoa idosa entenda; não acabar a avaliação de forma abrupta (Naleppa & Reid, 2003).

Segundo os mesmos autores, para uma tomada de decisão correta em relação a quais os instrumentos adequados para a avaliação de determinada pessoa idosa, devemos considerar três aspetos: as considerações científicas, as considerações práticas e o processo usado para recolher os dados (avaliação baseada em autorrelatos ou avaliação de desempenho). No geral, deve dar-se preferência a instrumentos de avaliação standardizados visto terem sido alvos de mais investigação, desenvolvimento e testes. Para a escolha de instrumentos de avaliação, deve ter-se em consideração os seguintes aspetos: (1) a validade, fiabilidade e viabilidade da escala, pois se a escala for demasiado extensa a pessoa idosa poderá perder a habilidade para se concentrar e dar respostas que não são reais. Por sua vez, o avaliador pode não ter os recursos suficientes para utilizar determinado instrumento; (2) a clareza do instrumento, uma vez que uma pessoa idosa com défice cognitivo não entenderá facilmente perguntas mais complexas. Deve atender-se igualmente ao (3) propósito da avaliação, isto é, deve procurar saber-se se os dados são recolhidos para uma avaliação clínica, para reportar resultados ou apenas para investigação e (4) considerar os resultados de testes piloto. Importa perceber se a pessoa idosa entendeu as questões, se está capaz de repetir informações importantes, quanto tempo demorou a administração do instrumento, entre outros aspetos. Esta dimensão é importante uma vez que os investigadores pretendem cada vez mais desenvolver instrumentos de avaliação com procedimentos estatísticos capazes de diminuir o número de itens, reduzindo o tempo de administração dos mesmos.

De acordo com a mesma fonte e no que diz respeito ao modo de recolha de dados, esta pode ser feita de diferentes formas, de entre as quais através de uma avaliação “self-report”/auto-relato. Por norma esta é administrada através de uma série de questões que terão uma resposta baseada no julgamento e memória da pessoa idosa. Por outro lado, uma avaliação baseada na performance/desempenho, em que a pessoa idosa deve realizar determinado tipo de atividades, pode providenciar uma imagem clara dos problemas ou necessidades da pessoa idosa. Assim, uma avaliação “self-report” é mais utilizada para idosos com as capacidades cognitivas intactas enquanto avaliações baseadas na performance são mais úteis com idosos com algum tipo de défice. Utilizar estas duas formas de avaliação em conjunto numa sequência, quando possível, pode ser vantajoso. Além disso, o avaliador deve conduzir inicialmente uma avaliação multidimensional de modo a identificar potenciais áreas problemáticas e, posteriormente, deve seleccionar o instrumento de avaliação mais refinado de acordo com as problemáticas identificadas. Esta avaliação multidimensional pode combinar instrumentos standardizados e não-standardizados.

Vários instrumentos de avaliação têm vindo a ser desenvolvidos, tais como o “Uniform Assessment Questionnaire” (mede características gerais dos idosos, como informação de identificação, funcionalidade, deambulação, etc), o “Older Americans Resources and Services Questionnaire” (com foco nos recursos sociais e económicos, saúde física e mental, atividades de vida diária e atividades de vida diária), o “Minimum Data Set” (avaliação do funcionamento cognitivo, comportamento, saúde física e mental), entre outros (Naleppa & Reid, 2003). Existem também outros instrumentos que podem ser usados para avaliar dimensões ou domínios



específicos do funcionamento, tal como funcionalidade, funcionamento cognitivo, redes sociais, depressão, entre outros.

Nesta mesma linha, López (2004) afirma que os diferentes investigadores no campo da Gerontologia Social têm como objetivo obter informação suficientemente precisa, rigorosa, fiável, válida e livre de preconceitos. Esta informação deve constituir a matéria-prima a partir da qual se elabora o produto de investigação que representa o aumento do conhecimento, neste caso, no âmbito gerontológico. Neste sentido, uma técnica de investigação e/ou avaliação não é mais do que um meio para recolher e obter informação. Assim, qualquer instrumento ou ferramenta que permita cumprir o objetivo de ter informação rigorosa pode ser considerado uma técnica de investigação ou avaliação. É, no entanto, difícil dispormos de instrumentos de medição completamente objetivos, dado que o objeto de estudo nas ciências sociais é, por norma, o ser humano. Assim, é necessário ter em conta uma série de especificidades no desenho, aplicação e utilização das técnicas de investigação/ de recolha de dados.

De forma a selecionar as técnicas mais apropriadas, Hernández (1995) resume três critérios-chave: a aplicabilidade, ou seja, a técnica aplicada deve poder ser aplicada sem esforço tanto pelo investigador como pelo avaliado; rigor, devendo ser utilizados termos precisos e que não careçam de diferentes interpretações; e competência técnica, ou seja, devem aplicar-se técnicas das quais se tenha conhecimento suficiente para utilizar.

Outra das facetas da avaliação e intervenção gerontológica prende-se com a própria prática gerontológica. Relativamente à prática gerontológica, Richardson e Barusch (2006) defendem que esta ocorre num processo faseado de escuta, avaliação e intervenção. Note-se que para estes autores no início do processo está a escuta. A *fase de escuta* é entendida como sendo da ordem da construção de uma relação de confiança entre profissional e a pessoa. A *fase da avaliação* abrange o uso do guia prático ABCDEF, que se baseia numa perspetiva multidisciplinar e biopsicossocial. Finalmente, a *fase da intervenção* agrega aspetos micro e macro, juntamente com intervenções básicas e especializadas. No entanto, este faseamento não basta uma vez que é necessário acrescentar outros parâmetros de modo a tornar esta prática mais coesa face à complexidade e multiplicidade de cada idoso (Bastos et al., 2015). Na fase da escuta ativa, de acordo com Richardson e Barusch (2006), o profissional procura estabelecer uma relação de confiança com as pessoas idosas mostrando-se capaz de gerir, aceitar e controlar os sentimentos, o que implica desenvolver a capacidade de busca de significado na conversação para identificar stressores na vida da pessoa idosa. Este ponto baseia-se na escuta empática com as pessoas idosas.

Durante a fase da avaliação, os profissionais continuam a escutar, simplesmente colocam questões mais específicas. O modelo integrado de prática gerontológica tem seis facetas ou dimensões a que correspondem seis letras (A+B+C+D+E+F) e serve como uma espécie de caixa de ferramentas de avaliação e intervenção: ações ou comportamentos das pessoas (A) funcionamento biológico (B), cognição (C), recursos demográficos (D), suportes ambientais (E) e sentimentos (F). Note-se que a avaliação gerontológica multidimensional surge como uma espécie de “pronto a vestir da profissão”, como sugerem Bastos et al. (2015), com

protocolos internacionais mais ou menos standardizados que permitem proceder a uma análise de capacidades e necessidades da pessoa para depois traçar um plano de intervenção. Por se considerarem dimensões relevantes deste modelo, procedemos de seguida à descrição sumária de cada um:

- A avaliação da ação e comportamentos da pessoa (A – Ações, comportamentos) implica proceder à avaliação sistemática do comportamento das pessoas, percebendo como reagem aos problemas que se apresentam.
- A avaliação do funcionamento biológico e físico (B - Biologia, fatores) inclui aprender acerca da saúde física das pessoas idosas e predisposições biológicas. Por norma, a avaliação do funcionamento físico inclui diagnóstico, sintomas, *report* de saúde, dias de cama durante um período específico, recurso ao hospital ou a médico durante um período específico, e expressões de medo e desconforto.
- A avaliação cognitiva (C – Cognição) em que o profissional habitualmente realiza o Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliar os *skills* cognitivos da pessoa. O profissional deve ter em atenção o estilo de *coping* da pessoa, para compreender como é que ele lida com as situações de stress. Uma avaliação adequada do funcionamento cognitivo da pessoa deve-lhe permitir discriminar quando está perante uma pessoa idosa com demência ou depressão.
- A avaliação do Perfil Demográfico da pessoa (D – características demográficas) que revela informação importante acerca da pessoa, incluindo recursos económicos, estatuto no trabalho, e situação conjugal.
- Avaliar os recursos ambientais (E – Ambiente) das pessoas idosas é fundamental porque nos pode dar informação sobre as redes de suporte, incluindo as suas relações com a família, amigos e vizinhos. Esta avaliação deve ter em conta não apenas a quantidade, mas também a qualidade das redes de suporte social das pessoas idosas, incluindo que recursos e serviços estão disponíveis para apoiar a pessoa idosa.
- A avaliação dos sentimentos (F – Sentimentos) das pessoas idosas revela a extensão do seu sofrimento psicológico. De forma sucinta, este modelo encoraja os profissionais a ter em conta múltiplas fontes dos problemas das pessoas idosas, tratando-se assim de uma visão holística.

Por sua vez, na fase de intervenção, e partindo da avaliação, podem aplicar-se técnicas específicas de intervenção micro e macro que induzirão mudanças nas ações ou comportamentos (A) das pessoas idosas, no funcionamento biológico (B), cognições (C), recursos demográficos (D), suportes ambientais (E) e sentimentos (F) (Bastos et al., 2015).

Para além disso, Procter e Rosen (2004) colocam em destaque a necessidade de os profissionais identificarem, explicarem e fornecerem um argumento válido para as suas decisões na prática profissional. Deste modo, na prática baseada na evidência as decisões profissionais baseiam-se, tanto quanto possível, na melhor e mais apropriada evidência/prova da investigação o que sugere que a prática gerontológica deve ser sensível à eficácia da intervenção. Assim, para que uma intervenção tenha sucesso deve conseguir obter os resultados estabelecidos.

## Intervenção em Gerontologia Social: Prevenção e otimização?

Ao aprofundar a intervenção psicológica em Gerontologia, Paúl (2020) apresenta uma tipologia interessante de intervenções. No entender desta autora:

(...) as intervenções otimizadoras, por oposição às curativas, demoraram ainda mais a ser prática corrente da Psicologia (...). Na verdade, em contexto gerontológico, são as intervenções preventivas e otimizadoras as mais eficazes e inovadoras que exigem dos psicólogos uma atenção específica na sua conceção, dirigida a necessidades próprias de pessoas mais velhas, no sentido de promover um envelhecimento bem-sucedido (pág. xiv).

Por seu turno, Richardson e Barusch (2006) apresentam uma tipologia de intervenções genéricas e especializadas. O modelo de prática gerontológica proposto pelos autores tem em consideração a aplicabilidade de uma perspectiva de curso de vida, integrando forças individuais e sociais, influências micro e macro. Além disso, uma visão multidisciplinar, premissa geral no campo da Gerontologia, complementa o compromisso de uma *prática gerontológica integrada* (“integrated gerontological practice”).

Uma perspectiva de curso de vida ressalta as interações entre os indivíduos e os seus ambientes e entre o tempo individual, social e histórico. Esta abordagem é multidimensional, multidirecional e multidisciplinar, baseada numa abordagem integrada. As intervenções requerem uma natureza multifacetada, coordenando vários níveis. Assim, Richardson e Baruch (2006) apresentam um conjunto de modalidades de prática gerontológica:

- *Modalidade individual*, que é usada para pessoas sob stress intenso, que exigem contacto frequente e imediato; precisam de recursos específicos; precisam de privacidade; são extremamente ansiosas ou tímidas; precisam de um relacionamento de confiança de longo prazo
- *Modalidade familiar*, usada quando os stressores de vida estão localizados nas relações familiares e nos padrões de comunicação ou em transições de desenvolvimento familiar e outros eventos traumáticos.
- *Modalidade de grupo*, que funciona melhor com pessoas que partilham um conjunto comum de eventos de vida ameaçadores; partilham um conjunto de tarefas e problemas de vida; sofrem de isolamento ou algum tipo de estigma; necessitam de agir e obter maior controlo e domínio sobre o seu ambiente.
- *Modalidade de comunidade*, que são necessárias para pessoas que precisam de trabalhar para melhorar as condições da comunidade.

Neste sentido, os gerontólogos precisam de conhecer as teorias do envelhecimento biológico, psicológico e sociológico para entender e diferenciar os diferentes tipos de envelhecimento (normal, patológico, ativo/saudável/bem-sucedido). Isto porque, embora a

maioria das pessoas se adapte bem às mudanças associadas à idade, estratégias de intervenção mais especializadas são necessárias quando existem problemas específicos.

A este propósito, Naleppa e Reid (2003) apresentam um modelo de *prática gerontológica centrado na tarefa* (“task centered practice with the elderly”). Os autores apresentam um conjunto de adaptações individuais e familiares, bem como aplicações a grupos. Muito embora os autores associem a prática gerontológica – *trabalho com as pessoas mais velhas* (“work with the elderly”) subentende-se que este trabalho se aplica também a outros, designadamente cuidadores, cônjuges/parceiros e outros membros da família. O modelo de prática centrado na tarefa apresenta um conjunto de ligações, tipicamente gerontológicas, como gestão de caso, cuidadores e *cenários* (“settings”) institucionais. Os autores apresentam ainda um conjunto de instrumentos e procedimentos para acompanhar a intervenção.

Em termos de faseamento, Naleppa e Reid (2003) apresentam o modelo de intervenção faseado tal como acontecia com Richardson e Barush (2006) relativamente à avaliação gerontológica. Assim, a *fase inicial da intervenção* (“the initial phase”) apresenta um conjunto de características básicas, típicas da prática centrada na tarefa: ênfase empírica, integração, foco no problema, tarefas como meios de mudança, participação da pessoa e tomada de decisão, *planned brevity* (modalidade de intervenção breve que utiliza limites temporais curtos) e ênfase no presente. Ainda desta fase inicial, os autores apresentam o desenrolar da ação deste modelo de prática centrada na tarefa: (1) *intake* – contacto inicial com a pessoa que solicita do serviço; (2) explicação acerca dos papéis, objetivos e procedimentos de intervenção; (3) avaliação (*assessment*) e identificação do problema da pessoa; (4) selecionar e priorizar os problemas; (5) explorar e especificar os problemas-alvo; (6) estabelecer objetivos; (7) completar um plano de intervenção e contratualizar.

A *fase intermédia da intervenção* (*the middle phase*) implica que o profissional e a pessoa tentem resolver os problemas-alvo. Esta fase corresponde a um conjunto de tarefas que são atribuídas àqueles que estão diretamente envolvidos: tarefas atribuídas aos participantes (*task participants*), sendo que há diferentes tipos de tarefas (*types of tasks*) – tarefas cognitivas, comportamentais e situacionais. Relativamente ao planeamento e implementação da sequência de tarefas, é de referir: (1) desenvolvimento de tarefas alternativas; (2) estabelecer a motivação, (3) selecionar tarefas; (4) planejar detalhes da implementação; (5) modelagem, ensaio (*rehearsal*) e implementação in-vivo; (6) antecipação de obstáculos; (7) sumariar tarefas; (8) implementar tarefas; (9) revisão dos progressos; (10) revisão dos problemas alvo; (11) avaliação de novos problemas; (12) recontratualização. Os autores fazem ainda uma breve referência ao trabalho com grupos.

A *fase final da intervenção* (*the final phase*) foca-se na finalização do serviço, sendo que esta fase vai além do proporcionar o encerramento da intervenção, ou seja, tem como finalidade ajudar as pessoas a generalizar as suas competências de resolução de problemas e a manter os objetivos que foram atingidos. Esta fase inclui tarefas de avaliação, reforço de conquistas, revisão de competências de resolução de problemas e discussão dos planos futuros da pessoa. É também o momento para que as pessoas analisem os seus sentimentos acerca do

encerramento do processo. Assim sendo, esta fase implica atender às reações ao encerramento, bem como uma revisão final do problema (*final problem review*) e das tarefas (*final task review*) e o reforço das conquistas e das competências de resolução de problemas. Por fim, o processo termina com uma abordagem aos planos futuros da pessoa.

De acordo com Molony et al. (2018) o objetivo da avaliação e do planeamento de cuidados é apoiar o indivíduo e sua família a viverem a vida o melhor possível. O cuidado individualizado e o envolvimento significativo são praticados durante a avaliação, priorizando informações sobre preferências individuais, necessidades, valores, rotinas, fontes de alegria e significado pessoal. Seis domínios de avaliação primária são identificados como essenciais para uma avaliação adequada: funcionamento cognitivo, capacidades funcionais, comportamento, estado de saúde, ambiente e segurança. Devem também ser utilizados instrumentos de avaliação fiáveis e válidos para detetar mudanças no desempenho cognitivo, capacidade funcional e comportamento. Ao mesmo tempo, como fontes de informação, importa considerar a perspetiva da pessoa idosa, a qual deve prevalecer na avaliação, mas ainda assim deve ter-se em conta as pessoas que o rodeiam, que podem eventualmente trazer observações adicionais que complementem a avaliação. Uma avaliação de cuidados com a pessoa deve ser realizada regularmente e de forma abrangente a cada 6-12 meses ou mais frequentemente no caso de surgir alguma mudança no quotidiano. A prioridade é detetar problemas que prejudicam a qualidade de vida ou impedem a pessoa de viver plenamente. Assim, no seu conjunto, os componentes da avaliação centrada na pessoa devem ter em conta uma pré-avaliação para preparar o contexto da avaliação em si mesma e ter também em atenção as estratégias de comunicação, podendo estas afetar o processo e resultados da avaliação.

Neste sentido, os autores supracitados afirmam que é necessária uma avaliação multidimensional que inclua capacidade funcional, desempenho cognitivo, segurança e sintomas neuropsiquiátricos e comportamentos. Para além do já referido, são também recomendadas abordagens transdisciplinares e de cuidados colaborativos. A pessoa deve estar envolvida no processo de planeamento dos cuidados e ser uma “voz” ativa. Não devemos elaborar planos centrados no que facilita o trabalho do cuidador, mas sim nas necessidades da pessoa que está a ser cuidada. Assim, recomenda-se a realização de uma avaliação abrangente e a criação de um plano holístico e centrado na pessoa, para que a eficácia da intervenção seja cada vez maior.

Em suma, e de forma a aumentar a prática de avaliações mais humanizadas, recomenda-se: realizar avaliações regulares e abrangentes, contínuas e dinâmicas, combinando abordagens nomotéticas (baseadas em normas) e ideográficas (individualizadas); usar a avaliação como uma oportunidade para informação, construção de relacionamento, educação e apoio; incentivar o planeamento antecipado para otimizar o bem-estar físico, psicossocial e aumentar a consciência de todas as opções no planeamento dos cuidados. A discussão precoce e contínua sobre o que importa, incluindo valores, qualidade de vida e metas para os cuidados, é fundamental para a prestação de cuidados centrados na pessoa.

Assumindo que o envelhecimento é um processo biopsicossocial, para além do faseamento ou modelos específicos na intervenção gerontológica, é de considerar ainda o

caráter multidisciplinar de tendência interdisciplinar desta área do conhecimento. Dito de outro modo, o envelhecimento humano não pode ser descrito, explicado ou previsto sem se ter em consideração as dimensões biológica, psicológica/emocional e social/relacional que lhe estão inerentes (Fonseca, 2004). Relativamente a ações multidisciplinares, remete-se para o pressuposto de integração entre várias disciplinas evitando a ótica da individualidade e, conseqüentemente, da fragmentação do cuidado, tendo como objetivo obter impactos sobre diferentes fatores que interferem no processo de envelhecimento, através de uma abordagem integral (Bertazzone et al., 2016).

Associar o envelhecimento a intervenções, por norma tem como foco a promoção, ou seja, potenciar competências e recursos para o enfrentar de eventos stressores em detrimento da prevenção (reduzir riscos de surgimento de problemas). Assim, Leandro-França e Giardini (2014) recomendam que *intervenções de prevenção e promoção* para a população idosa sejam realizadas por meio de ações articuladas, agregando contribuições da ciência, Estado, sociedade, famílias, comunidades, profissionais de saúde e entidades públicas e privadas (Heidmann et al., 2006). Nesse sentido, além de ser importante a articulação entre as várias disciplinas, médica e das ciências sociais, também a articulação entre os diversos membros da sociedade se torna crucial.

Em linha com posições anteriores, Rodrigues (2009) defende que é fundamental que a avaliação e intervenção se desenvolvam com a pessoa idosa sejam feitas de forma integrada, que como defendem Leandro-França e Giardini (2014), sejam focadas tanto em critérios de prevenção como de promoção da saúde mental, sendo mais abrangentes e robustas e, nesse sentido, mais eficazes. Acredita-se que este tipo de intervenção pode fortalecer o empoderamento e a autoeficácia dos idosos, bem como auxiliar na organização da rotina de atividades diárias, de cuidados com o sono, prática de atividades físicas, técnicas de relaxamento e cuidados gerais com a saúde física e mental (Schmidt et al., 2020).

Relativamente à intervenção, são referidas sete etapas que concretizam esta fase: (1) análise de necessidades ou definição do problema; (2) definição de objetivos a atingir; (3) pré-avaliação ou análise das causas do problema e qual a melhor forma de o resolver; (4) desenho do programa; (5) implementação; (6) avaliação dos resultados e (7) tomada de decisão acerca do programa implementado (Meltsner, 1972; Palumbo, 1987, conforme citado em Fernández-Ballesteros et al., 2009).

Para além das diferentes tipologias de intervenção já abordadas, importa ainda referir que a *intervenção não-farmacológica* (termo frequentemente associado à intervenção em Gerontologia e Gerontologia Social) é o conjunto de intervenções desenvolvidas com o objetivo de maximizar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à velhice, tendo assim efeitos positivos no que diz respeito à dimensão física, psicológica e social (Borrás, 2017) indicando que uma *intervenção multicomponente* é uma estratégia eficaz para a promoção do envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida do indivíduo. As atividades desenvolvidas têm como fim a estimulação das habilidades da pessoa, como a capacidade de tomar decisões ou produzir respostas adequadas a estímulos externos,

preservando, pelo maior tempo possível, a sua autonomia, conforto e dignidade (Castro Caldas & Mendonça, 2005).

Face ao exposto, considerando a grande diversidade de termos e procedimentos de avaliação e intervenção gerontológica, vamos em seguida analisar o modo como a investigação tem procurado avaliar a eficácia da intervenção, quer em termos de domínios específicos quer em termos genéricos.

## **Investigar a eficácia da intervenção gerontológica**

Nesta secção incluem-se estudos sobre intervenções que têm como objetivo a prevenção, promoção ou otimização do processo de envelhecimento. Nesta secção, privilegiam-se intervenções de base comunitária. Começamos por fazer uma análise sobre alguns estudos em domínios específicos, para depois nos determos em estudos com procedimentos com maior controlo, designadamente com recurso a grupos de comparação e orientados para a população, ou seja, maior abrangência em termos de âmbito.

**Intervenção no Domínio Funcional.** Como refere Fernández-Ballesteros (2004), um dos objetivos fundamentais de intervenção na velhice incide sobre as Atividades da Vida Diária (AVD) com o objetivo principal de manter a pessoa autónoma e independente. De acordo com Aykawa e Neri (2008), a avaliação é imprescindível para que possam ser estabelecidos indicadores capazes de identificar pessoas com perda funcional e orientar as ações para a manutenção da funcionalidade, mantendo-as na comunidade/casa o maior tempo possível, com o máximo de independência e qualidade de vida.

Em termos sensoriais, a maioria dos idosos apresentam alterações nas suas capacidades à medida que envelhecem. Consequentemente, o declínio das funções sensoriais afeta a segurança e a qualidade de vida (Schumm et al., 2009). As alterações da perceção sensorial podem ser manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente (Sales et al., 2010), o que nos leva a verificar a estreita ligação entre os domínios sensorial e cognitivo, ou seja a estimulação multissensorial fomenta a função cognitiva.

Neste sentido, a estimulação multissensorial utiliza os sentidos da visão, audição, tato, paladar, olfato, vestibular, cinestésico e proprioceptivo para fomentar a função mental/cognitiva da pessoa e a sua compreensão do ambiente, apoiando-se na condição natural de multissensorialidade

Com efeito, a estimulação multissensorial é um tipo de intervenção que visa a estimulação dos sentidos primários através de estímulos sensoriais como luzes, música ou óleos essenciais e deve ser realizada numa sala especificamente preparada para esse efeito (Abraha et al., 2017). A abordagem sensorial inclui intervenções como a arteterapia, a aromaterapia, a terapia do toque, a musicoterapia, entre outros (Benavente & Paulino, 2020).

A estimulação multissensorial, como intervenção terapêutica ou de suporte, refere-se ao efeito de oferecer à pessoa oportunidades nas quais os sentidos sejam estimulados, com diferentes finalidades, e a partir de diversas situações (Martins, 2011). A estimulação multissensorial evidencia, ainda, efeitos positivos na manutenção do desempenho cognitivo, redução da sintomatologia depressiva e aumento da percepção da qualidade de vida dos idosos.

**Intervenção no Domínio Cognitivo.** Um dos principais desafios associados à temática do envelhecimento relaciona-se com as perdas verificadas em termos do funcionamento cognitivo (OMS, 2005). À medida que envelhecemos, notam-se alterações que tendem a apontar para um certo declínio, como esquecimentos de tarefas quotidianas ou necessidade de mais tempo para aprender novos conteúdos. Apesar de existir algum tipo de declínio cognitivo relacionado com a idade, este deve-se em parte, e numa grande maioria dos casos, à falta de uso das capacidades de cada indivíduo (Azevedo & Teles, 2011).

Os idosos podem desenvolver e aumentar as suas funções cognitivas através da aplicação de Programas de Estimulação Cognitiva (Gonçalves, 2012), nomeadamente melhorias significativas nas competências cognitivas, na qualidade de vida e nas habilidades funcionais. Sousa e Sequeira (2012) e Lousa (2016) referem os benefícios de programas de estimulação cognitiva na melhoria das capacidades cognitivas, pois são uma ferramenta para maximizar as funções ainda intactas e diminuir o risco de declínio cognitivo. Assim, torna-se evidente que a estimulação cognitiva é significativa para a promoção de um envelhecimento saudável, possibilitando ao profissional intervir num amplo conjunto de domínios essenciais para a pessoa idosa viver esta etapa do ciclo vital com qualidade, mantendo-se ativo na sociedade.

A Estimulação Cognitiva é, por isso, uma intervenção que oferece uma sequência de atividades que abrangem componentes como atenção, linguagem, raciocínio aprendizagem, memória, processamento visuo-espacial e funções executivas. Estas atividades, ao exigirem pensamento lógico, atenção e concentração, promovem o aumento da densidade sináptica cerebral, sendo esta rede de transmissão responsável pela dinâmica e plasticidade cerebral (Parola et al., 2019). Assim, nos idosos com défice cognitivo, este tipo de estimulação representa uma auspiciosa intervenção para a possibilidade de reversão das perdas, apresentando benefícios ao nível da interação dos participantes e nas suas relações comunicacionais (Apóstolo et al., 2014; Middelstadt et al., 2016).

Os programas de estimulação cognitiva têm como objetivo implementar uma intervenção holística, para o qual são criadas atividades que colocam em ação os diferentes processos mentais, como percepção, linguagem, atenção e memória, de forma a mantê-los ativos, fortalecer as conexões e as redes neuronais subjacentes (Pereira, 2012). Fernandes (2015) relata que o cérebro tem a capacidade de modificação e de adaptação e que através dos programas de estimulação cognitiva se pode preservar um bom nível de eficiência nas pessoas idosas.

Assim, é imprescindível a existência de um profissional como o gerontólogo que implementa as atividades seja um agente de mudança, capaz de avaliar necessidades e potencialidades e através delas lidar com adaptações necessárias para um aproveitamento



profícuo por parte dos idosos envolvidos nos programas de estimulação cognitiva. Em síntese, a estimulação cognitiva tem grande potencial no âmbito da Prática Gerontológica, sendo crucial discutir a necessidade de investimento em estratégias de ação que garantam melhorias tanto na promoção da saúde, como na participação/envolvimento social da pessoa idosa, enquanto são promovidos o desempenho cognitivo e a qualidade de vida. Assim sendo, é basilar desenvolver uma prática gerontológica preventiva e proativa, capaz de envolver a população em atividades significativas orientadas para a qualidade de vida (Alves, 2019).

**Intervenção em Domínio Sócioemocional.** De acordo com Paúl (2005), as redes sociais assumem um efeito protetor ou “almofada” que amortece o stress associado ao envelhecimento. A população idosa deve ter a possibilidade de contar com a ajuda das suas redes sociais significativas, que se definem como o conjunto de relações que uma pessoa estabelece com outras de diferentes contextos – família, amizades, trabalho, estudo, comunidade – e cuja interação é percebida e nomeada como significativa (Antunes & Moré, 2021).

De acordo com Sluzki (2003), cada vínculo presente nas redes sociais significativas cumpre funções específicas: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e de conselhos; regulação social; ajuda material e de recursos; acesso a novos contactos. De acordo com a literatura, à medida que as pessoas envelhecem verifica-se um decréscimo dos contactos sociais e uma tendência para limitar estes contactos às relações mais íntimas e próximas (Carstensen, 1995). A mesma autora argumenta que, na velhice, as pessoas modificam ativamente a sua rede social, selecionando relações e atividades que são significativas e fontes de suporte, prazer e satisfação, deixando de lado relações e atividades que são onerosas, complexas, stressantes ou fonte de afetos negativos. Este processo de seleção é um importante mecanismo de adaptação, no sentido de preservar o bem-estar emocional, motivo pelo qual recebeu o nome de teoria da seletividade socioemocional.

Definida como o envolvimento dos idosos em atividades sociais praticadas na comunidade, a participação social está associada a menor risco de morbididades, incapacidade, declínio cognitivo e morte (Minagawa & Saito, 2015), representando por isso um determinante de qualidade de vida e bem-estar na velhice (Pinto & Neri, 2017). Os autores referem que à medida que as pessoas envelhecem, diversos aspetos são modificados, como a quantidade e a composição das redes sociais, bem como a frequência de participação em atividades sociais. Além disso, o comportamento social é influenciado por aspetos pessoais (saúde, género, rendimento, escolaridade), contextuais (suporte social, barreiras físicas e oportunidades), assim como por eventos comuns da velhice que caracterizam momentos socialmente transitórios, por exemplo, reforma e viuvez.

Scortegagna et al. (2019) asseguram que os grupos de convivência são compreendidos como espaços de comunicação e reconhecidos como suporte de apoio social e emocional para os idosos. São vistos como estratégias importantes para melhorar a saúde e a qualidade de vida ao possibilitar a afirmação da identidade e ao incentivar a participação, o que se expressa pelo protagonismo social da pessoa idosa.

## Outros estudos a considerar

Intervir para prevenir o défice cognitivo ligeiro na população foi um dos objetivos do “*Finnish geriatric intervention study to prevent cognitive impairment and disability*” (FINGER; Kivipelto et al., 2013). Esta equipa procurou investigar se uma intervenção de múltiplos domínios pode prevenir ou atrasar o comprometimento cognitivo numa população idosa com maior risco de declínio cognitivo. Trata-se de um estudo multicêntrico randomizado e controlado de alta qualidade (RCT), de 2 anos em que participaram pelo menos 1200 pessoas a viver em seis cidades da Finlândia. Os participantes foram selecionados com base em estudos anteriores de carácter observacional. A população do estudo foi então randomizada em dois grupos de igual dimensão, para receber uma intervenção intensiva multidomínio ou apenas aconselhamento regular de saúde. Na linha de base, todos os participantes recebem informações orais e escritas com conselhos sobre uma dieta saudável e nível de atividades físicas, cognitivas e sociais benéficas para gerir os fatores de risco vascular e sua prevenção.

Além do que é dado a ambos os grupos, os participantes no grupo de intervenção intensiva recebiam todos os componentes da intervenção: (1) orientação nutricional, com sessões de aconselhamento individual, onde se monitorizava a dieta diária do participante e sessões de grupo, em que era providenciada informação e suporte para facilitar mudanças de estilo de vida, incluindo também discussão e exercícios práticos; (2) exercício físico, em que o exercício era supervisionado por fisioterapeutas e onde a intervenção individualizada era direcionada para fortalecimento muscular e exercício de aeróbica, promovendo a manutenção e aumento do equilíbrio postural; (3) treino cognitivo, com maior foco nos domínios cognitivos mais sensíveis ao envelhecimento e com papel central na vida quotidiana (memória episódica, função executiva, velocidade mental e memória de trabalho). O treino foi realizado em sessões de grupo e individuais usando um programa de computador adaptado para o estudo; e (4) monitorização e gestão de metabolismo e de fatores de risco vascular, em que a cada três meses durante o primeiro ano e cada seis meses durante o segundo ano era medidos valores antropométricos, como peso e pressão do sangue. Os participantes eram monitorizados com frequência para avaliação da saúde geral.

O estudo FINGER foi, até onde foi possível verificar, o primeiro ensaio clínico randomizado em grande escala e de longo prazo desenvolvido para avaliar uma intervenção de múltiplos domínios, nomeadamente no que diz respeito ao seu contributo para a melhoria ou manutenção do funcionamento cognitivo e redução do risco de declínio cognitivo em idosos da população em geral. Foram observados efeitos de intervenção, não encontrados no grupo de controlo, significativos na cognição geral, e resultados cognitivos secundários (funcionamento executivo e velocidade de processamento), bem como outros resultados secundários (IMC, hábitos alimentares e atividade física). Foi registada a ausência de um efeito significativo na memória, embora análises posteriores tivessem evidenciado um efeito positivo em tarefas de memória mais complexas (pontuação de memória abreviada).

Por sua vez, o “*Study of Mental and Resistance Training*” (SMART; Singh et al., 2014) tinha como finalidade analisar os benefícios isolados e combinados do treino cognitivo e treino de resistência em pessoas com déficit cognitivo ligeiro, também designado por comprometimento cognitivo leve (MCI). O estudo SMART é um estudo randomizado, com duplo ensaio clínico controlado por treino simulado aderindo estreitamente às normas e diretrizes de testes no âmbito de intervenções não farmacológicas. Os participantes eram 100 homens e mulheres residentes na comunidade com 55 anos ou mais e com diagnóstico de MCI.

Os participantes foram randomizados para duas intervenções supervisionadas: Treino físico ou treino cognitivo. Para além disto, o grupo de controlo tinha treinos “falsos”. Assim o treino físico (treino de resistência progressiva de alta intensidade) consistia na utilização de máquinas de resistência pneumática, fazendo treinos de alta intensidade para fortalecimento dos maiores grupos musculares e o treino cognitivo (computadorizado e multidomínio), feito dois ou três dias por semana durante 6 meses com follow-up de 18 meses., envolvia exercícios de múltiplos domínios visando memória, função executiva, atenção e velocidade de processamento de informações. O treino foi feito através do programa COGPACK, desenvolvido para neuro-reabilitação e utilizado num ensaio anterior. Quatorze exercícios progressivamente mais difíceis foram selecionados, incluindo seis tarefas de memória explícita visual e verbal, avançando para tarefas mais difíceis a cada sessão. O grupo de controlo recebia uma intervenção “falsa” que consistia em ver vídeos com questões posteriores, o que teria um impacto mínimo a nível cognitivo e em termos de exercício físico realizavam apenas alongamentos e exercícios que não comprometeriam os resultados relativos ao equilíbrio e capacidade aeróbica. O grupo de intervenção participava também nesta intervenção “falsa”. Existia ainda um grupo com a intervenção combinada (treino de resistência progressiva e treino cognitivo).

O treino de resistência progressiva trouxe melhorias significativas na função global e executiva, mesmo depois dos 18 meses de follow-up. Contrariamente ao que os autores acreditavam, o treino combinado do exercício físico e treino cognitivo não trouxe melhorias significativas comparativamente com o exercício físico apenas. Os resultados deste estudo vêm por em evidência a utilidade de exercícios específicos com modalidade de alta intensidade para prevenir o declínio cognitivo. A intervenção a nível cognitivo mostrou resultados positivos apenas no período de intervenção, não trazendo benefícios após o final do programa, o que evidencia a necessidade da constante estimulação para a população mais velha. Também a combinação das duas intervenções não se mostrou eficaz, acreditando os autores que devido a ser um enorme desafio, causando stress.

Mais recentemente, Borbón-Castro et al. (2020) desenvolveram um estudo onde procuraram investigar os efeitos da participação num programa de exercícios multidimensional com duração de 12 semanas sobre os comportamentos de saúde e fatores biopsicológicos de idosos a viver no nordeste do México. A amostra incluiu 45 idosos, 23 num grupo experimental (GE) que participou num programa de exercícios e 22 num grupo de controlo (GC). Do total da amostra, 77,8% eram mulheres e 22,2% eram homens. Dentro do grupo experimental, 40% eram mulheres e 11,1% eram homens; no grupo controlo, 37,7% eram mulheres, enquanto 11,1%

eram homens. As medições incluíram antropometria, estado nutricional, perfis sanguíneos, sintomas depressivos, autoestima e níveis de atividade física, bem como recolha de dados sociodemográficos e informações sobre o estatuto socioeconómico dos participantes. As avaliações decorreram antes e após a intervenção e foram realizadas com ambos os grupos uma semana antes do início do programa de exercícios (pré-teste) e uma semana após a conclusão (pós-teste).

O objetivo principal do programa de exercícios multidimensionais foi ajudar os participantes a melhorar a capacidade aeróbica, tentando auxiliá-los na melhoria da força muscular, velocidade, agilidade, flexibilidade e coordenação. Atividades de função cognitiva também foram incluídas pelo menos duas vezes por semana com o objetivo de melhorar a memória. A intervenção foi oferecida por 5 dias por semana para 12 semanas com um total de 60 sessões. As sessões foram divididas em seis módulos, com o aumento da intensidade do exercício a cada 2 semanas. Em cada módulo, um objetivo foi estabelecido, e os exercícios nele desenvolvidos focaram-se principalmente em atingi-lo. Em cada sessão, foi utilizada uma variedade de exercícios, como danças, atividades de equipa, exercícios de resistência como caminhadas leves e treinos de circuitos.

Os resultados indicaram que a intervenção contribuiu para melhorias significativas nas variáveis relacionadas com a saúde para o grupo experimental quando comparado com o grupo de controlo. Os resultados também demonstraram que apenas os indivíduos do grupo experimental com diagnóstico de doença registaram uma melhoria da autoestima e dos níveis de atividade física quando comparados com os saudáveis. O estudo sugere, ainda, que os idosos que participam em programas de exercícios multidimensionais melhoram a função cardiovascular, a autoestima e apresentam redução dos sintomas depressivos.

Em termos de intervenção de base comunitária, é de destacar o estudo *Lighten UP!* nos EUA que diz respeito a um programa de oito semanas composto por sessões de grupo de 90 minutos destinadas a ensinar os participantes a identificar e saborear experiências positivas em vários domínios de bem-estar eudaimónico (Friedman et al., 2017). Foi utilizada uma amostra de 103 participantes com 60 ou mais anos, avaliados antes e após a intervenção. As primeiras sessões focaram-se na identificação de experiências e introduziram diferentes conceitos do domínio do bem-estar eudaimónico. As atividades em sala de aula eram apoiadas por comportamentos e tarefas diárias em casa, sendo que os participantes gravaram experiências positivas diárias as respetivas reações. No final das oito semanas, verificou-se que o estudo *Lighten UP!* teve efeitos na promoção do bem-estar psicológico em idosos adultos. Este estudo não tem grupo de controlo e por esse motivo dificulta conclusões definitivas. Ainda assim, através de análises complementares, os participantes relataram um aumento significativo de bem-estar (avaliado com a escala de bem-estar psicológico), satisfação com a vida e bem-estar social juntamente com níveis mais baixos de depressão e menos sintomas físicos e queixas de sono. Estes ganhos foram particularmente robustos no caso dos indivíduos com níveis mais baixos de bem-estar psicológico na fase pré-programa. Este estudo piloto sugere a viabilidade de um programa de intervenção para melhorar o bem-estar em idosos.

Posteriormente, Friedman et al. (2019) retomaram estudos acerca do Programa *Lighten UP!* Este estudo alargou o número de participantes (N=217), de forma a diversificar as características sociodemográficas dos mesmos. Em traços gerais o programa regeu-se dentro dos mesmos parâmetros e a principal constatação foi a melhoria significativa do bem-estar eudaimónico que foi mantida após seis meses do término do programa. Uma análise adicional demonstra declínio em sintomas depressivos, ansiedade e hostilidade, conjuntamente com melhorias modestas no que diz respeito à solidão e a queixas de sono. Assim, estes resultados mostram a manutenção de melhorias nos múltiplos aspetos da saúde mental nesta amostra de participantes. Deste modo, a intervenção oferece um enorme potencial para manter níveis significativos de envolvimento, mesmo perante declínios associados à idade, preservando o bem-estar.

Em Espanha, Fernández-Ballesteros et al. (2004) elaborou o programa “*Vivir con Vitalidad*” - um programa multimédia que tem como objetivo promover um envelhecimento satisfatório, através da transmissão de conhecimentos sobre como envelhecer bem e a aprendizagem de comportamentos saudáveis e adaptativos. O programa desenvolve-se ao longo de 50 horas, tendo por base temáticas como envelhecer bem, promoção da saúde física e mental, desenvolvimento da afetividade e da personalidade e maximização do envolvimento social. Em termos de participantes deste programa, este contou com uma amostra de 88 participantes com mais de 60 anos, divididos por 3 grupos: 13 idosos a residir na Comunidade Autónoma de Madrid (CAM), 44 idosos a residir na comunidade, pertencentes a um centro de dia da CAM. Sendo que os participantes se referem a todas as unidades afetadas pelo programa é ainda de referir o grupo de controlo, com 31 idosos que se encontram no mesmo centro de dia e que participavam noutras atividades, porém não participaram no programa.

O programa encontra-se direcionado para promover um envelhecimento satisfatório, tendo como principais estratégias a transmissão de conhecimentos e de aprendizagem. Se por um lado, parece ser um programa bem estruturado e que produz mudanças comportamentais, aumento de atividade da parte dos participantes e também uma crescente valorização do envelhecer bem, por outro lado as diferenças verificadas entre o grupo que vive institucionalizado e o grupo que vive em comunidade, são vistas como um entrave, pois poderiam ter sido antecipadas e, assim, ter-se decidido um outro tipo de população-alvo. Existe a noção de que as pessoas a viver num contexto urbano, e que realizem este tipo de programa, tem mais poder de decisão sobre a sua vida, os seus hábitos e as mudanças que querem reproduzir a longo prazo nas várias dimensões tocadas pelo programa, enquanto quem reside numa instituição pode até ter adquirido o conhecimento relativo a todas estas mudanças para tem menor margem para ajustar os seus estilos de vida conforme aprendido com o programa

O estudo de Lee et al. (2012) tem por base uma intervenção comunitária focada na promoção da saúde. O programa proposto fornece uma revisão de como as interações mente-corpo-espírito tem impacto na resiliência e estilo de vida dos mais velhos. O objetivo geral do programa é melhorar a qualidade de vida entre os idosos, ajudando-os a compreender o processo de envelhecimento e a se adaptar às mudanças associadas ao envelhecimento. Assim,

o programa “corpo-mente-espírito” tem sessões educativas sobre promoção da saúde incluindo: Corpo, que coloca ênfase em exercício, nutrição, lazer e sexualidade; Mente que se foca no stresse, emoções, pensamentos e vontades; Espírito com temáticas como significado, relações, perdão e felicidade. Foram realizadas 12 sessões consecutivas que incluíram apresentações didáticas, discussões em grupos e atividades em aula.

Esta intervenção teve dois grupos experimentais nos sites A e B. Os 20 participantes do site A completaram o programa e no site B apenas 12 (85% completaram o programa, enquanto 2 desistiram e 6 não atenderam aos requisitos). Em comparação com o grupo de controlo, os participantes do programa mostraram melhorias em todos os três domínios da saúde – corpo, mente e espírito. Em termos de saúde física, o programa foi eficaz, pois foram encontradas melhorias na classificação geral de saúde, níveis de atividade, hábitos de sono, conhecimento sobre nutrição e atitude em relação à sexualidade. Na dimensão mente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no afeto positivo ou negativo entre as medidas pré e pós-teste. No entanto, os participantes do programa relataram melhorias significativas na saúde espiritual na conclusão do programa, indicado melhores níveis de paz de espírito, satisfação com a vida e otimismo sobre o futuro. Os resultados desta intervenção apontam para a importância de incorporar uma abordagem holística para melhorar a qualidade de vida dos idosos, tendo uma visão mais integradora da promoção da saúde. Assim, os governos locais devem implementar uma variedade de programas como a intervenção “corpo-mente-espírito” para prevenir a incapacidade funcional e promover uma vida saudável entre os idosos.

Como se pode observar a partir dos estudos apresentados, a diversidade é uma das características da avaliação e intervenção gerontológica. Ainda que a maior parte dos estudos sobre a eficácia da intervenção não cumpram com o requisito de inclusão de um grupo de comparação onde os participantes são aleatoriamente atribuídos ao grupo experimental e de controlo, parece surgir uma tendência de efeitos positivos na intervenção gerontológica multidomínio. No próximo capítulo vamos apresentar o planeamento do estudo, colocando em destaque os vários aspetos metodológicos envolvidos.

## **CAPÍTULO II – MÉTODO**





## Plano de Investigação

O presente estudo tem como objetivos (1) identificar tendências na investigação associada a estudos-de-base-comunitária (estudos empíricos), nomeadamente em termos de funcionalidade, estado mental e redes sociais; e (2) caracterizar as intervenções orientadas para o envelhecimento ativo, saudável e/ou bem-sucedido em zonas territoriais específicas.

Para concretizar estes objetivos, procedeu-se a um trabalho em duas etapas, sendo que a primeira etapa corresponde a uma revisão não sistemática da literatura acerca da avaliação gerontológica multidimensional de base comunitária – em zonas territoriais delimitadas (Ferrari, 2015; Siddaway, Wood, & Hedges, 2019); a segunda etapa corresponde a uma pesquisa no site dos locais onde decorreram os estudos identificados na primeira fase.

### Primeira etapa do estudo

Para conduzir este trabalho inspiramo-nos nas recomendações de Demiris et al. (2019), para efetuar uma revisão da literatura narrativa. De acordo com esta fonte é de considerar os seguintes passos: (1) realizar a pesquisa; (2) identificar palavras-chave; (3) rever os resumos e artigos; (4) documentar os resultados. Como esta revisão incide sobre literatura cinzenta – Dissertações de Mestrado – algumas das recomendações não se aplicam.

Esta revisão está delimitada às Dissertações de Mestrado em Gerontologia Social disponíveis em Repositórios com acesso on-line e publicadas entre 2012 e 2021. Procedeu-se do seguinte modo:

1. Consulta no site RCAAP (<https://comum.rcaap.pt/>), na opção “Comunidades & Coleções” (tomando como fonte a listagem das instituições politécnicas que ministram ensino na área da Gerontologia em Portugal, extraídas da fonte: <https://www.a3es.pt/pt/acreditacao-e-auditoria/resultados-dos-processos-de-acreditacao/acreditacao-de-ciclos-de-estudos>);
2. Uma vez no repositório de cada instituição, pesquisa na opção “Assunto”, usando as palavras-chave “Envelhecimento” ou “Gerontologia Social”;
3. Com os resultados de cada escola, foi identificada a listagem que inclui as dissertações de mestrado, publicadas em cada Instituição de Ensino Politécnico.
4. Para a listagem das dissertações de mestrado em Gerontologia Social da ESE-IPVC, foram tomados em consideração os dados que constam do relatório criado pela biblioteca da instituição.

Em termos de critérios de inclusão, estabeleceu-se incluir estudos: (1) de natureza quantitativa, que envolvem pessoas com 65+ anos, a viver na comunidade - zonas geográficas delimitadas; (2) que utilizassem na avaliação gerontológica instrumentos standardizados, em

domínios específicos do funcionamento do indivíduo, tais como capacidade funcional na vida diária (ex., AIVD), desempenho cognitivo (ex., MMSE), aspetos do domínio socio-emocional (ex., redes de relações – Lubben; satisfação com a vida); (3) cujos resultados fossem apresentados em termos numéricos, com recurso à estatística descritiva e/ou inferencial, de modo a facilitar a comparabilidade dos dados.

Como critérios de exclusão, estabeleceu-se não incluir estudos: (1) que versavam sobre temas específicos (ex., qualidade de vida, sentido de comunidade), (2) cujos participantes estivessem integrados em respostas sociais de retaguarda à velhice (ex., Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas – ERPI); (3) realizados em contextos/“*settings*” específicos (ex., prisões); ou ainda (4) estudos com grupos populacionais específicos (ex., mulheres, centenários, entre outros).

Esta pesquisa iniciou-se pela análise do título e resumo das Dissertações de Mestrado em Gerontologia Social das Instituições do Ensino Superior Politécnico, designadamente Viana do Castelo (N=71) Castelo Branco (N=61), Portalegre (N=23), Coimbra (N=8) e Beja (N=5). No caso de Portalegre, foi incluído o Mestrado em Gerontologia na especialidade de Gerontologia Social. No caso de Beja, foi apenas incluído o Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária.

Da pesquisa inicial foram identificadas um total de 168 Dissertações de Mestrado. A análise inicial de título e resumo mostrou uma grande diversidade temática e metodológica, pelo que se restringiu a análise ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo pelo facto de ser a Instituição com maior número de Dissertações no domínio da Gerontologia Social até à atualidade. Neste contexto, foram selecionadas para análise aprofundada 11 Dissertações deste Mestrado, publicadas na última década (entre janeiro de 2012 e dezembro de 2021). Posteriormente, foi analisado todo o documento com destaque para método e resultados, no sentido de aprofundar não só as características da amostra, mas também os instrumentos utilizados na recolha de dados, bem como os principais resultados.

## **Segunda etapa do estudo**

Para concretizar o segundo objetivo desta dissertação, foi efetuada uma pesquisa nos sites das instituições públicas (Câmaras Municipais) onde decorreram os estudos analisados na Etapa 1.

O que orientou a pesquisa nesta fase foi identificar “projetos”, “programas”, “iniciativas” a nível local, associados ao envelhecimento da população. O objetivo desta pesquisa foi proceder à caracterização dos Programas/Projetos/Iniciativas sobre Envelhecimento Ativo, Saudável e/ou Bem-sucedido orientados para a população em geral e para os mais velhos (65+ anos) em particular. Esta pesquisa foi efetuada durante o mês de junho de 2022. Apresentam-se em seguida os resultados obtidos.

## **CAPÍTULO III – RESULTADOS**



## 1. Tendências da investigação em estudos de base-comunitária

Apresenta-se em seguida os resultados da análise das Dissertações de Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo relativas a estudos de base comunitária, isto é, territórios delimitados em termos administrativos - municípios. Trata-se de uma análise em domínios específicos, os quais configuram uma visão do envelhecimento como um processo bio-psico-social, operacionalizada em capacidade funcional, estado mental e redes sociais. Por uma questão de facilitar a compreensão das tendências da investigação em cada território, começamos por descrever os aspetos mais relevantes. Posteriormente, procurou-se incluir a informação mais relevante em Tabelas. Em termos de apresentação seguiu-se um critério de ordem histórica, do estudo mais antigo para o mais recente.

No estudo de Rodrigues (2012), estudo realizado numa zona de montanha, onde a amostra coincide com a população com 65+ anos, foram inquiridas 43 pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ( $M=75,3$ ;  $dp=7,37$ ). Da totalidade de participantes, 33 (76,7%) são mulheres e 10 (23,3%) homens. A maioria dos participantes são viúvos (53,5%) ou solteiros (41,9%). Relativamente ao grau de escolaridade, 30,2% dos participantes não sabem ler ou escrever, 25,6% sabem ler e/ou escrever, 41,9% têm entre 1 a 4 anos de escolaridade e 2,3 entre 5 e 6 anos. No que diz respeito ao grau de dependência nas AIVD, 44,2% são independentes, 53,5% são moderadamente dependentes e 2,3% são severamente dependentes. Em termos do funcionamento cognitivo, cerca de 74% dos participantes não apresenta défice cognitivo, sendo a pontuação média obtida de 24,3 pontos ( $dp=4,35$ ). Os participantes mais velhos apresentam nível de funcionamento cognitivo mais baixo do que os mais jovens. Em termos sociais, cerca de 44% dos participantes têm recursos sociais muito bons, associados a relações sociais muito satisfatórias e amplas e 2,6% apresentam recursos sociais bons, associados a relações sociais moderadamente satisfatórias e adequadas e a disponibilidade de pelo menos uma pessoa para cuidar indefinidamente. Aplicada a Escala de Satisfação com a Vida, os participantes obtiveram uma média de 21,7 ( $dp=6,31$ ).

No estudo de Martins (2012) foram inquiridos 105 idosos com idades entre os 65 e 90 anos ( $M=74,7$ ;  $dp=6,52$ ). A maioria dos participantes são mulheres (65,7%), casados (53,3%) e têm em média 5,1 anos de escolaridade. No que diz respeito à funcionalidade, avaliada através da Escala de Lawton, a maior parte dos participantes são moderadamente dependentes na vida diária (64,8%). 37,5% dos participantes apresentam défice cognitivo, o que se associa ao nível de escolaridade. Do total de participantes, 46% apresentam recursos sociais bons e muito bons. Verificam-se associações entre idade e funcionalidade, sendo que quanto mais idade, maior a dependência. Quanto maior a escolaridade, menor risco de défice cognitivo. Tanto a funcionalidade como o desempenho cognitivo estão associados aos recursos sociais, sendo que quanto mais elevados os recursos sociais, melhores níveis de funcionalidade e de desempenho cognitivo.

No estudo desenvolvido por Alves (2013) foram inquiridos 87 idosos com idades entre os 65 e 98 anos ( $M= 74,1$  anos;  $dp=6,76$ ). A maioria dos participantes são do género feminino

(62,1%), casados (57,5%) e têm em média 4 anos de escolaridade. A maioria dos participantes é moderadamente dependentes (70,1%) para as AIVD, apenas 33,3% apresenta déficit cognitivo e 41,3% têm recursos sociais muito bons e bons. A escolaridade está associada positivamente ao funcionamento cognitivo, mas de forma negativa relativamente à funcionalidade. Existem, também, diferenças significativas quanto à idade, sendo as pontuações mais negativas a dos idosos mais velhos. Em média, os participantes situam a sua satisfação geral com a vida num nível de "satisfeito" ( $M=3,0$ ;  $dp=0,59$ ). A satisfação com a vida apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a escolaridade ( $r_s= 0,295$ ;  $p<0,01$ ) e com o score do MMSE ( $r_s= 0,261$ ;  $p<0,05$ ).

O estudo realizado por Sá (2013), um estudo em zonas isolada a nível rural, inquiriu um total de 38 idosos com idades entre os 65 e 86 anos ( $M=75,11$ ;  $dp=6,88$ ), maioritariamente do género feminino (60,5%), viúvos (44,7%) e com escolaridade reduzida (entre 1 e 4 anos) (65,8%). Em termos de funcionalidade, os idosos são na sua maioria moderadamente independentes (60,5%) no que diz respeito às AIVD. Do total de participantes, 13,2% apresentam déficit cognitivo e cerca de 1/3 da amostra (28,9%) tem maior risco de isolamento social. Em relação ao Índice de Barthel, Lawton e MMSE, existem diferenças significativas na média tendo em conta a idade dos participantes, sendo o valor de  $p<0,05$ , o que nos transmite a ideia de que quanto menor for a idade dos participantes, maior será a sua capacidade física e mental. Quanto à satisfação com a vida, os participantes obtêm valores médios elevados ( $M=23,2$ ;  $DP=6,83$ ). Comparadas as várias dimensões do envelhecimento (funcionalidade, cognição e aspetos socio emocionais) em função de viver só ou com pessoas idosas, observam-se diferenças significativas na satisfação com a vida ( $p=0,03$ ) sendo que, quem vive só apresenta valores superiores. Igualmente se observa que existe uma associação positiva significativa entre satisfação com a vida, rede social ( $p<0,01$ ).

No estudo de Pereira (2013), no núcleo urbano, foram inquiridos 140 idosos com idades entre os 65 e 101 anos ( $M=77,4$ ,  $dp=7,03$ ), na sua maioria do género feminino (54,3%), casados (52,7%) e com uma média de 3 anos de escolaridade. No que concerne a funcionalidade, a maioria dos participantes é moderadamente dependente (63,8%) nas AIVD, 27,9% apresentam déficit cognitivo e apenas 1,4% dos participantes apresenta critérios de maior risco de isolamento social. Relativamente à satisfação com a vida, os participantes obtiveram uma pontuação média de 29,1 ( $dp=4,27$ ) na Escala de Satisfação com a Vida, que variou entre 10 e 35 pontos (Tabela 13). Tendo em conta que o ponto médio da escala é 20, é possível verificar que a média registada ( $M=29,1$ ) é consideravelmente superior, estando mais próxima de máximo de satisfação do que de níveis de insatisfação. Os idosos com mais velhos mostram significativamente maior dependência quanto à funcionalidade e funcionamento cognitivo, assim como as mulheres também se mostraram mais dependentes comparativamente com os homens. Neste estudo não foram encontradas evidências que a satisfação com a vida se altere com a idade. No entanto, os homens mostram-se mais satisfeitos com a vida do que as mulheres.

Costa (2013), no seu estudo inquiriu 84 idosos com idades entre os 65 e 90 anos ( $M=74.2$ ,  $dp=6.57$ ), maioritariamente do género feminino (61,9%), casados (54,8%) e com uma

média de 3 anos de escolaridade. A maioria dos participantes (71,6%) é independente nas AIVD, apenas 13,1% apresentam déficit cognitivo e quanto às redes sociais, a maioria dos participantes (76,2%) afirma ter uma relação muito boa com a família e amigos. No que respeita à satisfação geral com a vida, apenas 9,5% da amostra se mostra insatisfeito. Verifica-se que maior dependência para as AIVD está associada ao género feminino e aos idosos da 4ª idade. Averigua-se ainda que, em termos globais, quanto maior for o nível de escolaridade, menor é o déficit cognitivo.

Pereira (2016) inquiriu 124 idosos com idades 65 e 92 anos ( $M=74,32$ ,  $dp= 7,16$ ), maioritariamente do género feminino (55,6%), casados (56,5%) e com uma média de 4 anos de escolaridade. No que toca às AIVD a maioria dos participantes é independente (54,8%). No que diz respeito ao funcionamento cognitivo, 26,6% dos participantes apresentam déficit cognitivo. Em termos de redes sociais 16,9% dos participantes apresenta critérios de maior risco de isolamento social. Em relação à satisfação com a vida, os participantes obtiveram uma pontuação média de 28,0 pontos ( $dp=5,31$ ) na Escala de Satisfação com a Vida, variando entre 10 e 35 pontos (tabela 11). Tendo em consideração que o ponto médio da escala é 20, verifica-se que a pontuação média obtida ( $M=28,03$ ) é consideravelmente superior, estando mais próxima do nível máximo de satisfação. Assim, os resultados indicam que os participantes estão globalmente satisfeitos com a sua vida. Verifica-se que participantes mais velhos e com menor escolaridade apresentam indicadores de maior vulnerabilidade nas várias dimensões da avaliação. Neste estudo foram encontradas evidências que a satisfação com a vida se altera com a idade. O grupo de participantes dos 65-79 anos revelou maior satisfação com a vida que os participantes com 80 e mais anos.

No estudo de Passos (2016) foram inquiridos 72 idosos com idades entre os 65 e 94 anos ( $M=78,2$ ,  $dp=8,6$ ), maioritariamente do género feminino (56,9%) e casados (52,8%), com uma média de 5 anos de escolaridade. Em termos de funcionalidade 41,7% dos participantes são moderadamente dependentes e 40,3% são independentes. 36,1% dos participantes apresenta déficit cognitivo e 6,9% dos participantes apresenta critérios de maior risco de isolamento social. Idosos mais novos apresentam melhores resultados no que diz respeito ao funcionamento cognitivo. Maior grau de escolaridade está associado a resultados mais positivos quanto ao funcionamento cognitivo e à funcionalidade. No que diz respeito a esta última, ser mulher também mostra resultados significativamente positivos.

**Tabela 1. Caracterização dos domínios de funcionamento individual em estudos de base comunitária (contexto global)**

Título	Participantes/Amostra	Instrumentos de recolha de dados	Principais resultados
<p><b>Envelhecer em casa em ambientes predominantemente rurais e moderadamente urbanos:</b> <i>Um estudo de base comunitária em Monção (Alves, 2013)</i></p>	<p>Foram inquiridos <b>87 idosos</b> com idades compreendidas entre os <b>65 e 98 anos (M=74,1 anos; dp=6.76)</b>. <b>62,1%</b> dos participantes são do <b>género feminino</b> e 37,9% do género masculino. Quanto ao estado civil <b>57,5% são casados</b>, 33,3% são viúvos, 8,0% são solteiros e 1,0% são separados/ divorciados. Relativamente ao nível de escolaridade os participantes inquiridos têm em média 4 anos de escolaridade (M=4,1; dp=3,60): <b>73,6% tem entre 1 e 4 anos de escolaridade</b>, 11,5% são analfabetos, 7% têm entre 5 e 9 anos e 8% mais de 10 anos de escolaridade.</p>	<p><b>Funcionalidade (AIVD)</b> - Índice de Lawton (Lawton &amp; Brody, 1969; Sequeira, 2007) <b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas &amp; Garcia, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro &amp; Martins, 2009) <b>Redes sociais</b> – (OARS-PT, Fillenbaum &amp; Smyer, 1981 versão portuguesa Rodrigues, 2008 Satisfação com a vida – questão síntese</p>	<p><b>Funcionalidade</b> – nas AIVD 70,1% dos participantes são moderadamente dependentes, 26,4% são independentes e 3,4% são severamente dependentes <b>Funcionamento cognitivo</b> – 33,3% dos idosos apresenta défice cognitivo. Existem diferenças significativas entre a 3ª e 4ª idade, sendo as pontuações mais negativas a dos idosos mais velhos. <b>Redes sociais</b> - Cerca de 41,3% dos participantes têm recursos sociais muito bons e bons, 35,6% terão recursos sociais ligeira e moderadamente insatisfatórios e 23% fortemente insatisfatórios e insatisfatórios <b>Satisfação com a vida</b> - os participantes situam a sua satisfação geral com a vida num nível de “satisfeito”</p>
<p><b>Capacidades e necessidades de pessoas idosas a residir em casa:</b> <i>Um estudo de base comunitária no município de Esposende (Costa, 2013)</i></p>	<p>Foram inquiridos <b>84 idosos</b> com idades compreendidas entre os <b>65 e 90 anos (M=74,2 anos; dp=6.57)</b>. <b>61,9%</b> dos participantes são do <b>género feminino</b> e 38,1% do género masculino. Quanto ao estado civil <b>54,8% são casados</b>, 35,7% são viúvos, 6% são solteiros e 3,6% são separados/ divorciados. Relativamente ao nível de escolaridade os participantes inquiridos têm em média 3 anos de escolaridade (dp=1.92): <b>63,9% tem entre 1 e 4 anos de escolaridade</b>,</p>	<p><b>Funcionalidade</b> - Índice de Lawton (Lawton &amp; Brody, 1969; Sequeira, 2007) <b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro &amp; Martins, 2009) <b>Redes sociais</b> – (OARS-PT, Fillenbaum &amp; Smyer, 1981</p>	<p><b>Funcionalidade</b> – 71,6% dos participantes é independente nas AIVD, 16,2% moderadamente dependentes e 12,2% severamente dependentes. <b>Funcionamento cognitivo</b> - apenas 13,1% dos participantes apresentam défice cognitivo. <b>Redes sociais</b> - a maioria dos idosos (89.3%) refere ter alguém disponível para ajudá-lo caso esteja doente ou incapacitado. Quanto à relação dos inquiridos com a família e amigos, 76.2% afirma ser muito boa, 19.0% razoável e 3.6% má. No que respeita à <b>satisfação geral com a vida</b>, a categoria “satisfeito” é a que se encontra mais bem</p>



	27,4% são analfabetos e 4,8% têm 5 ou mais anos de escolaridade.	versão portuguesa Rodrigues, 2008 Satisfação com a vida – ficha sociodemográfica	representada, com 39.3% da amostra. Verifica-se que maior dependência para as AIVD está associada ao género feminino e aos idosos da 4ª idade. Averigua-se ainda que, em termos globais, quanto maior for o nível de escolaridade, menor é o défice cognitivo.
<b>Envelhecimento e avaliação gerontológica multidimensional:</b> <i>Um estudo de base comunitária no município de Vizela (Pereira, 2016)</i>	Foram inquiridos <b>124 idosos</b> com idades compreendidas entre os <b>65 e 92 anos (M=74,32 anos; dp=7.16)</b> . <b>55,6%</b> dos participantes são do <b>género feminino</b> e 44,4% do género masculino. Quanto ao estado civil <b>56,5% são casados</b> , 29,0% são viúvos, 12,9% são solteiros e 1,6% são separados/ divorciados. Relativamente ao nível de escolaridade os participantes inquiridos têm em média 4 anos de escolaridade (M=3,87, dp=2,89): <b>74,2% tem entre 1 e 4 anos de escolaridade</b> , 8,9% são analfabetos e 16,9% têm 5 ou mais anos de escolaridade.	<b>Funcionalidade (AIVD)</b> - Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) <b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Exame do Estado Mental (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015) <b>Redes sociais</b> - Escala de Rede Social de Lubben-6 (Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) <b>Escala de Satisfação com a Vida</b> - (ESV; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990)	<b>Funcionalidade</b> – no que toca às ABVD, a maioria dos participantes é independente para as ABVD (83,9%), sendo que 13,7% é ligeiramente dependente, 1,6% moderadamente dependente e 0,8% severamente dependente. Quanto às AIVD, 54,8% é independente para as AIVD, enquanto 28,2% é moderadamente dependente e 16,9% severamente dependente. <b>Funcionamento cognitivo</b> – 26,6% dos participantes apresenta indicadores de défice cognitivo. <b>Redes sociais</b> – 16,9% dos participantes apresenta critérios de maior risco de isolamento social. <b>Satisfação com a vida</b> - os resultados indicam que os participantes estão globalmente satisfeitos com a sua vida. Participantes mais velhos e com menor escolaridade apresentam indicadores de maior vulnerabilidade nas várias dimensões da avaliação.
<b>Envelhecimento ativo e avaliação gerontológica</b> <i>Um estudo de base comunitária em Valença (Passos, 2016)</i>	Foram inquiridos <b>72 idosos</b> com idades compreendidas entre os <b>65 e 94 anos (M=78,2 anos; dp=8,6)</b> . <b>56,9%</b> dos participantes são do <b>género feminino</b> e 43,1% do género masculino. Quanto ao estado civil <b>52,8% são casados</b> , 37,5% são viúvos, 8,3% são solteiros e 1,4% são separados/ divorciados. Relativamente ao nível de escolaridade os participantes inquiridos têm em média 5 anos de escolaridade (M=5,0, dp=3,7): <b>69,4% tem entre 1 e 4 anos de escolaridade</b> , 6,5% são analfabetos, 13,9% entre 5 a 9 anos,	<b>Funcionalidade (AIVD)</b> - Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) <b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009; Freitas, Simões, Alves & Santana, 2015) <b>Redes sociais</b> - Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6	<b>Funcionalidade</b> – cerca de 40,3% dos participantes são independentes para as AIVD, 41,7% são moderadamente dependentes e 18,0% apresentam dependência severa na realização para as AIVD <b>Funcionamento cognitivo</b> – 36,1% dos participantes apresenta indicadores de défice cognitivo. <b>Redes sociais</b> – 6,9% dos participantes apresenta critérios de maior risco de isolamento social.  Idosos mais novos apresentam melhores resultados no que diz respeito ao funcionamento cognitivo. Maior grau de escolaridade está associado a resultados mais positivos quanto ao funcionamento cognitivo e à

	6,9% entre 10 a 12 anos e 4,2% dos participantes têm escolaridade superior ao ensino secundário.	(Lubben, 1988; versão portuguesa de Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012)	funcionalidade. No que diz respeito a esta última, ser mulher também mostra resultados significativamente positivos.
<b>Envelhecimento Bem-Sucedido e Avaliação Gerontológica Multidimensional:</b> <i>Um estudo de base comunitária em Ponte da Barca</i> (Teixeira, 2017)	Foram inquiridos 102 idosos com idades compreendidas entre os 65 e 96 anos (M=75,5 anos; dp=7,6). 58,8% dos participantes são do género feminino e 41,2% do género masculino. Quanto ao estado civil 49% são casados, 36,3% são viúvos, 10,8% são solteiros e 3,9% são separados/ divorciados. Relativamente ao nível de escolaridade os participantes inquiridos têm em média 3 anos de escolaridade (M=2,8, dp=2,7): 59,8% tem entre 1 e 4 anos de escolaridade, 31,4% são analfabetos e 8,8% entre 5 a 9 anos de escolaridade.	<b>Funcionalidade (AIVD)</b> - Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) <b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta & Martins, 2009) <b>Redes sociais-Escala de Rede Social de Lubben</b> (LSNS-18; Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012)	<b>Funcionalidade</b> – 63,7% dos participantes apresenta dependência moderada, 28,4% é independente e 7,8% são severamente dependentes. <b>Funcionamento cognitivo</b> – 35,6% dos participantes apresenta indicadores de défice cognitivo. <b>Redes sociais</b> – 30,7% dos participantes apresenta indicadores de maior risco de isolamento social.  Idosos mais velhos e o sexo feminino apresentam pior desempenho cognitivo e maior risco de isolamento social. Os participantes menos escolarizados apresentam maior dependência nas AIVDs, pior desempenho cognitivo e maior risco de isolamento social.
<b>Envelhecimento e Proatividade Adaptativa:</b> <i>Um estudo de base comunitária em Vila Verde</i> (Sampaio, 2017)	Foram inquiridos 83 indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos (M=77,1, dp=7,9). 54,2% são participantes do género feminino e 45,8% masculino. Relativamente ao estado civil, 53% dos participantes são casados, 37,3% são viúvos, 7,2% são solteiros e 2,4% separados ou divorciados. Ao nível da escolaridade, verifica-se que em média, os participantes frequentaram a escola aproximadamente 4 anos (M=3,66, dp=3,09). 60,2% têm entre 1 e 4 anos de escolaridade, 10,8% entre 5 e 9 anos, 3,6% entre 10 e 12 anos, 1,2% dos participantes têm escolaridade superior ao ensino secundário. É de salientar que 24,1% são analfabetos.	<b>Funcionalidade (AIVD)</b> - Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), <b>Funcionamento cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015), <b>Rede social - Escala Breve de redes sociais de Lubben</b> (LSNS-6; Lubben, 1988; Ribeiro et al., 2012) <b>Escala de Satisfação com a Vida</b> (ESV; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990)	<b>Funcionalidade</b> - 45,8% dos participantes são independentes na realização das AIVD, 44,6% são moderadamente dependentes e 9,6% são severamente dependentes. <b>Funcionamento cognitivo</b> – 15,9% dos participantes apresenta indicadores de défice cognitivo. <b>Redes sociais</b> – 7,2% dos participantes apresenta indicadores de maior risco de isolamento social. <b>Satisfação com a vida</b> - os resultados apontam que os participantes estão globalmente satisfeitos com a sua vida.  Idosos mais velhos e do sexo feminino apresentam piores resultados. Maior nível de escolaridade apresenta melhores resultados em todas as dimensões do envelhecimento.

Teixeira (2017), no seu estudo, inquiriu 102 idosos com idades entre os 65 e 96 anos ( $M=75,5$   $dp= 7,6$ ), maioritariamente do género feminino (58,8%), casados (49%) e com média de 3 anos de escolaridade. No que diz respeito à funcionalidade, a maioria dos indivíduos apresenta dependência moderada (63,7%), 35,6% dos participantes apresentam défice cognitivo e 30,7% apresentam indicadores de maior risco de isolamento social. Observam-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do funcionamento individual em função da escolaridade, sendo que os menos escolarizados obtêm pior desempenho; relativamente ao género observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas redes sociais e na sintomatologia depressiva, sendo que as mulheres apresentam piores indicadores; em termos de idade observam-se diferenças estatisticamente significativas nas atividades de vida diária, no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva, sendo que os mais velhos (80+ anos) apresentam pior desempenho.

No estudo de Lima (2017) foram inquiridos 100 participantes, com idades entre os 65 e os 94 anos ( $M = 76,82$ ;  $DP = 8,35$ ), na sua maioria mulheres (53%), casados (46,5%) e com média de 3 anos de escolaridade. Em termos de funcionalidade, cerca de 2/3 (64%) dos participantes apresenta dependência nas AIVD e 32,9% dos participantes apresenta défice cognitivo. Quanto aos recursos sociais 17% dos participantes relatam ter recursos ligeiramente, fortemente ou totalmente insatisfatórios. Verifica-se que maior dependência para as AIVD está associada ao género feminino e aos idosos mais velhos. Quanto ao desempenho cognitivo, os idosos mais jovens (terceira idade) apresentam uma pontuação média de 27,34 ( $DP = 2,83$ ) significativamente superior aos idosos mais velhos (quarta idade) que apresentam um valor médio de 24,96. As mulheres apresentam níveis de dependência significativamente superiores aos dos homens ( $p = 0,030$ ).

No estudo de Sampaio (2017) foram inquiridos 83 indivíduos com idades entre os 65 e os 93 anos ( $M=77,1$ ,  $dp=7,9$ ). A maioria dos participantes (54,2%) são do género feminino, casados (53%) e com uma média de 4 anos de escolaridade. 45,8% dos participantes são independentes na realização das AIVD, 15,9% dos participantes apresentam défice cognitivo e 7,2% dos participantes apresentam indicadores de maior risco de isolamento social. No que à satisfação com a vida diz respeito, os participantes obtiveram uma pontuação média de 31,20 ( $dp=4,02$ ) na SWLS, variando entre 18 e 35 pontos (Tabela 14). Tendo em consideração que o ponto médio da escala é 20, é possível verificar que a média obtida ( $M=31,20$ ) é consideravelmente superior, estando mais próxima do nível máximo de satisfação do que níveis de insatisfação. Idosos mais velhos e do sexo feminino apresentam piores resultados nas várias dimensões de análise. Pessoas com maior nível de escolaridade apresentam melhores resultados em todas as dimensões analisadas. No que diz respeito à satisfação com a vida ou bem-estar, quando consideradas as características sociodemográficas, observa-se que tendencialmente são os participantes com 65-79 anos, homens e com maior nível de escolaridade que apresentam maior satisfação com a vida, no entanto estas diferenças apenas foram estatisticamente significativas relativamente à escolaridade.

Nas tabelas seguintes, apresenta-se a informação mais relevante para caracterizar o envelhecimento nos territórios delimitados, quer municípios quer associação de freguesias ou freguesias.

No sentido de melhor compreender a grande amplitude dos resultados, quer em termos da capacidade funcional, desempenho cognitivo, redes sociais e satisfação com a vida/bem-estar subjetivo, procurou-se analisar em separado os estudos efetuados em contexto rural e em contexto urbano. Apresenta-se em seguida, nas tabelas 2 e 3, os resultados obtidos.

**Tabela 2. Caracterização dos domínios de funcionamento individual em estudos de base comunitária (contexto rural)**

Título	Participantes/Amostra	Instrumentos de recolha de dados	Principais resultados
<p><b>A</b> <b>multidimensionalidade do envelhecimento em lugares específicos: um estudo no município de Viana do Castelo</b> (Rodrigues, 2012)</p>	<p>Foram inquiridos <b>43 idosos</b> com idades compreendidas entre os <b>65 e os 96 anos (M=75,3; dp=7,37)</b>. Da totalidade de participantes, 33 (76,7%) são mulheres e 10 (23,3%) homens. A maioria dos participantes são <b>viúvos</b> (53,5%) ou solteiros (41,9%). Relativamente ao grau de escolaridade, 30,2% dos participantes não sabem ler ou escrever, 25,6% sabem ler e/ou escrever, 41,9% têm entre 1 a 4 anos de escolaridade e 2,3 entre 5 e 6 anos.</p>	<p><b>Funcionalidade</b> (AIVD) - Índice de Lawton (Lawton &amp; Brody, 1969; Sequeira, 2007)  <b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro &amp; Martins, 2009)  <b>Redes sociais</b> - OARS-PT (Fillenbaum &amp; Smyer, 1981 versão portuguesa Rodrigues, 2008)  <b>Escala de Satisfação com a Vida</b> (ESV; Diener, Emmons, Larsen &amp; Griffin, 1985; Neto, Barros &amp; Barros, 1990)</p>	<p><b>Funcionalidade</b> – no que refere ao grau de dependência, 44,2% são independentes, 53,5% são moderadamente dependentes e 2,3% são severamente dependentes.  <b>Funcionamento Cognitivo</b> – cerca de 74% dos participantes não apresenta défice cognitivo, sendo a pontuação média obtida de 24,3 pontos (dp=4,35). Os participantes mais velhos apresentam nível de funcionamento cognitivo mais baixo do que os mais jovens.  <b>Redes sociais</b> – cerca de 44% dos participantes têm recursos sociais muito bons, associados a relações sociais muito satisfatórias e amplas e 2,6% apresentam recursos sociais bons, associados a relações sociais moderadamente satisfatórias e adequadas e a disponibilidade de pelo menos uma pessoa para cuidar indefinidamente.  <b>Escala de Satisfação com a Vida</b> – os participantes obtiveram uma média de 21,7 (dp=6,31)</p>

<p><b>Envelhecer em zonas rurais isoladas:</b> <i>Avaliação gerontológica multidimensional no município de Amares</i> (Sá, 2013)</p>	<p>Foram inquiridos <b>38 idosos</b> com idades compreendidas entre os <b>65 e 86 anos (M=75,11 anos; dp=6.88)</b>. <b>60,5%</b> dos participantes são do <b>género feminino</b> e 39,5% do género masculino. Quanto ao estado civil 36,8% são casados, <b>44,7% são viúvos</b> e 18,4% são solteiros. Relativamente ao nível de escolaridade do total de participantes, <b>65,8% tem entre 1 e 4 anos de escolaridade</b>, 18,4% são analfabetos e 15,8% têm mais de 5 anos de escolaridade.</p>	<p><b>Funcionalidade</b> (AIVD) - Índice de Lawton (Lawton &amp; Brody, 1969; Sequeira, 2007)</p> <p><b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro &amp; Martins, 2009)</p> <p><b>Redes sociais</b> - Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6 (Lubben, 1988; versão portuguesa de Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa &amp; Paúl, 2012)</p> <p><b>Escala de Satisfação com a Vida</b> (ESV; Diener, Emmons, Larsen &amp; Griffin, 1985; Neto, Barros &amp; Barros, 1990)</p>	<p><b>Funcionalidade</b> – quanto às AIVD, dos participantes 28,9% são independentes, 60,5% moderadamente independentes e 10,5% severamente dependentes</p> <p><b>Funcionamento cognitivo</b> - 13,2% dos participantes apresentam défice cognitivo</p> <p><b>Redes sociais</b> – verifica-se que 28,9% dos participantes tem maior risco de isolamento social.</p> <p><b>Satisfação com a vida</b> - os participantes obtêm valores médios elevados (M=23,2; DP=6,83). A idade dos participantes parece apontar diferenças significativas para a funcionalidade e funcionamento cognitivo, o que nos transmite a ideia de que quanto menor for a idade dos participantes, maior será a sua capacidade física e mental. Para o funcionamento cognitivo, também o nível de escolaridade traz diferenças significativas, sendo que os participantes que nunca frequentaram a escola apresentam na sua maioria resultados mais baixos que os restantes.</p>
--	---	--	--

**Tabela 3. Caracterização dos domínios de funcionamento individual em estudos de base comunitária (contexto urbano)**

Título	Participantes/Amostra	Instrumentos de recolha de dados	Principais resultados
<p><b>Envelhecimento bem-sucedido e recursos ecológicos:</b> <i>Um estudo de base comunitária no núcleo urbano de Angra do Heroísmo (Açores)</i> (Martins, 2012)</p>	<p>Foram inquiridos <b>105 idosos</b> com idades compreendidas entre os <b>65 e 90 anos (M=74,7; dp=6,52. 65,7% são mulheres</b> e 34,4% são homens. Quanto ao estado civil <b>53,3% são casados</b>, 39,0% são viúvos, 5,7% são solteiros e 1,9% são separados/divorciados. Os participantes têm em média 5,1 anos (dp= 2,96) de escolaridade: 3,8% não frequentaram a escola, <b>60,0%</b> têm entre <b>1 a 4 anos de escolaridade</b>, 28,6% têm entre 5 e 9 anos e 7,6% têm 10 ou mais anos de escolaridade.</p>	<p><b>Funcionalidade</b> (AIVD) - Índice de Lawton (Lawton &amp; Brody, 1969; Sequeira, 2007) <b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro &amp; Martins, 2009) <b>Redes sociais</b> - (OARS-PT, Fillenbaum &amp; Smyer, 1981 versão portuguesa Rodrigues, 2008 Bem-estar - não se aplica</p>	<p><b>Funcionalidade</b> - nas <b>AIVD</b> 80% dos participantes são <b>independentes</b> e 20% ligeiramente dependentes; nas <b>ABVD</b> 34% dos participantes são independentes, 64,8% são <b>moderadamente dependentes</b> e 1% são severamente dependentes. Os idosos mais velhos mostram significativamente maior dependência para as AIVD. <b>Funcionamento cognitivo</b> - <b>37,5%</b> dos participantes apresentam <b>déficé cognitivo</b>. Este declínio aparece associado ao nível de escolaridade. <b>Redes sociais</b> - Cerca de 46% dos participantes terão recursos sociais bons e muito bons, 31,5% terão recursos sociais ligeiramente e moderadamente insatisfatórios e 22,9% recursos sociais (fortemente) insatisfatórios. Bem-estar - não se aplica</p>
<p><b>Avaliação multidimensional da população com 65+ anos no perímetro urbano de Santo Tirso:</b> <i>Contributos para o plano gerontológico municipal</i> (Pereira, 2013)</p>	<p>Foram inquiridos <b>140 idosos</b> com idades compreendidas entre os <b>65 e 101 anos (M=77,4 anos; dp=7,03). 54,3%</b> dos participantes são do <b>género feminino</b> e 45,7% do género masculino. Relativamente ao estado civil, <b>52,7%</b> dos participantes são <b>casados</b>, 39,3% viúvos, 2,9% solteiros e 2,1% separados/divorciados. Relativamente ao nível de escolaridade os participantes inquiridos têm em média 3 anos de escolaridade (dp=2,44): <b>63,6% tem entre 1 e 4 anos de escolaridade</b>, 27,1% não frequentaram a escola e 9,3% têm mais de 5 anos de escolaridade.</p>	<p><b>Funcionalidade</b> - Índice de Lawton (Lawton &amp; Brody, 1969; Sequeira, 2007) <b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975; versão portuguesa de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro &amp; Martins, 2009) <b>Redes Sociais</b> - Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-6 (Lubben, 1988; versão portuguesa de Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa &amp; Paúl, 2012) <b>Escala de Satisfação com a Vida</b> (ESV; Diener, Emmons, Larsen &amp; Griffin, 1985; Neto, Barros &amp; Barros, 1990)</p>	<p><b>Funcionalidade</b> - no que toca às AIVD 63,6% dos participantes é moderadamente dependente, enquanto 23,6% é independente e 12,9% é severamente dependente. <b>Funcionamento cognitivo</b> - 27,9% dos participantes apresenta déficé cognitivo. <b>Redes sociais</b> - Apenas 1,4% dos participantes apresenta critérios de maior risco de isolamento social. Satisfação com a vida - os resultados apontam para que os participantes estão satisfeitos com a vida.  As mulheres, e na 3ª idade são participantes menos dependentes nas AIVD e apresentam mais déficé cognitivo.</p>

<p><b>Envelhecimento Bem-Sucedido, Competência na Vida Diária e Recursos Ecológicos:</b> <i>Um estudo em território mediano urbano do Município de Viana do Castelo (Lima, 2017)</i></p>	<p>Foram inquiridos 100 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos (M = 76,82; DP = 8,35). 53% dos participantes são do género feminino e 47% do género masculino. Quanto ao estado civil 46,5% dos participantes são casados, 41,4% são viúvos, 8,1% são solteiros e 4% são divorciados. Relativamente à escolaridade, verifica-se que, em média, os participantes têm 3 anos de escolaridade. É de referir que 18% dos participantes não são escolarizados, 67% têm entre 1 e 4 anos de escolaridade, 11,3% têm entre 5 e 9 anos e apenas 1% tem o 12.º ano.</p>	<p><b>Funcionalidade</b> (AIVD) - Índice de Lawton (Lawton &amp; Brody, 1969; Sequeira, 2007)</p> <p><b>Funcionamento Cognitivo</b> - Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho &amp; Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta &amp; Martins, 2009)</p>	<p><b>Funcionalidade</b> – 36% dos participantes é independente nas AIVD, 50% é moderadamente dependente e 14% é severamente dependente. Dito de outro modo, 64% (n=64) dos participantes apresenta indicadores de dependência nas AIVD.</p> <p><b>Funcionamento cognitivo</b> – 32,9% dos participantes apresenta indicadores de défice cognitivo.</p> <p>Verifica-se que maior dependência para as AIVD está associada ao género feminino e aos idosos da mais velhos. Quanto ao desempenho cognitivo, este é mais elevado em homens, mais novos e com maior nível de escolaridade.</p>
--	--	--	---



Uma análise sumária dos principais resultados contratando contexto rural e urbano permite verificar que em termos das características da amostra, os participantes são maioritariamente do sexo feminino, casados e com escolaridade entre 1 e 4 anos. No que se refere aos domínios de funcionamento individual em estudos de base comunitária em contextos específicos, é possível verificar que se mantém a tendência de resultados com pontuação mais reduzida para idosos com mais idade. Dito de outro modo, os resultados parecem apontar para diferenças significativas na capacidade funcional e desempenho cognitivo em função da idade, muito embora este não seja um assunto linear dada a grande amplitude observada nos resultados. Relativamente às redes sociais, é de salientar a grande amplitude dos valores, nomeadamente no que se refere ao risco de isolamento social

Tomando em consideração o contexto rural, face ao contexto urbano, observa-se que a maioria dos participantes é viúva e, em termos de capacidade funcional nas AIVD, moderadamente dependentes. No contexto urbano, verifica-se que a capacidade funcional nas atividades de vida diária (AIVD) os valores variam entre independente e moderadamente dependente.

## 2. Caracterização dos programas de base-comunitária em locais específicos

Depois de finalizada a primeira etapa do estudo, procurou-se regressar aos Municípios (zonas territoriais) onde tinham sido efetuados os estudos de base-comunitária. Esta ação visa recolher informação através dos sites das câmaras municipais no sentido de identificar as medidas programáticas orientadas para o envelhecimento ativo e saudável da população ao nível local. No entanto, é de salientar que, no caso de alguns estudos, entre a avaliação gerontológica apresentada anteriormente nas tabelas 1, 2 e 3 e esta pesquisa nos sites das câmaras municipais decorre cerca de uma década.

**Tabela 4. Caracterização dos programas de base comunitária em locais específicos**

<b>Câmara Municipal</b>	<b>Projeto desenvolvido na CM</b>
Amares	<b>“Cartão Sénior”</b> – Esta medida tem como finalidade permitir às pessoas com idade igual ou superior aos 65 anos usufruir de descontos em bens e serviços de equipamentos municipais, comércio local, clínicas de saúde e bem-estar, bem como em diversas atividades lúdicas e desportivas, entre outros setores.
Angra do Heroísmo (Açores)	“O projeto <b>“Freguesias com Música, que Toca”</b> visa chegar a sonoridade ao coração das freguesias do Concelho de Angra do Heroísmo. É composto pelo Duo Tie & Butterfly que, para além da experiência de palco e espetáculo, integra elementos de forte sensibilidade para as questões relacionadas com o envelhecimento ativo e atenuação da solidão. “

	<p>“O <b>Haja Saúde Municipal</b>, criou este espaço para que continuemos o nosso trabalho em prol do envelhecimento ativo e assim continuarmos juntos, embora nas nossas casas e em segurança. Neste propósito criámos um leque de atividades que serão lançadas semanalmente e que permitem despertar as vossas capacidades físicas, emocionais, mentais e sociais. Portanto, com a ajuda de um familiar ou sozinho, participe nas nossas atividades e mantenha-se ativo, cuidando da sua saúde e bem-estar biopsicossocial!”</p>
Esposende	<p>“O Município de Esposende fomenta uma política ativa para a Terceira Idade (...) Operacionaliza a sua implementação em sede da Rede Social de Esposende (...) Ao longo do ano são inúmeras as atividades desenvolvidas de diversa índole – lúdicas, recreativas, desportivas, musicais, culturais, desportivas, entre outras, cuja organização cabe a cada uma das entidades locais promotoras, com a colaboração do Município e empresas municipais (...)”</p>
Monção	<p>“O <b>projeto Baús Volantes</b> leva livros, filmes e recordações aos centros de dia do concelho”  Com a <b>iniciativa “Idade Maior</b> os idosos podem ver, gratuitamente, filmes de qualidade, grande parte, faladas em português.”  “O exercício físico é parte integrante do processo de envelhecimento ativo, realizando-se, nesse sentido, sessões específicas nos centros de dia do concelho e atividades enquadradas no <b>projeto Olimpíadas Seniores</b>, onde cerca de meia centena de monçanenses preparam, com treinos regulares, a celebração desta iniciativa intermunicipal. “</p>
Ponte da Barca	<p>“<b>Barca Ativa</b>”, um projeto de grande simplicidade, que de uma forma gratuita e informal, pretende proporcionar atividade física a toda a população sénior do concelho.” – 2013  “A Câmara Municipal de Ponte da Barca deu início a um novo circuito da <b>Biblioteca Itinerante</b> que, duas vezes por mês, vai levar livros aos utentes dos Centros de Dia de Cuide Vila Verde, Lavradas, Entre Ambos-os-Rios, Britelo e Lar Condes da Folgosa. A iniciativa tem como objetivo fazer com que o livro chegue aos idosos do concelho que passam parte do seu tempo nos Centros de Dia, de modo a proporcionar-lhes alguns momentos de cultura, leitura e lazer. Além de estimular a função intelectual dos idosos, esta atividade visa proporcionar ainda a partilha de vivências, promovendo um envelhecimento ativo” – 2014  “Recorde-se que a dinamização das <b>Oficinas do lazer</b>, criadas no âmbito do trabalho em Rede e coordenado pelo Município de Ponte da Barca desde 2006, tem como principal objetivo a criação de momentos de convívio para e com os utentes das diversas IPSS's do concelho, pelo que a autarquia continua a apostar na criação de dinâmicas de parceria entre as várias instituições, numa lógica integrada de articulação e de maximização de sinergias.” “Continua a ser objetivo da REDE SOCIAL e dos parceiros que a constituem proporcionar o envelhecimento ativo e o convívio entre os utentes das várias instituições.”</p>
Santo Tirso	<p>“O <b>Programa Santo Tirso Ativo</b> é promovido pela Câmara Municipal de Santo Tirso com o objetivo de dinamizar a população sénior do concelho. Este programa caracteriza-se por ser uma atividade de extrema importância, quer do ponto de vista da saúde, quer do ponto de vista social, em virtude de promover a prática regular de atividade física e o convívio entre a população sénior.”</p>
Valença	<p>“<b>Programa “Vida Activa”</b> - Ginástica de manutenção e danças de salão”  “<b>Projeto Seniores em Movimento</b>” – “Acompanhamento e orientação da atividade Física de Ginástica de manutenção, danças de salão e hidrosénior”  “<b>Equipa Olímpica Sénior</b> - Promover a atividade física junto da população sénior e estilos de vida saudável proporcionando mais bem-estar e qualidade de vida à população sénior do concelho é o grande objetivo deste projeto do Município de Valença. A implementação deste programa decorre do projeto "Olympics 4All.”</p>
Viana do Castelo	<p>Envelhecer com Qualidade (Até 2018) foi substituído pelo Sénior + Ativo (2019-2021) – não foi encontrada informação para o ano de 2022</p>

Vila Verde	<b>Projeto Idade Maior – Intervenção em Rede</b> “O objetivo principal deste projeto é contribuir para a melhoria da qualidade de vida através da promoção do envelhecimento ativo, da solidariedade inter-geracional e institucional. Para sua concretização serão realizadas uma série de atividades como a criação de uma base de dados, interativa e disponível para os parceiros do projeto para acompanhamento e vigilância das situações; a criação de uma equipa/piquete para acompanhamento das situações identificadas, com o encaminhamento para as diversas instituições de acordo com as necessidades detetadas. Serão ainda desenvolvidas atividades de lazer e de melhoria do bem-estar físico e psicológico através da prática de atividades desportivas.”
Vizela	“O <b>Espaço Internet 60+</b> (...) visa fomentar o uso das novas tecnologias de informação e comunicação, assim como promover o convívio e a qualidade de vida e bem-estar físico e mental da população idosa (...). De destacar que o Espaço Internet 60+ é uma das medidas que integram o plano Vizela + Social, nomeadamente através da promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida (...)

Como se pode observar na tabela anterior, as ações disponibilizadas para os municípios são de natureza muito diversa.

Se tivermos em conta o estudo de Bastos et al. (2020) sobre qualidade de vida associada à participação em programas/projetos de envelhecimento ativo e saudável, é possível identificar aqui algumas das atividades que são aí referidas, designadamente atividades ligadas à atividade física, atividades socio-recreativas e de educação/aprendizagem. Outro aspeto a salientar é o facto de as atividades se dirigirem em particular aos cidadãos mais velhos (60+ anos, “idade maior”, “cartão sénior”, entre outros).

Quanto à intervenção associada às Políticas Públicas a nível local observa-se que predominam programas de natureza muito diversa (Tabela 5). Se tivermos em consideração os pilares de envelhecimento ativo, verifica-se que existem vários programas que se enquadram nas categorias de saúde, aprendizagem ao longo da vida e participação.

**Tabela 5. Intervenções orientadas para o envelhecimento ativo, saudável e/ou bem-sucedido em zonas territoriais específicas**

<b>Categorização dos programas à luz do EA</b>	<b>Municípios</b>	<b>Exemplos de Projetos</b>
Saúde	Amares, Angra do Heroísmo, Esposende, Monção, Ponte da Barca, Santo Tirso, Vila Verde	Programa Santo Tirso Ativo (Município de Santo Tirso)
Aprendizagem ao longo da vida	Vizela, Ponte da Barca, Vila Verde	Espaço Internet 60+ (Município de Vizela)
Participação	Amares, Angra do Heroísmo, Esposende, Vizela, Monção, Ponte da Barca, Santo Tirso,	Programa Envelhecer com Qualidade (Viana do Castelo)

	Valença, Vila Verde, Viana do Castelo	
Segurança/Proteção	Não se observa	Não se observa

Verifica-se que não existem programas direcionados para a segurança, o que deverá ser tido em conta em implementações futuras (Tabela 5).

# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Tomando em consideração os objetivos estabelecidos para o presente estudo apresenta-se em seguida os principais achados, bem como implicações para a intervenção gerontológica.

Globalmente, verifica-se que nos 11 estudos analisados foram avaliados no total 878 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 101 anos. Em todos os estudos a grande maioria das participantes eram mulheres (entre 53% e 76,7%) e prevaleciam idosos casados, sendo que apenas num dos estudos a maioria era viúva. Em termos de escolaridade, as características dos idosos divergem um pouco, ainda que na generalidade os participantes tenham entre 3 a 4 anos de escolaridade (entre 2,8 e 4,1 anos).

É ainda de salientar a grande amplitude em termos dos domínios do funcionamento, quer se trate da capacidade funcional, do desempenho cognitivo ou das redes de relações e bem-estar. Nas diferentes dimensões do envelhecimento, verifica-se que grande parte dos participantes são moderadamente dependentes nas AIVD (entre 20% e 70,1%). Em termos de funcionamento cognitivo, o défice cognitivo apresenta grande amplitude (entre 13,1% a 37,5%) e no que diz respeito ao risco de isolamento social, os resultados sugerem também uma situação de vulnerabilidade (risco de isolamento social entre 1,4% e 30,7%). Esta ampla variação pode ser esperada quer em termos de pressupostos teóricos - tal como estabelecido pela teoria “life-course” (Elder, 1974) e teoria “life-span” (Baltes, 1987, 2006), quer em termos de quadros de referência do envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2002; OMS, 2015). No entanto, esta situação levanta sérios desafios à intervenção gerontológica. A ideia que “um fato não serve para todos”, ou dito de outro modo, precisamos de um fato à medida (Bastos et al, 2015) ganha alguma consistência. No entanto, se consideramos resultados da eficácia de alguma intervenção comunitária de base preventiva e/ou otimizadora, observam-se efeitos positivos em algumas das dimensões do funcionamento (Friedman et al, 2017, 2019; Fernández-Ballesteros et al., 2004; Kivipelto et al., 2013). Estes efeitos sugerem que a intervenção multidomínio pode ser uma estratégia eficaz para a promoção do envelhecimento ativo, saudável ou bem-sucedido, com ganhos na qualidade de vida e bem-estar à medida que as pessoas envelhecem.

Em termos de orientações para a intervenção gerontológica, alguns dos estudos analisados na revisão da literatura, poderão servir de base para traçar algumas orientações futuras. À semelhança do Programa *Vivir com Vitalidad* (Fernández-Ballesteros et al., 2004), devemos ter presente que o objetivo geral da mesma deve ser a promoção do bem-estar e da qualidade de vida do indivíduo, promovendo estilos de vida saudáveis, identificando estratégias para otimizar competências cognitivas, afetivas, emocionais e sociais, capazes de compensar declínios associados à idade. Do ponto de vista da avaliação da eficácia da intervenção, uma das estratégias possíveis para avaliar os programas de intervenção é a realização de estudos randomizados e controlados, com grupo de controlo. Tendo em conta toda a evidência empírica analisada, recomenda-se a realização de sessões ao longo de vários meses com follow-up para testar efeitos a longo prazo. Importa ainda referir a necessidade de uma avaliação antes do início do programa (pré-teste) e após a conclusão do programa (pós-teste).

Assim, e uma vez que a intervenção se mostra eficaz no estudo “*Finnish geriatric intervention study to prevent cognitive impairment and disability*” – FINGER (Kivipelto et al., 2013) recomendam-se como componentes de intervenção: alimentação saudável; atividade física; aprender coisas novas; treino cognitivo; atividades sociais, devendo existir ainda uma monitorização intensiva e regular ao longo do programa de intervenção. Neste estudo foram observados efeitos positivos relevantes no que diz respeito à cognição, aos hábitos alimentares e à atividade física – aspetos alvo da intervenção.

Além de se realizarem atividades para melhorar as dimensões do envelhecimento, aconselha-se educar as populações através de sessões informativas em que são dados conselhos sobre dieta saudável e atividade física, aprender coisas novas e estabelecer/manter redes sociais, prevenindo o risco de incapacidade. Assim, é de proporcionar contextos de aprendizagem e processos que sejam atraentes e adaptados para os mais velhos como cidadãos ativos, no trabalho, na família, na vida comunitária e, não menos importante, como indivíduos independentes, decididos a construir e reconstruir as suas vidas (Lee et al., 2012).

Ao nível da intervenção relacionada com a nutrição, estas sessões devem passar pelo acompanhamento individual com um profissional qualificado, em que se analisa a dieta diária da pessoa idosa, mas também sessões de grupo, onde se levam a cabo discussões e exercícios práticos, como ferramentas para avaliar a própria dieta, providenciando informação e suporte para uma mudança no estilo de vida. Por exemplo, seria pertinente desafiar as pessoas idosas a controlar a quantidade de água bebida ao longo do dia, a quantidade de açúcar e sal ingeridos, saber mais sobre a composição dos alimentos e incentivar a pequenas mudanças que a longo prazo poderão trazer benefícios para a saúde (Kivipelto et al., 2013).

Aliado a uma alimentação saudável, é crucial a realização de atividade física. Assim, recomenda-se incluir treino de força muscular e programas de exercícios aeróbicos, incluindo exercícios para manter e melhorar o equilíbrio postural. Além disto, importa trabalhar a velocidade, agilidade, flexibilidade e coordenação. A intervenção neste domínio deve ter em conta as limitações dos participantes, adaptando os exercícios a cada pessoa. Ainda assim, é necessário que o treino seja progressivo e aumente de intensidade ao longo das sessões (Singh et al., 2014).

No que diz respeito ao treino cognitivo, a intervenção deve passar por estimular a memória, funções cognitivas, atenção e velocidade de processamento de informação. Assim, podem realizar-se sessões com jogos dinâmicos que explorem estas capacidades. Por exemplo, estimulação da memória através da associação de diferentes imagens e histórias e estimulação da atenção e concentração nos relatos dos outros participantes, no caso de ser realizado em grupo (Fernández-Ballesteros et al., 2004).

Em termos de atividades de socialização estas poderão consistir em encontros sociais nos quais temas diversos, tais como vinhos, música ou educação, seriam discutidos. Esses temas motivam um debate de forma descontraída e informal entre os participantes, mudando de encontro para encontro. Friedman et al. (2017) defendem que as pessoas devem desconhecer



os temas previamente de modo a evitar que os idosos se preparem para a sessão, transformando os encontros de socialização em treino cognitivo.

Para manutenção ou possível melhoria das diferentes dimensões do envelhecimento, e visto que a intervenção se mostra eficaz no estudo *Lighten UP!* (Friedman et al., 2017), recomenda-se a realização de atividades em que se possam identificar experiências positivas, dando ainda tarefas diárias entre sessões. Isto, de acordo com o estudo identificado, aumenta significativamente o bem-estar, principalmente o bem-estar social, e ajuda a reduzir sintomas físicos e queixas de sono.

Um aspeto importante a ter em conta aquando do planeamento da intervenção são os profissionais. Para que a intervenção seja eficaz, e de acordo com os vários estudos analisados, deve ser realizada por uma equipa multiprofissional, em que todas as componentes sejam tidas em atenção. Neste sentido, importa reforçar o facto de que o gerontólogo tem competências para avaliar, intervir e estudar o envelhecimento humano e, conseqüentemente, contribuir para melhorar as condições pessoais e sociais inerentes a este processo. Considerando os diversos contextos em que este profissional pode atuar, entende-se que este constitui uma mais-valia para o envelhecimento na comunidade, nomeadamente através de intervenções preventivas, identificando necessidades e otimizando oportunidades de participação dos idosos na vida da comunidade em que estão inseridos. Assim, e apesar da necessidade de profissionais especializados em cada área de intervenção específica, o gerontólogo é um profissional imprescindível para a garantia de uma visão holística acerca do processo de envelhecimento.

Tendo em consideração que a população está a envelhecer a um ritmo cada vez mais acelerado, o Gerontólogo revela-se um profissional de facto necessário. Este profissional tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar das pessoas à medida que envelhecem (no contexto das suas famílias, comunidades e sociedade) através da investigação, educação e aplicação de conhecimento interdisciplinar no âmbito do processo de envelhecimento e do envelhecimento populacional (AGHE, 2014).

Podemos afirmar que é possível envelhecer bem do ponto de vista biopsicossocial e, para tal é importante garantir boas condições de saúde física e mental, equilíbrio emocional e condições para a participação social. É também necessária a adoção de uma atitude proativa ao longo da vida para o alcance deste envelhecimento positivo (Kahana & Kahana, 2005). Diante de tal realidade, torna-se fundamental a manutenção de padrões positivos de saúde, bem-estar e qualidade de vida, garantindo que a conquista da longevidade possa ser acompanhada por níveis satisfatórios de autonomia e independência. É nesse sentido que importa implementar um conjunto de intervenções multidomínio junto de pessoas mais velhas a residir na comunidade com o objetivo de maximizar o bem-estar da pessoa idosa. Reig e Fernández-Ballesteros (1994) propõem sete áreas relevantes de avaliação no caso de pessoas mais velhas, numa ótica multidimensional: atividades da vida diária, funcionamento cognitivo, funcionamento psicossocial ou bem-estar emocional/social e cultural, saúde física, recursos sociais, recursos económicos e recursos ambientais. López (2004) propõe assim uma bateria mínima de avaliação para idosos. Esta deve fazer-se a partir de uma perspetiva multidimensional, cuja primeira característica seja

a de proceder não só à avaliação multidimensional do próprio indivíduo, mas também dos contextos em que atua/vive. Assim, e segundo a proposta de Fernández-Ballesteros (1999), são seis as grandes áreas de avaliação na velhice: o estado mental, as habilidades funcionais, o estado de ânimo, a integração social, a qualidade do ambiente e a qualidade de vida.

Apesar de os resultados se mostrarem em linha com a investigação no domínio, importa ressaltar que o presente estudo apresenta algumas limitações, sendo as mais evidentes o número reduzido de dissertações analisadas, a grande amplitude da dimensão das amostras, bem como os instrumentos utilizados na recolha de dados, face por exemplo à bateria mínima de avaliação. Dito de outro modo, é de observar: (1) número reduzido de dissertações analisadas, mas um grande número de participantes e recolha de dados com instrumentos standardizados, o que permite a comparabilidade entre estudos; e (2) grande amplitude de resultados nos vários domínios de funcionamento, com valores globais muito distintos em termos de capacidade funcional, desempenho cognitivo e redes sociais. Ainda assim, parece-nos que o mesmo representa um contributo válido para a consolidação da informação em termos da avaliação e intervenção gerontológica com vista à promoção da qualidade de vida e bem-estar da população em geral e de cada indivíduo em particular. Este é um assunto que deve continuar a ser investigado com recurso a um número superior de fontes de análise, assim como a uma maior diversidade de instrumentos de avaliação gerontológica. A Gerontologia Social é por excelência o campo da intervenção preventiva e otimizadora. Em termos de implicações para a intervenção, é de referir: (1) um fato não serve para todos – necessidade dos profissionais em gerontologia serem sensíveis à grande diversidade do envelhecimento humano; (2) os programas das autarquias precisam de ser investigados para se saber da eficácia da intervenção - ex: grupos de comparação, com estudos de follow-up; (3) os profissionais da Gerontologia Social podem e devem reclamar a intervenção de base comunitária de caráter preventivo e otimizador.

## **Referências Bibliográficas**



## Referências Bibliográficas

- Antunes, H. K., Santos, R. F., Cassilhas, R., Santos, R. V., Bueno, O. F., & Mello, M. T. (2006). Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 108-114.
- Antunes, M. H., & Moré, C. L. (2021). Funções exercidas pelos membros das redes sociais significativas de pessoas aposentadas. *Psicologia: Ciência e Profissão*. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003229820>
- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Marta, L. M., & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 193-201.
- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Rosa, A. I., & Paúl, C. (2014). The effect of cognitive stimulation on nursing home elders: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 157-166.
- Apóstolo, J., Rosa, A., & Castro, I. (2011). Cognitive stimulation in elderly people. *The Journal of the Alzheimer's Association*, 7(4), 440-441.
- Azevedo, M. (2015). *O Envelhecimento ativo e a qualidade de vida: Uma revisão integrativa* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP.
- Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and aging*, 12(3), 433-443. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.12.3.433>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003> .
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica. *Exedra: Revista Científica*, 2(1646-9526), 11-28.
- Bastos, M. A., Monteiro, J., Faria, C., Pimentel, M. H., Silva, S., & Afonso, C. (2020). Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: Resultados de um estudo multicêntrico em Portugal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23 (06). Doi:<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190017>
- Bastos, A., Monteiro, J., & Faria, C. (2021). Otimização seletiva com compensação e intervenção gerontológica “life-span”. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 391-402. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2079>
- Benavente, R., & Paulino, M. (2020). *Intervenção Psicológica em Gerontologia*. Pactor.
- Bertazzone, T., Ducatti, M., Camargo, H., Batista, J., Kusumota, L., & Marques, S. (2016). Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado a pessoa idosa com Doença de Alzheimer. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 144-153.
- Borbón-Castro, N., Castro-Zamora, A., Cruz-Castruita, R., Banda-Sauceda, N., & Cruz-Ortega, M. (2020). The effects of a multidimensional exercise program on health behavior and biopsychological factors in Mexican older adults. *Frontiers in Psychology*, 24. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg>.
- Borrás, T. (2017). *Diseño, implementación y evaluación de una intervención multidimensional en riesgo de caídas, fragilidad y soledad como estrategia para la promoción del envejecimiento activo y saludable* [Dissertação da Universitat de València].
- Cabral, M., & Ferreira, P. (2013). *O envelhecimento activo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. FFMS.
- Casemiro, F., Rodrigues, I., Dias, J., Alves, L., Inouye, K., & Gratão, A. (2016). Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (4).
- Degani, M., & Chariglione, I. (2019). Uma proposta da abordagem Snoezelen em estimulação multissensorial no contexto da Gerontologia – um ensaio reflexivo. *Revista Kairós-*

- Gerontologia*, 22(2), 175-196. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i2p175-196>
- Demiris, G., Oliver, D., & Washington, K. (2019). Defining and Analyzing the Problem. In G. Demiris, D. Oliver & K. Washington (Eds). *Behavioral Intervention Research in Hospice and Palliative Care* (pp. 27–39). Academic Press.
- Diener E. (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. Social Indicators Research Series, 37. Springer.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African journal of Psychology*, 39(4), 391-406. doi:<https://hdl.handle.net/10520/EJC98561>
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2009). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. In E. Diener (ed.) *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 67–100). Springer. doi:[https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4\\_4](https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_4)
- Elder, G. (1999). *Children Of The Great Depression: 25th Anniversary Edition*. Routledge.
- Felce, D., & Perry, J. (1993). Refining measures of the quality of community residences for people with learning disabilities. D. Robbins, *Community care: Findings From Department of Health funded research 1988-1992*. HMSO.
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Gerontologia Social*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, G., & García, L. (2004). Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63–85.
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230-235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Fiatarone Singh, M. A., Gates, N., Saigal, N., Wilson, G. C., Meiklejohn, J., Brodaty, H., Wen, W., Singh, N., Baune, B. T., Suo, C., Baker, M. K., Foroughi, N., Wang, Y., Sachdev, P. S., & Valenzuela, M. (2014). The Study of Mental and Resistance Training (SMART) study—resistance training and/or cognitive training in mild cognitive impairment: a randomized, double-blind, double-sham controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(12), 873–880. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.09.010>
- Fonseca, A. (2004). *Uma Abordagem psicológica da "passagem à reforma" : Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação* [Dissertação de Doutoramento do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/9776>
- Foss, M., Formigheri, P., & Speciali, J. (2009). Heterogeneidade do envelhecimento cognitivo em idosos brasileiros saudáveis. *Dementia & Neuropsychologia*, 3(4), 344-351. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN30400014>.
- Friedman, E., Ruini, C., Foy, C., Jaros, L., Love, G., & Ryff, C. (2019). Lighten UP! A community-based group intervention to promote eudaimonic well-being in older adults: A multi-site replication with 6 month follow-up. *Clinical Gerontologist*, 42(4), 387-397. doi:<https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1574944>
- Friedman, E., Ruini, C., Foy, R., Jaros, L., Sampson, H., & Ryff, C. (2017). Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 21, 199-205. doi:<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1093605>
- Gallardo-Peralta, L., Jorquera, I., Morán, M., & Quiroz, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Revista Latinoamericana*, 49.
- Gomes, S. (2018). *Qualidade de vida dos idosos no concelho de Alcoutim* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. <http://hdl.handle.net/10400.1/12576>
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O portal dos psicólogos*, 1-18.

- Gonçalves, C. (2015). Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: Reflexões. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 20(2), 645-657. doi:<https://doi.org/10.22456/2316-2171.49428>
- Heidmann, I., Almeida, M., Boehs, A., Wosny, A., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 352-358. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>
- Hoppmann, C., Gerstorf, D., & Luszcz, M. (2008). Spousal social activity trajectories in the Australian Longitudinal Study of Ageing in the context of cognitive, physical, and affective resources. *The Journals of Gerontology: Series B*, 63(1), 41-50. doi:<https://doi.org/10.1093/geronb/63.1.P41>
- Irigaray, T., Schneider, R., & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 810-818. doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400022>
- Jean, L., Bergeron, M. È., Thivierge, S., & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 281-296. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9>
- Kahana, B., Kahana, E., Namazi, K., Kercher, K., & Stange, K. (1997). The role of pain in the cascade from chronic illness to social disability and psychological distress in late life. In D. Mostofsky, & J. Lomranz, *Handbook of Pain and Aging* (pp. 185-204). New York: Plenum Press.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-40). Springer Publishing Company.
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. (2014). Proactive approaches to successful aging: one clear path through the forest. *Gerontology*, 60, 466-474. doi:<https://doi.org/10.1159/000360222>
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. Winkle, P. Whitehouse, & D. Moris, *Successful aging through the life span: Intergenerational issues in health* (pp. 101-122).Spring Publishing Company.
- Keller, S., & Peruzzo, J. (2017). Paradigmas da Gerontologia: Quando o envelhecimento humano se transforma em objeto de conhecimento. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(3), 329-348. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i3p329-348>
- Kivipelto, M., Solomon, A., Ahtiluoto, S., Ngandu, T., Lehtisalo, J., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A, Laatikainen T, Lindström J, Mangialasche F, Nissinen A, Paajanen T, Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., & Soininen H. (2013). The Finnish geriatric intervention study to prevent cognitive impairment and disability (FINGER): Study design and progress. *Alzheimer's & Dementia*, 9(6), 657-655. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.09.012>
- Krug, R., Ono, L., Figueiró, T., Xavier, A., & d'Orsi, E. (2019). Programa intergeracional de estimulação cognitiva: Benefícios relatados por idosos e monitores participantes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35. doi:<https://doi.org/10.1590/0102.3772e3536>
- Lamas, M. C. R., & Paul, C. (2013). O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia - Congresso Português de Avaliação Intervenção em Gerontologia Social*, 1, 1-11.
- Leandro-França, C., & Murta, S. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 318-329. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-3703001152013>
- Lee, E.-K. O., Yoon, H., Lee, J., Yoon, J., & Chang, E. (2012). Body-Mind-Spirit Practice for Healthy Aging. *Educational Gerontology*, 38(7), 473-485. <https://doi.org/10.1080/03601277.2011.567182>

- Lopes, P., Magalhães Ledsham, C., Brandão, I., Santos, L., & Torres, R. (2017). Estilo de vida e intervenções não farmacológicas no tratamento e na prevenção das síndromes geriátricas: uma revisão integrativa. *Kairós Gerontologia*, 20(2), 375-398. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p375-398>
- López, H. (2004). Técnicas de investigación y evaluación. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social* (pp. 355–382). Ediciones Pirámide.
- López, J. (1995). Procedimientos de recogida de información en evaluación de programas. Em R. Ballesteros, *Evaluación de programas: un guía práctica en ámbitos sociales, educativos y sanitarios: 2. Síntesis Psicología*.
- Lousa, E. (2016). *Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idoso: Um Estudo de Caso*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga], Repositório Instituto Superior Miguel Torga <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/682/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>
- Marques, C. R. L. (2019). *Gestão de caso e envelhecimento: Contributos para a prática gerontológica* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação IPVC]. Repositório Aberto Da Escola Superior de Educação <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2258>
- Melo, M. B. D. (2008). *Impacto da estimulação cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília], Repositório Da Universidade de Brasília <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3976>
- Middelstadt, J., Folkerts, A. K., Blawath, S., & Kalbe, E. (2016). Cognitive stimulation for people with dementia in long-term care facilities: Baseline cognitive level predicts cognitive gains, moderated by depression. *Journal of Alzheimer's Disease*, 54(1), 253–268. <https://doi.org/10.3233/JAD-160181>
- Minagawa, Y., & Saito, Y. (2015). Active social participation and mortality risk among older people in Japan: Results from a nationally representative sample. *Research on Aging*, 37(5), 481–499. <https://doi.org/10.1177/0164027514545238>
- Molony, S. L., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., & Rooney, K. E. (2018). Person-centered assessment and care planning. *The Gerontologist*, 58, 32-S47.
- Mota, J., Ribeiro, J. L., Carvalho, J., & Matos, M. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20, 219–225. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092006000300007>
- Oliveira, A. C. de, Oliveira, N. M. D., Arantes, P. M. M., & Alencar, M. A. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 301–312. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232010000200014>
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Almeida, M., Gil, I., Mouro, A., & Apóstolo, J. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, (20), 47–56. <https://doi.org/10.12707/RIV18043>
- Patrocinio, W. P., Sposito, G., Ferreira, V., & Costa-frutuoso, J. R. (2019). Estimulação cognitiva em adultos e idosos de uma Faculdade Aberta à Terceira Idade. *Revista Kairós: Gerontologia*, 22(2), 357–370. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239964009.pdf>
- Paúl, C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In A. Fonseca (Ed.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21–41). Climepsi.
- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento activo e as redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 275–287. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392>
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1–17). Lidel.
- Paúl, C. (2020). Prefacio. In R. Benavente (Coord.), *Intervenção psicológica em gerontologia* (pp.



- pp. xiii – xiv). Pactor.
- Pereira, Z. M. F. (2012). *Treino cognitivo em idosos sem demência (estudo em idosos residentes no lar da santa casa da misericórdia de Mondim de Basto)* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança,] Repositório do Instituto Politécnico de Bragança <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8070>
- Pires, A. C. S. T. (2008). *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto] Repositório da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22139>
- Proctor, E., & Rosen, A. (2004). Concise standards for developing evidence-based practice guidelines. In A. Roberts & K. Yeager (Eds.), *Evidence-based practice manual: Research and outcome measures in health and human services* (pp. 193–199). University Press.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Envelhecimento activo: Manual de envelhecimento activo*. Lidel.
- Ricci, N., Gazzola, J., & Coimbra, I. (2009). Sistemas sensoriais no equilíbrio corporal de idosos. *Arquivos Brasileiros de Ciências Da Saúde*, 34(2), 94–100. <https://doi.org/https://doi.org/10.7322/abcs.v34i2.133>
- Richardson, V., & Barusch, A. (2006). *Gerontological practice for the twenty-first century*. University Press
- Rosa, M. J. (1996). Envelhecimento demográfico: Proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*, 31(139), 1183–1198.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. (2020). *Um tempo sem idades: Ensaio sobre o envelhecimento da população*. Tinta da China.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowland, D.T. (2009). Global population aging: History and prospects. In: P. Uhlenberg, (Ed.), *International Handbook of Population Aging. International Handbooks of Population*(vol 1, pp. 37–65). Springer.
- Salthouse, T. A. (2006). Mental Exercise and Mental Aging: Evaluating the Validity of the “Use It or Lose It” Hypothesis. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 1(1), 68–87. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00005.x>
- Sampaio, A. S. (2017). *Envelhecimento e proatividade adaptativa: Um estudo de base comunitária em Vila Verde* [Dissertação de mestrado da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Da Escola Superior de Educação <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2258>
- Schaie, K. W. (2008). Historical processes and patterns of cognitive aging. In S. M. Hofer & D. F. Alwin (Eds.), *Handbook of cognitive aging: Interdisciplinary perspectives* (pp. 368–383). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412976589.n23>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Hedges, L. V. (2019). How to do a systematic review: A best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annual Review of Psychology*, 4(70), 747-770. doi: 10.1146/annurev-psych-010418-102803.
- Silva, G. S., Carvalho, P. R. C., Santos, J. C. F., Barreto, E. M. F., Melo, E. H. R., Freire, J. C., & Barros, G. W. P. (2021). Efeitos de um programa de intervenção de atividade física,

- educação e promoção de saúde com idosos hipertensos usuários do Sistema Único de Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(4), e6926-e6926. <https://doi.org/10.25248/reas.e6926.2021>
- Simon, S. S., & Ribeiro, M. P. de O. (2011). Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: Uma revisão bibliográfica. *Psicologia Revista*, 20(1), 93–122. <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/6795>
- Sousa, L. (2012). *Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Déficit Cognitivo Ligeiro* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto] Repositório Da Universidade da universidade do Porto <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9366/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-Doc.%20FINAL.pdf>
- Souza, M. C., Bernardes, F. R., Machado, C. K., Favoretto, N. C., Carleto, N. G., Santo, C. D. E., & Belaunde, A. M. A. (2018). Relationship between cognitive and sociodemographic aspects and verbal fluency of active elderly. *Revista CEFAC*, 20(4), 493-502. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820417717>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. & Orrell, M. (2006). *Making a difference: An evidence-based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker.
- Stiggelbout, M., Popkema, D. Y., Hopman-Rock, M., de Greef, M., & van Mechelen, W. (2004). Once a week is not enough: effects of a widely implemented group based exercise programme for older adults; a randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(2), 83–88. <https://doi.org/10.1136/jech.58.2.83>
- Stobäus, C. D., de Lira, G. A., & Ribeiro, K. S. Q. S. (2018). Elementos para um envelhecimento mais saudável através da promoção da saúde da pessoa idosa e educação popular. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 23(2).
- Tomás, L. V. (2016). Qualidade de vida e bem-estar na velhice: inventariação crítica de um conceito fluído. In T. Medeiros, (Ed.), *(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI*, (pp. 113-128). Letras Lavadas.
- Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., & Orrell, M. (2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging & Mental Health*, 10(3), 219–226. <https://doi.org/10.1080/13607860500431652>
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: A policy framework*. World Health Organization.
- World Health Organization (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. World Health Organization.
- World Health Organization, W. (2020). *Decade of healthy ageing- baseline report*. World Health Organization.
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community dwelling Spanish older adults. *The Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S93–S100.