



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECER EM ZONAS RURAIS ISOLADAS:

AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA MULTIDIMENSIONAL NO
MUNICÍPIO DE AMARES

Cristiana Maria Oliveira de Sá

Escola Superior de Educação



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECER EM ZONAS RURAIS ISOLADAS:

AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA MULTIDIMENSIONAL NO
MUNICÍPIO DE AMARES

Cristiana Maria Oliveira de Sá

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Alice Bastos
Professor Doutor José Melo de Carvalho

Dezembro, 2013

AGRADECIMENTOS

“Há gente que fica na história da história da gente”. E há gente que fica para sempre na história deste mestrado.

Agora que este grande desafio está perto do fim, não podia deixar de dar uma palavra especial a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para o sucesso de mais uma etapa da minha vida. Autênticos heróis que não precisam de estátuas nem de medalhas mas a quem eu devo uma enorme gratidão e por quem sinto o maior apreço.

Aos meus orientadores expesso o meu profundo agradecimento, pela orientação e apoio incondicionais que muito elevaram os meus conhecimentos científicos e, sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de querer saber sempre mais e a vontade constante de querer fazer melhor.

Gostaria ainda de eleger as pessoas que mais contribuíram e se sacrificaram para que eu atingisse este objetivo. Sinto que esta vitória é mais vossa que minha, porque desde sempre acreditaram e me fizeram crer que tudo é possível quando temos força de vontade. Finalmente atingi o meu sonho e a vocês muito devo.

Obrigada Pais por toda a vossa dedicação e paciência e obrigada Tia, no lugar onde estiveres sei que estás orgulhosa, porque há pessoas que não precisam estar presentes de um modo físico para nos motivarem e transmitirem a sua essência.

Obrigada aos idosos pelo carinho e pela força que sempre me transmitiram. Agradeço ainda à minha entidade patronal, na pessoa do Presidente. Foram sempre fantásticos comigo, sempre atenciosos e disponíveis no facilitar da minha presença nas obrigações académicas.

E como não somos nada sem os amigos, sinto-me uma privilegiada, pois muito do que sou hoje é graças à vossa existência na minha vida. Sois por isso presença obrigatória neste agradecimento.

Por fim e não querendo individualizar, pelo receio de não ter palavras suficientes para demonstrar o meu agradecimento a todos aqueles que me apoiaram, quero deixar um profundo e sincero obrigado a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste objetivo, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Uma última palavra de agradecimento, a Deus, por todas as dádivas que me concede diariamente e por ser meu companheiro, amparando-me nos momentos difíceis e dando-me a força interior necessária para encontrar o caminho certo nas horas mais incertas.

RESUMO

Contexto e objetivo. As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população (Goldstein, 2009), vieram colocar aos governos e à sociedade em geral, novos desafios. À escala global observa-se que apenas uma percentagem reduzida da população é institucionalizada na fase final do ciclo de vida (Paul, 2012), sendo que a maior parte das pessoas deseja envelhecer na sua próprio lugar – “aging in place” (Paúl, 2005). O processo de envelhecimento humano pode ser analisado a partir de múltiplas perspetivas, em termos coletivos ou individuais, ou ainda comparando a terceira com a quarta idade (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2003). Atualmente, observa-se uma tendência para uma visão positiva do envelhecimento humano, que se concretiza nas ideias de envelhecimento bem-sucedido e ativo (Fernandes-Ballesteros, 2009). O aumento da população idosa, a escala à mundial, em particular nos países ditos desenvolvidos, faz com que na atualidade as Políticas Sociais sejam, pelo menos em parte, orientadas para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas mais velhas (Walker, 2005, 2009). Neste contexto o presente estudo visa avaliar capacidades e necessidades de pessoas com 65+ anos a viver só em zonas rurais geograficamente isoladas.

Método. Os 38 participantes do presente estudo, foram selecionados a partir dos Censo de 2011. Vivem sozinhos ou em alojamentos familiares com pessoas de 65+ anos, em quatro das freguesias rurais, geograficamente isoladas, do concelho de Amares. Em relação às características socio-demográficas, 60,5% são do sexo feminino; a média de idade é de 75,11 anos (DP= 6,88); o grau de escolaridade é reduzido, (65,8%) e são predominantemente viúvos, (44,7%). O acesso à amostra fez-se a partir de *stakeholders* comunitários. A recolha de dados foi efetuada com base no Protocolo de Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP_GeroSOC_R.2013; Bastos, Faria, Moreira & Melo de Carvalho, 2013).

Resultados. Em termos de funcionalidade para as atividades da vida diária observa-se que a maior parte dos participantes é independente (60,5%) nas atividades básicas da vida diária (ABVD) e moderadamente dependentes (60,5%) nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Relativamente ao funcionamento cognitivo (MMSE) a maior parte dos participantes não apresenta défice cognitivo (86,8%). Em termos das redes sociais (LSNS-6) observa-se que 28,9% dos participantes apresenta maior risco de isolamento social. 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 ($p<0,01$) e cognição ($p<0,05$), assim como uma associação negativa destas dimensões com a sintomatologia depressiva ($p<0,01$).

Conclusão. Considerando a avaliação gerontológica multidimensional com pessoas com 65+ anos a viver só ou com pessoas mais velhas, a diferença entre estes dois grupos observa-se na satisfação com a vida. Este é um dos aspetos a considerar na intervenção gerontológica a nível local. Em termos de investigação futura recomenda-se aprofundar os aspetos socio-emocionais do viver a nível urbano.

Palavras-chave: Envelhecimento; Avaliação Gerontológica Multidimensional; Ambiente Rural; Gerontologia Social.

ABSTRACT

Context and purpose. Demographic changes of the last century, which resulted in the modification and inversion of age pyramids (Goldstein, 2009), reflecting the aging of the population, have put new challenges to the governments and society in general. At one global scale is observed that only a small percentage of the population is institutionalized in the final stage of the life cycle (Paul, 2012), and most people want to age in their own home - "aging in place" (Paul, 2005). The human aging process can be analyzed from multiple perspectives, in collective or individual terms, or comparing the third with the fourth age (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2003). Currently there is a trend towards a positive view of human aging, which represents the ideas of successful aging and active (Fernandes-Ballesteros, 2009). The increase in the elderly population, particularly in so-called developed countries (Goldstein, 2008), makes today's social policies are at least partly geared to quality of life and well-being of elderly people (Walker, 2005, 2009). In this context, this study aims to assess abilities and needs of people with more than 65 years living in rural areas geographically isolated

Method. The 38 participants of this study were selected from the "Censos 2011", living alone or in dwellings only with people of 65 + years in the four geographically isolated rural localities of Amares. In terms of socio demographic characteristics, 60.5% are female, with a mean age of 75.11 years (SD = 6.88), low education (65.8%) and predominantly widowed (44.7%). The access to the sample was made with the help from community stakeholders. Data collection was performed based on the Capability Assessment Protocol and Community Needs associated with Aging Population (ANCEP2_GeroSOC.2013; Bastos, Faria, & Melo Moreira de Carvalho, 2013).

Results. In terms of functionality for the activities of daily life it is observed that most of the participants is independent (60.5%) in basic activities of daily living and moderately dependent (60.5%) in instrumental activities of life daily. Regarding cognitive functioning (MMSE) most participants shows no cognitive impairment (86.8%). In terms of social networks (LSNs-6) it is observed that 28.9% of participants are at higher risk of social isolation. Regarding life satisfaction, participants obtain higher means ($M = 23.2$, $SD = 6.83$), and reduced depressive symptoms ($M = 5.58$, $SD = 3.23$). Comparing the various dimensions of aging (functionality, cognitive and socio emotional aspects) only observed significant differences in life satisfaction ($p = 0.03$), according to live alone or with others, and who lives alone shows higher values. It is also observed that there is a significant positive association between life satisfaction, social network ($p < 0.01$) and cognition ($p < 0.05$), with negative depressive symptoms ($p < 0.01$).

Conclusion. Considering the Gerontological Multidimensional Evaluation with people 65+years that live alone or with older people the biggest difference between these two groups was observed in satisfaction with life. This is an aspect to consider in gerontological municipal plans. In terms of future research is recommended to deepen the socio emotional aspects of living alone at the urban level, in particular in the fourth age.

Keywords: Aging; Gerontological Multidimensional Evaluation; Rural Environment; Social Gerontology.

ÍNDICE GERAL

Introdução	17
 Capítulo I - REVISÃO DA LITERATURA	
1. A Gerontologia e a Gerontologia Social	
1.1. A Ciência Gerontológica: Evolução Histórica	27
1.2. A Gerontologia Social relativamente à Gerontologia	28
1.3. O contributo de Bass para a Gerontologia Social	30
2. As múltiplas perspetivas face ao envelhecimento	
2.1. Envelhecimento Populacional	31
2.2. Envelhecimento Individual	33
2.3. Terceira e Quarta Idade	37
2.4. Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido	39
3. Políticas Sociais para o envelhecimento ativo e bem-sucedido	
3.1. Política Social no âmbito das Políticas Públicas	46
3.3. O Serviço de Apoio Domiciliário como resposta social	56
3.4. Principais Necessidades identificadas no Município de Amares	65
 Capítulo II – MÉTODO	
1. Plano de Investigação e Participantes	71
2. Instrumentos de Recolha de Dados	75
3. Procedimentos de Recolha de Dados	79
4. Estratégias de Análise de Dados	80
 Capítulo III – RESULTADOS	
1. Apresentação dos Resultados	83
2. Discussão dos Resultados	113
 CONCLUSÃO	 123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	137

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População Idosa Município de Amares	72
Tabela 2 - Freguesias alvo do estudo	75
Tabela 3 - Descrição sociodemográfica dos participantes	83
Tabela 4- Caraterização dos passatempos dos participantes	84
Tabela 5- Condições da habitação	85
Tabela 6- Dificuldades de mobilidade	85
Tabela 7- Tempo na freguesia e relação com vizinhos	86
Tabela 8- Rendimentos	86
Tabela 9- Funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da Vida Diária (índice de Barthel e Escala de Lawton)	88
Tabela 10- Funcionamento Cognitivo (MMSE)	88
Tabela 11. Funcionamento da rede social	89
Tabela 12- Satisfação com a vida	90
Tabela 13- Sintomatologia depressiva	90
Tabela 14- Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género dos participantes	90
Tabela 15 - Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a idade	91
Tabela 16 - Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade	93
Tabela 17- Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o NSE	97
Tabela 18 - Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o sector da profissão	99
Tabela 19 - Descrição das dimensões do envelhecimento segundo viver só ou acompanhado	100
Tabela 20 - Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a participação em atividades Sociais	102
Tabela 21 - Relação entre variáveis do envelhecimento	107
Tabela 22- Utilização de serviços e serviços comunitários - 1	108
Tabela 23- Utilização de serviços e serviços comunitários - 2	110
Tabela 24. Utilização de serviços comunitários - 3	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa Município de Amares	71
Figura 2- Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo o grupo etário	92
Figura 3- Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo o grupo etário	93
Figura 4- Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o grupo etário	94
Figura 5- Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo o grupo escolaridade	95
Figura 6- Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o grupo escolaridade	96
Figura 7- Distribuição dos resultados do MMSE(%) segundo o NSE	98
Figura 8- Distribuição dos resultados do MMSE(%) segundo o sector da profissão	100
Figura 9- Distribuição dos resultados da Satisfação com a Vida segundo o isolamento	101
Figura 10- Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo a participação em atividades	102
Figura 11- Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo a participação em atividades	103
Figura 12- Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo a participação em atividades	104
Figura 13- Distribuição dos resultados de Lubben (%) segundo a participação em atividades	105
Figura 14- Distribuição dos resultados da satisfação (%) segundo a participação em atividades	106

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A revolução demográfica do último século, que se traduziu na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, refletindo um envelhecimento populacional (Goldstein, 2009), trouxe à nossa sociedade novos desafios exigentes. As sociedades tornaram-se mais velhas, nomeadamente na Europa (Walker, 2005, 2009). Como refere Rosa (2012), Portugal um dos países em que este envelhecimento mais se acentua. No espaço de 50 anos os jovens diminuíram 14%, pessoas idosas aumentaram 11%. Com o aumento da esperança média de vida, a quarta idade quadruplicou no mesmo período. As causas deste envelhecimento demográfico são essenciais a redução da mortalidade e da fecundidade, onde de uma esperança média de vida na ordem dos 60 anos, nos mesmos 50 anos, passou para os 76 anos.

O envelhecimento pode ser analisado em termos individuais (idade cronológica ou biopsicológica) e coletivos (demográfico ou societal), como refere Rosa (2012). Numa perspetiva individual percebemos que se trata de um processo dinâmico com ganhos e perdas ao longo de todo o ciclo de vida (Baltes, 1997). Sendo um processo contínuo, multidimensional e multidirecional, de mudanças originadas por influências biológicas e socioculturais de natureza normativa (associadas à idade e à história) e não-normativa (Baltes, 1987; Lerner, 2002).

Por seu turno, no envelhecimento demográfico, os indivíduos são classificados por categorias etárias: os jovens (até aos 14 anos), os ativos (dos 15 aos 64 anos) e as pessoas idosas (65+ anos). Este tipo de envelhecimento ocorre quando diminuem os jovens e/ou aumentam os idosos. Quanto ao envelhecimento societal, este pode não acompanhar o envelhecimento demográfico, visto que apenas ocorre quando se olha exclusivamente para a idade como um fator de produtividade (Rosa, 2012).

Com toda a dinâmica inerente à heterogeneidade do processo de envelhecimento surge uma nova visão do envelhecimento - envelhecimento ativo - direcionada para o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança (OMS, 2002), com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e bem-estar à medida que as pessoas envelhecem.

Neste sentido, o envelhecimento saudável deve ser uma preocupação, não só de cada indivíduo, mas também da sociedade em geral, devido às repercussões sociais e económicas que implica, especialmente nos gastos públicos crescentes derivados do aumento exponencial da população idosa. No entanto, para se compreender o impacto destas repercussões na vida das pessoas idosas, a investigação precisa de ser conduzida em contexto, tomando como referência uma avaliação sistémica multidimensional (Rodrigues, 2007).

Desta forma surgiu a avaliação gerontológica (Borgenicht, Carty & Feigenbaum, 1997, como citado em Rodrigues, 2007), que consiste num esforço multidisciplinar para identificar as necessidades dos idosos com os objetivos de maximizar o seu estado funcional e recomendar os cuidados que permitam obter o melhor resultado. Esta avaliação utiliza instrumentos de natureza diversa numa perspetiva multidisciplinar, orientada para realizar um levantamento, o mais completo possível, do estado de saúde do idoso, dos seus problemas sociais, económicos, familiares, ou outros, que determinem o seu comportamento e condicionem a sua independência e consequentemente a sua qualidade de vida. Assim, como refere Rodrigues (2007), esta avaliação abrange áreas como o estado físico, a função cognitiva, o estado nutricional, o estado funcional, a polimedicação, e os recursos económicos e sociais.

Assim, dentro dos pressupostos que envolvem a avaliação gerontológica e o conceito de envelhecimento ativo, surge a importância da criação de condições específicas para que se possa *envelhecer no seu próprio lugar* (“aging in place”), de forma a minimizar situações de isolamento social e potenciar a criação de respostas em termos da melhoria das condições de vida das pessoas idosas. O conceito de *envelhecer no lugar* (versão abreviada do “aging in place”) enfatiza o valor dos ambientes familiares e de proximidade e analisa o conhecimento dos idosos sobre si, sobre as pessoas com as quais convive e partilha os mesmos contextos de vida ao longo dos anos (Rioux, 2005).

Segundo Rioux (2005), este conceito aparece como uma vantagem em termos de sentimentos de vinculação, segurança e identidade em relação à vizinhança e à comunidade. De forma a possibilitar, aos idosos, lidar com as transformações próprias

ao envelhecimento e com as mudanças nas redes sociais de apoio, é necessário promover ajustes do meio envolvente indo ao encontro das necessidades individuais de cada idoso, para que assim se possa garantir uma maior qualidade de vida e bem-estar. É então importante ter em consideração a necessidade de se criarem condições específicas para que se possa “envelhecer no lugar”, de forma a minimizar situações como: o isolamento e reduzidas condições habitacionais e sociais.

Segundo Paúl e Fonseca (2005), hoje em dia, é dada grande importância à promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido a fim de se elaborar estratégias e intervenções eficazes para proteger a saúde e promover o bem-estar no processo de envelhecimento. Fica também patente a importância da adaptação e bem-estar emocional para que se possa atingir um envelhecimento bem-sucedido na sua plenitude. Sendo assim, o envelhecimento ativo pode ser encarado como um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, bem como à procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente.

No envelhecimento ativo procura-se a promoção de estilos de vida saudáveis nas populações e indivíduos, que passam pela manutenção da atividade física e saúde e pela participação em atividades de índole social, cultural, espiritual e cívica. O objetivo principal do envelhecimento ativo é assim aumentar a expectativa de uma vida longa, saudável e com qualidade de vida (Paúl & Fonseca, 2005)

A promoção deste tipo de envelhecimento diz respeito a múltiplos fatores. Estes envolvem, nomeadamente a saúde, a educação, fatores económico-sociais, o sistema judicial, o turismo, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus (Lindenberger, Lövdén, Schellenbach, Li & Krüger, 2008). Deste modo, percebe-se a necessidade de procurar estratégias que permitam aos idosos envelhecer no lugar, através de uma velhice orientada segundo um estilo de vida saudável, com interação comunitária e onde continuem a ser postas “à prova” as suas capacidades, sendo este o caminho mais adequado para que se envelheça com maior qualidade de vida.

De igual modo o bem-estar emocional e a adaptação são fatores importantes na promoção de um envelhecimento bem-sucedido. Sanders e McCready (2010) sugerem

que, para a maioria dos cidadãos mais velhos, a qualidade subjetiva de vida é mais importante do que a ausência de doença e outras medidas objetivas relacionadas com a saúde física e mental. O ser humano sente a necessidade de garantir um significado para sua existência, a fim de obter satisfação pessoal. Neste sentido, prolongar a vida sem garantir à longevidade algum significado, não é o melhor desafio para o envelhecimento. Assim sendo, munir a vida de um sentimento de utilidade, como por exemplo através do trabalho, tem vários efeitos positivos que propiciam a satisfação e, consequentemente, o alcance do envelhecimento bem-sucedido.

Além disso, a probabilidade de um envelhecimento bem-sucedido e com qualidade de vida, é maior quando há o estabelecimento e a manutenção de relações sociais funcionais, importantes para o bem-estar físico e mental e para a maior satisfação pessoal e profissional, caso o idoso ainda desempenhe uma função significativa no trabalho. Assim sendo, uma maior gama de papéis supõe uma maior rede social de apoio e relaciona-se positivamente com maiores índices de autoestima, de capacidade social e de assertividade (Sanders & McCready, 2010).

Paralelamente a todos estes fatores, um estilo de vida com ênfase na participação social e comunitária é extremamente importante para envelhecer com sucesso. Sanders e McCready (2010) afirmam que existe um número crescente de idosos que apresentam um nível elevado de capacidade laboral e que estes devem ser vistos como um grande contributo para a sociedade. Também a atividade física sistemática, ou seja, praticada regularmente, parece aumentar o grau de satisfação com a vida, quer pelo compromisso e responsabilidade social nela implícita, quer pela oportunidade de manter o convívio. Os idosos muitas vezes necessitam de uma orientação que lhes permita o aconselhamento sobre o tipo de atividades mais relevantes para que mantenham a sua autonomia e bem-estar (Nakasato & Carnes, 2006).

Torna-se assim imperioso estabelecer estratégias de coordenação entre os cuidados de saúde, de reabilitação e todos os serviços de apoio social, de forma a promover o desenvolvimento de planos assistenciais, tendo em conta as crenças, os recursos e as potencialidades de cada idoso (Aminzadeh, 2000; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005).

Daqui se pode depreender a necessidade de avaliar a forma como se envelhece em zonas rurais geograficamente isoladas, onde o acesso a esses cuidados (do Social e da Saúde) se torna mais complexo e difícil.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar capacidades e necessidades das pessoas idosas em zonas rurais geograficamente isoladas para que possam continuar a envelhecer nas suas casas, durante o maior período de tempo possível. Trata-se, por isso, de avaliar a situação do envelhecimento em territórios isolados para prevenir a dependência, de forma a potenciar estratégias que auxiliem a criação de políticas locais adequadas às necessidades e aos contextos de vida das pessoas idosas.

Para o efeito, a presente dissertação organiza-se em três capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a revisão literária, onde são analisados vários aspetos acerca do envelhecimento individual e populacional, bem como as políticas sociais no âmbito do envelhecimento. No segundo capítulo, descrevem-se os aspetos metodológicos que estão na base deste estudo: “design”, participantes, instrumentos e procedimentos de recolha e análise da informação. No terceiro capítulo, apresentam-se os resultados: numa fase inicial com aspetos descritivos relativamente à amostra e às variáveis em estudo e, posteriormente, numa análise das relações entre variáveis sociodemográficas e as dimensões em estudo. Finalmente, é apresentada a discussão dos resultados e a conclusão. Aqui discutem-se os principais resultados obtidos, apresentam-se as principais limitações do estudo e as suas implicações para a prática gerontológica.

Com a informação obtida através deste estudo pretende-se, então, elaborar propostas inovadoras e exequíveis, indo ao encontro da especificidade inerente a esta população e permitindo criar linhas orientadoras para a promoção de um envelhecimento ativo e inclusivo com o intuito de envelhecer com a maior qualidade de vida e bem-estar em zonas rurais geograficamente isoladas do Município de Amares.

CAPÍTULO I

REVISÃO DA LITERATURA

1. A Gerontologia e a Gerontologia Social

Nesta secção apresenta-se a ciência do envelhecimento, os seus ramos de especialidade, assim como a tendência desta área do conhecimento científico na atualidade.

1.1. A ciência gerontológica: Evolução histórica

A palavra Gerontologia provém do vocábulo grego *“gerontos”* que significa aqueles que são mais velhos ou mais notáveis conjugado com o termo *“logia”* que tem como significado grupo de conhecedores. Desta forma, a Gerontologia é a ciência que tem como objeto de estudo o processo de envelhecimento e da pessoa idosa e que adota procedimentos científicos adequados ao seu objetivo de estudo.

Assim, a Gerontologia investiga as experiências de velhice e o processo de envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspetos do envelhecimento normal e patológico. Investiga o potencial de desenvolvimento humano associado ao ciclo de vida e ao processo de envelhecimento. Caracteriza-se como um campo de estudos multidisciplinar, recebendo contribuições metodológicas e conceituais da biologia, psicologia, ciências sociais e de disciplinas como a biodemografia, neuropsicologia, história, filosofia, direito, enfermagem, psicologia educacional, psicologia clínica e medicina (Neri, 2008). Desta forma, dispõe de teorias gerais e específicas, tendo como meta melhorar a qualidade de vida dos idosos e o envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Foi em 1903 que Elie Metchnikoff usou pela primeira vez o termo Gerontologia. O estudo da velhice e dos fatores associados ao envelhecimento cresce exponencialmente após a 2ª Guerra Mundial com o aumento da esperança média de vida e com o consequente envelhecimento da população (Birren & Schroots, 2001). No entanto, esta temática já era objeto de reflexão por filósofos desde a Idade Antiga e, ao longo da Idade Média e da Idade Moderna, o envelhecimento foi tratado por investigadores que se propunham descrever os processos associados às doenças, à anatomia e à fisiologia do organismo dos adultos idosos.

Ao longo do século XX, o estudo do envelhecimento associado ao ciclo de vida evoluiu de forma contínua e gradual. Hoje em dia, o desafio da Gerontologia concentra-se em garantir que a velhice e o envelhecimento sejam processos orientados e bem-assistidos. Torna-se, então, imprescindível que o aumento da esperança de vida seja acompanhado por ganhos na qualidade de vida, na satisfação e no bem-estar (Neri, 2008).

É neste sentido que a Gerontologia assenta numa abordagem teórica a nível biológico, psicológico e social, o que faz com que esta ciência desenvolva conhecimentos básicos a todos estes níveis e se demarque como multidisciplinar. Esta ciência é claramente interventiva, tentando melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas, onde a intervenção pode ocorrer num contexto público ou privado, individual ou em grupo.

Fernández-Ballesteros (2004) destaca a multidisciplinaridade da Gerontologia, uma vez que a especificidade das tarefas com que o gerontólogo se depara expressa uma componente interativa impondo, desta forma, a necessidade de uma abordagem interprofissional. Também Neri (2008) encara a Gerontologia como um campo multidisciplinar visando a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais.

1.2. A Gerontologia Social relativamente à Gerontologia

Segundo Fernández-Ballesteros (2004), a Gerontologia Social é encarada como um ramo da especialidade da Gerontologia. Este termo foi usado pela primeira vez em 1954 por Clark Tibbis, para descrever a área da Gerontologia que se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e as suas consequências sociais.

Neste sentido, a Gerontologia Social é, então, a especialidade da Gerontologia que se preocupa essencialmente com o panorama da realidade sociocultural e ambiental inerente ao envelhecimento, bem como, das causas sociais para que se determinem

ações de prevenção e/ou intervenção como respostas a situações adversas (Fernández-Ballesteros, 2004).

No caso concreto da Gerontologia Social, esta desenvolve-se praticamente na segunda metade do séc. XX, pois é nessa altura que ocorre um aumento exponencial do envelhecimento da população. O primeiro artigo publicado onde aparece essa designação ocorre nos anos 60 e é apenas na década de 70 que esta ciência, mais específica, começa a ganhar relevância.

Neste contexto, o gerontólogo social possui conhecimentos biopsicossociais do idoso e do envelhecimento, ampliando estes mesmos conhecimentos a uma perspetiva social, em benefício das pessoas mais velhas (Fernández-Ballesteros, 2004).

Coleman e Jerrome (1999) estabelecem uma ligação entre as teorias do envelhecimento e a prática da Gerontologia no domínio da saúde e do social. No entender destes autores, existem três contextos onde se observa esta ligação: (1) a prestação de cuidados na saúde e no social em adultos mais velhos; (2) a criação de políticas sociais e de saúde a nível nacional, local e institucional; e, (3) a formação dos profissionais neste domínio (formação graduada e continuidade ao longo da vida).

Relativamente ao ensino da Gerontologia Social, o objetivo central é familiarizar os estudantes com a importância do quadro de referência psicossocial e examinar a ligação entre identidade, relações e saúde. Os gerontólogos confiam nos projetos primários para o planeamento do seu trabalho, utilizando para esse efeito estudos experimentais, estudos correlacionais e estudos de caso.

Assim, a Gerontologia Social tem como principal objetivo o estudo e conhecimento da velhice para que o indivíduo viva mais e melhor. O interesse pela velhice e pelos processos de envelhecimento tem sido constante ao longo da história da humanidade, dado o constante interesse pelo prolongamento da vida (Fernández-Ballesteros, 2004).

1.3. O contributo de Bass para a Gerontologia Social

Bass (2009), apresentou uma perspetiva integradora da Gerontologia Social que se baseia em elementos que emergiram ao longo dos anos. Ao invés de se basear numa simples filosofia, a proposta de Bass combina os componentes, fornecendo coerência para a compreensão do indivíduo em processo de envelhecimento na sociedade contemporânea. Esta teoria integradora combina uma macroperspetiva que avalia os contextos social, económico, ambiental, cultural e político que influenciam o comportamento humano e a saúde com a microperspetiva a nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões.

Segundo Bass (2009), alguns dos obstáculos aos avanços do conhecimento na Gerontologia Social prendem-se com as metáforas representacionais ou esquemas gráficos utilizados. Para se avançar no conhecimento, o autor defende ser necessário dispor de instrumentos conceptuais e metodológicos que facilitem uma aproximação entre investigadores. Afirma ainda que pretende agregar uma grande multiplicidade de perspetivas, podendo o investigador/avaliador/interventor focalizar-se num dos aspetos – o indivíduo, a estrutura social, as circunstâncias económicas, as políticas governamentais ou o ambiente. Assim sendo, basta que de início se enuncie a partir de que lugar se está a avaliar/intervir/investigar, convertendo-se num bom ponto de partida para a interdisciplinaridade (Bastos, Faria, Amorim e Melo de Carvalho, 2013). Não sendo estática, esta teoria integradora reconhece as mudanças nas circunstâncias dependendo de acontecimentos mundiais abrangentes.

2. As múltiplas perspetivas face ao envelhecimento

O fenómeno do envelhecimento tem sido analisado a partir de disciplinas muito diversas tal como a demografia, a psicologia, a sociologia, entre outras. Esta multiplicidade de perspetivas é visível não só nos modelos teóricos, mas também nas medidas programáticas que surgem neste momento à escala global. Nesta secção discutem-se os aspetos mais relevantes neste domínio.

2.1. Envelhecimento Populacional

A revolução demográfica do último século, que se traduziu na modificação e, por vezes, na inversão das pirâmides etárias, refletindo um envelhecimento populacional, trouxe à nossa sociedade novos desafios exigentes. As sociedades tornaram-se mais velhas, nomeadamente na Europa. Portugal é um dos países em que o envelhecimento mais se acentua sendo que, como já referimos, no espaço de 50 anos, o número de jovens diminuiu 14% e o número de idosos aumentou 11%, tendo a quarta idade quadruplicado, com o aumento da esperança média de vida, nesse mesmo período (INE, 2011).

O envelhecimento é um fenómeno com um crescimento exponencial nas sociedades do século XXI. Este fenómeno irreversível e de dimensão mundial impulsionou-se na segunda metade do séc. XX e foi determinado pelos baixos níveis de fecundidade, modificações nos comportamentos sexuais, redução da taxa de mortalidade em todas as idades e aumento da esperança média de vida. Somos, assim, confrontados pela infalibilidade de que as sociedades, independentemente das mutações económicas e sociais que vão sofrendo, envelhecerão progressivamente como resultado de um conjunto de fatores sociais (Paul, 2001).

Relativamente a Portugal, no final do século passado, a pirâmide etária da população portuguesa anunciava uma estrutura visivelmente envelhecida na base e no topo. O envelhecimento no topo começou a evidenciar-se de forma definitiva a partir de 1940 devido ao decréscimo lento da mortalidade, acentuando-se a partir de 1970. No que diz respeito à diminuição da população jovem (envelhecimento na base), apesar de ter o seu início mais tarde, teve um ritmo mais acelerado e intenso do que o aumento das proporções de idosos. A propensão, já verificada em alguns concelhos do país, é para a igualdade do número de jovens em relação ao número de idosos, com uma posterior ultrapassagem destes (Fernandes, 1997).

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Há 30 anos, em 1981, cerca de $\frac{1}{4}$ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos) e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário

dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65+ anos de idade (INE, 2011).

Entre 2001 e 2011 verifica-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, a população idosa aumentou cerca de 19,4%, bem como, o grupo da população situada entre os 25-64 anos cresceu 5,3% (INE, 2011).

Os Censos 2011 revelam ainda que, na última década, o índice de dependência total aumentou de 48 para 52. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década (INE, 2011),

Em Portugal, como referido anteriormente, a proporção da população com 65+ anos é, em 2011, de 19% da população total. Este valor contrasta com os 8% verificados em 1960 e com os 16% da década anterior. O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001, havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45 (INE, 2011).

O agravamento do envelhecimento da população portuguesa é praticamente comum à generalidade do território nacional. Apenas 16 dos 308 municípios apresentam, em 2011, indicadores de envelhecimento inferiores aos verificados em 2001. O envelhecimento das populações também deixou de ser um fenómeno dos municípios do interior e alastra-se a todo território (INE, 2011).

2.2. Envelhecimento Individual

O envelhecimento deve ser encarado como um processo individual, natural, social, universal, global e multidimensional (Fonseca, 2004).

O mundo tem assistido a mudanças ambientais aceleradas e profundas, quer no meio físico quer no meio social, onde os idosos são intervenientes. As mudanças têm acontecido, sobretudo, na relação entre as pessoas, como as alterações na estrutura familiar e na relação interindividual. Isto faz com que os idosos percam parte da sua identidade pessoal histórica, nomeadamente, devido a mudanças. Os idosos também sentem as mudanças ligadas ao envelhecimento, que, juntamente com as outras, fazem com que o envelhecimento seja difícil e, muitas vezes, vivido da solidão.

É possível dizer que o indivíduo é sensível aos acontecimentos significativos que podem ocorrer mais tarde na sua vida e que lhe podem gerar mudanças substanciais. Estes fatores originam uma preocupação cada vez mais crescente por parte dos investigadores relativamente ao desenvolvimento humano, procurando não só a sua descrição como também a sua explicação. Nos últimos anos, os estudos sobre o envelhecimento humano tem dado ênfase ao papel ativo de cada indivíduo. Cada vez mais o indivíduo está capacitado para fazer as suas próprias escolhas.

Hoje, o desenvolvimento humano é estudado e conceptualizado tendo em conta as variáveis que derivam dos múltiplos sistemas de organização, não tendo em conta apenas fatores de ordem biológica, psicológica e sociológica. Este mesmo desenvolvimento ganhou dimensões epistemológicas o que fez com que tenha adquirido uma expressão mais orgânica e contextualizada. A experiência, a intencionalidade ou as opções são fatores considerados como mecanismos de desenvolvimento (Fonseca, 2007).

É relativamente consensual entre vários autores (Baltes, 1997; Lerner, 2002; Fonseca, 2007), a ideia de que todas as pessoas se desenvolvem e que esse desenvolvimento é melhor entendido quanto mais se optar por orientações baseadas nas relações entre a pessoa em desenvolvimento e o contexto em mudança. Assim, o desenvolvimento humano deve ser entendido dentro dos termos interação pessoa-contexto, mudança, continuidade e plasticidade.

Fonseca (2007) atribuiu aos indivíduos um papel de produtores do seu próprio desenvolvimento. Assim, o desenvolvimento humano é possível através da intervenção individual, envolvendo sempre um processo de mudança, sendo melhor compreendido

se for situado no contexto de acontecimentos antecedentes e subsequentes. Neste sentido, o desenvolvimento humano é o resultado da interação entre fatores biológicos, históricos e culturais. Podemos, então, reter que os indivíduos são produtos e produtores do seu próprio desenvolvimento (Fonseca, 2007).

A teoria desenvolvimental do ciclo de vida tem como principal objetivo clarificar e provar que o desenvolvimento ocorre em todas as fases do ciclo de vida (infância, adolescência, idade adulta e velhice). Assim, a noção de desenvolvimento não é restrita a nenhuma fase do ciclo de vida e, dependendo da função e do contexto ambiental, o desenvolvimento pode ser generalizado e rápido em todas as fases do ciclo de vida (Baltes, 1997). A visão do desenvolvimento em todo o ciclo de vida propõe que o comportamento individual e interindividual em indivíduos idosos seja um produto da sua história ontogénica (Baltes, 1997).

Existem ainda as mudanças associadas à história, ou seja, aquelas que ocorrem ao longo dos anos e são determinadas pelos processos de socialização (ingresso na escola, casamento). As mudanças não previsíveis, por isso não-normativas, ou seja, aquelas que acontecem por influência de agendas biológicas e sociais (doenças, acidentes, viuvez, perda de emprego). Contrariamente às normativas, as influências não-normativas, não acontecem em todos os indivíduos de um grupo etário ao mesmo tempo. Estas podem ser de carácter biológico ou social e interrompem o curso de vida esperado, geram incertezas e aplicam sobrecarga aos recursos pessoais e sociais. Os seus efeitos variam consoante o indivíduo e seus recursos, a vários níveis. Quanto menos forem os recursos mais difícil é lidar com estas mudanças não-normativas. Escusado será dizer que é na velhice que aumenta essa dificuldade já que também é nela que os recursos diminuem.

O processo biológico normativo diminui a possibilidade de mudança para uma adaptação ao meio e também diminuição da capacidade de enfrentar e recuperar perante adversidade indesejáveis (doenças, acidentes, incapacidades). Esta plasticidade comportamental individual depende das condições histórico-culturais, que se espelham na organização do ciclo de vida e dependem dos apoios sociais e dos recursos da personalidade.

A partir da teoria do desenvolvimento do ciclo de vida (Baltes, 1997) observa-se que o desenvolvimento e o envelhecimento ocorrem durante toda a vida, sendo estes, processos contínuos, multidirecionais e multidimensionais. Estes factos podem ser verificados analisando as várias faixas correspondentes à idade adulta. Na primeira faixa, jovem adulto, verifica-se o atingir do auge das capacidades físicas do indivíduo e as escolhas do estilo de vida influenciam a saúde, encontrando-se aqui um dado importante, uma vez que a saúde pauta ou condiciona o envelhecimento. É nesta fase que se fazem as escolhas profissionais e educacionais e onde a personalidade se torna mais vincada, pois é nesta altura que se tomam praticamente todas as decisões. Numa segunda fase vem a meia-idade. Esta etapa também influencia o envelhecimento, uma vez que aqui surge a responsabilidade de cuidar dos filhos e dos pais, sendo por isso denominada de geração sanduíche. Podem, nesta fase, ocorrer mudanças ao nível da saúde. É normalmente nesta fase que os filhos saem de casa, sendo esta uma das transições mais difíceis da meia-idade. Por fim, temos a última faixa etária – a velhice. Ocorre uma diminuição do estado de saúde e das capacidades físicas e o estado da memória e a inteligência podem deteriorar-se. É aqui que entra a compensação como forma de minimizar as perdas. A plasticidade torna-se então importante uma vez que, como consequência das perdas, podem surgir capacidades possíveis de desenvolver e aperfeiçoar, mesmo em idades avançadas.

Assim, esta teoria assenta num modelo multidisciplinar que aborda o desenvolvimento humano tendo como premissa central as mudanças verificadas nas pessoas ao longo das suas vidas, assente em quatro princípios fundamentais: 1) o desenvolvimento é vitalício; 2) o desenvolvimento depende da história e do contexto; 3) o desenvolvimento é multidimensional e multidirecional; e, 4) o desenvolvimento é flexível ou plástico.

Para além de um estudo individualizado, esta perspetiva também pretende comparar e analisar o desenvolvimento grupal, considerando essencial comparar as populações em diferentes períodos históricos e não comparar apenas as pessoas isoladamente. Contudo, esta análise de diferenças entre pessoas e diferenças entre grupos torna necessário e imprescindível recorrer aos conhecimentos de outras disciplinas científicas que se focam na dimensão individual e grupal do desenvolvimento, pois

qualquer disciplina, isoladamente, não tem capacidade para abarcar e perceber todos os domínios e relações, pelo que precisa do contributo de todas as outras de forma a conseguir estudar na totalidade o desenvolvimento humano (Baltes, 1997).

Outra característica importante desta perspetiva é a sua origem contextualista, categorizando o organismo e o ambiente como uma unidade completa, em que a relação entre a idade, a história e os acontecimentos de vida está na origem do desenvolvimento psicológico. Desta forma, é completamente recusada a possibilidade de se definirem estádios desenvolvimentais, uma vez que o desenvolvimento não é nem estático nem progressivo de forma linear. Isto significa igualmente que o ser humano possui um potencial interno que origina e orienta as mudanças que decorrem ao longo do ciclo de vida. Este potencial, para além de ser inato, está presente ao longo de todo o ciclo de vida e tem como principal importância a multidireccionalidade que é capaz de gerar. Todos os acontecimentos que o ser humano vivencia não são considerados como passageiros ou momentâneos, pelo contrário, são organizados e contextualizados de forma a criar um reportório desenvolvimental que explique o processo de desenvolvimento e de adaptação do ser humano. É de extrema importância realçar a influência recíproca que todos os níveis de interação sofrem, podendo cada um ser considerado o produto de outros, mas ao mesmo tempo, a sua origem. Esta diversidade de acontecimentos e de influências gera a possibilidade de acontecerem algumas situações que dificultam ou causam constrangimentos à mudança. Nestes casos, é necessário introduzir o conceito de plasticidade, que consiste na capacidade de o ser humano prevenir, melhorar ou até otimizar o seu percurso desenvolvimental, uma vez que todos os indivíduos possuem a capacidade de serem influenciadores do seu próprio desenvolvimento (Baltes, 1997).

Baltes (1990), afirma que o desenvolvimento é composto por mudanças qualitativas, mas também quantitativas que se estendem ao longo de todo o ciclo de vida, podendo até ter um significado expressivo em períodos tardios do ciclo de vida. Considera-se que nenhum período etário representa um expoente de desenvolvimento, uma vez que, todo o ciclo de vida contribui e é decisivo para a mudança. No entanto, considera-se que na velhice a frequência e a intensidade de mudanças são tidas como menores e de importância mais reduzida.

Analisando o envelhecimento segundo uma perspectiva individual, percebemos então que este é um processo biopsicossocial dinâmico com ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida, sendo um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças originadas por influências biológicas e socioculturais de natureza normativa e não-normativa. Dentro do envelhecimento individual, encontramos dois conceitos: o envelhecimento cronológico e o biopsicológico. O cronológico está ligado à idade, fazendo parte do processo de desenvolvimento humano. O envelhecimento biopsicológico é um reflexo do primeiro, mas não ligado exclusivamente à idade, pois vive-se de maneira diferente em cada indivíduo, até pela forma como se pode sentir a velhice (Rosa, 2012).

2.3. Terceira e Quarta Idade

Na opinião de Baltes e Baltes (1990), o desafio mais premente para os desenvolvimentistas humanos é a busca das condições necessárias para completar a arquitetura biológica e cultural do ciclo de vida, de modo a que a otimização do desenvolvimento (no sentido de alcançar um saldo positivo entre ganhos e perdas) se estenda para períodos cada vez mais posteriores da vida. No entanto, devido à robustez da arquitetura incompleta do ciclo de vida, é provável que a extensão do desenvolvimento humano positivo, em idades progressivamente mais avançadas, seja cada vez mais difícil.

Baltes e Baltes (1990) sugerem que a otimização do desenvolvimento humano é muito difícil de se prolongar em idade avançada, no entanto o autor pretende deixar a impressão de que alcançar um saldo positivo entre ganhos e perdas, é possível em todas as idades da vida.

Por este motivo nem a matriz biológica, nem o estado atual do mundo cultural deve ser visto como uma representação fixa que define exclusivamente a natureza do envelhecimento humano. Estados como a quarta idade são catalisadores poderosos para a inovação científica e cultural. Além disso, apesar das perdas na plasticidade com

a idade, existe um potencial latente para a melhoria funcional em idades mais avançadas.

Fonseca (2007), define algumas das “idades da velhice”: jovens-idosos, idosos e muito idosos. Para este autor, a distinção entre terceira e quarta idade está assente na diminuição da importância da idade cronológica e no aumento da importância da idade funcional, não existindo uma idade cronológica definida para se passar à quarta idade. Tudo depende do grau de funcionalidade e da existência de descontinuidades e de diferenças qualitativas entre as “idades da velhice”. Fica também patente que a relação entre ganhos e perdas na quarta idade torna-se mais desfavorável.

Para Fonseca (2007), as “boas notícias” da terceira idade são o aumento da expectativa de vida, um elevado potencial de manutenção de boa forma (física e mental), a presença de reservas cognitivas, emocionais e níveis elevados de bem-estar pessoal, através de estratégias eficazes de gestão de ganhos e perdas. Por outro lado, surgem depois as “más notícias” da quarta idade, entre elas, as perdas consideráveis no potencial cognitivo, uma reduzida capacidade de aprendizagem, um aumento de sintomas de stress crónico, uma considerável prevalência de demências e também a presença de níveis elevados de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade.

O mesmo autor refere ainda que a quarta idade não é simplesmente uma continuação da terceira idade, mas sim uma etapa que testa as fronteiras da adaptabilidade humana. Esta situação, no entanto, vai trazer alguns dilemas como a tentação para estender os limites do envelhecimento de forma artificial, incrementando formas de “mortalidade psicológica” suscetíveis de ameaçar a intencionalidade, a preservação da identidade pessoal, o controlo sobre o futuro, numa vivência digna da fase terminal da vida.

Por outro lado, com a quarta idade, surgem novos desafios para fazer face às menores capacidades e/ou aos problemas de saúde. A adaptação pode resultar dificultada e, exigir a otimização do meio físico e social, tendo em vista aumentar a qualidade de vida do sujeito que envelhece pode ser uma mais-valia nesta fase do ciclo de vida. Assim, a institucionalização, por exemplo, deve responder à necessidade de restabelecer um equilíbrio mais favorável entre ganhos e perdas (Fonseca, 2007).

2.4. Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido

O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo progressivo e diferencial, já que não envelhecemos todos da mesma maneira nem o processo é simultâneo para todo o corpo e espírito. Uma velhice bem-sucedida tem vários critérios, como a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia intelectual, a competência social, a conservação de autonomia e o bem-estar subjetivo (Hsu, 2011).

Um estudo realizado por Brandt e colaboradores (2012) vai de encontro ao referido, indicando que podemos envelhecer de diversas formas. Esse estudo investigou o papel das condições da infância e da desigualdade social em idosos europeus. Verificou-se que existe uma associação entre as condições de vida da infância e a forma como envelhecemos. Ficou patente nos resultados deste estudo que um elevado nível socioeconómico e boas condições de saúde na infância estão diretamente correlacionados com uma maior probabilidade de se envelhecer positivamente.

Com o aumento da esperança de vida nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a promoção da saúde tornou-se um objetivo importante, designadamente, trabalhando: (1) na prevenção e controlo de doenças crónicas; (2) na manutenção ou retardamento do declínio da função física e cognitiva inerente ao envelhecimento; e (3) na otimização da saúde psicológica e na manutenção do funcionamento independente em tarefas relacionadas com a interação social (Woo, 2011).

O envelhecimento bem-sucedido reúne três estratégias principais: (a) reduzir as causas que levam à perda de autonomia; (b) manter um elevado nível funcional nos planos, cognitivo e físico; e (c) conservar um bom desempenho social com bem-estar subjetivo. A velhice ótima depende da plasticidade, ou seja, das reservas que um indivíduo dispõe para otimizar o seu funcionamento. No entanto, esta plasticidade diminui com o envelhecer (Lindenberger et al., 2008).

Sanders e McCready (2010) enfatizam ainda a importância da adaptação e bem-estar emocional no envelhecimento bem-sucedido. Novos dados sugerem que, para a maioria dos cidadãos mais velhos, a qualidade subjetiva de vida é mais importante do

que a ausência de doença e outras medidas objetivas relacionadas com a saúde física e mental. O ser humano tem a necessidade de garantir um significado para sua existência, a fim de obter satisfação pessoal. E prolongar a vida sem garantir à longevidade algum significado, não é o melhor desafio para o envelhecimento. Assim, munir a vida de um sentimento de utilidade, como, por exemplo, através do trabalho ou voluntariado, tem vários efeitos positivos que propiciam a satisfação e, consequentemente, o alcance do envelhecimento bem-sucedido.

A probabilidade de um envelhecimento bem-sucedido e com qualidade de vida, é maior quando há o estabelecimento e a manutenção de relações sociais funcionais, importantes para o bem-estar físico e mental e para a maior satisfação pessoal e profissional, caso o idoso ainda desempenhe uma função significativa no trabalho. Assim sendo, uma maior gama de papéis supõe uma maior rede de apoio social e relaciona-se positivamente com maiores índices de autoestima, de capacidade social e de assertividade. Um estilo de vida com grande ênfase na participação social e comunitária é extremamente importante para um envelhecimento com sucesso. A investigação sobre o envelhecimento bem-sucedido indica, então, que existe um número crescente de idosos que apresentam um nível elevado de capacidade laboral e que estes devem ser vistos como um grande contributo para a sociedade (Sanders & McCready, 2010). Assim, fica patente que a atividade é um meio privilegiado das pessoas obterem o bem-estar emocional e alcançar um envelhecimento bem-sucedido. O termo atividade pode incluir tanto atividades físicas e mentais como atividades individuais e em grupo (Nakasato & Carnes, 2006). Por exemplo, um estudo realizado em instituições de cuidados de saúde (Ramage-Morin, 2006), verificou que a participação em atividades sociais e de lazer, bem como, o facto de o idoso estabelecer uma relação de proximidade estreita com pelo menos um membro do *staff* da instituição está associado a um sentimento de autopercepção positiva e a um estado de significativo bem-estar emocional.

Sendo assim, a atividade sistemática, ou seja, aquela praticada regularmente, empresta significado e satisfação à vida, quer pelo compromisso e responsabilidade social nela implícita, quer pela oportunidade de manter o convívio social. No entanto, importa referir que os idosos, muitas vezes, necessitam de uma orientação no caminho

certo, que lhe permita o aconselhamento de que tipo de atividades e conceitos são mais relevantes para que mantenham a sua autonomia e bem-estar (Nakasato & Carnes, 2006).

De encontro com os pressupostos acima descritos, Fernández-Ballesteros (2008) aponta para o aparecimento de um novo paradigma no campo da investigação sobre o envelhecimento. Esta perspetiva mais atual diz respeito ao envelhecimento ativo, que traz uma visão mais positiva sobre como se pode envelhecer. O conceito de envelhecimento ativo (EA) surge na década de 60 e define-se como “um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice”, bem como, “à procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente” (Paúl, 2005).

Por seu turno, Baltes e Baltes (1990) definem alguns critérios para se proporcionar um envelhecimento bem-sucedido: duração de vida, saúde biológica, saúde mental, cognição, competência, produtividade social, controlo social e satisfação com a vida. Quando falamos de envelhecimento bem-sucedido temos necessariamente de falar da saúde, uma vez que esta é uma preocupação constante dos idosos. Mas a saúde física não é por si só uma condição para a felicidade, pois por saúde entende-se o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças (OMS, 2002).

A visão positiva do envelhecimento de Baltes e Baltes (1990), reconhece a heterogeneidade do ato de envelhecer, acentua as propriedades funcionais e subjetivas dos comportamentos e reconhece a capacidade de utilização de mecanismos de seleção, otimização e compensação.

No quadro das teorias da ação, Baltes e Baltes (1990) retomam os conceitos de seleção, otimização e compensação (SOC). A seleção é como uma determinada orientação para o desenvolvimento, à luz da qual se definem objetivos e resultados desejáveis para esse mesmo desenvolvimento, o que pode suceder por duas vias – seleção escolhida ou seleção baseada nas perdas. A otimização é vista como um mecanismo que envolve a aquisição, a manutenção e o aperfeiçoamento de meios e de recursos úteis para se alcançarem determinados objetivos desenvolvimentais desejáveis e prevenir a ocorrência de objetivos indesejáveis. Por fim, a compensação é

entendida como a produção de respostas funcionais face à ocorrência de perdas capazes de comprometer a obtenção de objetivos desejáveis.

Para que um envelhecimento seja bem-sucedido é necessário envelhecer bem, isto é, ter uma boa velhice. A velhice é a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva. À medida que o ciclo vital humano se alonga, a velhice passa a comportar subdivisões que atendem a necessidades organizacionais da ciência e da vida social. Envelhecer bem é procurar manter a autonomia dos mais velhos, procurando manter a oportunidade destes continuarem a participar na e da sociedade. Assim, minimiza-se a possibilidade de exclusão social e permite-se um envelhecimento bem-sucedido.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido obriga a uma reanálise da natureza da velhice e da imagem que dela habitualmente se faz (Baltes & Baltes, 1990). A noção de envelhecimento bem-sucedido está dependente da aquisição de atitudes e de processos de coping que permitem, ao idoso, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtivo e socialmente ativo pelo máximo de tempo possível.

Simultaneamente com a proposta de conceptualização do envelhecimento bem-sucedido de Baltes e Baltes (1990), outras propostas surgiram, nomeadamente, um modelo resiliente do *self* do idoso, baseado no recurso a processos instrumentais de assimilação e acomodação como formas básicas de *coping* e de manutenção da integridade do *self* durante a velhice, focalizando-se nos mecanismos de controlo primário e secundário usados pelos indivíduos ao longo do ciclo de vida.

Numa perspetiva do ciclo de vida, o modelo de envelhecimento bem-sucedido Baltes & Baltes (1990), apoia-se em dois conceitos – a variabilidade inter-individual e a plasticidade intra-individual que, em simultâneo, clarificam a existência de múltiplas oportunidades de otimização do desenvolvimento psicológico. Assim, uma definição de envelhecimento bem-sucedido requer a adoção de uma perspetiva simultaneamente sistémica e ecológica, ou seja, baseada em indicadores objetivos e subjetivos enquadrados por um dado contexto sociocultural.

Com o envelhecer surgem perdas das capacidades cognitivas, não sendo este um dado adquirido. Neste contexto foram, então, desenvolvidos vários estudos por diversos autores.

Assim, Wechsler (1958, como citado em Paúl, 2005), nos seus estudos, considera o perfil clássico de declínio intelectual e, é a partir deste perfil que surgem perspetivas que diferenciavam o declínio relativamente à distinção entre tarefas fáceis e difíceis, tarefas sobre aprendidas e cristalizadas, tarefas novas e fluídas, tarefas de velocidade e de potência. Estes estudos permitem concluir que o declínio verificava-se mais nas tarefas difíceis, fluidas e de velocidade.

A partir de estudos transversais, verificou-se a existência diferenças cognitivas entre jovens adultos e idosos, favorecendo os primeiros. No entanto, como refere Paúl (2005), não é fácil distinguir entre o efeito da idade e o da coorte, o que só é possível através de estudos longitudinais.

Hertzog (1989, como citado em Paúl, 2005), procedeu a uma avaliação de idosos baseada em testes de velocidade e perceção, tendo concluído que as diferenças etárias eram bastante atenuadas se a velocidade fosse diminuída, verificando-se assim uma forte relação entre velocidade e inteligência.

Por seu turno, Salthouse (1988, como citado em Paúl, 2005) apresentou um modelo de envelhecimento cognitivo, que prevê o declínio, com a idade, de aspetos processuais seja devido ao máximo de ativação permitida ou à taxa de propagação da informação. Dez anos depois, Salthouse (1998, 1999 como citado em Paúl, 2005) propôs uma avaliação do envelhecimento cognitivo em termos de processo, isto é, da inteligência fluida que tipicamente é subjacente à aprendizagem, à memória, ao raciocínio e às capacidades especiais. A inteligência cristalizada permanece estável ou até aumenta com o avançar da idade. Os idosos declinam mais em termos cognitivos do que em termos do self e da personalidade, o que indica que os idosos preservam a resiliência psicológica (Neri, 2006).

Analisando a forma como a personalidade se comporta ao longo do processo de envelhecimento, Papália e colaboradores (2006), tentam caracterizar a estabilidade da

personalidade. É de salientar que, embora alguns estudos apontem para mudanças na 3.^a e 4.^a idade, os estudos de Costa e McCrae (1994, 1996 como citado em Paúl, 2005), demonstraram claramente a estabilidade essencial dos traços de personalidade. De acordo com estes autores, as disposições como o neuroticismo e a extroversão parecem permanecer estáveis pelo menos até aos 70 anos, demonstrando que há estabilidade e que as mudanças nos padrões prendem-se mais com o processo de maturação do que com influências ambientais. Desta forma, conclui-se que os idosos, enquanto grupo, não diferem muito dos indivíduos mais novos e preservam a sua própria configuração dos traços de personalidade durante décadas. Assim sendo, não se pode definir que a personalidade muda ou estagna numa fase posterior da vida adulta. O que sabemos é que a personalidade é algo muito complexo e que podem realmente existir algumas alterações e mudanças ao longo da vida, mas que não ocorre uma inversão total dos primeiros padrões de personalidade adquiridos.

De acordo com a evidência científica abordada anteriormente é possível perceber que existe uma significativa relação entre a personalidade e a capacidade cognitiva. Pode argumentar-se que é possível prever mudanças ao nível cognitivo tendo em linha de conta os principais traços de personalidade do ser humano e o contexto onde este se insere.

Por último, a existência de relações significativas é considerada um fator protetor da saúde mental, atuando como um valioso auxílio nas situações de descompensação, nomeadamente em fases de maior vulnerabilidade, sobretudo no envelhecimento. Ainda que os idosos vejam os amigos e familiares com menor frequência, os relacionamentos sociais continuam a ser importantes, talvez ainda mais do que antes (Antonucci & Akiyama, 1995; Carstensen, 1995; Johnson & Troll, 1992 como citado em Papália e col., 2006). À medida que envelhecem, os indivíduos tendem a passar menos tempo uns com os outros (Carstensen, 1996 como citado em Papália et al, 2006). Para a maioria dos indivíduos, o emprego é uma vantajosa fonte de contacto social, pelo que, os indivíduos que se reformam cedo têm menos contactos sociais do que os indivíduos reformados mais tarde ou daqueles que continuam a trabalhar. Segundo a teoria da seletividade socio-emocional (Carstensen, 1991, 1995, 1996 como citado em Papália et al, 2006), os idosos tornam-se cada vez mais seletivos em relação aos

indivíduos com quem convivem. Quando os indivíduos percebem que o tempo que lhes resta é curto, as necessidades emocionais imediatas tomam precedência sobre as metas de longo prazo. No entanto, ainda que os idosos possam ter menos relacionamentos sociais do que indivíduos mais jovens, tendem a estar mais satisfeitos com os que possuem. Embora o tamanho da rede social e a frequência dos contactos diminua, a qualidade do apoio social parece não diminuir (Bossé, Aldwin, Levenson, Spiro & Mroczek, 1993 como citado em Papália et al, 2006).

Desta forma, fica patente, que ao longo do ciclo de vida as redes sociais do indivíduo mudam com os contextos familiares, de trabalho, e outros. Acontecimentos como a reforma ou a mudança de residência alteram profundamente a rede social do idoso. As redes sociais degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade. Assim sendo, pode concluir-se que a existência de redes sociais de apoio é um dado importante para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, a melhor saúde mental, bem-estar e satisfação pela vida.

3. Políticas Sociais para o envelhecimento ativo e bem-sucedido

Atravessamos em Portugal um dos momentos mais difíceis na conjuntura económica e social, situação que é marcadamente desfavorável para os mais vulneráveis. Contudo, não é apenas a situação material que nos deve preocupar. Juntamente com a pobreza, a exclusão assume várias facetas e afeta grupos diferenciados da nossa sociedade, onde os idosos são bastante afetados. Perante esta situação, é necessária uma intervenção forte e eficaz. No entanto, é fundamental diferenciar as respostas de acordo com as condições específicas dos destinatários, de acordo com as características de cada território, respeitando e procurando sempre a equidade e a distribuição de bens e recursos (Martins, 2006).

O aumento exponencial da população envelhecida é encarado como um fenómeno que preocupa cientistas e governantes, e que se faz acompanhar de um espectro de dificuldades relacionadas com o encargo dos idosos sobre as gerações futuras, os

vários custos que o seu grande número representa, a falência dos sistemas de reforma e, de forma mais pessimista, o “conservadorismo” e a falta de vitalidade e dinamismo que tal envelhecimento poderá acarretar para as sociedades atuais (Fernandes, 1995).

A preocupação em encontrar soluções para esta problemática evidencia-se no aumento de estudos e de investigadores, que centram as suas atenções nas pessoas idosas. Decorrente deste processo de legitimação do problema social de velhice, constitui-se um campo de produção e gestão de bens especificamente orientados para os idosos e que tende a generalizar-se e a oferecer soluções diversificadas (Martins, 2006). Logo, fica patente a necessidade da criação de linhas de orientação (Políticas Sociais) que possam ser seguidas de forma a suplantam estes mesmos problemas sociais.

3.1. Política Social no âmbito das Políticas Públicas

O conceito de Política Social pode ser definido como a ação do Estado na procura do bem-estar social dos indivíduos. Num sentido corrente, é a política relativa à administração pública da assistência, ou seja, ao desenvolvimento e direção dos serviços específicos do Estado e dos serviços locais, em aspetos como a saúde, a educação, o trabalho, a habitação, a assistência e os serviços sociais (Caeiro, 2008). Neste sentido, Caeiro (2008) entende que a política social pretende prosseguir objetivos como a resolução de determinados problemas sociais ou alcançar objetivos que, de certo modo, se aceitam como respostas àqueles problemas. Desde logo, fica a consideração de que a política social é entendida como o conjunto das políticas públicas com finalidades sociais e que o seu objeto central é a promoção do bem-estar social.

Segundo Caeiro (2008), importa identificar a política social pela sua substância, ou seja, através dos fins que prossegue, dos objetivos que pretende alcançar e dos instrumentos com que conta para obter os resultados esperados. Quanto aos fins, a política social pretende alcançar e promover o bem-estar social. Neste aspeto, revela-se a prossecução da satisfação das necessidades sociais, à garantia dos direitos sociais

(civis, políticos e sociais) e a avaliação dos fatores que estão na origem da não satisfação das necessidades. Quanto aos objetivos, e tendo sempre como pano de fundo a garantia e promoção do bem-estar social, podem considerar-se os seguintes: (a) promoção da redistribuição do rendimento e da riqueza; (b) gestão dos riscos sociais; e, (c) promoção da inclusão social. Quanto às áreas de atuação da política social podemos considerar as seguintes: (1) emprego e rendimento mínimo; (2) proteção das condições de trabalho; (3) educação, formação e cultura; (4) higiene pública e saúde; (5) assistência e promoção social; (6) urbanismo e habitação; e, (7) tempo livre e recreio.

No que concerne ao envelhecimento e analisando o contexto português, verifica-se que a Constituição da República Portuguesa define, no artigo 72º, que as pessoas idosas têm direito à segurança económica e condições de habitação e convívio familiar que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem o isolamento e a marginalização social. Este princípio é efetivado a partir da política social da velhice. Esta promove o bem-estar social através de prestações pecuniárias (reformas e outros subsídios) ou através de benefícios fiscais, de serviços sociais (equipamentos sociais de prestação de cuidados) e outros serviços públicos (saúde, habitação, escolaridade, entre outros), assim como, programas e projetos específicos (Capucha, 2014).

No entanto, o envelhecimento tende a ser tratado, mais recentemente, em quase toda a literatura sobre o estado social, como um “problema” para a sustentação das políticas sociais (Ebbinghaus, 2011, 2012; Bonoli & Natali, 2012; Castles, 2004; Taylor-Gooby, 2004; como citado em Capucha, 2014). Porém, são as próprias sociedades modernas que têm vindo a criar o envelhecimento e o “risco da velhice”. Este risco apresenta uma curiosidade particular no sentido de que a generalidade das pessoas o deseja afincadamente tornando-se, de facto, numa situação normal e legitimamente expectável para a maioria das pessoas (Capucha, 2014).

Por outro lado, contrariamente àqueles que falam do “falhanço” do estado social, o envelhecimento é a melhor prova do seu sucesso. Um sucesso traduzido em vidas mais prolongadas e com melhores condições de bem-estar para a generalidade da população. Este sucesso deve, ainda, sublinhar-se no estímulo à economia. De facto,

não estão distantes os tempos em que os indefetíveis defensores da superioridade do mercado perante a suposta “falência” do estado social salientavam a importância da “geração cinzenta”, economicamente abonada e em crescimento, como um dos principais segmentos dos consumidores e, por isso, um fator de estímulo ao crescimento económico (Capucha, 2014).

De acordo com Capucha (2014), se olharmos para os problemas gerados com o envelhecimento apenas pela ótica economicista da sustentabilidade financeira do estado e do funcionamento da economia, e para as políticas sociais apenas como despesa, o que vemos são: (1) dificuldades geradas pelo aumento do rácio de dependência; (2) pressão sobre a sustentabilidade financeira dos sistemas de pensões e do sistema de saúde; (3) representações negativas (ainda que infundadas) sobre a adaptabilidade e a produtividade dos trabalhadores mais velhos; (4) crescentes despesas com equipamentos e serviços sociais; e, (5) perigo de crescer o sentimento de desconfiança entre as pessoas, nomeadamente entre as gerações, num sistema baseado precisamente na solidariedade intergeracional. Estes são problemas efetivos que, porém, podem ser atacados de diversas maneiras e não apenas pelo recuo da generosidade, da cobertura e da eficácia geral do sistema.

A procura de alternativas ao simples corte cego nas políticas que asseguram qualidade de vida implica que se adote uma perspetiva que não esqueça as pessoas e o seu bem-estar e, também, os efeitos económicos do crescimento e plena utilização do seu potencial (Capucha, 2014).

Desta forma, podemos encarar o modo como uma sociedade trata os seus idosos como um indicador seguro da qualidade que pretende oferecer a todos os cidadãos. Não podemos subordinar o valor da solidariedade aos interesses das finanças e dos mercados, na esfera em que se geram as desigualdades que apenas o estado pode corrigir. Não podemos igualmente substituir a solidariedade pela caridade e pelo paternalismo, princípios contrários à justiça como direito, à autonomia e dignidade de quem recebe, a favor de quem se afirma pelo poder do “dom” caritativo (Capucha, 2014).

Não podemos substituir as políticas sociais por formas elementares de solidariedade mecânica, como aquela que reclamam os que esperam das famílias, em grande medida exauridas, aquilo que elas já não estão em condições para oferecer de forma digna. A solidariedade não é um “luxo” de tempos de abundância, é um requisito do equilíbrio social, da coesão e da produtividade, principalmente relevante em tempos de crise como os atuais (INE, 2012).

Também a DGS (2010), refere que, o envelhecimento não deve ser encarado como problema, mas como parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Esta perspetiva implica: uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral; a formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social; uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico; e, um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

Conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem que ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas. Do ponto de vista da sociedade, sendo, o envelhecimento, um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, tem, necessariamente, implicações em todos os sectores sociais e demais prestadores de cuidados diretos conviventes e profissionais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas bem como no envolvimento das famílias (DGS, 2010).

A DGS (2010), reforça que esta abordagem multidimensional/holística do envelhecimento reclama toda uma reorganização do sistema social. Esta necessidade faz-se sentir aquando das alterações que temos vindo a refletir. Assim, temos assistido ao emanar de uma panóplia de mudanças ao nível das políticas sociais, especificamente, no que concerne à organização das políticas sociais de velhice e nos agentes de intervenção que as preconizam, como são disso exemplo as redes de suporte social formais (Estado e Sociedade Civil) e as informais (Família).

No âmbito da Política Social atual, encontramos vinculado um modelo estatal que chamou a si os problemas sociais, definiu um vasto conjunto de direitos e deveres partilhados por todos os cidadãos e configurou um novo conjunto de orientações ao nível de uma intervenção social direcionada para o contacto in loco com os problemas, abordando-os de uma forma multidimensional e acionando a participação de todos os intervenientes, tendo subjacente a universalização dos direitos e deveres de todas as pessoas. De forma a dar resposta aos novos problemas que advêm das alterações verificadas na sociedade e que exigem novas respostas “direcionadas para os cidadãos mais penalizados pela estrutura de oportunidades e traduzem a tentativa de estimular acessos diferenciados em várias áreas, favorecedores da inserção dos indivíduos e grupos mais vulneráveis” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000)

As Políticas Sociais ativas têm por objetivo intervir nas causas dos problemas e pretendem criar condições para a transformação do meio envolvente e das atitudes individuais. É neste novo conjunto de políticas sociais que surge a necessidade de se proceder a uma reflexão acerca das respostas sociais emergentes de forma a apoiar a terceira idade na manutenção do idoso no seu meio habitual de vida. Assistimos ao fortalecimento da sociedade providencia e ao surgimento do papel de outros agentes como as IPSS's. No entanto, o Estado continua (e continuará) a desempenhar um papel fundamental neste campo de ação, principalmente no vasto conjunto de respostas, já existentes, de apoio à 3ª Idade, nas quais se insere, por exemplo, o P.A.I.I. (Programa Integrado de Apoio a Idosos) caracterizado por medidas inovadoras concretizadas através de projetos de desenvolvimento central e ao nível local (autarquias) (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000).

É importante também destacar algumas políticas de discriminação positiva no acesso a determinados bens e serviços essenciais, como os transportes e telecomunicações, nomeadamente através dos passes sociais para a terceira idade, as energias, através de descontos nas taxas de faturação, entre outras. De referir também o apoio que os idosos têm no acesso à saúde com a isenção de taxas moderadoras e transportes. Na própria Constituição da República fica patente a proteção social que tem que existir para com os mais velhos, refletindo-se na diretiva de que o Sistema de Segurança Social deve proteger os cidadãos na doença, velhice, invalidez e viuvez.

Assim, para além de se reconhecer o valor inestimável da família e dos vizinhos, que facilitam a permanência do idoso no seu quadro habitual de vida, entende-se que deverão ainda ser implementadas medidas de política social, que favoreçam a manutenção dos idosos no seu domicílio e estimulem estes laços tradicionais, para além de se considerar pertinente o desenvolvimento de um Plano Gerontológico Nacional (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000).

Estas medidas não podem ser analisadas de forma simplista, no entanto já se percebe a emergência de “uma nova geração de políticas sociais ativas que se orientam para fazer face e prevenir vulnerabilidades com que ainda nos defrontamos” (Conselho de Ministros, 2001).

3.2 Políticas Sociais e Envelhecimento Populacional

Em Portugal, os governos têm mostrado preocupação com a população idosa e, nesse sentido, estabeleceram já um conjunto de medidas, direitos e benefícios aos idosos.

A implementação destas medidas em Portugal deu-se por volta de 1969, com a discussão na Assembleia Nacional sobre a população idosa do país, o envelhecimento e as políticas para a velhice, sendo criado em 1971, o serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do Instituto da Família e Ação Social, inserido na Direção Geral de Assistência Social (Martins, 2006).

Em 1976 é consagrado, na Constituição Portuguesa, o Direito à Segurança Social, sendo este enquadrado num conjunto de ações que são desenvolvidas através dos serviços e equipamentos de apoio social, individual, familiar e comunitário. Destas mudanças políticas e sociais surge, então, uma ação que é exercida, na sua maioria, por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e outras apoiadas pelo Estado (Martins, 2006).

Face ao envelhecimento da população em Portugal, têm sido desenvolvidas medidas de proteção social tendentes a minimizar os riscos acrescidos de vulnerabilidade por parte dos idosos. Os direitos e os benefícios que são concedidos às pessoas idosas no

âmbito da Segurança Social encontram-se organizados e sistematizados em três áreas temáticas: (1) Prestações de Segurança Social; (2) Respostas Sociais; e, (3) Programas de Apoio as Pessoas Idosas (DGS, 2014).

O governo e os parceiros sociais desenvolvem medidas com o objetivo de reforçar a coerência estrutural do Sistema de Segurança Social e reforçar a sua sustentabilidade, utilizando melhor os seus recursos e estabelecendo um novo equilíbrio entre direitos, deveres e responsabilidades (DGS, 2014).

Em 1994, foi criado o Programa de Apoio Integrado ao Idoso (PAII). Este programa visa a criação de condições para que os idosos se mantenham no seu domicílio, o apoio às famílias, a promoção de ações de formação e a prevenção do isolamento, exclusão e dependência. No seguimento do PAII surge o Plano Avô, constituído por um conjunto de medidas que visam a identificação dos utentes, das redes de apoio e das infraestruturas e respetivos equipamentos dos lares de idosos (Fazendeiro, 2012)

Apesar da imensa oferta ao nível de equipamentos para idosos, estes continuam a ser inferiores à procura. Perante este facto, foi criado em 1997, o Programa Idosos em Lar (PILAR) e, no seguimento deste, o Plano Nacional de Ação para a Inclusão (PNAI), com o objetivo de desenvolver os Serviços de Apoio Domiciliário, através do alargamento de horários passando a incluir os fins-de-semana (Fazendeiro, 2012).

A cada vez maior preocupação sobre os idosos dependentes levou à criação do Serviço de Apoio Domiciliário Integrado (SADI). Este programa segue os princípios do SAD – Serviço de Apoio Domiciliário, sendo particularmente direcionado para os idosos dependentes, na prestação de cuidados de saúde no seu domicílio, normalmente após alta hospitalar. Associado a este serviço, existem, também, as Unidades de Apoio Integrado (UAI) com o objetivo de prestar cuidados temporários que, por motivo de dependência, não podem ser prestados no domicílio (Fazendeiro, 2012).

Apesar da existência destes programas de apoio, a realidade mostra-nos que os níveis de pobreza da população idosa portuguesa limitam o seu acesso a serviços que poderiam aliviar a sobrecarga física e psicológica dos seus cuidadores. Com efeito, tendo em conta o limiar de pobreza estimado pelo EUROSTAT para Portugal, a pobreza

monetária atingiu, em 2001-2002, os 35,4% dos idosos residentes na região Norte do país (Delerue Matos, 2008).

Os idosos que vivem sós, os casais de idosos e os indivíduos com uma saúde precária constituem alguns dos grupos mais vulneráveis em termos de pobreza monetária e pobreza segundo as condições de vida. Os cuidadores familiares idosos e os idosos dependentes que pertencem a estes grupos não estão em condições de adquirir novos Serviços de Apoio Domiciliário nem de contratarem uma pessoa para os auxiliarem. O reforço de subsídios como o “Complemento Solidário para Idosos” ou a gratuidade de serviços considerados indispensáveis aos idosos dependentes e aos seus cuidadores, de acordo com uma avaliação criteriosa das necessidades e dos recursos económicos dos mesmos, permitiria melhorar a qualidade de vida destes idosos ao mesmo tempo que introduziria uma maior justiça social (Delerue Matos, 2008).

Neste sentido, foram então criados, para a população idosa, alguns benefícios e descontos especiais com a possibilidade de poderem usufruir de bens e/ou serviços públicos e/ou privados. Outras iniciativas políticas têm sido criadas ao nível regional, tais como, a Rede AJUDA, inscrita no plano de emprego regional do Alentejo, que tem como objetivo a criação de respostas de apoio social através de ações de formação para cuidadores. Em 2006, o Município de Viana do Castelo, criou o Programa Envelhecer com Qualidade, cujo principal objetivo assenta na abordagem do cidadão idoso como fenómeno natural e positivo (Fazendeiro, 2012).

Com todas estas perspetivas sobre o envelhecimento e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, surgem novas necessidades, nomeadamente no campo da saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. A saúde deve ser encarada como um aspeto fulcral no alcance de um envelhecimento bem-sucedido.

Não sendo a saúde física, por si só, condição de felicidade, a sua ausência incita sofrimento e quebra no bem-estar, através de interações complexas, diretas e indiretas com outros fatores da qualidade de vida. A autoavaliação que o sujeito faz da sua condição de saúde, pertence a uma avaliação subjetiva e complexa dos indicadores biológicos percecionados. É sabido que, com o envelhecimento, as condições de saúde

pioram, por vezes de forma drástica, sendo que estas somente podem ser melhoradas ou contornadas, com bons hábitos de vida do indivíduo desde muito cedo, e visitas regulares ao médico. Sucodem-se as doenças, as quedas e fraturas e, em vez de semanas, demoram-se meses ou anos a tratar das enfermidades, agravando o enfraquecimento do organismo, de todo o seu funcionamento e da sua imunidade.

As condições biológicas e fisiológicas, que irreversivelmente pioram e degradam todo o funcionamento do organismo, levam a que o idoso ganhe inevitavelmente doenças que vão agravar ainda mais o seu estado de saúde.

Quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi criada, pouco após o fim da Segunda Guerra Mundial, havia uma preocupação em traçar uma definição positiva de saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física e acesso ao sistema de saúde. O "bem-estar social" da definição veio de uma preocupação com a devastação causada pela guerra, assim como de um otimismo em relação à paz mundial — ainda não tinha começado a Guerra Fria. A definição adotada pela OMS tem sido alvo de inúmeras críticas desde então. Definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível e, assim, a definição não pode ser usada como uma meta, pelos serviços de saúde. Alguns afirmam, ainda, que esta definição teria possibilitado uma “medicalização” da existência humana, assim como, abusos por parte do Estado a título de promoção da saúde. Por outro lado, a definição utópica de saúde é útil como um horizonte para os serviços de saúde por estimular a priorização das ações. A definição pouco restritiva dá liberdade necessária para ações em todos os níveis da organização social (WHO, 2001)

A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela. Abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo. Esta visão funcional da saúde interessa muito aos profissionais de saúde pública e dá uma atenção primária à saúde, pois pode ser usada de forma a melhorar a equidade dos serviços de saúde, promovendo cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo ou grupo.

Quanto à saúde mental, este é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental. Na perspectiva da

psicologia positiva ou do holismo, a saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida (WHO, 2001).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2010), envelhecer com saúde, autonomia e independência, durante o maior tempo possível, constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com implicações significativas no desenvolvimento económico dos países.

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (DGS, 2010)

O Plano Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa (DGS, 2010), coloca a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia. Neste sentido promover a prática de atividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, não fumar, consumir álcool de forma moderada, promover fatores de segurança e a manutenção da participação social são aspetos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

A promoção de um envelhecimento bem-sucedido diz respeito a múltiplos setores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que

cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus. É nesta perspetiva que o envelhecimento humano pode ser definido como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.

3.3. O Serviço de Apoio Domiciliário como resposta Social

A Direção Geral de Saúde (2010) defende que as políticas sociais devem permitir desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes desta população e das suas famílias, permitindo minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustarem-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Analisando algumas das respostas sociais existentes em Portugal, verificamos que um dos serviços mais requisitados e mais importantes para o conceito de envelhecer no lugar é a resposta Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Enquanto entidade financiadora e reguladora, o Estado tem apostado no crescente investimento nos serviços sociais para idosos. O SAD registou a maior taxa de crescimento de todas as valências (Carta Social 2002, como citado em Barbosa & Delerue Matos, 2008), “...quer ao nível da capacidade, quer ao nível do número de utentes, (...) tendo sido, esta resposta, privilegiada, em alternativa às convencionais respostas de institucionalização” (Martin, Gonçalves, Silva, Paúl e Cabral 2007, como citado em Barbosa & Delerue Matos, 2008). O serviço de prestação de cuidados é aquele que, atualmente, maior apoio presta aos cuidadores familiares idosos e aos idosos dependentes que não pretendem abandonar o seu lar.

O SAD é, portanto, a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais

da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito (Portaria n.º 38/2013 de 30 de Janeiro).

Segundo Levine (1999), as mudanças a que se tem assistido na estrutura das populações e as suas consequências, económicas ou sociais, vão determinar uma nova forma de encarar o apoio domiciliário neste século. A presença, cada vez maior, de população idosa e dependente, o aumento generalizado de doenças crónicas associadas ao envelhecimento e a impossibilidade de recuperação de muitas destas doenças, comprometem, naturalmente, a capacidade de resposta das estruturas hospitalares, apresentando-se, o SAD, atualmente, como algo que é mais do que, apenas, um serviço secundário.

De um modo geral, os programas de cuidados para a população idosa têm como objetivo principal manter o indivíduo no meio que escolheu, normalmente no seu meio habitual (Emlet & Crabtree, 1996; Cantera, 2001; Nolan et al., 2001, como citado em Oliveira, 2007).

Rodríguez (2000 como citado em Cunha, 2007), define o Apoio Domiciliário como um serviço individualizado, de carácter preventivo e reabilitador, dirigido a uma pessoa idosa com algum grau de dependência funcional, que reside no seu domicílio, no qual são articulados um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissionais, com incidência no cuidado pessoal, cuidado da habitação, apoio psicossocial e familiar, bem como a relação com o meio envolvente.

O serviço de prestação de apoio domiciliário tem como objetivo, entre outros, evitar ou retardar a institucionalização e a adaptação ambiental do contexto, contribuindo assim para a continuidade da permanência do idoso em sua casa. Este serviço implica diagnóstico, tratamento, monitorização, reabilitação e serviços de suporte, tendo em vista a autonomia do indivíduo. Trata-se, assim, de um conceito holístico de cuidado que procura restaurar, manter e promover a qualidade de vida ao seu beneficiário e à sua rede de suporte, através da prestação de serviços sociais e de saúde (Dane, 1990).

É no início dos anos 70 que aparecem no nosso país as primeiras iniciativas de Apoio Domiciliário. Estas eram caracterizadas por experiências pontuais provenientes de

iniciativas voluntárias. Nesta fase o SAD já estava previsto, não com a configuração que hoje lhe conhecemos, mas como um serviço integrado na valência de Centro de Dia (Cunha, 2007). No entanto, é a partir da segunda metade da década de 80, que se efetiva a emancipação do SAD e esta valência é efetivamente implementada. Entre os anos de 1986 a 1995, regista-se, então, uma abertura de 75 serviços por ano, em média. Estudos recentes confirmam que na segunda metade da década de 90, os SAD expandiram por todo o país com uma média de 122 novos serviços por ano (Cunha, 2007).

Importa referir que a planificação e implementação do SAD deve ser fundamentada nas necessidades reais dos utentes. Estas necessidades, que podem ser de natureza diversa (biopsicossociais), mudam frequentemente assim como o contexto das mesmas. Mesmo que os utentes tenham condições ou diagnósticos semelhantes, os objetivos individuais podem assumir um carácter diferente. Contudo, o objetivo principal do SAD será sempre o de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários (Benjamin, 1999).

Assim sendo, o SAD deve implicar o idoso nas tomadas de decisão, designadamente na elaboração do seu Plano de Cuidados. Deste modo, o idoso deve ser ouvido, no sentido de apurar as suas necessidades e aspirações, bem como as suas opiniões e desejos. Sobretudo, o idoso deve ser consultado numa perspetiva de avaliação, para que se possa perceber se o serviço corresponde às suas reais necessidades e expectativas (Cunha, 2007).

Os problemas da população idosa isolada devem constituir-se numa das bases de funcionamento do SAD, assumindo claramente que estes problemas variam em função da região e da comunidade em causa.

A planificação da resposta SAD deve estar de acordo com a caracterização da zona de intervenção, descrevendo a situação sociodemográfica após um levantamento exaustivo das necessidades e recursos da comunidade. O SAD deve, assim, promover uma rede de cuidados apropriada, eficiente e de qualidade (Cunha, 2007).

Identificadas as necessidades, os serviços previstos para as colmatar, podem passar pela: (1) prestação de cuidados de higiene e conforto; (2) confeção, transporte e/ou distribuição de refeições; (3) acompanhamento das refeições; (4) tratamento de roupas; (5) colaboração na prestação dos cuidados de saúde, sob a supervisão do pessoal de saúde; (6) arrumação e pequenas limpezas no domicílio; e, (7) disponibilização de informação que facilite o acesso a outros serviços da comunidade, no sentido da satisfação de outro tipo de necessidades. Não obstante, o SAD pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente: (a) acompanhamento ao exterior; (b) aquisição de bens e serviços; (c) pequenas reparações no domicílio; (d) apoio em situações de emergência, entre outros (Oliveira, 2007).

Cunha (2007), identificou como principal objetivo de natureza social, que deve ser pertença de um SAD, permitir o acesso ao SAD, a um maior número de idosos que apresente necessidades. Atendendo ao progressivo crescimento do número de utentes que necessitam de ser atendidos através deste programa, pretende-se que a cobertura das áreas geográficas alargue o serviço a todos os locais e assim possa reduzir ou mesmo eliminar eventuais listas de espera. No entanto, é de referir a importância de dar prioridade aos que apresentam maiores necessidades. Segundo Benjamin, (1999), a seleção dos idosos mais necessitados pode ser baseada em: globalidade das necessidades; necessidades não cobertas; necessidades económicas; avaliação do risco e consequências no caso dos serviços não serem prestados; e, a possibilidade de proporcionar serviços abrangentes. Os serviços disponibilizados deverão ser capazes de: adequar as suas respostas às reais necessidades dos utentes que apoiam; permitir que os serviços cubram toda a população; garantir a qualidade dos serviços; integrar e coordenar os todos os serviços; fortalecer os sistemas informais de cuidados; e, promover a reabilitação - e aqui está subjacente a recuperação das funções eventualmente perdidas, quer ao nível das atividades de vida diária, quer ao nível das relações com o meio envolvente, para que o utente possa retomar algumas das funções sociais anteriormente desempenhadas.

A relação com o meio envolvente do idoso constitui, também, uma premissa importante na intervenção do SAD. Deverá ser facilitado e mesmo estimulado o

contacto e intervenção nas suas redes sociais de suporte, bem como nos recursos sociais e comunitários existentes na área de residência do mesmo (Nolan, 2001).

O conceito de SAD deve, então, compreender um conjunto de ações que, por um lado, previnem o declínio das capacidades funcionais dos idosos de forma a manter a sua independência e, por outro, prestem apoio ao nível de cuidados continuados, ou até mesmo paliativos, aos idosos que apresentam doenças graves, promovendo a sua qualidade de vida, permitindo-lhe um apoio diversificado, de modo a que possa manter-se em suas casas. No que se refere aos profissionais envolvidos na prestação do SAD, é-lhes exigido profissionalismo na forma de abordar o idoso no domicílio. É fundamental que o profissional respeite o direito à privacidade e à propriedade (Oliveira, 2007).

O êxito do funcionamento do SAD depende, em grande medida, da clara comunicação e coordenação na e da equipa, no sentido de prestar um serviço que corresponda à resolução dos problemas do idoso e das famílias, os quais são, normalmente, além de complexos, multidimensionais. Provavelmente o elemento mais importante na criação de uma equipa, realmente efetiva, é a compreensão e interiorização do papel de cada um dentro da mesma (Anderson, Breuninger, Harold e Poole, 2001).

Neste sentido, fica patente que o futuro do SAD depende, em larga medida, do desenvolvimento e da qualidade da “mão-de-obra” que trabalha diretamente com esta população. Uma vez que a população mais envelhecida prefere “envelhecer em casa” urge dotar os profissionais envolvidos da qualificação necessária ao trabalho que desenvolvem. Políticos, prestadores e beneficiários do SAD, devem reconhecer esta área como fundamental ao seu desenvolvimento. É imperioso investir no treino e formação contínua, de forma a garantir e acentuar a qualidade dos serviços dos cuidadores (Duarte e Diogo, 2000).

Um estudo realizado por Cunha (2007) verificou que na generalidade das instituições estudadas não existiam equipas multidisciplinares com intervenção no SAD. Das instituições analisadas, apenas num Equipamento, do espaço urbano, existia uma equipa multidisciplinar integrando, além da assistente social e do animador social, o nutricionista e o psicólogo. Assim, as principais ilações retiradas desse estudo

permitiram constatar que existe um recurso incipiente ao animador social (apenas numa instituição este atuava no domicílio); uma lacuna ainda maior no que respeita à área da nutrição e ao acompanhamento psicológico; e, uma inexistência absoluta no que respeita a profissionais especializados das áreas de Reabilitação e da Gerontologia Social e/ou Geriatria. A inexistência desta última área poderá justificar-se por três fatores: tratar-se de especialidades relativamente novas; escassez da oferta; e, escassa divulgação da sua existência. Esta insuficiente promoção resulta na ausência do conhecimento por parte dos diretores técnicos e/ou dos competentes gestores das instituições da sua grande importância para a população idosa, para as respetivas famílias e para os profissionais prestadores de cuidados.

Analisando estes fatores, e apesar do incremento considerável que se tem verificado nos cuidados à população idosa, Sousam (2004) defende que, para além de escassos e sem tradição, os serviços de apoio aos idosos estão, normalmente, sob a coordenação de técnicos sem formação específica na área da geriatria/gerontologia.

Um estudo realizado por Barbosa e Delerue Matos (2008), permitiu verificar que o SAD mostra-se insuficiente na resolução dos problemas dos idosos mais dependentes. Estes idosos não usufruem de cuidados permanentes e adequados às suas patologias e necessidades, uma vez que o SAD não possui uma equipa multidisciplinar nem um horário de funcionamento capaz de responder às carências dos seus utentes. O Serviço de Apoio Domiciliário não responde às necessidades físicas, psicológicas e sociais dos idosos dependentes e dos seus cuidadores familiares. Por outro lado, este serviço não deve ser meramente assistencial sob pena de não ter uma função preventiva e reabilitadora.

Segundo Barbosa e Delerue Matos (2008), seria desejável implementar um Serviço de Apoio Domiciliário flexível em termos de horário, com uma equipa multidisciplinar capaz de avaliar corretamente as necessidades dos idosos dependentes e dos cuidadores familiares e de lhes dar respostas efetivas. Para os idosos mais dependentes são necessárias Unidades de Apoio Integrado e Unidades de Cuidados Continuados Domiciliares que possam apoiar as famílias que optam por cuidar dos seus idosos no domicílio. Estas respostas deverão ser partilhadas com o Centro de

Saúde e as Instituições Particulares de Solidariedade Social e, na perspetiva, baseadas em acordos diferenciados capazes de criar mais justiça social no acesso aos recursos.

Neste seguimento, Pimentel (2000, como citado em Oliveira, 2007), defende uma nova tendência no apoio social ao idoso. Segundo a autora, a desinstitucionalização do idoso surge como a solução mais vantajosa, se bem que, paralelamente devam ser criadas condições que facilitem a permanência do idoso no seu meio. A concretização deste objetivo implica a interligação de três grandes eixos, que são: a revitalização das solidariedades informais; a manutenção do idoso no seu meio; e, a promoção de dinâmicas locais. Esta dinâmica está a ser cada vez mais uma realidade atual, devido à crescente importância que está a ser dada ao estabelecimento de parcerias entre entidades de natureza diferenciada.

Segundo Cunha (2007), são escassos, em Portugal, os trabalhos de investigação com enfoque na instituição como promotora, organizadora e gestora da prestação do cuidado. Estes resultados evidenciam alguma padronização dos SAD em termos estruturais, mais concretamente, nos moldes da organização dos seus recursos. Fica patente, relativamente a esta temática, a urgência de: (a) criar estratégias de gestão das instituições, abertas, dinâmicas e participadas pelos diferentes atores do processo; (b) de criar planos de ação, assentes nas realidades locais, com propostas de iniciativas concretizáveis que contemplem a exigência da avaliação dos respetivos resultados; e, (c) promover uma intervenção criteriosa na elaboração de Planos de Cuidados Individualizados, de modo a torná-los trajetórias/percursos de projetos de vida.

Indo de encontro à mesma linha de pensamento, Oliveira (2007) considera que é de primordial importância a avaliação holística dos utentes de SAD. Este autor contata a inexistência de uma avaliação global das necessidades da pessoa idosa, que resulta numa intervenção que nem sempre corresponde às necessidades da pessoa que utiliza o serviço. Inclusivamente pode parecer que, nalguns casos, é o utente a adaptar-se às características do serviço e não o serviço às necessidades do utente. Diretamente relacionada com a questão anterior, a existência de uma equipa multidisciplinar na prestação dos serviços de SAD surge como uma exigência. A avaliação de necessidades, a elaboração de um plano de cuidados global e a intervenção adequada,

determinam o trabalho concertado de profissionais de áreas diferenciadas. Esta evidência não é compatível com a nossa realidade, cujas equipas são constituídas maioritariamente por ajudantes familiares domiciliários e técnicos de serviço social.

Nos dias de hoje é constante a procura por definir o que diferencia um envelhecimento bem-sucedido de um envelhecimento normal, a fim de elaborar estratégias e intervenções eficazes para proteger a saúde e promover o bem-estar. Deste modo, envelhecer no lugar, através de uma velhice focada num estilo de vida saudável, com grande interação comunitária e onde continuem a ser postas à prova as capacidades do idoso, conferindo assim um sentimento de utilidade à vida, parece ser o caminho mais adequado para que se envelheça com maior qualidade (Oliveira, 2007).

Em Portugal, de acordo com o INE (2011), subsistem casos específicos de idosos que vivem em completo isolamento e com dificuldade de acesso aos apoios e respostas sociais para que possam envelhecer ativamente em sua casa. Alguns desses idosos chegam mesmo a viver no limiar da pobreza, sem capacidade financeira para superar as dificuldades provocadas pelo isolamento e a falta de acesso aos serviços essenciais e primários. Deste modo, urge a necessidade de encontrar respostas e soluções para estes casos, percebendo que tipo de idosos vivem isolados, quais são as suas necessidades, os seus anseios e quais as estratégias necessárias para ir ao encontro dessas mesmas necessidades.

Associado ao estudo do envelhecimento surge um conceito muito em voga na investigação recente que é o conceito de envelhecer no lugar (*aging in place*). Segundo Rossel (2003), as investigações nesta área fornecem informações sobre as relações com a casa, a vizinhança e a comunidade, enfatizando o valor dos ambientes familiares e investigando o rico conhecimento dos idosos sobre si, sobre as pessoas com as quais convivem e compartilham os mesmos contextos ao longo dos anos.

Muitos idosos identificam o envelhecer no lugar como uma vantagem em termos de sentimentos de vinculação, segurança e identidade em relação à vizinhança e à comunidade. De forma a possibilitar aos idosos lidar com as transformações próprias ao processo de envelhecimento e com as mudanças nas redes de apoio social, fica

patente a importância de se proceder a um ajuste das necessidades destes às condições do ambiente para que assim se possa garantir uma maior satisfação com a vida (Fänge et al., 2012).

Rioux (2005) realizou um estudo com o objetivo de avaliar o bem-estar geral de idosos, através da avaliação do nível de satisfação, do tipo de atividades desempenhadas, dos ambientes e do contexto social. Este estudo comprovou o impacto diferencial da idade cronológica nas razões para escolher permanecer em casa, no grau de pressão social percebida, incentivando a mudança de residência e do grau de queixas quanto à adequação da casa às contingências da idade. Ficou patente nesta investigação que o conceito de casa é encarado como o nosso primeiro universo, por conferir-nos privacidade, autonomia, sensação de pertença, estabilidade, liberdade e autoexpressão.

No entanto, é importante ter em consideração que é necessário criar condições específicas para que se possa envelhecer no lugar, de forma a minimizar situações que se tornem prejudiciais ao processo de envelhecimento bem-sucedido, como a solidão, o isolamento e as reduzidas condições habitacionais e sociais. Uma das muitas estratégias de intervenção para apoiar o envelhecimento no lugar é promover visitas domiciliares preventivas para os idosos mais debilitados e desprotegidos com recurso a pessoas que vivem na comunidade. O objetivo destas medidas é informar e identificar os potenciais riscos para o bem-estar dos idosos e ser capaz de intervir antes que os problemas ocorram (Fänge et al., 2012).

Hoje em dia, observa-se a preocupação em distinguir o envelhecimento bem-sucedido do envelhecimento “normal” ou patológico, a fim de elaborar estratégias de intervenção eficazes para proteger a saúde e promover o bem-estar. Fica também patente a importância da adaptação e bem-estar emocional para que se possa atingir um envelhecimento bem-sucedido na sua plenitude. Deste modo, envelhecer no lugar, com um estilo de vida saudável, com interação comunitária e onde continuem a ser postas à prova as capacidades do idoso, confere um sentimento de utilidade à vida, sendo o caminho mais adequado para que se envelheça com maior qualidade.

3.4. Principais Necessidades identificadas no Município de Amares

No que se refere às principais necessidades identificadas no Município de Amares, foi necessário analisar alguns dados obtidos em estudos anteriores relativos à população Idosa do Município de Amares que irão ser explanados de seguida.

Em 2008 foi criado, em Amares, o Projeto de Apoio aos Idosos do Município de Amares (PAIMA), que estabelece uma parceria entre o Município, o Centro de Saúde de Amares, a Cruz Vermelha Portuguesa e as IPSS's concelhias e que assenta o seu pressuposto de intervenção na melhoria da qualidade de vida do idoso no seu contexto habitual de vida. A equipa multidisciplinar deste projeto avaliou as necessidades dos idosos na perspetiva dos profissionais que trabalham nos SAD e também dos idosos que beneficiam deste serviço no Município e deparou com: (1) défice de atividades para promoção da mobilidade e atividade física; (2) défice de conhecimentos na educação para a saúde; (3) necessidade de maior acompanhamento médico por parte dos idosos; (4) necessidade de melhores condições de higiene no contexto habitacional; (5) necessidade de atividades promotoras de convívio intergeracional (PAIMA, 2012).

Em 2009, procedeu-se a um levantamento de necessidades numa parceria entre o Município de Amares e a Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Neste sentido, foi realizada uma avaliação das necessidades comunitárias no concelho no que concerne à população idosa, onde foram avaliadas as seguintes variáveis: aspetos sociodemográficos, perceção de saúde, autonomia e funcionalidade, rotinas, satisfação com a vida, necessidades e perspetivas relativamente ao futuro (Faria, Moreira, Melo Carvalho, Silva & Bastos, 2011).

A amostra foi de 246 indivíduos, com 65 ou mais anos, selecionados aleatoriamente e pertencentes às 24 freguesias do concelho, correspondendo assim a 10% da população dessas freguesias. A faixa etária da população inquirida que mais se destacou encontra-se entre os 71 e os 80 anos, assumindo uma percentagem de 44% de toda a população idosa do concelho. A média etária situa-se aproximadamente nos 74 anos. No que diz respeito ao género, as mulheres são em maior número, apresentando uma percentagem de 57,1%, sendo a percentagem dos homens de 42,9%.

No nível de escolaridade verifica-se que os idosos de Amares apresentam um baixo nível de escolaridade, uma vez que a percentagem mais elevada encontra-se entre os 3 e 4 anos de ensino (52,5%). Quanto à profissão a maior parte referiu trabalhar essencialmente na agricultura.

No que se refere à perceção de saúde, os homens revelam-se com uma melhor perceção de saúde e sem sintomas de doenças, enquanto as mulheres assumem ter uma situação de saúde mais débil. Consideram ainda que a maioria dos problemas se deve à reduzida mobilidade que possuem o que dificulta o desempenho de algumas tarefas da vida diária.

Analisando os resultados relativos à funcionalidade foi possível observar em relação às atividades básicas, a atividade que apresenta maior grau de independência é relativa à alimentação, enquanto a atividade com menor autonomia diz respeito ao banho. Relativamente ao grau de dependência, as atividades que registam maior dificuldade são: tomar banho, fazer a higiene corporal e caminhar na rua. Por sua vez, as atividades que registam menor dificuldade são: caminhar em casa e sair da cama, cadeira ou carro. Nas atividades instrumentais da vida diária foi possível observar que as tarefas desempenhadas com maior autonomia são: lembrar-se do caminho para casa e utilizar o dinheiro com destreza. Por sua vez, a tarefa desempenhada com menor autonomia é conduzir sozinho.

Na variável satisfação com a vida, a maioria dos inquiridos encontra-se satisfeito. No entanto, os homens mostram-se mais satisfeitos com a família a todos os níveis e as mulheres atingem o seu pico de satisfação no apoio da família e na realização dos seus objetivos. Ao nível das perspetivas sobre o futuro, a maioria dos idosos tem uma perspetiva muito negativa face ao futuro. Dos inquiridos 60,4% apresentaram baixas expectativas em relação ao futuro considerando que o seu futuro será pior pelo medo de adoecer, o medo de ficar sozinho e sem dinheiro, bem como o medo de abuso.

Neste levantamento de necessidades foi igualmente possível observar que a necessidade mais apontada e que pode contribuir para a diminuição da satisfação de vida é o estado de saúde (42,6%) - compreendendo a falta de assistência médica. Outras necessidades igualmente relevantes são: a dificuldade em obter o grau de

independência desejada, a preocupação com a saúde dos entes queridos (filhos ou netos) e os bens financeiros/econômicos.

Em síntese, no que se refere as principais necessidades já identificadas no Município de Amares, há a salientar: (1) ao nível das redes sociais, familiares e de vizinhança os idosos sentem que os laços que mantêm com familiares e amigos são reduzidos, sendo que na maioria dos casos a distância é um fator que impossibilita uma maior proximidade; (2) em termos da rede de transportes e acessibilidades, as pessoas idosas queixam-se da falta de transporte que proporcionem uma maior mobilidade; (3) outro aspeto referido diz respeito à escassez de infraestruturas tais como, Lar de Idosos, Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário e Centros de Convívio; (4) no que diz respeito a outras necessidades, destacou-se como prioritário a necessidade de instalar serviços de saúde, uma vez que se observa a falta de assistência médica no território, e dado que esta constitui uma das maiores preocupações dos idosos.

Partindo da revisão da literatura e do conhecimento estabelecido no Município de Amares em geral, importa agora analisar em particular o modo como se está a envelhecer em zonas rurais geograficamente isoladas neste Município.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Neste capítulo, apresentam-se as opções metodológicas associadas à avaliação multidimensional gerontológica, bem como, a utilização e necessidades de serviços comunitários nas freguesias de Seramil, Paredes Secas, Paranhos e Portela.

1. Plano de Investigação e Participantes

Como referido, o presente estudo decorreu nas freguesias Portela, Paredes Secas, Paranhos e Seramil do concelho de Amares, cuja área é de, aproximadamente 82 km² e no qual habitam 18 889 indivíduos, dos quais 9.758 são mulheres e 9.131 são homens (INE, 2011). O Município de Amares está subdividido em 24 freguesias (Figura 1), sendo limitado a norte e nordeste pelo município de Terras de Bouro, a sudoeste por Vieira do Minho e Póvoa de Lanhoso, a sul por Braga e a noroeste por Vila Verde.



Figura 1 – Mapa do Município de Amares (Município de Amares, 2013)

O concelho de Amares divide-se em duas grandes zonas:

- A zona ribeirinha, de declives relativamente pouco elevados, possui os aglomerados urbanos de maior significado (Lago, Rendufe, Ferreiros, Amares, Figueiredo, Caldelas);
- A zona montanhosa, com características fisiográficas mais acidentadas, caracteriza-se por uma ocupação do território mais dispersa (Paredes Secas, Paranhos, Sequeiros, Vilela, Seramil, Bouro St^a. Marta).

Em Amares 2.391 habitantes, ou seja, 12,7% da população tem 24 ou mais anos de idade e 3.112 habitantes (16,5%) têm 65 ou mais anos de idade (Tabela 3). Comparativamente com o ano de 2001, a percentagem de idosos residentes no concelho aumentou dois pontos percentuais. De realçar, que comparando os censos de 2001 com os de 2011 verificou-se uma diminuição da fecundidade na ordem dos 13% e um aumento de 32.7% no índice de envelhecimento (em 2001 era de 71% e em 2011 de 103.7%).

Tabela 1- População Idosa Município de Amares

Designações	População residente	População residente total com 65 ou mais anos	População residente total com 65 ou mais anos (%)	Total de indivíduos com 65 ou mais anos vivendo sós ou com outros do mesmo grupo etário	Total de indivíduos com 65 ou mais anos vivendo sós ou com outros do mesmo grupo etário (%)	Total de alojamentos familiares só com pessoas com 65 ou mais anos	Alojamentos com 1 pessoa com 65 ou mais anos
Município Amares	18889	3097	16,40	1499	48,40	949	417
Amares	1550	191	12,32	90	47,12	52	15
Barreiros	760	140	18,42	62	44,29	38	16
Besteiros	576	99	17,19	67	67,68	41	17
Bico	777	72	9,27	38	52,78	26	14
Caires	868	153	17,63	74	48,37	49	24
Caldelas	872	205	23,51	118	57,56	74	31
Carrazedo	732	109	14,89	54	49,54	35	17

Designações	População residente	População residente total com 65 ou mais anos	População residente total com 65 ou mais anos (%)	Total de indivíduos com 65 ou mais anos		Total de alojamentos familiares só com 65 ou mais anos	Alojamentos com 1 pessoa com 65 ou mais anos
				vivendo sós ou com outros do mesmo grupo etário	sós ou com outros do mesmo grupo etário (%)		
Dornelas	508	101	19,88	51	50,50	31	13
Ferreiros	3212	447	13,92	227	50,78	148	71
Figueiredo	1104	142	12,86	63	44,37	40	17
Fiscal	718	119	16,57	64	53,78	41	20
Goães	557	115	20,65	52	45,22	31	10
Lago	1910	232	12,15	93	40,09	60	27
Paranhos	111	32	28,83	13	40,63	8	3
Paredes Secas	166	42	25,30	14	33,33	10	6
Portela	168	47	27,98	19	40,43	13	8
Prozelo	785	116	14,78	60	51,72	37	14
Rendufe	1124	155	13,79	60	38,71	40	20
Bouro (Santa Maria)	760	222	29,21	113	50,90	74	36
Bouro (Santa Marta)	490	116	23,67	61	52,59	38	16
Sequeiros	204	59	28,92	30	50,85	19	10
Seramil	182	45	24,73	20	44,44	11	2
Torre	458	76	16,59	36	47,37	21	6
Vilela	297	62	20,88	20	32,26	12	4

Fonte: Censos, 2011 (INE, 2011)

Analisando a Tabela 1, verificamos que as freguesias com menor número de habitantes, com maior percentagem de idosos e que se encontram mais afastadas do centro urbano de Amares são: Seramil com 182 habitantes das quais 24,7% tem mais de 65 anos; Paranhos com 111 habitantes das quais 28,8% tem mais de 65 anos; Paredes Secas com 166 habitantes das quais 25,3% tem mais de 65 anos e Portela com 168 habitantes das quais 27,98% tem mais de 65 anos.

Apesar de existem outras freguesias do concelho onde se verifica um número elevado de idosos a viverem sozinhos ou apenas com outros idosos, o estudo incide nas freguesias de Seramil, Paranhos, Portela e Paredes Secas uma vez que nestas freguesias existe um número considerável de idosos a viverem sozinhos e estarem muito distanciados de todos os bens e serviços, o que torna o risco de isolamento social potencialmente maior.

No que diz respeito à distribuição de serviços e equipamentos sociais, existem quatro Instituições Particulares de Solidariedade Social no concelho de Amares a assegurar a prestação de variados serviços à população local, sendo que nenhuma destas instituições se localiza nas referidas freguesias (Casa do Povo de Vale do Cávado, sediada na freguesia de Goães; Centro de Apoio aos Idosos de Bouro Santa Maria; Centro Social e Paroquial de Lago e a Santa Casa da Misericórdia de Amares, sediada na freguesia de Ferreiros). Em termos de saúde, a população tem à sua disposição o ACES Cávado II Gerês/Cabreira do qual faz parte o Centro de Saúde de Amares, sediado na freguesia de Ferreiros. Em termos de rede viária do concelho, existem duas estradas nacionais que circundam o concelho de Amares (EN 205 e EN 308), no entanto, as freguesias do interior do concelho apenas são servidas por uma rede viária secundária, nomeadamente as freguesias de Paranhos, Portela, Paredes Secas e Seramil são unicamente servidas por estradas/caminhos municipais. Seramil, Portela e Paredes Secas têm um autocarro que faz o transporte diário para o centro do concelho, fazendo aí ligação para Braga e Paranhos não tem nenhum transporte público regular que passe na freguesia.

Como referido, a unidade de análise do estudo foi a população com 65 ou mais anos a viverem sozinhos ou em alojamentos familiares com outras pessoas com 65 ou mais anos das freguesias de Seramil, Paranhos, Portela e Paredes Secas. Assim, participaram no estudo 38 indivíduos com 65 ou mais anos a viver em zonas geográficas isoladas do município de Amares. Esta amostra foi selecionada de acordo com dois grupos distintos: um grupo correspondendo a 19 idosos a viverem sozinhos nas referidas freguesias, sendo depois acrescentado outro grupo de dimensão equivalente (n=19) mas com idosos a residirem em alojamentos familiares com outras pessoas de 65 ou mais anos (Tabela 2).

Tabela 2- Freguesias alvo do estudo

Designações	População residente	População residente total com 65 ou mais anos	População residente total com 65 ou mais anos (%)	Total de indivíduos com 65 ou mais anos vivendo sós ou com outros do mesmo grupo etário	Total de indivíduos com 65 ou mais anos vivendo sós ou com outros do mesmo grupo etário (%)	Total de alojamentos familiares só com pessoas com 65 ou mais anos	Alojamentos com 1 pessoa com 65 ou mais anos
Paranhos	111	32	28,83	13	40,63	8	3
Paredes Secas	166	42	25,30	14	33,33	10	6
Portela	168	47	27,98	19	40,43	13	8
Seramil	182	45	24,73	20	44,44	11	2
						42	19

Fonte: Censos 2011 (INE, 2011)

2. Instrumentos de Recolha de Dados

Na recolha de dados foi utilizado o Consentimento Informado (ANEXO I) e o Protocolo de Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População.2013 (ANCEP_GeroSOC_R.2013; Bastos, Faria, Moreira, Carvalho, 2013) (ANEXO II). Este protocolo inclui os seguintes instrumentos de avaliação: (1) Ficha Sociodemográfica; (2) Índice de Barthel (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira 2007); (3) Índice de Lawton (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007); (4) Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & Mchugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); (5) Escala de Rede Social de Lubben – 6 (LSNS-6; Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012); (6) Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003); (7) Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007);

(8) Escala de Satisfação com a Vida (ESV; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990); (9) Questões finais de identificação de necessidades e/ou situações problemáticas no dia-a-dia.

Com o propósito de incluir os dados relativos à pessoa, à sua habitação, às acessibilidades, bens e serviços, foi elaborada a Ficha Sociodemográfica. Para avaliar a funcionalidade dos indivíduos para a realização das atividades básicas de vida diária foi administrado o questionário Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). Este instrumento avalia a funcionalidade do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência. Neste sentido um somatório entre 90-100 corresponde a independente; 60-90 ligeiramente dependente; 40-55 moderadamente dependente; 20-35 severamente dependente; inferior a 20 totalmente dependente. Este Índice apresenta boa consistência interna no que concerne às suas características psicométricas com um alfa de Cronbach de 0,89. Para medir a funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária foi administrado o questionário Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007). Este instrumento mede a funcionalidade nas AIVD compreendendo oito tarefas: como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas mesmas atividades. A pontuação de cada item varia entre 1 e 5, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O somatório total varia entre 8 e 29 pontos, sendo que um total igual a 8 corresponde a independente, entre 9 e 20 a moderadamente dependente e maior que 20 a severamente dependente. O Índice de Lawton apresenta uma consistência interna positiva com um alfa de Cronbach de 0,92 (Sequeira, 2007).

O Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009) é

um teste de rastreio de défice cognitivo sensível ao nível de escolaridade dos indivíduos, englobando seis itens: (1) orientação; (2) retenção; (3) atenção e cálculo; (4) evocação; (5) linguagem; e, (6) habilidade construtiva. Este instrumento de recolha de dados é dividido em duas partes, sendo que a primeira só exige respostas orais e abrange a orientação, memória e atenção e a segunda parte testa a capacidade de nomear e seguir comandos verbais e escritos. A primeira parte tem como pontuação máxima 21 e a segunda 9, perfazendo um total máximo de 30 pontos. As suas características psicométricas têm sido avaliadas, tanto na versão original como nas versões traduzidas ou adaptadas culturalmente para outras línguas e países (Lourenço & Veras, 2004). Em 2009, Morgado e colaboradores replicaram o estudo de adaptação do MMSE à língua portuguesa e definiram novos pontos de corte para défice cognitivo em função do nível de escolaridade: 22 para 0 a 2 anos de escolaridade, 24 para 3 a 6 anos e 27 para escolaridade igual ou superior a 7 anos. A consistência interna do MMSE apresenta um valor moderado com um alfa de Cronbach de 0,47.

A Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS – 6; Luben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte; Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012), é um instrumento usado para avaliar integração social e risco de isolamento social em idosos residentes na comunidade. A LSNS-6 é constituída por dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e as relações de amizade, sendo que a pontuação total da escala varia entre 0 e 30. As pontuações inferiores a 12 indicam maior risco de isolamento social. Em relação às características psicométricas, a LSNS-6 apresenta uma consistência interna adequada com um alfa de Cronbach de 0,798. A Escala de Satisfação com a Vida (Diener, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990), permite medir a satisfação com a vida enquanto processo de julgamento cognitivo, no sentido de avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo fez sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005). Esta escala é composta por cinco itens com sete possibilidades de resposta em cada: (1) Totalmente em desacordo; (2) Desacordo; (3) Ligeiramente em Desacordo; (4) Nem de acordo nem em desacordo; (5) Ligeiramente de acordo; (6) Acordo; e, (7) Totalmente de acordo, variando a pontuação total entre 5 e 35, sendo que a pontuação 20 representa o ponto médio, ou seja, igualdade de satisfação e

insatisfação. A versão original apresenta os seguintes pontos de corte: pontuações entre 5 e 9 pontos indicam extrema insatisfação com a vida, 10 e 14 pontos referem insatisfação, 15 e 19 pontos apontam para ligeira insatisfação, 21 e 25 pontos sugerem ligeira satisfação, 26 e 30 pontos indicam satisfação e 31 e 35 pontos referem extrema satisfação. Relativamente às características psicométricas do instrumento, este apresentou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 e um coeficiente de estabilidade de 0,82 no teste-reteste (Pavot & Diener, 1993). A versão portuguesa de Neto e colaboradores (1990) não definiu pontos de corte e registou consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,78.

A Escala Geriátrica de Depressão Scale (Yessavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; arreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003), contém os itens mais fortemente correlacionados com o diagnóstico de depressão. Esta versão foi especificamente construída para medir sintomatologia depressiva na população idosa, a qual é constituída por quinze perguntas de resposta dicotómica (sim/não), sendo que na versão original são definidos os seguintes pontos de corte: 5 ou mais pontos determina depressão e um total igual ou maior que 11 caracteriza depressão severa (Cardão, 2009). No que diz respeito às características psicométricas, a GDS-15 apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,83.

O Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (Folstein & McHugh, 1975; Rodrigues, 2008) foi desenvolvido para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida dos idosos (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária) e mede, igualmente, a utilização e a necessidade percebida de vários tipos de serviços, o que permite a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões fundamentadas sobre o impacto de recursos e serviços. Neste estudo, foi utilizada apenas a parte B da OARS que avalia dezanove serviços distribuídos em seis categorias: (1) serviços gerais de apoio; (2) serviços sociais e recreativos; (3) serviços de saúde; (4) serviços de apoio económico; (5) serviços de apoio, avaliação e coordenação; e, (6) serviços não classificados. Sobre estes itens, avalia-se a utilização atual (nos últimos 6 meses), a frequência com que são utilizados e a necessidade percebida. No que se refere à categoria de serviços gerais de apoio, o serviço de emprego foi excluído por

não se enquadrar no perfil dos participantes. No que se refere às características psicométricas, a coerência interna (alfa de Cronbach) para as cinco escalas de avaliação funcional do instrumento situou-se entre 0,64 e 0,91.

3. Procedimentos de Recolha de dados

Depois da aprovação deste projeto de investigação pela Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, foram realizados os contatos necessários para dar início à operacionalização do mesmo.

Numa primeira fase foi contactado o Município de Amares, sendo agendada uma reunião com a Vereadora da Área Social com o intuito de explicar o propósito desta investigação e pedir a colaboração do Município para a execução da mesma. De seguida teve lugar uma reunião com os presidentes de junta das freguesias alvo deste estudo, na qual foi pedida a colaboração do executivo das juntas de freguesia, no sentido de identificar e localizar os idosos isolados e sensibilizá-los para participar na investigação.

Após a identificação dos idosos participantes no estudo foram realizadas visitas nos respetivos domicílios, conjuntamente com os presidentes de junta, de forma a estabelecer um primeiro contato. Posteriormente, foram agendadas datas, com cada idoso, para a aplicação dos protocolos. Foi então dado a conhecer, aos participantes selecionados, de forma clara, os objetivos da recolha de dados e apresentadas, de forma geral, as áreas a ser avaliadas. Foi, então, aplicado o Protocolo ANCEP_GeroSoc_R.2013; Bastos, Faria, Moreira, Carvalho & Pereira, 2013) a cada participante no seu domicílio, tendo sido previamente preenchido e assinado o consentimento informado.

4. Estratégias de Análise de dados

A análise dos dados recolhidos foi efetuada através do programa informático PASW Statistics® versão 21. Aquando da escolha dos testes estatísticos a serem realizados, foram tidos em consideração os objetivos do estudo e a natureza das variáveis a analisar. Neste sentido, para a caracterização da amostra recorreu-se a medidas de tendência central e de dispersão, no caso das variáveis contínuas, e frequências absolutas e relativas, no caso das variáveis categóricas. Numa primeira fase foi testada a normalidade das variáveis através do teste Shapiro Wilk (Anexo VI) e, uma vez que a maioria das variáveis segue distribuição não normal, foram usados testes não paramétricos ao longo deste trabalho. Com o propósito de analisar as relações entre as características sociodemográficas e as diferentes dimensões do envelhecimento foram utilizados diferentes testes estatísticos que permitiram verificar as diferenças significativas entre as variáveis em estudo. Foi ainda analisada a intensidade de associação entre as diferentes dimensões do envelhecimento. Dada a distribuição de rendimentos, durante a análise de dados, foi criada uma nova variável: nível socioeconómico (NSE). Optou-se, então, por se agrupar estes rendimentos em três classes: NSE baixo, NSE médio e NSE alto (Anexo VII).

CAPITULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização Sociodemográfica

Dos 38 indivíduos avaliados, verifica-se que 23 são do género feminino (60,5%) e 15 do género masculino (39,5%). No que concerne à idade, esta varia entre os 65 e os 86 anos ($M=75,11$; $dp=6,88$) e, analisando por faixas etárias, verifica-se que cerca de 26 (68,4%) situam-se entre os 65 e 79 anos e 12 (31,6%) acima dos 80 anos. Relativamente à escolaridade, 25 indivíduos (65,8%) frequentaram a escola entre 1 e 4 anos, 7 (18,4%) são analfabetos e 6 (15,8%) têm mais de 5 anos de escolaridade. Quanto ao estado civil, 44,7% são viúvos, 36,8% estão casados e 18,4% são solteiros. Em relação à situação profissional, a totalidade dos participantes é reformada, sendo que 34,2% exerceram profissões relativas ao setor primário, 34,2% a setores não classificados (essencialmente trabalho doméstico), 15,8% ao setor secundário e 15,8% ao setor terciário. Em relação à família e proximidade, cerca de 65,8% têm filhos e 50% dos inquiridos vivem sozinhos. (tabela 3)

Tabela 3 - Descrição sociodemográfica dos participantes

	n=38	
	n	%
Género		
Feminino	23	60,5
Masculino	15	39,5
Idade $M(dp)$	75,11(6,88)	
Min-Max	65-86	
65-79	26	68,4
80+	12	31,6
Escolaridade		
0	7	18,4
1-4	25	65,8
5+	6	15,8
Estado civil		
Casado/união de facto	14	36,8
Viúvo	17	44,7
Solteiro	7	18,4
Profissão		
Setor Primário	13	34,2
Setor Secundário	6	15,8
Setor Terciário	6	15,8
Não classificado	13	34,2
Com filhos		
Sim	25	65,8
Não	13	34,2
Com quem vive		
Vive acompanhado	19	50,0
Vive só	19	50,0

Analisando as atividades sociais-recreativas ou passatempos verificamos que os mais referidos pelos inquiridos são: trabalhar no quintal e tratar dos animais com 55,3%; visionamento de televisão 47,4%; trabalhos artesanais 31,6%; e, lida da casa 26,3%. Em relação às atividades realizadas fora de casa (18,4%) referem: visitas aos filhos (13,2%); participação em atividades físicas (7,9%) e idas ao café (2,6%) (tabela 4).

Tabela 4- Caraterização dos passatempos dos participantes

	<i>n=38</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Tipo de Passatempos		
Quintal/Animais	21	55,3
TV	18	47,4
Trabalhos artesanais	12	31,6
Lida da casa	10	26,3
Atividades fora de casa	7	18,4
Nada	6	15,8
Visitar os filhos	5	13,2
Atividades físicas	3	7,9
Ir ao café	1	2,6

No que diz respeito às condições habitacionais, 57,9% dos participantes afirmam que a sua casa apresenta condições razoáveis e/ou necessárias; 34,2% referem que as condições habitacionais são muito boas e 7,9% classificam a sua casa como tendo fracas condições. A totalidade dos participantes dispõe de eletricidade em casa e 97,4% dispõe de televisão e telefone. Quanto à presença de água canalizada, 89,5% referem ter água canalizada em casa, enquanto nenhum participante refere ter saneamento público. Cerca de 68,4% dos indivíduos referem que a sua casa não tem vestígios de humidade e 39,5% afirmam ter algum tipo de aquecimento (tabela 5).

Tabela 5- Condições da habitação

	<i>n= 38</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
A casa tem condições adequadas?		
Razoáveis e/ou necessárias	22	57,9
Muito boas	13	34,2
Fracas condições	3	7,9
Recursos		
Eletricidade	38	100,0
Televisão	37	97,4
Telefone/telemóvel	37	97,4
Água canalizada	34	89,5
Ausência de humidade	26	68,4
Aquecimento	15	39,5

Analisando as condições de mobilidade, cerca de 55,3% dos inquiridos refere ter algo em casa que lhe dificulta a mobilidade. Destes, 50% refere que essa dificuldade provém das escadas; 2,6% aponta essa dificuldade devido à presença de banheira e 2,6% refere o facto de as portas estreitas em casa serem um fator que dificulta a mobilidade.

No que concerne às dificuldades de mobilidade fora de casa, 73,7% refere não sentir nenhum tipo de dificuldade de deslocação fora de casa (tabela 6).

Tabela 6- Dificuldades de mobilidade

	<i>n= 38</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Na sua casa, algo lhe dificulta a sua mobilidade?		
Não	17	44,7
Sim	21	55,3
O quê?		
Escadas	19	50,0
Banheira	1	2,6
Portas estreitas	1	2,6
Sente alguma dificuldade em deslocar-se fora de casa?		
Não	28	73,7
Sim	10	26,3

Em relação ao tempo que cada participante residiu na sua freguesia, verifica-se uma média de 50,08 anos ($dp=21,33$). Quanto às relações de vizinhança 84,2% afirma que a relação com os vizinhos é próxima e amigável; 10,5% refere que essa relação é afastada; 2,6% classifica a relação com os vizinhos como inexistente e 2,6% qualifica-a como conflituosa (tabela 7).

Tabela 7- Tempo na freguesia e relação com vizinhos

	<i>n= 38</i>	
	<i>n</i>	%
Tempo que reside na freguesia <i>M(dp)</i>	50,08 (21,33)	
Relação com vizinhos		
Próxima e amigável	32	84,2
Afastada	4	10,5
Inexistente	1	2,6
Conflituosa	1	2,6

Quanto aos rendimentos auferidos, verifica-se que 94,7% beneficiam de reforma e destes, 7,9% auferem também de pensão de sobrevivência e 2,6% do complemento solidário para idosos (tabela 8).

Tabela 8- Rendimentos

	<i>n= 38</i>	
	<i>n</i>	%
Pensão reforma	36*	94,7
Pensão sobrevivência	3	7,9
Complemento social para idosos	1	2,6

*existência de dois *missings*

Após a descrição sociodemográfica dos participantes deste estudo ficaram patentes algumas características relevantes e transversais a grande dos inquiridos. Os participantes deste estudo apresentam uma média de idades de aproximadamente 75 anos, sendo 60,5 % mulheres e com uma escolaridade assente essencialmente no ensino primário (65,8%). Vivem em habitações onde a maior parte considera ter condições razoáveis ou aceitáveis, mas onde apenas 39,5% apresentam algum tipo de aquecimento. Cerca de 84,2% dos participantes refere que mantem uma relação

próxima e amigável com a sua rede de vizinhança. Quanto aos rendimentos percebe-se que 94,7% vive apenas com a Pensão de Reforma.

2. Dimensões do envelhecimento individual

2.1 Funcionalidade

No que concerne à funcionalidade, verificámos que a respeito das atividades básicas da vida diária (ABVD), os participantes obtiveram um score médio de 90,26 (dp=14,19) no Índice de Barthel que é indicativo de um nível de independência elevado, uma vez que a escala varia entre 0 e 100. Cerca de 60,5% dos inquiridos apresentaram-se como totalmente independentes, 36,8% eram ligeiramente dependentes e 2,6% moderadamente dependentes, não havendo nenhum caso que fosse totalmente dependente.

Quanto aos resultados obtidos após a aplicação da escala de Lawton, que avalia as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), verificámos que os participantes obtiveram um score médio de 12,50% (dp=4,98). Note-se que nesta escala a independência é dada pelos valores mais baixos e varia entre 0 e 29. Cerca de 28,9% apresentaram resultados correspondentes a indivíduos independentes, 60,5% como moderadamente independentes e 10,5% como severamente dependentes (tabela 9).

Tabela 9- Funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da Vida Diária (índice de Barthel e Escala de Lawton)

	<i>n=38</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Funcionalidade para as atividades básicas da vida diária (<i>M (dp)</i>)	90,26 (14,19)	
Amplitude	0-100	
Min-Máx	40 - 100	
Independente	23	60,5
Ligeiramente dependente	14	36,8
Moderadamente dependente	1	2,6
Funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária (<i>M (dp)</i>)	12,50 (4,98)	
Amplitude	8 - 29	
Min-Máx	8 - 26	
Independente	11	28,9
Moderadamente dependente	23	60,5
Severamente dependente	4	10,5

2.2 Funcionamento Cognitivo

No que diz respeito ao funcionamento cognitivo avaliado através da “Mini-Mental State Examination “ (MMSE), verificámos que 86,8% dos participantes não apresentam défice cognitivo, enquanto que 13,2% apresentam défice cognitivo. Nos itens de avaliação de orientação verificámos que a média das pontuações foi 9,18 ($dp=1,3$), sendo o máximo da pontuação possível 10. Na avaliação da retenção verificámos que a média ficou no máximo da pontuação, ou seja, 3. Na avaliação do cálculo a média situou-se nos 4,03 ($dp=1,7$) sendo o máximo de pontuação 5. Na evocação a média foi de 2,61 ($dp=0,9$) sendo o máximo 3 e na linguagem a média foi de 7,68 ($dp=0,7$) com o máximo a situar-se nos 8. Quanto à habilidade construtiva verificámos uma média de 0,58 ($dp=0,5$) com o máximo situado em 1 (tabela 10).

Tabela 10- Funcionamento Cognitivo (MMSE)

	<i>n=38</i>		
	<i>Amplitude</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>
MMSE	0-30	27,08 (3,9)	16 – 30
Orientação	0-10	9,18 (1,3)	5 – 10
Retenção	0-3	3,00 (0,0)	3 – 3
Calculo	0-5	4,03 (1,7)	0 – 5
Evocação	0-3	2,61 (0,9)	0 – 3

	<i>Amplitude</i>	<i>n=38</i> <i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>
Habilidade construtiva	0-1	0,58 (0,5)	0 – 1
Défice Cognitivo	<i>n</i>	<i>%</i>	
Sem défice	33	86,8	
Com défice	5	13,2	

2.3 Funcionamento interpessoal – Redes Sociais

Em seguida apresentam-se os resultados obtidos através da aplicação da Escala de Rede Social de Lubben – 6. No que concerne ao funcionamento interpessoal, os inquiridos obtiveram um score médio de 14,79 (dp=6,89) na Escala de Lubben com uma variação entre 3 e 26. Quanto à família verifica-se uma média de 8,32 (dp=4,00) e quanto aos amigos a média é de 6,47 (dp=4,30). Desta forma, verifica-se que 27 indivíduos (71,1%) têm baixo risco de isolamento social, e 11 (28,9%) tem maior risco de isolamento social (tabela 11).

Tabela 11. Funcionamento da rede social

	<i>Amplitude</i>	<i>n=38</i> <i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>
Rede Social (Lubben)	0-30	14,79 (6,89)	3-26
Família	0-15	8,32 (4,00)	0-15
Amigos	0-15	6,47 (4,30)	0-13
Risco Social		<i>n</i>	<i>%</i>
Menor risco de isolamento social		27	71,1
Maior risco de isolamento social		11	28,9

2.4 Satisfação com a vida

No que se refere à satisfação com a vida, os participantes obtiveram um score médio de 23,16 (dp=6,83) na Escala de Satisfação com a Vida, com uma variação entre 10 e 35 (tabela 12).

Tabela 12- Satisfação com a vida

		<i>n=38</i>	
	<i>Amplitude</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min - máx</i>
Satisfação com a vida	5-35	23,16 (6,83)	10 - 35

2.5 Sintomatologia Depressiva (GDS_15)

No que concerne à sintomatologia depressiva, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica, onde se obteve um score médio de 5,58 (dp=3,23), variando o score global entre 0 e 13 (tabela 13).

Tabela 13- Sintomatologia depressiva

		<i>n=38</i>	
	<i>Amplitude</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min - máx</i>
Sintomatologia depressiva (GDS15)	0-15	5,58 (3,23)	0-13

3. Aspetos sociodemográficos das dimensões do envelhecimento

Em relação à variável género, foi usado o teste de Mann Whitney (comparação de duas amostras independentes).

Tabela 14. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género dos participantes

	Género	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Barthel	Masculino	93,67 (10,26)	100,00 (15,00)	0,1
	Feminino	88,04 (16,08)	95,00 (25,00)	
Lawton	Masculino	11,73 (4,61)	11,00 (4,00)	0,3
	Feminino	13,00 (5,26)	14,00 (8,00)	
MMSE	Masculino	27,93 (2,99)	29,00 (3,00)	0,2
	Feminino	26,52 (4,35)	28,00 (6,00)	
Lubben	Masculino	13,13 (7,63)	13,00 (14,00)	0,3
	Feminino	15,87 (6,30)	16,00 (7,00)	
Satisfação	Masculino	23,53 (7,19)	25,00 (12,00)	0,4
	Feminino	22,91 (6,73)	25,00 (9,00)	
GDS	Masculino	4,87 (2,92)	4,00 (4,00)	0,1
	Feminino	6,04 (3,40)	6,00 (4,00)	

Relativamente à soma das médias das escalas de Barthel, Lawton, MMSE, Lubben, Satisfação com a vida e GDS verificou-se que não existem diferenças significativas tendo em conta o género dos participantes, uma vez que o valor de p é superior a 0,05. Desta forma fica patente que o género não influencia de forma significativa os resultados obtidos nestas Escalas. De forma análoga, utilizamos o teste de Mann-Whitney para analisarmos as diferenças entre os grupos de idade de 65-79 anos e 80 ou mais anos (tabela 15).

Tabela 15. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a idade

	Grupo etário	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Barthel	65-79	95,00 (9,49)	100,00 (6,25)	0,001
	80+	80,00 (17,45)	82,50 (26,25)	
Lawton	65-79	11,42 (4,38)	9,00 (6,25)	0,02
	80+	14,83 (5,59)	14,50 (6,50)	
MMSE	65-79	28,50 (2,44)	29,50 (2,00)	0,001
	80+	24,00 (4,71)	24,50 (8,00)	
Lubben	65-79	15,08 (7,04)	15,00 (10,75)	0,8
	80+	14,17 (6,81)	16,50 (13,00)	
Satisfação	65-79	24,08 (6,21)	25,00 (9,75)	0,2
	80+	21,17 (7,93)	20,50 (12,50)	
GDS	65-79	5,35 (2,95)	5,00 (4,00)	0,2
	80+	6,08 (3,87)	7,00 (6,25)	

Quanto à soma das médias das escalas de Lubben, Satisfação com a vida e Escala de Depressão Geriátrica, não se verificam diferenças significativas tendo em conta o grupo etário dos participantes, uma vez que o valor de p não é inferior a 0,05. Este facto indica que o grupo etário ao qual pertencem os indivíduos não traz diferenças significativas nos scores obtidos nestas Escalas. No entanto, verifica-se que, 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.

De seguida foram analisados os comportamentos e distribuição dos diferentes grupos etários no Índice de Barthel.

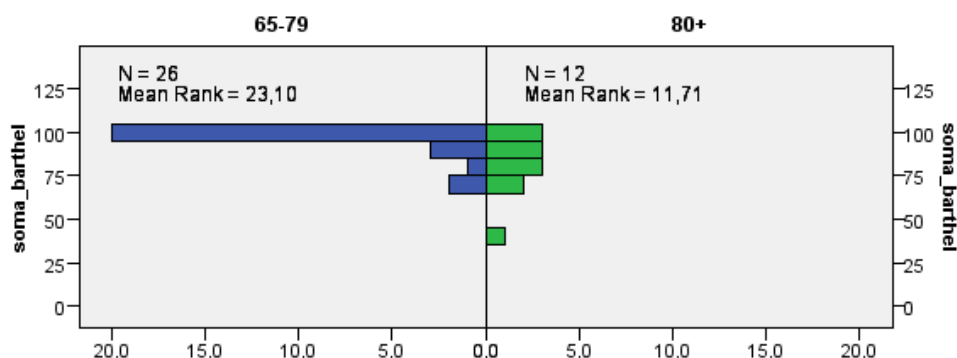


Figura 2- Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo o grupo etário

Na figura 2, podemos observar graficamente as diferenças significativas entre o grupo etário de 65 a 79 anos (3ª idade) e o grupo etário com mais de 80 anos (4ª idade), relativamente ao score obtido no Índice de Barthel. Na 3ª idade apresentam-se resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingirem scores elevados e próximos dos 100. No Índice de Barthel estes scores são indicativos de grande independência funcional. Na 4ª idade, a distribuição já é bastante diferente havendo scores mais baixos no Índice de Barthel, o que se traduz num maior grau de dependência funcional quando comparados com os resultados da 3ª idade. No entanto, é importante ressaltar que o grupo que integra a 3ª idade é composto por 26 indivíduos, enquanto que o grupo etário correspondente à 4ª idade é composto por apenas 12 indivíduos. A diferença significativa observada pode dever-se a essa diferença de distribuição da população.

De seguida apresenta-se a análise dos comportamentos e distribuição dos diferentes grupos etários segundo o Índice de Lawton.

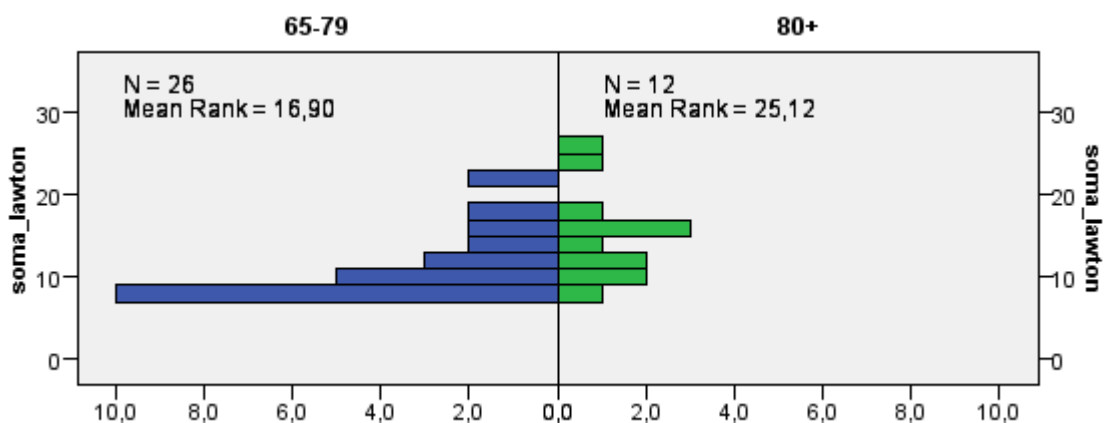


Figura 3- Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo o grupo etário

Na figura 3, podemos observar graficamente as diferenças significativas entre o grupo de etário 65 a 79 anos (3ª idade) e o grupo etário com mais de 80 anos (4ª idade), relativamente ao score obtido no Índice de Lawton. Na 3ª idade apresentam-se resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingirem scores mais baixos e próximos da total independência (scores próximos de 8). Na 4ª idade, a distribuição já é bastante diferente havendo scores mais altos no Índice de Lawton, o que se traduz num maior grau de dependência funcional quando comparados com os resultados da 3ª idade. Mais uma vez importa ressaltar que o grupo que integra a 3ª idade é composto por 26 indivíduos, enquanto que o grupo etário correspondente à 4ª idade é composto por apenas 12 indivíduos, podendo, esta diferença de distribuição da população, justificar a diferença significativa observada.

Em seguida são analisados os comportamentos e distribuição dos diferentes grupos etários na MMSE.

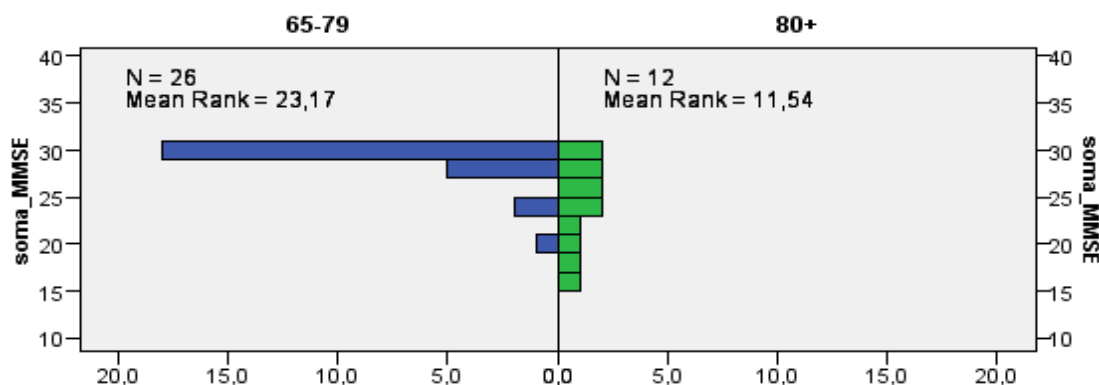


Figura 4- Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o grupo etário

Na figura 4 podemos observar, graficamente, as diferenças significativas entre o grupo de etário 65 a 79 anos (3ª idade) e o grupo etário com mais de 80 anos (4ª idade), relativamente ao score obtido na MMSE. Na 3ª idade apresentam-se resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingirem scores próximos de 30 na MMSE, que indicam uma ausência de défice cognitivo para estes participantes. Na 4ª idade a distribuição já é bastante diferenciada havendo scores mais baixos na MMSE o que se traduz numa maior perda da capacidade cognitiva quando comparados com os resultados do grupo da 3ª idade. De realçar novamente que, em termos de comparação relativa, o grupo que integra a 3ª idade é composto por 26 indivíduos, enquanto que o grupo etário correspondente à 4ª idade é menor sendo composto por apenas 12 indivíduos. Mais uma vez, a diferença significativa observada pode dever-se a essa diferença de distribuição da população.

De forma análoga, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (três grupos independentes) para analisar as diferenças entre os grupos de escolaridade (tabela 16).

Tabela 16. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade

	Grupo escola	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Barthel	0	82,85 (14,10)	80,00 (30,00)	0,03
	1-4	90,00 (14,86)	95,00 (15,00)	
	5+	-	-	
	Grupo escola	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Lawton	0	12,71 (6,52)	9,00 (7,00)	0,4
	1-4	12,96 (4,90)	11,00 (8,00)	
	5+	10,33 (3,27)	8,50 (6,25)	

MMSE	0	25,71 (1,98)	25,00 (3,00)	0,02
	1-4	26,84 (4,46)	29,00 (5,00)	
	5+	29,67 (0,82)	30,00 (0,50)	
Lubben	0	14,43 (4,58)	13,00 (8,00)	0,3
	1-4	13,84 (7,58)	15,00 (14,00)	
	5+	19,17 (4,79)	19,00 (9,75)	
Satisfação	0	22,14 (5,30)	25,00 (10,00)	0,6
	1-4	22,72 (7,30)	25,00 (12,50)	
	5+	26,17 (6,49)	25,00 (11,25)	
GDS	0	7,71 (3,20)	8,00 (7,00)	0,2
	1-4	5,16 (2,70)	6,00 (4,50)	
	5+	4,83 (4,71)	3,50 (7,00)	

Em relação à soma das médias das escalas de Lawton, Lubben, Satisfação com a vida e a Escala de Depressão Geriátrica, não se verificam diferenças significativas tendo em conta a escolaridade dos participantes, uma vez que o valor de p é superior a 0,05. Analisando a tabela 16 verifica-se que em relação ao Índice de Barthel e MMSE existem diferenças significativas na média tendo em conta a escolaridade, sendo o valor de $p < 0,05$.

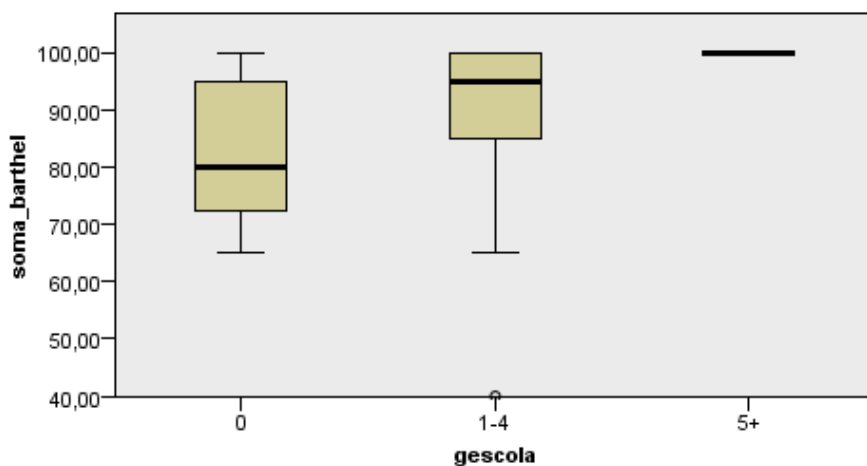


Figura 5- Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo o grupo escolaridade

Analisando a figura 5 verificamos as diferenças significativas que os anos de frequência escolar trazem para os scores obtidos no Índice de Barthel. Os participantes que nunca frequentaram a escola apresentam resultados significativamente mais baixos no índice

de Barthel quando comparados com os resultados obtidos por aqueles que frequentaram a escola. É possível verificar na figura que o número de indivíduos pertencentes ao grupo que nunca frequentou a escola apresenta uma mediana dos seus resultados mais baixa (perto dos 80) quando comparada com a mediana dos outros grupos que frequentaram a escola. Aliás, os indivíduos que frequentaram a escola por mais de 5 anos apresentam todos resultados de 100 no índice de Barthel, indicativo de total independência funcional. É possível, então, verificar, para esta amostra, que um maior número de anos de frequência escolar se traduz num maior grau de independência funcional dos indivíduos.

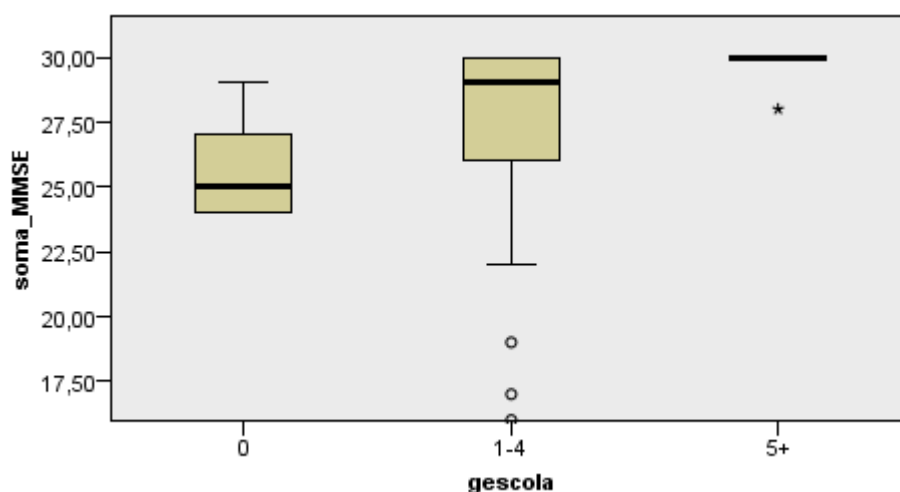


Figura 6- Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o grupo escolaridade

Analisando a figura 6 verificamos diferenças relativamente aos anos de frequência escolar, trazidas nos scores obtidos na pontuação da MMSE. Os participantes que nunca frequentaram a escola apresentam na sua maioria resultados mais baixos na MMSE quando comparados com os resultados obtidos por aqueles que frequentaram a escola. É possível verificar que o número de indivíduos pertencentes ao grupo que nunca frequentou a escola apresenta uma mediana dos seus resultados mais baixa (cerca de 25) quando comparados com os resultados dos outros grupos que frequentaram a escola.

No entanto, o grupo que frequentou a escola entre 1 e 4 anos apresenta uma amplitude significativamente maior na distribuição dos resultados, visto que, apresenta um valor mínimo absoluto mais baixo que o grupo que nunca frequentou a escola. Apesar desse fator, a maioria dos seus indivíduos situa-se enquadrada em valores mais altos de pontuação na MMSE. Por outro lado, os indivíduos que frequentaram a escola por mais de 5 anos apresentam todos resultados máximos na MMSE (30), indicativos da ausência de qualquer défice cognitivo. É possível então verificar, para esta amostra, que um maior número de anos de frequência escolar se traduz numa diminuição dos défices cognitivos.

De forma análoga, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para analisar as diferenças entre os Níveis Socioeconómicos (tabela 17).

Tabela 17. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o NSE

	Grupo NSE	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Barthel	NSE baixo	83,18 (19,14)	90,00 (30,00)	0,1
	NSE médio	90,38 (11,45)	95,00 (22,50)	
	NSE alto	95,71 (9,78)	100,00 (5,00)	
Lawton	NSE baixo	15,09 (6,43)	14,00 (13,00)	0,2
	NSE médio	12,15 (4,74)	11,00 (9,00)	
	NSE alto	10,79 (3,04)	9,50 (6,25)	
MMSE	NSE baixo	24,91 (3,78)	25,00 (3,00)	0,01
	NSE médio	27,31 (4,29)	29,00 (4,00)	
	NSE alto	28,57 (2,93)	30,00 (2,00)	
Lubben	NSE baixo	11,45 (6,09)	12,00 (11,00)	0,08
	NSE médio	15,00 (6,07)	15,00 (7,50)	
	NSE alto	17,21 (7,54)	20,00 (13,00)	
Satisfação	NSE baixo	20,45 (6,14)	21,00 (10,00)	0,1
	NSE médio	25,46 (5,47)	26,00 (7,00)	
	NSE alto	23,14 (8,04)	23,50 (14,00)	
GDS	NSE baixo	6,55 (3,17)	6,00 (5,00)	0,4
	NSE médio	5,61 (2,29)	6,00 (5,00)	
	NSE alto	4,79 (3,96)	4,50 (5,75)	

Em relação à soma das médias das escalas de Barthel, Lawton, Lubben, Satisfação com a vida e a Escala de Depressão Geriátrica, não se verificam diferenças significativas tendo em conta o Nível Socioeconómico dos participantes, uma vez que o valor de p é superior a 0,05. Em relação ao MMSE existem diferenças significativas na média tendo

em conta o NSE, sendo o valor de $p < 0,05$. Em seguida apresenta-se a forma como essa variação ocorre.

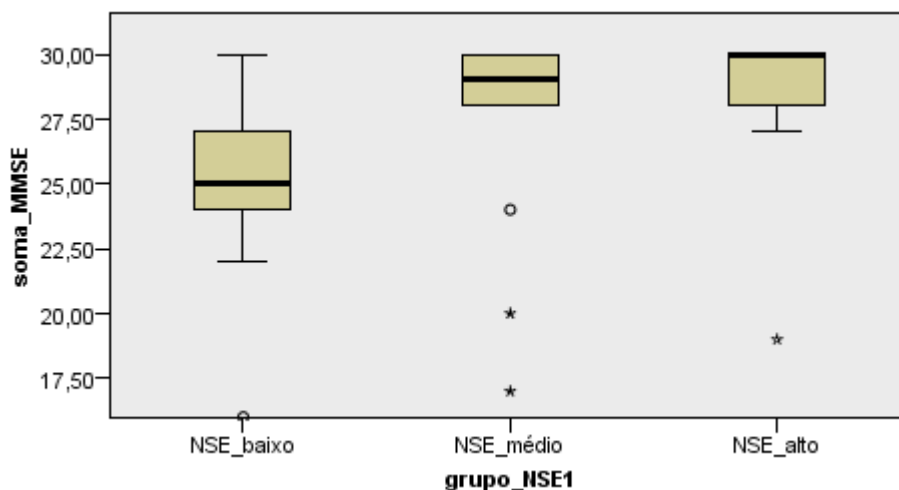


Figura 7- Distribuição dos resultados do MMSE(%) segundo o NSE

Analisando a figura 7 verificamos diferenças significativas relativamente aos diferentes NSE nos scores obtidos na pontuação da MMSE. Os participantes com um NSE baixo apresentam na sua maioria resultados mais baixos na MMSE quando comparados com os resultados obtidos por aqueles que apresentam NSE médio e alto. É possível verificar na figura 7 que o número de indivíduos pertencentes ao grupo NSE baixo apresenta uma mediana dos resultados mais baixa (cerca de 25) quando comparados com os resultados dos grupos NSE médio e alto.

Por outro lado, todos os indivíduos com um NSE alto apresentam resultados máximos na MMSE (30), indicativos da ausência de qualquer défice cognitivo. É possível então verificar, para esta amostra, que um NSE baixo pode ser indicativo de resultados mais baixo na MMSE que se traduzem numa maior prevalência de défice cognitivo.

De forma análoga, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para analisar as diferenças entre os grupos do sector da profissão (tabela 18).

Tabela 18. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o sector da profissão

	Setor da profissão	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Barthel	Primário	96,54 (5,16)	100,00 (7,50)	0,04
	Secundário	82,50 (15,08)	80,00 (31,25)	
	Terciário	99,17 (2,04)	100,00 (1,25)	
	Não classificado	83,46 (18,30)	90,00 (27,50)	
Lawton	Primário	12,46 (4,63)	11,00 (8,50)	0,8
	Secundário	13,17 (4,79)	11,50 (7,00)	
	Terciário	10,83 (3,06)	10,00 (6,25)	
	Não classificado	13,00 (6,31)	9,00 (8,50)	
MMSE	Primário	26,92 (4,05)	29,00 (6,00)	0,6
	Secundário	26,00 (5,10)	28,50 (10,25)	
	Terciário	29,33 (0,82)	29,50 (1,25)	
	Não classificado	26,69 (3,97)	27,00 (5,50)	
Lubben	Primário	12,08 (7,42)	12,00 (13,50)	0,2
	Secundário	12,83 (7,39)	12,50 (15,00)	
	Terciário	19,17 (4,79)	19,00 (9,75)	
	Não classificado	16,38 (6,06)	16,00 (8,00)	
Satisfação	Primário	24,31 (6,85)	24,00 (11,50)	0,7
	Secundário	19,67 (6,71)	19,50 (12,75)	
	Terciário	25,17 (5,34)	24,50 (9,00)	
	Não classificado	22,69 (7,51)	25,00 (12,00)	
GDS	Primário	4,31 (2,69)	4,00 (3,00)	0,3
	Secundário	6,83 (2,93)	7,50 (5,00)	
	Terciário	5,67 (3,98)	4,50 (5,75)	
	Não classificado	6,23 (3,44)	6,00 (5,00)	

De acordo com a tabela 18, na soma das médias das escalas de Lawton, MMSE, Lubben, Satisfação com a vida e a Escala de Depressão Geriátrica, não se verificam diferenças significativas tendo em conta a Profissão dos participantes, uma vez que o valor de p é superior a 0,05. Relativamente ao índice de Barthel, verifica-se que o valor de p é inferior a 0,05, o que indica que existem diferenças significativas.

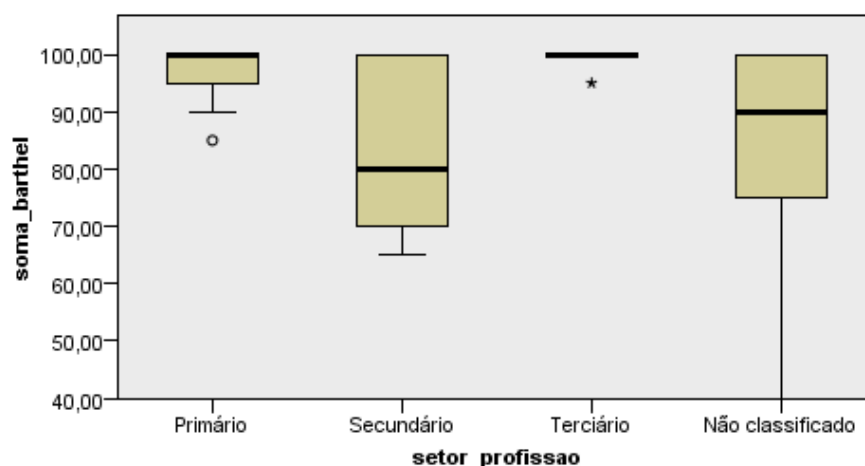


Figura 8- Distribuição dos resultados do MMSE(%) segundo o sector da profissão

Analisando a figura 8 verificamos as diferenças significativas que o Sector Profissional traz para os scores obtidos no Índice de Barthel. Os participantes do Sector Primário e Terciário apresentam uma mediana dos seus resultados mais próxima do máximo (100). Os indivíduos do Sector Secundário são aqueles que apresentam uma mediana de resultados mais baixa, cerca de 80.

De forma análoga, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para analisar as dimensões do envelhecimento segundo o isolamento (tabela 19).

Tabela 19. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo viver só ou acompanhado

	Vive só	Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Barthel	Sim	90,26 (12,96)	100,00 (20,00)	0,9
	Não	90,26 (15,67)	100,00 (15,00)	
Lawton	Sim	12,11 (5,84)	9,00 (7,00)	0,1
	Não	12,89 (4,08)	12,00 (6,00)	
MMSE	Sim	26,74 (3,90)	29,00 (6,00)	0,4
	Não	27,42 (3,95)	29,00 (3,00)	
Lubben	Sim	16,63 (6,05)	18,00 (7,00)	0,1
	Não	12,95 (7,34)	13,00 (14,00)	
Satisfação	Sim	25,58 (6,21)	26,00 (7,00)	0,03
	Não	20,74 (6,70)	21,00 (10,00)	
GDS	Sim	5,63 (2,85)	6,00 (4,00)	0,8
	Não	5,53 (3,66)	6,00 (6,00)	

Em relação à soma das médias das escalas de Barthel, Lawton, MMSE, Lubben e da Escala de Depressão Geriátrica não se verificam diferenças significativas tendo em conta o facto de os participantes viverem sós ou acompanhados, uma vez que, o valor de p é superior a 0,05. No entanto, na Escala de Satisfação com a vida verificam-se diferenças significativas estando os que vivem sozinhos mais satisfeitos com a vida.

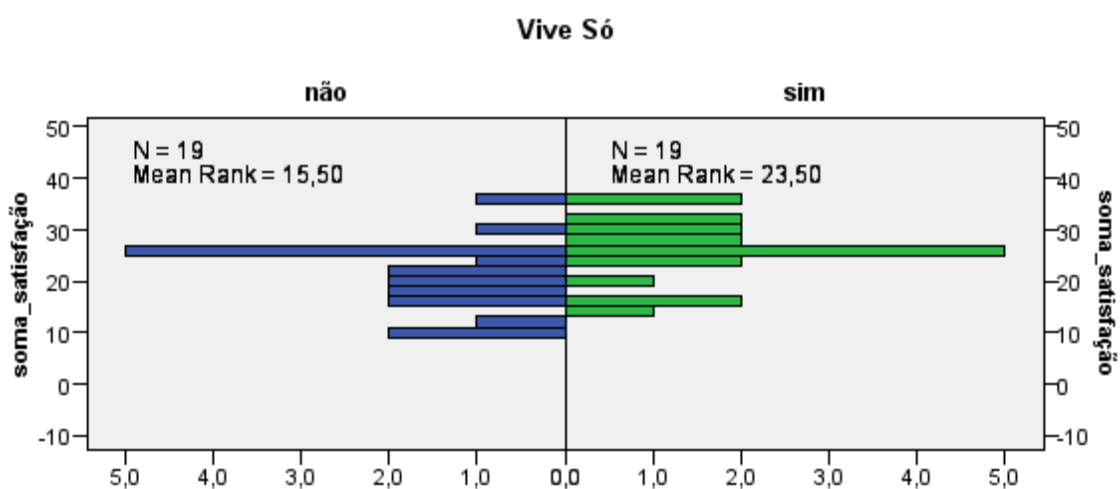


Figura 9- Distribuição dos resultados da Satisfação com a Vida segundo o isolamento

Na figura 9, podemos observar graficamente as diferenças significativas entre aqueles que vivem sozinhos e os que vivem acompanhados, relativamente ao score obtido na Escala de Satisfação com a Vida. No grupo dos que vivem sozinhos encontramos scores médios significativamente superiores quando comparados com os scores obtidos por aqueles que vivem acompanhados. Estes dados mostram que os participantes que vivem sozinhos acabam por atingir resultados indicativos de um maior grau de Satisfação com a Vida do que aqueles que vivem acompanhados.

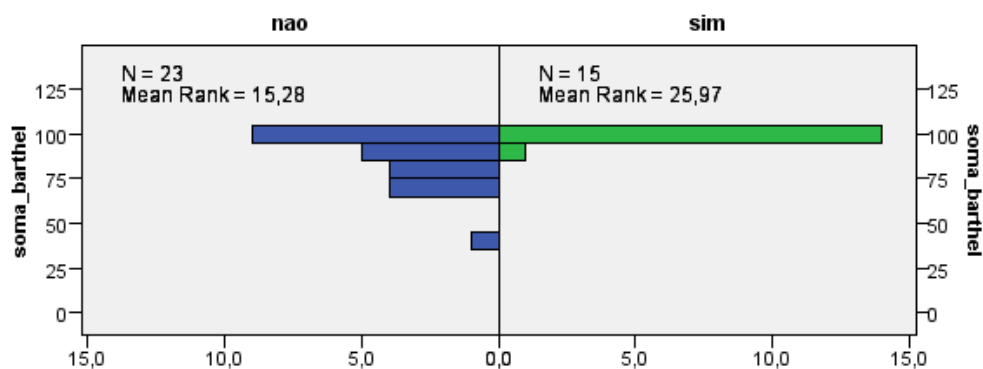
De forma análoga, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para analisar as diferenças entre os grupos que participam em atividades sociais (tabela 20).

Tabela 20. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a participação em atividades Sociais

Participação em Atividades		Média (dp)	Mediana (DIQ)	p
Barthel	Sim	98,67 (2,97)	100,00 (0,00)	0,001
	Não	84,78 (15,92)	90,00 (25,00)	
Lawton	Sim	10,13 (3,02)	8,00 (6,00)	0,007
	Não	14,04 (5,45)	12,00 (8,00)	
MMSE	Sim	29,40 (0,91)	30,00 (1,00)	0,002
	Não	25,57 (4,34)	27,00 (6,00)	
Lubben	Sim	17,60 (5,94)	19,00 (9,00)	0,04
	Não	12,96 (6,96)	13,00 (12,00)	
Satisfação	Sim	27,40 (5,47)	26,00 (7,00)	0,003
	Não	20,39 (6,25)	20,00 (11,00)	
GDS	Sim	4,40 (2,77)	4,00 (5,00)	0,1
	Não	6,35 (3,34)	6,00 (5,00)	

De acordo com a Tabela 20, no que concerne à soma das médias da Escala de Depressão Geriátrica, não se verificam diferenças significativas tendo em conta o facto de os inquiridos participarem ou não em atividades sociais, uma vez que, o valor de p é superior a 0,05.

No entanto, no Índice de Barthel e de Lawton, na MMSE, Lubben e na Escala de Satisfação com a vida o valor de p é inferior a 0,05, levando à conclusão que o facto de participar em atividades sociais não origina a mesma distribuição nos resultados obtidos nestas Escalas, verificando-se assim diferenças significativas.

**Figura 10- Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo a participação em atividades**

Na figura 10, podemos observar graficamente as diferenças significativas entre o facto de se participar em atividades sociais relativamente ao score obtido no Índice de

Barthel. No grupo que participa em atividades sociais apresentam-se resultados mais positivos, com a maior parte dos participantes a atingirem scores elevados e próximos de 100. No Índice de Barthel estes scores são indicativos de grande independência funcional. No grupo que não participa em atividades sociais, a distribuição já é bastante diferente havendo scores mais baixos no Índice de Barthel, o que se traduz num maior grau de dependência funcional quando comparados com os resultados daqueles que participam em atividades. No entanto é importante ressaltar que o grupo que não participa em atividades é composto por 23 indivíduos, enquanto que o grupo que participa em atividades é composto por apenas 15 indivíduos. A diferença significativa existente pode dever-se a esta disparidade na distribuição dos participantes.

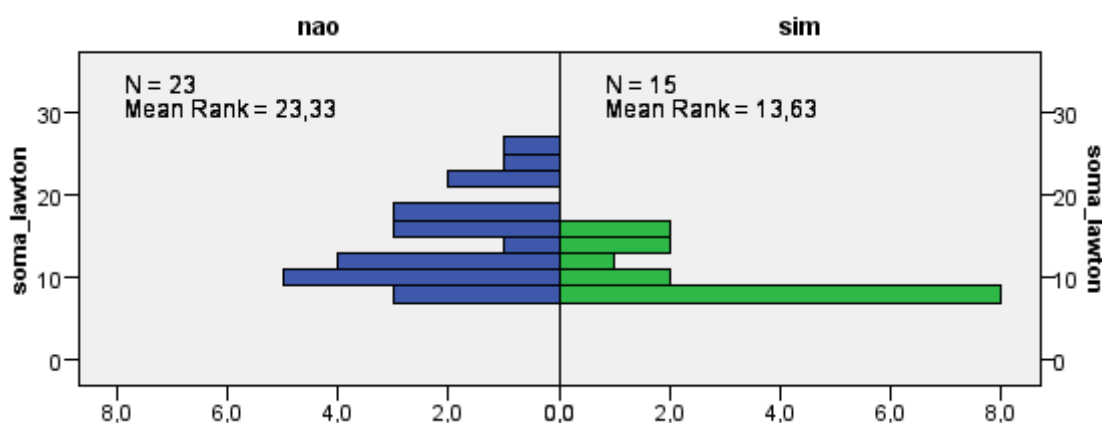


Figura 11- Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo a participação em atividades

Na figura 11, podemos observar graficamente as diferenças significativas entre o facto de se participar em atividades sociais, relativamente ao score obtido no Índice de Lawton.

No grupo que participa em atividades sociais, apresentam-se resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingirem scores baixos e próximos de 8. No Índice de Lawton estes scores são indicativos de grande independência funcional. No grupo que não participa em atividades sociais, a distribuição já é bastante diferente havendo scores mais altos no Índice de Lawton, o que se traduz num maior grau de

dependência funcional quando comparados com os resultados daqueles que participam em atividades. No entanto, mais uma vez se ressalva que o grupo que não participa em atividades é composto por 23 indivíduos, enquanto que o grupo que participa em atividades é composto por apenas 15 indivíduos. A diferença significativa existente pode ser resultado desta disparidade na distribuição dos participantes.

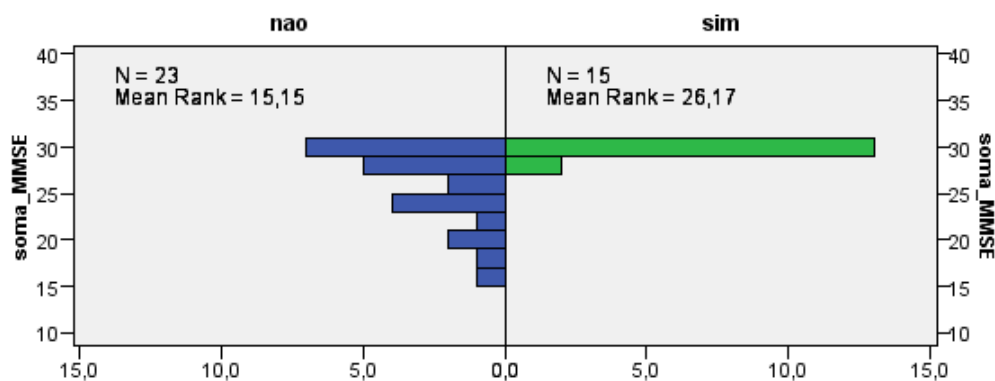


Figura 12- Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo a participação em atividades

Na figura 12, podemos observar graficamente as diferenças significativas entre o facto de se participar em atividades sociais relativamente ao score obtido na MMSE.

No grupo que participa em atividades sociais, apresentam-se resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingirem scores elevados e próximos de 30 na MMSE, que indicam uma ausência de défice cognitivo para estes participantes. No grupo que não participa em atividades sociais, a distribuição já é bastante diferente havendo scores mais baixos na MMSE, o que se traduz numa maior perda da capacidade cognitiva quando comparados com os resultados daqueles que participam em atividades. Importa novamente ressaltar que o grupo que não participa em atividades é composto por 23 indivíduos, enquanto que o grupo que participa em atividades é composto por apenas 15 indivíduos. A diferença significativa existente pode dever-se a essa diferença na distribuição dos participantes.

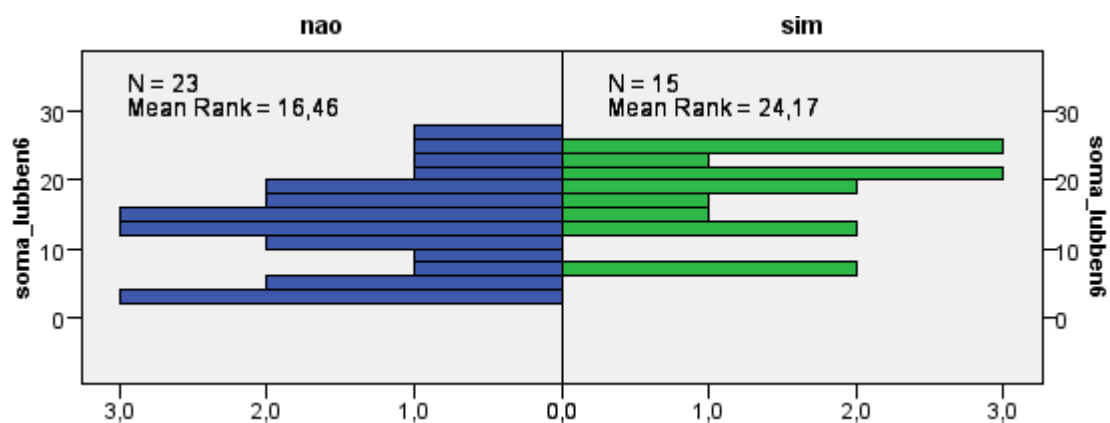


Figura 13- Distribuição dos resultados de Lubben (%) segundo a participação em atividades

Na figura 13, podemos observar graficamente as diferenças significativas entre o facto de se participar em atividades sociais relativamente ao score obtido na escala de Lubben.

No grupo que participa em atividades sociais, apresentam-se resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingirem scores elevados, que são indicativos de ausência de isolamento social. No grupo que não participa em atividades sociais, a distribuição já é bastante diferente havendo scores mais baixos na escala de Lubben, e alguns deles abaixo de 12 o que já é indicativo de isolamento social. É possível verificar que os idosos que participam em atividades apresentam um menor risco de isolamento social do que aqueles que não participam nessas atividades. Mais uma vez se ressalva que o grupo que não participa em atividades é composto por 23 indivíduos, enquanto que o grupo que participa em atividades é composto por apenas 15 indivíduos. A diferença significativa existente pode estar relacionada com essa diferença na distribuição dos participantes.

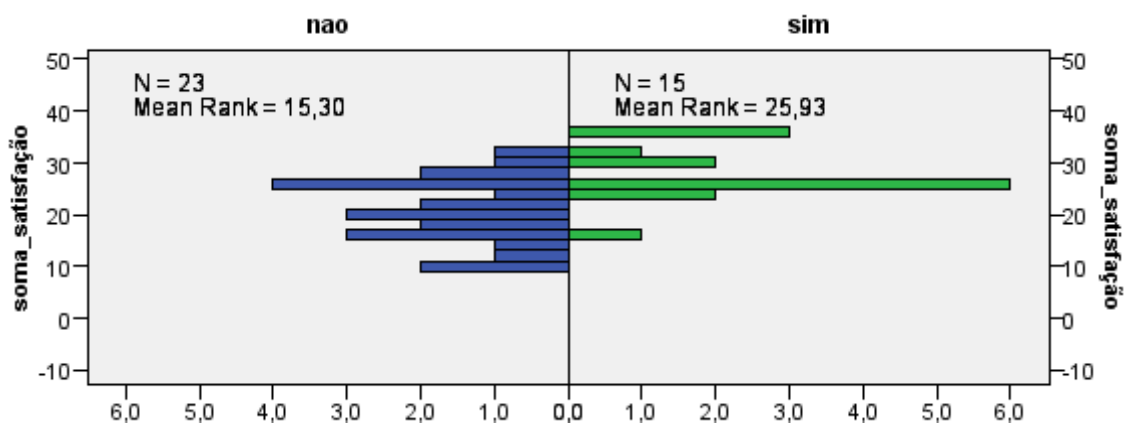


Figura 14- Distribuição dos resultados da satisfação (%) segundo a participação em atividades

Na figura 14, podemos observar graficamente as diferenças significativas entre o facto de se participar em atividades sociais relativamente ao score obtido na Escala de Satisfação com a Vida

No grupo que participa em atividades sociais, apresentam-se resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingirem scores mais altos, sendo estes scores indicativos de um maior grau de Satisfação com a Vida. No grupo que não participa em atividades sociais, a distribuição já é bastante diferente havendo scores mais baixos, o que se traduz num menor grau de Satisfação com a Vida quando comparados com os resultados obtidos pelos que participam em atividades. No entanto é importante ressaltar que o grupo que não participa em atividades é composto por 23 indivíduos, enquanto que o grupo que participa em atividades é composto por apenas 15 indivíduos. A diferença significativa existente pode ser resultado desta disparidade na distribuição dos participantes.

4. Relação entre variáveis do envelhecimento

Tabela 21. Relação entre variáveis do envelhecimento

	Barthel	Lawton	MMSE	Lubben	Satisfação	GDS
Barthel	1	-0,586**	0,514**	0,080	0,205	-0,289
Lawton	-	1	-0,488**	-0,317	-0,244	0,022
MMSE	-	-	1	0,354*	0,350*	-0,436**
Lubben	-	-	-	1	0,571**	-0,328*
Satisfação	-	-	-	-	1	-0,442**
GDS	-	-	-	-	-	1

*p < 0,05 **p < 0,01

Analisando a correlação entre a pontuação obtida no Índice de Barthel e a pontuação obtida na escala de Lawton, verifica-se uma correlação negativa, enquanto que entre o Índice de Barthel e a MMSE se verifica uma correlação positiva. Na correlação entre a pontuação da escala de Lawton e a pontuação da MMSE obteve-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa. No que se refere á correlação entre a MMSE e a Escala de Lubben verifica-se a existência de uma correlação positiva, sucedendo assim também entre a MMSE e a Escala de Satisfação com a Vida. Por seu turno, entre a MMSE e a GDS, verifica-se uma correlação negativa estatisticamente significativa. A Escala de Lubben apresenta uma correlação positiva com a Escala de satisfação com a Vida e uma correlação negativa com a GDS. No que toca á Escala de Satisfação com a Vida temos também uma correlação negativa com a GDS.

5. Utilização de recursos e serviços comunitários

No que concerne à utilização de recursos e serviços comunitários dos participantes deste estudo foi utilizada a Escala B da OARS. Analisando os serviços de cuidados pessoais verifica-se que 21,1% dos inquiridos indica a necessidade de ajuda nos seus cuidados pessoais, sendo em 75% desses casos a ajuda prestada por familiares, enquanto que 12,5% são prestados por uma pessoa paga para esse efeito e 12,5% prestados por Instituições especializadas neste tipo de serviços (SAD). Quanto à duração desses mesmos cuidados verifica-se que 12,5% têm uma duração inferior a 30 minutos; 62,5% têm uma duração compreendida entre 30 minutos e 1 hora e meia e 25% têm uma duração superior a 1 hora e meia. Dos participantes que referiram ter sido ajudados nos seus cuidados pessoais verifica-se que 62,5% desses indivíduos ainda continuam a receber ajuda aquando da realização deste estudo. Do total de participantes inquiridos foi possível ainda verificar que 10,5% considera necessitar de ajuda para a realização dos seus cuidados pessoais. (tabela 22)

Tabela 22- Utilização de serviços e serviços comunitários - 1

	n=38	
	n	%
Serviços de Cuidados Pessoais		
Teve ajuda nos cuidados pessoais	8	21,10
Quem ajudou		
Familiar	6	75,0
Alguém a quem paga por essa ajuda	1	12,50
Alguém de Instituição	1	12,50
Quanto tempo		
Menos de ½ hora dia	1	12,5
½ hora a 1 ½ por dia	5	62,5
Mais de 1½ hora por dia	2	25,0
Ainda recebe ajuda	5	62,5
Considera necessitar de ajuda para os cuidados pessoais	4	10,5
Supervisão contínua		
Recebeu supervisão durante 24 horas por dia	1	2,6
Considera necessitar de supervisão 24 horas por dia	1	2,6

	n=38	
	n	%
Serviços de monitorização		
Beneficiou de serviço de monitorização	17	44,7
Quem o fez		
Familiar	13	76,5
Amigo	2	11,8
Alguém a quem paga por essa tarefa	1	5,9
Alguém de Instituição	1	5,9
Ainda beneficia deste serviço	17	100,0
Considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado	16	42,1

Observa-se, ainda, que 2,6% dos participantes recebem cuidado contínuo e permanente de um cuidador num período de 24 horas por dia e que, dos mesmos, 2,6% consideram ainda necessitar dessa supervisão. Quanto aos serviços de monitorização (cuidado em regime de supervisão não permanente por parte de um cuidador) verifica-se que 44,7% beneficiam desses serviços, sendo que em 76,5% dos casos, esses serviços são prestados por familiares, enquanto 11,9% são prestados por uma pessoa amiga, 5,9% são prestados por alguém pago para realizar essa tarefa e 5,9% são realizados por um cuidador pertencente a uma instituição. Dos participantes que referiram ter beneficiado de serviços de monitorização, a totalidade destes ainda continua a beneficiar deste serviço aquando da realização do estudo e 42,1% atestam a necessidade de beneficiar desse serviço.

No que concerne aos serviços domésticos verifica-se que 39,5% dos participantes necessita de ajuda nas tarefas domésticas, sendo que, destes, 66,7% desses serviços são prestados por familiares, 6,7% por cuidadores institucionais e 26,7% por outras pessoas pagas para prestar esse serviço. A média de horas por semana disponibilizadas para prestação desses serviços é de 5,28 (dp=7,42).

Cerca de 42,1% dos inquiridos necessitam de ajuda na preparação de refeições, desses 68,8% são ajudados por familiares, 12,5% por outra pessoa paga para esse efeito e 18,8% recorrem a apoio por parte de uma instituição. Aquando da aplicação do protocolo, 93,8% dos participantes que refere ter ajuda na preparação de refeições ainda continua a beneficiar dessa mesma ajuda (tabela 23).

Tabela 23- Utilização de serviços e serviços comunitários - 2

	n= 38	
	<i>n</i>	%
Serviços Domésticos		
Teve ajuda regular nas tarefas domésticas	15	39,5
Quem ajudou		
Familiar	10	66,7
Alguém de Instituição	1	6,7
Outra pessoa paga para essa ajuda	4	26,7
Quantas horas semanais <i>M (dp)</i>	5,28	(7,42)
Ainda tem ajuda	15	100,0
Considera necessitar de ajuda para realizar as tarefas domésticas	16	42,1
Preparação de Refeições		
Teve ajuda na preparação de refeições ou teve que comer fora de casa	16	42,1
Quem ajudou		
Familiar	11	68,8
Outra pessoa paga para essa ajuda	2	12,5
Alguém de Instituição	3	18,8
Ainda tem alguém que lhe prepare as refeições	15	93,8
Considera necessitar de ajuda para preparar refeições	15	39,5

No que diz respeito à prestação de serviços legais ou administrativos, 44,7% dos inquiridos refere que já tiveram ajuda na prestação e gestão desses mesmos serviços. Sendo que desses, 88,2% refere que essa ajuda foi prestada por familiares, 5,9% refere que a ajuda foi prestada por uma pessoa paga para esse efeito e 5,9% refere que a ajuda foi prestada por alguém ligado a uma instituição. Cerca de 44,7% referem que ainda beneficiam/necessitam desse tipo de ajuda.

Na análise das deslocações e transporte dos participantes deste estudo, verifica-se que 34,2% vão por meios próprios nas suas deslocações necessárias (compras, médico, visitas), 36,8% vão acompanhados por familiares, 5,3% vão acompanhados por amigos e 15,8% utilizam os transportes públicos.

Em média os participantes referem efetuar cerca de 2,6 ($dp=2,14$) deslocações por semana e 44,7% referem que necessitam de transporte mais vezes do que dispõe. No que concerne a serviços de realojamento, nenhum dos participantes refere beneficiar desses serviços e apenas um indica essa possível necessidade. (tabela 24)

Tabela 24. Utilização de serviços comunitários - 3

	n= 38	
	n	%
Serviços administrativos, legais e de protecção		
Teve ajuda para questões legais, ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro	17	44,7
Quem o/a ajudou		
Familiar	15	88,2
Outra pessoa paga para essa ajuda	1	5,9
Alguém de Instituição	1	5,9
Ainda tem alguém que o/a ajuda nestas questões	17	100,0
Considera necessitar de ajuda nas questões legais e financeiras	17	44,7
Transporte		
Quem o leva às compras, médico, visitas		
Vai sozinho/a	13	34,2
Familiar	14	36,8
Amigo	2	5,3
Transporte Público	6	15,8
Outro	3	7,9
Deslocações por semana <i>M (dp)</i>	2,61	(2,14)
Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe	17	44,7
Serviços de Realojamento		
Acha que necessita de ajuda para realojamento	1	2,6

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na análise e discussão dos principais resultados obtidos neste estudo procuramos interligá-los com os principais aspetos conceptuais relacionados com a temática do envelhecimento. Tendo por base o envelhecimento populacional e as dificuldades, necessidades e desafios sub consequentes ao mesmo, analisar, discutir e intervir perante a população idosa deverá ser uma prioridade.

O presente estudo teve, então, como objetivo avaliar capacidades e necessidades das pessoas idosas em zonas rurais geograficamente isoladas, e reunir evidência com vista a estabelecer medidas para que as pessoas possam continuar a envelhecer em casa, tanto tempo quanto possível. Tratando-se, por isso, de avaliar a situação do envelhecimento (populacional e individual) em territórios isolados para prevenir a dependência, com vista a delinear Serviços do Social para continuar a viver em casa de modo autónomo.

Os aspetos conceptuais da temática abordada demonstram que, apesar do aumento progressivo do envelhecimento populacional ser encarado de forma positiva, este veio colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados, surgindo assim novas preocupações nomeadamente com a criação de condições propícias para fomentar o bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

Este estudo recorreu a uma amostra de 38 pessoas com 65 ou mais anos a viver em zonas rurais geograficamente isoladas do Município de Amares. Da amostra, foi possível verificar que 23 são do género feminino (60,5%) e 15 do género masculino (39,5%). No que concerne à idade, varia entre os 65 e os 86 anos ($M=75,11$; $dp=6.88$) e, quando analisada por faixas etárias, verifica-se que de 26 (68,4%) dos inquiridos se situam entre os 65 e 79 anos de idade e 12 (31,6%) acima dos 80 anos. Quanto ao estado civil, 36,8% são casados, 44,7% viúvos e 18,4% solteiros. Cerca de 65,8% têm filhos e 50% dos inquiridos vivem sozinhos. Quanto à situação profissional a totalidade dos participantes é reformada.

Analisando os resultados obtidos em termos do funcionamento individual, verificamos que não surgiram diferenças significativas em termos de funcionalidade, função cognitiva, estado depressivo/emocional e satisfação geral com a vida, tendo em conta o género dos participantes. Pode desta forma afirmar-se que, no que concerne a esta amostra, o género dos participantes não traz influências significativas nas vertentes analisadas.

Por outro, lado no que concerne à análise de resultados consoante o grupo etário verificaram-se diferenças significativas entre os resultados obtidos pelos diferentes grupos etários, no que respeita à funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e no funcionamento cognitivo. Estes resultados enquadram-se nos estudos de Baltes e Baltes (1990) que sugerem que a otimização do desenvolvimento humano é muito difícil de se prolongar em idade avançada, apesar de não ser impossível alcançar um saldo positivo entre ganhos e perdas, em todas as idades da vida.

No grupo etário dos 65 aos 79 anos (3ª idade) surgem resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingirem scores indicativos de grande independência funcional. Na 4ª idade a distribuição, por outro lado, já é bastante diferente havendo scores mais baixos no Índice de Barthel, o que se traduz num maior grau de dependência funcional quando comparados com os resultados da 3ª idade. Também no índice de Lawton surgiram resultados mais positivos na 3ª idade com a maior parte dos participantes a atingirem scores mais baixos e próximos da total independência. Na 4ª idade, a distribuição já é bastante diferente havendo scores mais altos no Índice de Lawton, o que se traduz num maior grau de dependência funcional nas Atividades Instrumentais da Vida Diária quando comparados com os resultados da 3ª idade.

No mesmo sentido surgem os resultados que avaliam o funcionamento cognitivo. Estes dados indicam que na 3ª idade surgem resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingirem scores próximos de 30 na MMSE, o que significa uma ausência de défice cognitivo para estes participantes. Na 4ª idade a distribuição já é bastante diferente havendo scores mais baixos na MMSE o que se traduz numa maior

perda da capacidade cognitiva quando comparados com os resultados do grupo da 3ª idade.

Estes dados vão ao encontro do previsto teoricamente, como refere Fonseca (2007): as “boas notícias” da 3ª idade são o aumento da expectativa de vida, um elevado potencial de manutenção de boa forma (física e mental), a presença de reservas cognitivas, emocionais e níveis elevados de bem-estar pessoal, através de estratégias eficazes de gestão de ganhos e perdas. Por outro lado, surgem também as “más notícias” da 4ª idade, entre as quais: as perdas consideráveis no potencial cognitivo, uma reduzida capacidade de aprendizagem, um aumento de sintomas de stress crónico, uma considerável prevalência de demências e a presença de níveis elevados de fragilidade, disfuncionalidade e multi-morbilidade.

Fonseca (2007) refere ainda que a distinção entre 3ª e a 4ª idade está assente na diminuição da importância da idade cronológica e no aumento da importância da idade funcional, não existindo uma idade cronológica definida para se passar à 4ª idade, dependendo apenas do grau de funcionalidade, da existência de descontinuidades e de diferenças qualitativas entre as “idades da velhice”. De referir que fica patente que a relação entre ganhos e perdas na 4ª idade torna-se mais desfavorável. De igual modo, Sequeira (2010) indica que a dependência nas atividades da vida diária surge nos idosos como o resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade em termos da funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidental.

Desta forma o desafio mais premente do próximo século é a busca das condições necessárias para completar a arquitetura biológica e cultural do ciclo de vida, de modo a que a otimização do desenvolvimento (no sentido de alcançar um saldo positivo entre ganhos e perdas) se estenda por períodos cada vez mais posteriores da vida. (Baltes & Baltes 1990).

Analisando agora os dados obtidos no que concerne à Escolaridade dos participantes foi interessante perceber que apenas surgiram diferenças significativas na funcionalidade ao nível atividades básicas de vida diária e no funcionamento cognitivo, enquanto que ao nível das outras vertentes analisadas não surgiram alterações

significativas. Os participantes que nunca frequentaram a escola (18,4% do total da amostra) apresentam resultados significativamente mais baixos ao nível da funcionalidade, quando comparados com os resultados obtidos por aqueles que frequentaram a escola. Foi possível verificar que os indivíduos pertencentes ao grupo que nunca frequentou a escola apresentam índices mais baixos de funcionalidade quando comparados com os outros grupos que frequentaram a escola. Aliás, os indivíduos que frequentaram a escola por mais de 5 anos apresentam todos resultados de 100 no índice de Barthel, indicativo de total independência funcional. Estes dados podem sugerir que participantes com maior Escolaridade mantêm-se ativos durante mais tempo, possivelmente fruto do facto de estarem mais informados para os benefícios de um estilo de vida saudável. Para além disto, indivíduos com maior grau de instrução e com profissões melhor remuneradas também beneficiam de um maior poder económico para adotar um estilo de vida mais saudável e podem recorrer mais facilmente a serviços de apoio social.

Verificaram-se igualmente diferenças significativas relativamente aos anos de frequência escolar e o funcionamento cognitivo. Os participantes que nunca frequentaram a escola apresentam, na sua maioria resultados mais baixos na MMSE, quando comparados com os resultados obtidos por aqueles que frequentaram a escola. Por outro lado os indivíduos que frequentaram a escola por mais de 5 anos apresentam todos resultados máximos na MMSE (30), indicativo da ausência de qualquer défice cognitivo. É possível então verificar, para esta amostra, que um maior número de anos de frequência escolar se traduz numa diminuição dos défices cognitivos. Estes resultados vão ao encontro daquilo que está indicado na literatura onde percebemos que quanto maior for a estimulação cognitiva, menores serão as perdas cognitivas inerentes à idade. Sanders e McCready (2010) referem que o envelhecimento se retarda, no plano cognitivo, através da manutenção da curiosidade, atividade física, manutenção de autoconfiança e independência e da estimulação cognitiva. Por outro lado, Lindenberger; Lövdén; Schellenbach; Li; Krüger (2008) referem que, um envelhecimento saudável reúne três estratégias principais: (1) reduzir as causas que levam à perda de autonomia; (2) manter um elevado nível funcional nos

planos, cognitivo e físico; e, (3) conservar um bom desempenho social com bem-estar subjetivo.

Analisando os resultados relativamente ao viver só ou acompanhado, verifica-se que apenas surgiram diferenças significativas ao nível do grau de Satisfação com a Vida. No grupo dos que vivem sozinhos encontramos scores médios significativamente superiores quando comparados com os scores obtidos por aqueles que vivem acompanhados. Estes dados mostram que os participantes que vivem sozinhos acabam por atingir resultados indicativos de uma maior grau de Satisfação com a Vida do que aqueles que vivem acompanhados. Estes resultados podem dever-se ao facto de os participantes que vivem acompanhados viverem com outro indivíduo da mesma faixa etária, o que origina que, muitas vezes, sejam o único cuidador desse mesmo indivíduo que pode, eventualmente, estar dependente. Este facto pode dar origem a que muitas vezes o cuidador se sinta cansado e em situação de *Burn-out*, levando a que sua satisfação com a vida seja mais reduzida.

No que se refere ao Nível Socioeconómico, os participantes com um NSE baixo apresentam, na sua maioria, resultados mais baixos na MMSE quando comparados com os resultados obtidos por aqueles que apresentam NSE médio e alto. Por outro lado, todos os indivíduos com um NSE alto apresentam resultados máximos na MMSE, indicativo da ausência de qualquer défice cognitivo. É possível então verificar, para esta amostra, que um NSE baixo pode ser indicativo de resultados mais baixos na MMSE o que se traduz numa maior prevalência de défice cognitivo.

Quanto à participação em atividades de âmbito social, verificam-se resultados mais positivos nos indivíduos que participam nessas atividades, com a maior parte a atingir scores elevados no Índice de Barthel. Estes scores são indicativos de grande independência funcional. No grupo que não participa em atividades sociais a distribuição é bastante diferente havendo scores mais baixos no Índice de Barthel, traduzindo-se num maior grau de dependência funcional, quando comparados com os resultados daqueles que participam em atividades. O mesmo acaba por ocorrer nos resultados provenientes do índice de Lawton. No grupo que participa em atividades sociais apresentam-se resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a

atingirem scores baixos e próximos de 8, sendo estes scores indicativos de grande independência funcional. No grupo que não participa em atividades sociais, a distribuição é bastante diferente havendo scores mais altos no Índice de Lawton, traduzindo-se num maior grau de dependência funcional na realização das Atividades instrumentais da Vida Diária.

Relativamente aos dados obtidos da MMSE, o grupo que participa em atividades sociais, apresenta resultados mais positivos com a maior parte dos participantes a atingir scores elevados e próximos de 30 na MMSE, indicativo de ausência de défice cognitivo para estes participantes. No grupo que não participa em atividades sociais, a distribuição é bastante diferente havendo scores mais baixos na MMSE, o que se traduz numa maior perda da capacidade cognitiva, quando comparados com os resultados daqueles que participam em atividades.

Fica então patente, através dos dados recolhidos neste estudo, que a participação em atividades de âmbito social se traduz em valores mais elevados a nível cognitivo e funcional, quando comparados com indivíduos que não participam nessas mesmas atividades. Ao participar neste tipo de atividades ocorre uma maior estimulação mental e física que permite ao indivíduo manter/melhorar as suas aptidões.

Quanto à utilização de recursos e serviços comunitários, foi possível verificar que 21,1% dos inquiridos necessita de ajuda nos seus cuidados pessoais, sendo essa ajuda prestada por familiares em 75% dos casos e os restantes 25% são auxiliados pelas respostas de apoio social. Verifica-se, ainda, que 39,5% dos participantes necessitam igualmente de ajuda nas tarefas domésticas e 42,1% necessitaram de ajuda na preparação das refeições, sendo novamente os familiares e os serviços de apoio domiciliário os intervenientes neste tipo de tarefas. Estes dados são indicativos da dependência de um número significativo destes idosos na realização destas tarefas e demonstram que as principais fontes de apoio acabam por ser a família e os serviços de apoio ao nível social.

Estas evidências vão ao encontro do que é referido por Barbosa e Delerue Matos (2008), indicando que a seguir ao apoio familiar, um dos serviços mais requisitados e

mais importante para o conceito de envelhecer no lugar é a resposta do Serviço de Apoio Domiciliário. Neste sentido, o SAD que registou a maior taxa de crescimento de todas as valências (Carta Social 2002, como citado em Barbosa & Delerue Matos, 2008) “... quer a nível de capacidade, quer a nível do número de utentes, (...) privilegiando esta resposta, em alternativa às convencionais respostas de institucionalização” (Martin, Gonçalves, Silva, Paúl e Cabral 2007, como citado em Barbosa & Delerue Matos, 2008), é o serviço de prestação de cuidados que, atualmente, maior apoio presta aos cuidadores familiares idosos e aos idosos dependentes que não pretendem abandonar o seu lar.

No entanto e de acordo com Delerue Matos (2008), muitas vezes os cuidadores familiares idosos e os idosos dependentes que pertencem a estes grupos, não estão em condições de adquirir novos serviços de Apoio Domiciliário nem de contratarem uma pessoa para os auxiliarem em suas casas. O reforço de subsídios como o “Complemento Solidário para Idosos” ou a gratuidade de serviços considerados indispensáveis aos idosos dependentes e aos seus cuidadores, de acordo com uma avaliação criteriosa das necessidades e dos recursos económicos dos mesmos, permitiria melhorar a qualidade de vida destes idosos, ao mesmo tempo que introduziria uma maior justiça social.

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores que envolvem, nomeadamente, a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus. É assim que o envelhecimento humano pode ser definido como um processo de mudanças progressivas da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que tem início mesmo antes do nascimento e se desenvolve ao longo de toda a vida.

O envelhecimento não é um problema mas sim uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade de viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Implica, então, uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos

profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social; uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico; e, um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

Numa perspetiva individual, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social a pessoas idosas, integrados e centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que integrem cuidados de longa duração, são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer (DGS, 2010).

No que concerne especificamente ao município de Amares, verificamos ainda que a área da Terceira Idade é considerada de prioritária intervenção, como referem, o Diagnóstico Social e o Plano de Desenvolvimento Social de Amares. Como principais problemas salientam-se: a insuficiência de equipamentos/respostas sociais na área da Terceira Idade; a falta de respostas que combatam o isolamento dos idosos e, concomitantemente, previnam a exclusão, não consentindo o afastamento desta faixa etária do meio social e do estilo de vida preconizado pela sociedade; e, a necessidade de melhorar e aumentar os serviços prestados no âmbito da resposta social de apoio domiciliário, mais diversificado, no sentido de fomentar um envelhecimento mais ativo e saudável.

Após a análise dos dados obtidos neste estudo, fica então patente a necessidade premente de desenvolver estratégias que permitam envelhecer com qualidade no Município de Amares. Esta premissa é ainda mais relevante nos idosos que vivem em situação de exclusão e isolamento social, onde os serviços e as respostas sociais são insuficientes para suprir todas as necessidades. Como já referido anteriormente, verifica-se que as freguesias de Paranhos, Paredes Secas, Portela e Seramil, são aquelas onde o risco de isolamento social dos idosos é potencialmente maior, visto serem freguesias onde a taxa de população idosa é superior e onde as acessibilidades e serviços disponíveis são mais deficitários, havendo também défices de funcionalidade

e cognitivos nos indivíduos que vivem isolados, conforme os resultados retirados do presente estudo.

Parece-nos, então, de extrema importância a criação de programas de intervenção, que se alarguem aos idosos mais isolados e carenciados do Município. Apostar num serviço mais personalizado que vá para além da conceção tradicional e remediativa do Serviço de Apoio Domiciliário seria uma medida a ter em conta. De igual modo se deve apostar no incentivo à participação em atividades de índole social, que possam ir ao encontro dos gostos e necessidades de cada idoso especificamente, por forma a incentivar o idoso a fugir de um estado de letargia física e emocional que será prejudicial ao seu processo de envelhecimento.

Neste sentido, será importante que o Município, as freguesias e as entidades promotoras de saúde e outros serviços sociais ou apoios à população idosa, se unam em torno deste objetivo, assim como, seja acrescida a importância atual dada a esta população que carece de particular atenção. Cabe, também, a todos os envolvidos enfatizar esta necessidade e contribuir para que seja colmatada. A promoção de um envelhecimento ativo no meio quotidiano de vida deve ser uma área de aposta e investimento futuros. É, portanto, necessário desenvolver serviços e estratégias para responder às necessidades do idoso numa perspetiva Biopsicossocial, permitindo assim aprimorar e enquadrar a qualidade dos serviços sociais numa linha de melhoria e responsabilidade social dentro das políticas públicas.

Neste sentido e no encadeamento do trabalho elaborado, foram surgindo algumas ideias com o intuito de suprir as necessidades identificadas e de trazer um contributo positivo para definir linhas orientadoras de um envelhecimento ativo e incluso dos idosos mais isolados do município de Amares. Uma das principais ideias seria a criação de uma comunidade inter-freguesias de proteção ao idoso (abrangendo as freguesias mais isoladas) com o apoio do Município de forma a diminuir os encargos inerentes a cada freguesia e a aumentar os recursos materiais e humanos disponíveis. Esta comunidade resultaria da junção de esforços e iniciativas de várias juntas de freguesia e teria como objetivo a criação de condições específicas para trabalhar na proteção dos idosos mais desfavorecidos e isolados. O intuito seria criar uma equipa

multidisciplinar de profissionais acreditados e habilitados para trabalhar diariamente com esta população específica abrangendo as áreas da gerontologia, da saúde e do social. A viabilidade da criação desta equipa passaria pelo recurso a protocolos com o Instituto do Emprego e Formação Profissional no intuito de se conseguirem estágios profissionais ou outras medidas que permitissem a contratação de profissionais. Tratar-se-ia de uma equipa responsável pelo controlo diário das necessidades de todos os idosos isolados e abrangidos pelo projeto, criando simultaneamente atividades que iriam ao encontro dessas mesmas necessidades individuais de cada idoso.

Uma outra ideia passaria pela criação de um serviço de acompanhamento a consultas e realização de exames de diagnóstico, aproveitando os meios transporte já existentes em algumas juntas de freguesia e/ou estabelecendo protocolos com o Município ou com outras entidades do concelho (Bombeiros, Cruz Vermelha). Igualmente importante seria a criação de um serviço base de apoio ao idoso que englobasse semanalmente a deslocação de um elemento da equipa para providenciar as compras dos bens necessários ao idoso (alimentação, medicamentos, etc.). Este ponto revela-se de extrema importância uma vez que, tal como ficou patente neste estudo, existe uma grande dificuldade em aceder a esses serviços, devido à distância e às dificuldades em termos de acessibilidade nas deslocações ao centro urbano.

Outra medida importante a implementar seria a criação de novos Espaços Idoso nas freguesias mais isoladas aproveitando para esse efeito edifícios disponibilizados pelas juntas de freguesia. Estes espaços iriam funcionar como um local de acolhimento e encontro social, onde fossem fomentadas atividades promotoras de um envelhecimento ativo tendo sempre em conta as necessidades individuais de cada idoso, sendo também um local de esclarecimento e ajuda ao idoso nas suas atividades essenciais. Acrescente-se que este conceito de Espaço Idoso tem funcionado muito bem noutras freguesias do Município. Seria igualmente importante a dinamização do voluntariado junto da população residente de forma a suprir algumas necessidades prementes dos idosos mais isolados, quer sejam necessidades de âmbito social e afetivo quer sejam necessidades ao nível de pequenos arranjos domésticos, criando para esse efeito uma bolsa de voluntariado especializada e com formação específica.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Após a análise dos dados obtidos fica patente a necessidade premente de desenvolver estratégias que permitam envelhecer com qualidade de vida no Município de Amares. Esta premissa é ainda mais relevante nos idosos que vivem em situação de exclusão e isolamento social, onde os serviços e respostas sociais são insuficientes para suprir todas as necessidades.

Não há dúvida que, para os idosos, o espaço residencial toma um papel prioritário. Muitos deles identificam o envelhecer no lugar como uma vantagem em termos de sentimentos de vinculação, segurança e identidade em relação à vizinhança e à comunidade. De forma a possibilitar aos idosos lidar com as transformações próprias ao processo de envelhecimento e com as mudanças nas redes de apoio social, fica então, patente a importância de se proceder a um ajuste das necessidades destes às condições do ambiente para que assim se possa garantir uma maior satisfação com a vida (Fänge et al., 2012). No entanto, é importante ter em consideração que é necessário criar condições específicas para que se possa envelhecer no lugar, de forma a minimizar situações que se tornem prejudiciais ao processo de envelhecimento, como situações de solidão, isolamento e insuficientes condições habitacionais e sociais.

Deste modo, envelhecer no lugar, através de uma velhice focada num estilo de vida saudável, com grande interação comunitária e onde continuem a ser postas “à prova” as capacidades do idoso, conferindo assim um sentimento de utilidade à vida, parece ser o caminho mais adequado para que se envelheça com maior qualidade. Assim, uma intervenção multidimensional que aborde todos estes pontos revela-se essencial para a melhoria da qualidade de vida da população idosa. Torna-se, então, necessário definir linhas orientadoras de um envelhecimento saudável, que seja inclusivo e não exclusivo.

De acordo com os objetivos deste estudo e conforme o que foi referido anteriormente na discussão dos resultados, foram então delineados alguns contributos para definir

linhas orientadoras de um envelhecimento ativo e incluso nos idosos a viver em zonas rurais geograficamente isoladas do município de Amares.

Considerando a avaliação gerontológica multidimensional em pessoas com 65+ anos a viver sozinhos ou com pessoas mais velhas verificou-se que a grande diferença entre estes dois grupos centra-se no grau satisfação com a vida. E este é um aspeto a considerar nos planos gerontológicos municipais, de forma a minimizar o grau de insatisfação e criar condições específicas que vão ao encontro das necessidades dos idosos contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade de vida.

Uma das principais ideias propostas passaria pela criação de uma comunidade inter-freguesias de proteção ao idoso com o apoio do Município, esta comunidade surgiria da junção de esforços e iniciativas de várias juntas de freguesia e teria como objetivo a criação de condições específicas para trabalhar na proteção dos idosos mais desfavorecidos e isolados. O intuito seria criar uma equipa multidisciplinar de profissionais acreditados e habilitados para trabalhar diariamente com esta população específica abarcando as áreas da gerontologia, da saúde e do social.

Outra estratégia proposta seria o acompanhamento a consultas e realização de exames de diagnóstico, aproveitando os meios transporte já existentes em algumas juntas de freguesia e/ou estabelecendo protocolos com o Município e com outras entidades do concelho. Igualmente importante seria a criação de um serviço base de apoio ao idoso que englobasse semanalmente a deslocação de um elemento da equipa para providenciar as compras de bens necessários e alimentícios, assim como as compras na farmácia.

A criação de novos Espaços Idoso nas freguesias mais isoladas seria outra estratégia que iria fomentar a realização de atividades promotoras de um envelhecimento ativo e ajudar a minimizar as situações de isolamento social. Importa, então, criar ações como: um novo modelo de desenvolvimento; novas estratégias que promovam uma maior prioridade à política social; a abertura a novos valores, em especial à solidariedade; práticas profissionais e institucionais com maiores níveis de corresponsabilidade; uma maior coordenação e interdisciplinaridade; e, a mobilização dos recursos necessários à efetivação dos direitos e das aspirações dos idosos (Rodrigues, 2002).

Por fim, importa salientar que neste estudo ficaram patentes algumas limitações, essencialmente devido à dimensão da amostra que nos parece insuficiente para que se possa criar padrões e generalizações. Deste modo seria interessante realização de investigações futuras em amostras consideravelmente maiores e preferencialmente constituídas por dois grupos: um grupo de idosos a viver em zonas rurais geograficamente isoladas e outro grupo com características similares a viver junto aos centros urbanos. Desta forma seria possível verificar a existência ou não de diferenças significativas relativas ao lugar o que iria enriquecer significativamente o estudo.

Uma outra limitação reside na faixa etária dos participantes, uma vez que grande parte da amostra (68,4%) se encontra-se numa faixa etária entre os 65 e 79 anos, ou seja, na terceira idade, sendo por isso interessante perceber de que forma os resultados obtidos seriam diferentes se a amostra fosse constituída por idosos pertencentes, na sua maioria, à quarta idade.

Em termos de investigação futura recomenda-se, então, aprofundar os aspetos socio emocionais do viver sozinho a nível urbano, em particular na quarta idade.

Convém ainda realçar que todo o percurso de preparação e elaboração de um Projeto de Investigação como este, se torna numa fonte de novas experiências e novos conhecimentos que serão seguramente grandes alicerces à vida de qualquer investigador. Projetos deste âmbito têm como grande objetivo contribuir para o desenvolvimento da Gerontologia, permitindo aumentar o leque de conhecimentos e evidências para esta temática específica e contribuindo para ajudar a melhorar as condições de vida dos idosos mais isolados e desfavorecidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, R., Breuninger, C., Harold, C. & Poole, L. (2001). Pocket Guide to Home Care Standards: *Complete Guidelines for Clinical Practice, Documentation, and Reimbursement*. USA: Springhouse Home Care.

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.

Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.

Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P., Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.

Barbosa, F. & Delerue Matos, A. (2008). Cuidadores familiares idosos: Uma nova realidade, um novo desafio para as políticas sociais. *Centro de Investigação em Ciências Sociais*.

Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-374). NY: Springer Publishing Company.

Benjamin, A. (1999). A Normative Analysis of Home Care Goals. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 445-468.

Brandt, M., Deindl, C. & Hank, K. (2012). Tracing the origins of successful aging: the role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health. *Soc Sci Med*. Munich Center for the Economics of Aging.

Caeiro, J. (2008). *Políticas Públicas, Política Social e Estado Providência*, Lisboa: Universidade Lusíada Editora.

Cavanaugh, J. & Bjanchard-Fields, F. (2006). *Adult Development and aging* (5ª ed). Belmont, CA. Wadworth/Tompson Learning.

Capucha, L. (2014). *Envelhecimento e Políticas Sociais em Tempos de Crise, Sociologia, Problemas e Práticas*, CIES-IUL/Editora Mundos Sociais, nº74.

Carta Social de Amares (2013). Acedido Junho 11, 2013 em <http://www.cartasocial.pt>

Censos (2011). Acedido Junho, 11, 2013 em <http://www.ine.pt>;

Coleman, P.G., Jerrome, D. (1999). *Applying theories of aging to gerontological practice through teaching and research*. In Bengtson, V.L. and Schaie, K.W. (eds.) *Handbook of Theories of Aging*. EUA.

Cunha, M. (2007). *Perfis do Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal*. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro.

Dane, B. (1990). *Services to families of the Elderly*. *Handbook of Gerontological Services*. New York: Colombia University Press.

Delerue Matos, A. (2008). *A velhice em contexto de pobreza: isolamento ou integração familiar e social?*, in M. E. Leandro (org.), *Laços Familiares e Sociais*, Braga, PsicoSoma.

Direcção-Geral da Segurança Social (2014). *Protecção Social das Pessoas Idosas*. Instituto da Segurança Social, IP.

Direcção-Geral da Saúde (2010) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Ministério da Saúde.

Domholdt, E. (2002). *Physical Therapy Research – Principles and Applications*. 2ª ed. Philadelphia: saunders.

Duarte, Y. & Diogo, M. (2000). *Atendimento Domiciliário: Um Enfoque Gerontológico*. In Duarte, Y (Ed.). S. Paulo: Editora Atheneu.

Fänge, A., Oswald, F. & Clemson, L. (2012). Aging in place in late life: theory, methodology and intervention. *Journal of Aging Research*.

Faria, C., Moreira, E., Melo de Carvalho, J., & Bastos, A. (2011). A strategy for active ageing is the preervation of lifetime occupation: a study in a rural environment in nothern Portugal. *Aging Clinical and Experimental Research*, 23, Suppl. Nº1, 119.

Fazendeiro A. (2012). *Políticas Sociais de Envelhecimento Ativo para a Cidade da Covilhã*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade Técnica de Lisboa.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*, Oeiras: Celta Editora.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontologia social: una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia social*, pp. 31-54. Madrid: Pirâmide.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). Active aging – the contribution of psychology. *Cambridge*: Hogrefe.

Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 20, nº2, 277-289.

Fonseca, A. (2004). *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Tese de doutoramento em Ciências Biomédicas, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto.

Goldstein (2009). *How populations age*. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging*. Texas: Springer.

Hsu C. (2011). Impact of morbidity and life events on successful aging. *Asia Pac Jorunal. Public Health Department of Health Care Administration*, Tailândia.

- Lerner, R.M. (2002). *Life-Span, Action Theory, Life-Course, and Bioecological Perspectives*. In Concepts and theories of human development (3ªed.), pp. 227-232. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Levine, C. (1999). Home Sweet Hospital. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 341-359.
- Lindenberger U., Lövdén M., Schellenbach M., Li SC. & Krüger A. (2008). Psychological principles of successful aging technologies: *a mini-review*. *Gerontology*. Center for Lifespan Psychology, Max Planck Institute for Human Development, Berlin, Alemanha.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4) , 712-719.
- Martins, R. (2006). *Envelhecimento e políticas sociais*; editora: instituto politécnico de Viseu.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade, (2000). *Políticas Sociais Activas em Portugal*. Scarpa Impressores.
- Nakasato, Y., Carnes, B. (2006). Health promotion in older adults. Promoting successful aging in primary care settings. *Geriatrics*. University of Oklahoma Health Science Center, Oklahoma, EUA.
- Neto, F., Barros, J. & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In Almeida, L., Santiago, R., Silva, P., Oliveira, L., Caetano, O. & Marques, J. (Eds.), *A Acção educativa: análise psicossocial* (2ª reimpr.) (pp. 105-117). Leiria.
- Nolan, J. (2001). Community Care. Working with older people and their families. *Open University Press*. London.
- Oliveira, L. (2007). *Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário*. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro.
- PAIMA (2012). Programa de Apoio a Idosos do Município de Amares. Relatório de Actividades: Município de Amares.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª ed.), (cap. 2) S. Paulo: ArtMed Editora.

Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*, pp. 21-40. Lisboa: Climepsi Editores.

Portaria n.º 38/2013 de 30 de Janeiro de 2013. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 2. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Ramage-Morin, P. (2006). Successful aging in health care institutions. *Health Statistics Division at Statistics Canada*, Ottawa, Ontario. EUA.

Resolução do Conselho de Ministros (2001). Plano Nacional de Acção Para a Inclusão. Acedido Junho 11, 2013 em <http://www.inovjovem.gov.pt>

Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology*.

Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(2): 109-15.

Rosa, M. (20012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, colecção de ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rosel, N. (2003). Aging in place: Knowing where you are. *The International Journal of Aging and Human Development*.

Sanders, M. & McCready, J. (2010). Does work contribute to successful aging outcomes in older workers? *International J. Aging Human Development* Quinipiac. University, Hamden.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física de mental*. Lisboa: Lidel.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira. M. (2004). *Envelhecer em Família: Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Âmbar.

Walker, A. (2005). *Growing Older in Europe*, Maidenhead, Open University Press. McGraw Hill.

Walker, A. (2009). Aging and social policy: Theorizing the social. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging*. NY: Springer Publishing Company.

Woo, J. (2011). *Nutritional strategies for successful aging*. Department of Medicine & Therapeutics. Med Clin North Am. University of Hong Kong, China.

Whitbourne, S. (2005). *Adult development and aging* (2.^a ed.). John Wiley & Sons (cap.1).

WHO (2001). *World Health Report - Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I

Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Educação
LabGeroSoc

Código: _____

Estratégias de envelhecimento em contexto rural

Consentimento Informado

O presente estudo insere-se no âmbito do mestrado em Gerontologia Social a decorrer na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tem como principal objectivo proceder ao levantamento de necessidades e capacidades de pessoas com 65 ou mais anos, a viver em meio rural.

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

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

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

Data: _____

Assinatura do participante: _____

O investigador: _____

Equipa de Investigação:

Alice Bastos, Carla Faria, Cristiana Sá, Emília Moreira & José Melo de Carvalho

ANEXO II

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CAPACIDADES E NECESSIDADES COMUNITÁRIAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO.2013 (ANCEP_GeroSOC_R.2013)

Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Educação
LabGeroSOC

Código: _____

Data: ____/____/____

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CAPACIDADES E NECESSIDADES COMUNITÁRIAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO.2013 (ANCEP_GeroSOC_R.2013)

O presente protocolo focalizado na pessoa e na comunidade serve de base à caracterização e identificação de capacidades e necessidades/problemas das pessoas mais velhas que vivem em casa. Aborda vários aspetos relativos ao indivíduo e ao seu meio-ambiente. Este protocolo é parte integrante de um projeto de investigação-ação – *Envelhecer a Norte*.

A Equipa de Investigação,
Alice Bastos
Carla Faria
Emília Moreira
José Melo de Carvalho

Vou fazer-lhe algumas questões sobre as necessidades que sente no dia-a-dia para realizar as suas atividades usuais. Vou começar por pedir-lhe para me responder a algumas perguntas sobre si e sobre o que consegue fazer sem ajuda ou com ajuda tanto em casa como fora de casa. Vou ainda perguntar-lhe que tipo de ajuda necessita para conseguir realizar as suas atividades do dia-a-dia na sua comunidade.

A. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Dados relativos à pessoa

Sexo: _____

Idade: _____

Estado Civil:

Solteiro(a): ☐

Casado(a)/União de facto: ☐

Viúvo(a): ☐

Separado(a)/Divorciado(a): ☐

Tem filhos? **S** ☐ **N** ☐

Quantos? _____

Se tem filhos, a que distância vive o mais próximo de si? _____ (Km)

Há quanto tempo mora neste lugar (freguesia, bairro, lugar)? _____

Andou na escola até que ano? _____

Qual a sua situação profissional?

Ativo ☐

Reformado ☐

Qual é/foi a sua profissão? _____

Quantos anos trabalhou nessa profissão? _____

Tem ou já teve algum passatempo? Qual (ais)? _____

Com a reforma, alterou os seus passatempos? _____

Quantas pessoas vivem consigo? _____

E quem são essas pessoas?

1. Vive sozinho/a

6. Irmãos ou cunhados

2. Cônjuge

7. Outros familiares

3. Filhos/as

8. Amigos

4. Netos/as

9. Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (sem ser familiar)

5. Pais ou sogros

10. Outros _____

Qual o valor dos rendimentos mensais do seu agregado familiar?

Inferior a 249,00€ ☐

Entre 751,00€ e 1 000,00€ ☐

Entre 250,00€ e 420,00€ ☐

Entre 1 001,00€ e 2 000,00€ ☐

Entre 421,00€ e 750,00€ ☐

Superior a 2 001,00€ ☐

Os seus rendimentos são suficientes?

1. Não.

2. Sim, mas apenas chegam para os gastos.

3. Cobrem sem problemas os gastos.

9. NS/NR

Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?

2. Muito bem

1. Razoavelmente

0. Com dificuldade

Acha que os seus rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?

1. Sim

0. Não

9.

NS/NR

Necessita de ajuda económica, para além do que já recebe?

1. Sim

0. Não

9. NS/NR

2. Dados relativos à habitação

Acha que a sua casa tem as condições adequadas? S ☐ N ☐ Porquê? _____

Na sua casa, o que lhe dificulta a sua mobilidade (Ex.: degraus, portas estreitas, banheira, etc)? _____

A sua casa tem:

Electricidade ☐

Telefone/telemóvel ☐

Saneamento ☐

Humidade ☐

Água canalizada ☐

Aquecimento ☐

Qual? _____

Televisão ☐

3. Ecologia do lugar: acessibilidades a bens e serviços

Há quanto tempo mora neste lugar? _____

Sente alguma dificuldade em deslocar-se fora de casa? S ☐ N ☐ Qual(ais)? _____

Tem transporte público para ir de sua casa até:

Centro de Saúde	☐	Segurança Social	☐	Finanças	☐
Hospital	☐	Piscina Municipal	☐	Parque Urbano da Rabada	☐

Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta freguesia/lugar/bairro? _____

Ao residir aqui, de que sente mais falta? _____

Se tivesse que explicar a outra pessoa, como descreveria a sua relação com os vizinhos?

Próxima e amigável ☐ Conflituosa ☐ Afastada ☐ Inexistente ☐

Que locais de apoio/instituições são destinados aos idosos nesta freguesia (ex.: centro de dia)? _____

Frequenta algum desses locais? **S** ☐ **N** ☐

Porquê? _____

Dos equipamentos sociais e serviços que se seguem, o que seria preciso para apoiar os idosos?

Centro de Dia	☐
Centro de Convívio	☐
Centro de Noite	☐
Lar de Idosos	☐
Acolhimento familiar	☐
Serviço de Apoio Domiciliário	☐

B. Avaliação Da Funcionalidade Nas Atividades Básicas Da Vida Diária: ÍNDICE DE BARTHEL (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007)

Alimentação	10	Independente	Ex: Capaz de utilizar qualquer instrumento; come num tempo razoável.	_____
	5	Necessidade de alguma ajuda	Ex: Para cortar, levar à boca.	
	0	Dependente	Necessita ser alimentado.	
Vestir	10	Totalmente independente	Ex: Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos.	_____
	5	Necessita de alguma ajuda	Ex: Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as em bom tempo.	
	0	Dependente		
Banho	5	Totalmente independente	Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros.	_____
	0	Dependente		
Higiene Corporal	5	Totalmente independente	Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.	_____
	0	Dependente		
Utilizar a Casa de Banho	10	Independente	Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho.	_____
	5	Necessita de ajuda	Para manter o equilíbrio, limpar-se sozinho e ajustar a roupa.	
	0	Dependente		
Controlo Intestinal	10	Independente	Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de clisteres, fá-lo sozinho.	_____
	5	Incontinência ocasional	Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para clisteres.	
	0	Incontinente fecal		
Controlo Vesical	10	Independente	Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor fá-lo sozinho.	_____
	5	Incontinência ocasional	Episódios ocasionais de incontinência; necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor.	
	0	Incontinente ou algaliado		
Subir escadas	10	Independente	Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio.	_____
	5	Necessita de ajuda	Ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas.	
	0	Dependente		
Transferência Cadeira-Cama	15	Independente	Não necessita de qualquer ajuda. Se usa cadeira de rodas, transfere-se sozinho.	_____
	10	Necessita de ajuda mínima	Ajuda mínima e supervisão.	
	5	Necessita de grande ajuda	É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência.	
	0	Dependente		
Deambulação	15	Independente	Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarrilho, canadianas.	_____
	10	Necessita de ajuda	Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão.	
	5	Independente com cadeira de rodas	Anda pelo menos 50 metros.	
	0	Dependente		

Total: _____/100

90 – 100 pontos	Independente
60 – 90 pontos	Ligeiramente dependente
40 – 55 pontos	Moderadamente dependente
20 – 35 pontos	Severamente dependente
<20 pontos	Totalmente dependente

C. Avaliação Da Funcionalidade Nas Atividades Instrumentais Da Vida Diária: ÍNDICE DE LAWTON (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007)

Item	AIVB	Cotação
Cuidar da Casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma coisa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do Telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de Transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Incapaz de usar o transporte	3
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhes preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
		Total: ____/29

8 pontos
9 – 20 pontos
>20 pontos

Independente
Moderadamente dependente (necessita de certa ajuda)
Severamente dependente (necessita de muita ajuda)

D. Avaliação Do Estado Mental

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que dia da semana estamos? _____
5. Em que estação do ano estamos? _____
6. Em que país estamos? _____
7. Em que distrito vive? _____
8. Em que terra vive? _____
9. Em que casa estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

Nota _____

Pontuação _____

2. Retenção (1 ponto por cada palavra repetida corretamente)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor.”

1. Pêra _____
2. Gato _____
3. Bola _____

Nota _____

Pontuação _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas erradas)

“Agora queria que fizesse umas contas. Começando no número 30, conte para trás de 3 em 3, por favor. Ou seja, começa no 30 e tira a esse número três e sempre assim até eu pedir para parar.”

27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota _____

Pontuação _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar/Diga por favor as 3 palavras que lhe disse há pouco.”

1. Pêra
2. Gato
3. Bola

Nota

Pontuação _____

5.Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

1. *“Como se chama isto?”* (Mostrar objetos)

Relógio
Lápis

Nota

Pontuação _____

2. *Repita a frase que eu vou dizer: “O rato roeu a rolha.”*
(Deve repetir apenas a frase que o avaliador disse)

Nota

Pontuação _____

3. *“Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”* (ou *“sobre a cama”* se for o caso, ou *“sobre as pernas”* ou devolver ao avaliador); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega na mão direita
Dobra a meio
Coloca onde deve

Nota

Pontuação _____

4. *“Leia o que está neste cartão e faça o que diz.”*

Mostrar um cartão com a frase bem legível **“FECHE OS OLHOS”**, sendo analfabeto, lê-se a frase e pede-se para que a pessoa faça o que se disse.
Fechou os olhos.

Nota

Pontuação _____

5. *“Escreva uma frase aqui.”* Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota

Pontuação _____

6.Habilidade construtiva (1 ponto por cada cópia correta)

“Está a ver este desenho (apontando para o desenho original), gostaria que aqui ao lado, fizesse um desenho igual.” (Se a pessoa manifestar dificuldade em realizar a tarefa,

acrescentar: *“faça como conseguir”*)

Deve copiar o desenho: dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersecados. Não valorizar tremor ou rotação.

Nota

Pontuação _____

Pontuação Total: _____/30

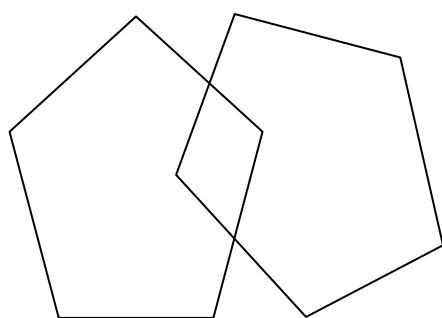
Avaliação Do Estado Mental - Anexo

Código: _____

Escreva uma frase por favor.

Faça um desenho igual por favor.

Desenho



Cópia

E. ESCALA DE REDE SOCIAL DE LUBBEN – 6 (LSNS-6)

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

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

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

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar de assuntos pessoais?

0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais

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

1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar de assuntos pessoais?

F. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

(Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003)

“Vou fazer agora algumas perguntas sobre como se costuma sentir a nível emocional.”

	Sim	Não
1. Está satisfeito com a sua vida?		
2. Põe de lado muitas das atividades e interesses?		
3. Sente a sua vida vazia?		
4. Fica muitas vezes aborrecido (a)?		
5. Está bem disposto (a) a maior parte do tempo?		
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?		
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
8. Sente-se muitas vezes desamparado (a)?		
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?		
10. Acha que tem mais dificuldades de memória que os outros?		
11. Pensa que é muito bem estar vivo?		
12. Sente-se inútil?		
13. Sente-se cheio (a) de energia?		
14. Sente que para si não há esperança?		
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o senhor (a)?		

G. ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

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

“De seguida, vou-lhe ler cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar numa escala de 1 a 7, em que:

- 1 – Totalmente em desacordo*
- 2 – Em desacordo*
- 3 – Mais ou menos em desacordo*
- 4 – Nem de acordo nem em desacordo*
- 5 – Mais ou menos de acordo*
- 6 – De acordo*
- 7 – Totalmente de acordo.*

Procure ser sincero nas respostas que vai dar.”

	1	2	3	4	5	6	7
1. Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.							
2. As minhas condições de vida são excelentes.							
3. Estou satisfeito com a minha vida.							
4. Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.							
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada.							

H. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS (OARS-PT) (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007)
--

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

71. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas referentes ao tipo de ajuda que recebe, recebeu ou da que necessita. Queremos saber não só da ajuda de organismos oficiais, mas também da ajuda da sua família ou de amigos.

TRANSPORTE

71-1. Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? (assinalar todas as respostas)

1. VAI SOZINHO/A
2. FAMILIAR
3. AMIGO
4. TRANSPORTE PÚBLICO (autocarro, táxi, etc.)
5. OUTRO Especificar _____

71-1a. Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

_____ deslocações por semana

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71.2. Nos últimos seis meses, participou em alguma atividade organizada por grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, etc.?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-2c.)
9. NS/NR

71-2a. Quantas vezes por semana participa nessas atividades?

_____ deslocações por semana

71-2b. Ainda participa nessas atividades ou grupos?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

71-2c. Acha que necessita participar neste tipo de atividades?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-4a. Fez ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-4b. Acha que necessita de viajar?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participava nessas atividades?

_____ vezes

71-5b. Ainda participa nesses programas de desporto?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

PREPARAÇÃO PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de capacidades pessoais para cuidar de si, ler, caminhar...?

(excluir fisioterapia)

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ 71-6c.)
- 9. NS/NR

71-6a. Em média, a quantas sessões deste tipo assistiu nos últimos seis meses?

_____ sessões

71-6b. Atualmente, ainda assiste a essas sessões?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas atividades de vida diária?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-7d.)
- 9. NS/NR

71-7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-7b. nos últimos seis meses, quantas consultas ou sessões teve com médicos, psiquiatras ou outras pessoas que orientam neste tipo de problemas? (sem estar internado no hospital)

N.º _____

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como, calmantes) ou para a depressão?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-8b.)
- 9. NS/NR

71-8a. Ainda o está a tomar?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados? (excluir os recebidos no hospital)

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-9d.)
- 9. NS/NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- 1. FAMILIAR (não pago)

- 2. UM AMIGO (não pago)
- 3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE INSTITUIÇÃO OU SEG. SOCIAL

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vestir, ajudá-lo a comer, ir à casa de banho, etc.?

- 1. MENOS DE ½ HORA POR DIA
- 2. ½ HORA A 1 ½ HORA POR DIA
- 3. MAIS DE 1 ½ POR DIA
- 4. NS/NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-9d. Acha que necessita ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir á casa de banho, etc.?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem? Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico?

(excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital)

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-10e.)
- 9. NS/NR

71.10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- 1. FAMILIAR OU AMIGO (não pago)
- 2. ENFERMEIRO (pago)
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?

- 0. SÓ OCASIONALMENTE, NÃO TODOS OS DIAS
- 1. SÓ PARA DAR-LHE MEDICAÇÃO ORAL
- 2. MENOS DE ½ HORA POR DIA
- 3. DE ½ HORA A 1 HORA POR DIA
- 4. MAIS DE 1 HORA POR DIA
- 9. NS/NR

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?

- 1. MENOS DE UM MÊS
- 2. DE 1 A 3 MESES
- 3. MAIS DE 3 MESES
- 9. NS/NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?

- 1. SIM
- 0. NÃO

9. NS/NR

FISIOTERAPIA

71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-11d.)
- 9. NS/NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?

- 1. FAMILIAR OU AMIGO (*não pago*)
- 2. FISIOTERAPEUTA (*pago*)
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o têm ajudado a fazer esses exercícios?

_____ vezes

71-11c. Ainda faz fisioterapia?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?

- 1. FAMILIAR (*não pago*)
- 2. AMIGO (*não pago*)
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. (Se a pessoa ainda está a receber supervisão contínua perguntar só 71-13c. pessoas que necessitam supervisão contínua, vivem em instituições ou com familiares presume-se que os recebem).

Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-13c.)
- 9. NS/NR

71-13a. Quem o fez?

- 1. FAMILIAR (não pago)
- 2. AMIGO (não pago)
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-13c. Acha que necessita dessa pessoa? (assinalar não se respondeu sim em 71-14c.)

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? (inclui alojamento em instituições)

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-14c.)
- 9. NS/NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?

- 1. FAMILIAR (não pago)
- 2. AMIGO (não pago)
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?

- 3. SIM
- 2. ESTÁ EM LISTA DE ESPERA
- 1. NÃO LHA CONCEDERAM
- 9. NS/NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como, limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-15d.)
- 9. NS/NR

71-15a. Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-15b. Quantas horas, por semana, empregou para fazer essas tarefas domésticas?

_____ horas

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

PREPARAÇÃO E REFEIÇÕES

71-16. Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?

1. SIM
0. NÃO (→ P71-16c.)
9. NS/NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não pode fazê-lo?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS; LEGAIS E DEPROTEÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?

1. SIM
0. NÃO (→ P71-17c.)
9. NS/NR

71-17a. Quem o/a ajudou?

1. FAMILIAR

- 2. AMIGO
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-17b. Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

AValiação Sistemática Multidimensional

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental e a sua situação social e económica?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

Serviços de Coordenação, Informação e Apoio

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava? Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou-o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-19c.)
- 9. NS/NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

- 1. FAMILIAR
- 2. AMIGO
- 3. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita? Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou coloca-lo/a em contacto com quem o/a ajude?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

72. A PERGUNTA 71 FOI REALIZADA AO:

- 1. SUJEITO

2. INFORMANTE *Relação* _____
3.

AMBOS

I. Questões Finais_Identificação de necessidades e/ou situações problemáticas no dia-a-dia

Quando for mais velho, de que tipo de ajuda acha que pode vir a necessitar para continuar a viver em sua casa, mesmo que fique mais incapacitado(a) (ex.: Demência de Alzheimer)?

Conhece outras pessoas da sua idade que vivam perto de si e com quem nós possamos falar?

Gostaria de acrescentar mais alguma informação?

Observações do Avaliador

Duração da administração do protocolo: _____

Impressões gerais sobre a avaliação:

Pede-se ao avaliador que escreva um pequeno relatório que contenha informações sobre:

- Aparência física (cuidado vs descuidado);
- Detecção de limitações à comunicação (ex.: visão, audição, tom de voz, articulação);
- Modo como entrevista decorreu:
 - Envolvimento na entrevista;
 - Recetividade do entrevistado;
 - Foco nas perguntas;
 - Especificação ou tradução dos itens.

[illegible]

ANEXO III

Normalidade das escalas

Teste de Shapiro Wilk para a normalidade

	Barthel	Lawton	MMSE	Lubben	Satisfação	Gds
Shapiro-Wilk	0,734	0,843	0,768	0,954	0,963	0,973
p-value	0,000	0,000	0,000	0,118	0,237	0,469

O teste de Shapiro Wilk pretende analisar se as amostras seguem uma distribuição normal. Uma vez que a maioria das variáveis segue distribuição não normal, serão usados testes não paramétricos ao longo deste trabalho.

Com o propósito de analisar as relações entre as características sociodemográficas e as diferentes dimensões do envelhecimento foram utilizados diferentes testes estatísticos que permitem verificar as diferenças significativas entre as variáveis em estudo. Foi ainda analisada a intensidade de associação entre as diferentes dimensões do envelhecimento.

ANEXO IV

Distribuição de Rendimentos segundo o Nível Socioeconómico

Dada a distribuição de rendimentos, optou-se por se agrupar estes rendimentos em três classes.

Distribuição dos rendimentos do agregado familiar

	n	%
Até 196€	1	2,6
Entre 197 e 235€	6	15,8
Entre 236 e 360€	16	42,1
Entre 361 e 427€	3	7,9
Mais de 428€	12	31,6

As classes escolhidas foram rendimento igual ou inferior a 235€, entre 236€ e 360€ e a última classe com rendimentos acima dos 360€. De referir que estes valores são relativos ao rendimento do agregado familiar.

Grupos do rendimento do agregado familiar

	n	%
Inferior a 235€	7	18,4
De 236 a 360€	16	42,1
Superior a 360€	15	39,5

Cruzamento entre as variáveis escolaridade e valor dos rendimentos auferidos

H6 – A relação entre a variável escolaridade e valor de rendimentos auferidos segue a mesma distribuição

Valores dos rendimentos de acordo com a escolaridade

Valor dos rendimentos						Qui - quadrado	df	p
	Até 196€	Entre 197 e 235 €	Entre 236 e 360€	Entre 361 e 427€	Mais de 428€			
Escolaridade	0	1	1	3	1	1		
1-4	0	5	12	0	8	15,36	8	0,05
5+	0	0	1	2	3			

Analisando a tabela verificamos que o valor de p não é inferior a 0,05 sendo assim a hipótese não é rejeitada, o que indica que a relação entre estas duas variáveis não produz efeitos na sua distribuição. Logo, não ocorre nenhuma diferença significativa o que impossibilita estabelecer uma relação significante entre a escolaridade e o valor dos rendimentos auferidos. No entanto resolvemos analisar estes valores e agrupa-los de forma a criar um índice para a variável nível socioeconómico.

Assim, decidiu-se criar a variável NSE (nível social económico). Esta variável foi criada utilizando os seguintes grupos de rendimentos e escolaridade:

Grupos de rendimentos e escolaridade

Rendimento	Escolaridade
1-Rendimento <=235€	1-0 Anos de escolaridade
2-Rendimento entre 236 e 360€	2-Escolaridade entre 1 e 4 anos
3-Rendimento>360€	3-Escolaridade igual ou superior a 5 anos

A soma destas variáveis pode variar entre 2 e 6 com a seguinte distribuição, como mostra a Tabela 36. De referir que soma 2, corresponde à classe 1 de rendimento + classe 1 de escolaridade, soma 3 será classe 2 de rendimento e classe 1 de escolaridade ou classe 1 de rendimento e classe 2 de escolaridade, e assim sucessivamente.

Nível Socioeconómico

	n	%
2	2	5,3
3	8	21,1
4	14	36,8
5	9	23,7
6	5	13,2

Após a análise destes dados optou-se ainda por se agrupar estas classes em três níveis, com a seguinte tabela de frequências:

Grupos do nível socioeconómico (NSE)

	n	%
NSE_baixo	10	26,3
NSE_médio	14	36,8
NSE_alto	14	36,8

Da análise da tabela verificamos que as frequências em cada nível se encontram muito próximas, havendo 36,8% de participantes quer no nível médio e alto e 26,3% no nível baixo.

