



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sandra Filipa Gomes da Costa

CAPACIDADES E NECESSIDADES DE PESSOAS IDOSAS A RESIDIR EM CASA

UM ESTUDO DE BASE COMUNITÁRIA NO MUNICÍPIO DE ESPOSENDE

Curso de Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Alice Bastos
Professor Doutor José Melo de Carvalho

Investigação realizada no âmbito das atividades do Laboratório de Gerontologia Social Aplicada
(LABGeroSOC).

Dezembro de 2013

RESUMO

Um dos traços mais evidentes da sociedade portuguesa atual é a tendência para o aumento da longevidade e envelhecimento populacional (Paúl & Fonseca 2005). Porém, de acordo com Bastos, Faria e Lamela (2011) o problema atual é: (1) saber que semelhanças e diferenças existem entre os idosos (variabilidade intra e interpessoal), e (2) como contribuir para o bem-estar desses adultos mais velhos. Neste sentido, para Paúl (2005a) é importante não só estudar o indivíduo, mas também as políticas sociais e o planeamento dos serviços para idosos. Para esta autora, o ambiente é o grande desafio, sobretudo numa fase da vida em que as intervenções na pessoa são menos eficazes e a melhoria da qualidade de vida passa por mudanças ambientais. É neste contexto que a Gerontologia Social se torna pertinente, ao estudar o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo, assim como as ações sociais que podem contribuir para otimizar o processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2004). Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivos: (1) descrever a população em estudo em função das características sociodemográficas, capacidades funcionais, cognitivas e socio-emocionais, assim como a utilização e necessidade sentida de serviços; (2) analisar as relações entre as variáveis em estudo.

Tomando como referência os dados do Censo à população, o presente estudo conta com uma amostra de 84 pessoas idosas (cerca de 5% da população com 65 ou mais anos), a residir nas freguesias do Município sob investigação. Em termos de estratégias de amostragem foi utilizada a técnica “bola de neve”. A recolha de dados foi efetuada no domicílio, utilizando o *Protocolo de Avaliação de Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População* (ANCEP_GeroSoc; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2011). Os dados foram analisados seguindo a tradição da investigação no domínio.

Fazem parte deste estudo 84 pessoas idosas, maioritariamente do sexo feminino (61.9%), com uma média de idade de 74 anos ($dp=6.57$), a viverem em áreas predominantemente urbanas (54.8%), casadas (54.8%), com filhos (86.9%) e com níveis de escolaridade reduzidos (23.0% analfabetos e 57.0% com 1 a 4 anos de escolaridade). Todos os participantes partilham da condição de reformado. Estes idosos contam com uma rede de suporte social extensa, constituída por familiares, vizinhos e amigos. No que respeita aos serviços, dos cinco grupos avaliados, o grupo dos serviços sociais e recreativos (que inclui as viagens, o desporto e os serviços sociais/recreativos) é o que apresenta em termos globais maior utilização e necessidade sentida. A análise da relação entre variáveis indica que: (1) quanto mais independentes os idosos são nas atividades básicas da vida diária, mais independentes se mostram nas atividades instrumentais da vida diária, menos défice cognitivo e menos risco de sintomatologia depressiva apresentam; (2) quanto mais dependentes são nas atividades instrumentais da vida diária, mais risco de depressão apresentam; (3) quanto menor é o défice cognitivo, menor é a sintomatologia depressiva observada. A satisfação do idoso com a relação familiar não se mostra significativamente correlacionada com nenhuma das restantes dimensões do envelhecimento.

Assim, a evidência reunida poderá ser tomada como ponto de partida para o desenho de futuras políticas, serviços e/ou programas de base comunitária com vista a promover a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.

Palavras-chave: Avaliação multidimensional; Serviços gerontológicos; Envelhecimento; Gerontologia Social.

ABSTRACT

One of the most evident traces of the current Portuguese society is the tendency for the increasing of longevity and the aging of population (Paúl & Fonseca 2005). However, according to Bastos, Faria and Lamela (2011), the current problem is: (1) to know which similarities and differences exist among the old people (intra and interpersonal variability), and (2) how to contribute to the well being of those aged adults. In this way, to Paúl (2005a) it is important not only to study the individual, but also the social politics and the planning of the services to the old people. To this author, the environment is the huge challenge, particularly in a phase of life in which the interventions in the person are less efficient and the improvement of the quality of life implies environmental changes. It is in this context that Social Gerontology becomes pertinent, by studying the impact of the socio-cultural and environmental conditions on the process of aging and in the old age, the social consequences of that process, as well as the social actions which may contribute to optimize the process of aging (Fernández-Ballesteros, 2004). Pertaining to what has been exposed, the present study has as aims: (1) to describe the population in study according to the socio-demographical characteristics, functional, cognitive and socio-emotional capabilities, as well as the use of services and the need felt for it; (2) analyze the relations between the variables in study.

Taking as reference the data obtained from the Censuses to the population, the current study relies on a sample composed by 84 old people (about 5% of the population with or more than 65 years old), residing on villages belonging to the municipality under investigation. In terms of strategy of sampling it was employed the "snowball" technique. The collecting of data was carried out in the domicile, using the *Protocol of Evaluation of Communitarian Needs associated to the Aging of the Population* (ANCEP_GeroSoc; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2011). The data were analyzed following the tradition of investigation in this domain.

In this study take part 84 old people, mainly of the feminine gender (61.9%), with an age average of 74 years old ($dp=6.57$), living in predominantly urban areas, (54.8%), married (54.8%), with children (86.9%) and with low levels of schooling (23.0% illiterate and 57.0% with 1 to 4 years of schooling). All the participants share the condition of retired. These old people count on an extensive network of social support, composed by relatives, neighbours and friends. In what to the services is concerned, of the five groups evaluated, the group of the social and recreational services (which includes travels, sports and the social/recreational services) is the one that presents, in a global way, higher utilization and the felt of necessity for it. The analysis of the correlation between variables indicates that: (1) the more independent the old people are with their basic activities of daily life, the more independent they show themselves in instrumental activities of daily life, presenting a lower cognitive deficit and less risks of depressive symptomatology; (2) the higher is their dependency in instrumental activities of daily life, the higher is the risk of depression which they present; (3) the lower is the cognitive deficit, the lower is the depressive symptomatology observed. The satisfaction of the old age with the family relationship does not appear to be significantly correlated with any of the other dimensions from aging.

Therefore, the collected evidence can be taken as the starting point for the trace of future policies, services and/or communitarian based programs with the aim of promoting the quality of life and the well being of the old people.

Key-words: Multidimensional evaluation; Gerontological services; Aging; Social Gerontology.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alice Bastos, um especial agradecimento por todo o apoio, dedicação e orientações recebidas, durante o percurso de elaboração desta dissertação.

Ao Professor Doutor José Melo de Carvalho, pela disponibilidade demonstrada ao longo do presente trabalho.

À Dr.^a Vera Costa e à Professora Doutora Carla Faria, pela ajuda e palavras de incentivo.

A todas as pessoas que aceitaram participar neste estudo, sem as quais não teria sido possível desenvolver o presente trabalho de investigação.

Aos meus pais, Otília e Alcino, pelo grande investimento que fizeram na minha formação, bem como por todo o amor, dedicação e confiança.

Ao meu namorado, João Batista, pelo carinho e apoio incondicional, que foi fundamental ao longo desta caminhada.

A todos, o meu sincero e reconhecido agradecimento.

ÍNDICE GERAL

Índice de tabelas	XI
Índice de figuras	XIII
Introdução	15
Capítulo I. Revisão da literatura	21
1. O envelhecimento no âmbito da Gerontologia Social	23
1.1. Distinção entre envelhecimento populacional e envelhecimento individual	28
1.2. A terceira e a quarta idade em análise: as boas e más notícias	38
2. Ambiente e envelhecimento bem-sucedido	44
2.1. Envelhecer em casa	45
2.1.1. Investigação no domínio	50
2.2. Envelhecimento bem-sucedido e ativo	57
2.2.2. Investigação no domínio	65
3. Avaliação multidimensional do envelhecimento	70
3.1. Avaliação da funcionalidade	71
3.2. Avaliação do funcionamento cognitivo	73
3.3. Avaliação socio-emocional	74
3.4. Utilização e necessidade de serviços	76
Capítulo II. Metodologia	79
1. Plano de investigação e participantes	81
2. Instrumentos de recolha de dados	82
3. Procedimentos de recolha de dados	88
4. Estratégias de análise dos dados	89

Capítulo III. Apresentação dos resultados	91
1. Análise descritiva	93
1.1. Características sociodemográficas dos participantes.....	93
1.2. Dimensões do envelhecimento individual.....	101
1.3. Utilização e necessidade de serviços	106
2. Aspectos sociodemográficos das dimensões do envelhecimento.....	121
Discussão dos resultados e conclusão	129
Referências bibliográficas	139
Anexos	151

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População residente nas freguesias em estudo, estratificada por género e grupo etário, e respetivo cálculo da amostra de 5% (INE, 2001).....	82
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	94
Tabela 3 - Passatempos dos participantes.....	95
Tabela 4 - Condições de habitação.....	96
Tabela 5 - Dificuldades de mobilidade	96
Tabela 6 - Redes de vizinhança e acessibilidades a bens e serviços	97
Tabela 7 - Vantagens de viver na freguesia e necessidades sentidas.....	98
Tabela 8 - Satisfação geral com a vida	100
Tabela 9 - Necessidades para envelhecer em casa	100
Tabela 10 - Funcionalidade para as atividades da vida diária (ABVD e AIVD)	101
Tabela 11 - Funcionamento cognitivo (MMSE).....	102
Tabela 12 - Sintomatologia depressiva (GDS-15).....	103
Tabela 13 - Satisfação do idoso em relação à família (APAGAR da Família).....	103
Tabela 14 - Recursos sociais (OARS-PT)	105
Tabela 15 - Utilização e necessidade de serviços de cuidados pessoais.....	107
Tabela 16 - Utilização e necessidade de serviços de supervisão continua	108
Tabela 17 - Utilização e necessidade de serviços de monitorização	109
Tabela 18 - Utilização e necessidade de serviços domésticos	109
Tabela 19 - Utilização e necessidade de serviços de preparação de refeições	110
Tabela 20 - Utilização e necessidade de serviços administrativos.....	111
Tabela 21 - Utilização e necessidade de viagens	112
Tabela 22 - Utilização e necessidade de desporto	112
Tabela 23 - Utilização e necessidade de serviços sociais/recreativos	113
Tabela 24 - Utilização e necessidade de serviços de saúde mental.....	114
Tabela 25 - Utilização e necessidade de medicamentos psicotrópicos.....	115
Tabela 26 - Utilização e necessidade de serviços de enfermagem.....	116
Tabela 27 - Utilização e necessidade de serviços de fisioterapia	117

Tabela 28 - Utilização e necessidade de serviços de avaliação sistemática multidimensional.....	117
Tabela 29 - Utilização e necessidade de serviços de coordenação, informação e apoio	118
Tabela 30 - Utilização e necessidade de serviços de transporte	119
Tabela 31 - Utilização e necessidade de serviços de emprego	119
Tabela 32 - Utilização e necessidade de serviços de preparação para as atividades da vida diária	120
Tabela 33 - Utilização e necessidade de serviços de realojamento.....	120
Tabela 34 - Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género	121
Tabela 35 - Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário	122
Tabela 36 - Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade.....	124
Tabela 37 - Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a área de residência.....	125
Tabela 38 - Análise das correlações entre dimensões do envelhecimento.....	126

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos resultados do I. de Lawton (%) segundo o género	122
Figura 2 - Distribuição dos resultados do I. de Barthel (%) segundo o grupo etário	123
Figura 3 - Distribuição dos resultados do I. de Lawton (%) segundo o grupo etário	123
Figura 4 - Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo a escolaridade	125

O envelhecimento da população é um processo que está a adquirir progressiva visibilidade na sociedade portuguesa. Em Portugal, nunca existiram tantas pessoas com 65 e mais anos, ou com 80 e mais anos, e tão poucos nascimentos e jovens como agora (Rosa, 2012). Mas o envelhecimento não é apenas um fenómeno populacional, é também uma experiência individual (Fernández-Ballesteros, Caprara & García, 2004). O envelhecimento é definido por Neri (2006) como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e socioculturais de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade indivíduo-cultura e entre os níveis e tempos das influências.

No entender de Fernández-Ballesteros e colaboradores (2004), o aumento de tempo de vida - longevidade - pode não representar um aumento de qualidade de vida, dado que esta tende a diminuir à medida que o processo de envelhecimento aumenta. Para Berr, Ballard, Blain e Robine (2012), mais importante do que o aumento da população idosa e o aumento da esperança média de vida é envelhecer de forma bem-sucedida. O conceito de envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Khan, 1998) é, hoje, central na Gerontologia.

Tomando em consideração a diferente alocação de recursos ao longo da vida, que passa do crescimento na infância, para a manutenção na vida adulta, à regulação de perdas na velhice, Baltes (1997) estabelece uma metateoria de otimização seletiva com compensação (SOC), como a solução para um envelhecimento bem-sucedido. Assim, para este autor, apesar da otimização do desenvolvimento humano ser cada vez mais difícil em idade avançada, não é impossível alcançar um saldo positivo de ganhos e perdas em todas as idades da vida, sendo necessária a colaboração de diversos profissionais de diferentes áreas envolvidas para corrigir a arquitetura incompleta da ontogenia humana.

Se atender ao envelhecimento ativo, do ponto de vista da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), este consiste no processo de otimização das condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

Face à vulnerabilidade bio-psico-social dos idosos, o contexto físico e social em que o idoso está inserido é um aspeto importante a considerar no processo de envelhecimento. Em idades mais avançadas, por exemplo, os mecanismos de compensação são progressivamente menos eficazes e os recursos do meio assumem um papel determinante para manter um nível de qualidade de vida aceitável, para indivíduos com muito baixos recursos pessoais (Paúl, 2005a).

Continuar a envelhecer em casa (“aging in place”) e adaptar-se às alterações físicas, psicológicas e sociais é outro aspeto a considerar na investigação sobre o envelhecimento (Fausset, Kelly, Rogers & Fisk, 2011). De acordo com McDonough e Davitt (2011) apesar de a maioria dos idosos preferir envelhecer em casa, o fato é que a maioria das comunidades não está preparada para lidar com as necessidades de uma população em envelhecimento. Deste modo, as necessidades e os problemas com que se debatem as pessoas idosas deverão ser avaliados, para que as entidades responsáveis possam delinear programas e alocar serviços adequados às mesmas. No decorrer do processo de envelhecimento, por exemplo, há uma perda progressiva de capacidades que pode comprometer a autonomia do idoso e, consequentemente tornar o ambiente inseguro, ameaçando a capacidade de envelhecer com sucesso em casa (Fausset et al., 2011), podendo criar situações de dependência.

Neste cenário de envelhecimento populacional e individual, surge a Gerontologia como uma ciência multi e interdisciplinar que visa descrever e explicar as mudanças típicas do processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais (Neri, 2008). Como uma especialidade da Gerontologia, a Gerontologia Social versa sobre os aspetos sociais do seu objeto de estudo, isto é, o envelhecimento, a velhice e o idoso (Fernández-Ballesteros, 2004). Este é um campo científico relativamente recente que, de acordo com a autora, estuda sobretudo o impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e as consequências sociais desse processo. E sendo uma ciência interventiva, a Gerontologia Social estuda também as ações sociais que podem interpor-se para melhorar os processos de envelhecimento. Daí a relevância da avaliação de capacidades e necessidades das pessoas idosas que vivem nas suas casas.

Juntamente com a Gerontologia Social emerge uma subdisciplina, a Gerontologia Ambiental, que visa descrever, explicar e modificar/otimizar a relação entre a pessoa a envelhecer e o seu ambiente físico-social (Wahl & Oswald, 2010).

Deste modo, é da responsabilidade dos gerontólogos o desenvolvimento de intervenções orientadas para a solução de inúmeros problemas sociais, económicos e de saúde com que se depara uma grande percentagem de idosos que vive em casa (Hooyman & Kiyack, 2011).

Mas antes de intervir, é necessário avaliar. Como recomenda Rodrigues (2007), as pessoas idosas devem ser sistematicamente avaliadas numa perspetiva global e multidisciplinar, que permita a elaboração de um plano geral que responda aos seus problemas físicos, psicológicos e sociais relacionados com as suas capacidades e necessidades. Assim, a avaliação do idoso deverá ser um processo em que os problemas sejam diagnosticados e analisados, visando a seleção das medidas mais adequadas para a sua resolução (Veríssimo, 2006).

Nesta linha de pensamento, os protocolos gerontológicos, utilizando instrumentos de natureza variada, procuram avaliar a trilogia do envelhecimento bio-psico-social (Bastos, Faria, Amorim, & Melo de Carvalho, 2013).

Perante o envelhecimento da população e a complexidade biopsicossocial da velhice torna-se imprescindível: (1) estudar os processos de envelhecimento e da velhice, assim como, (2) intervir sistematicamente na promoção do envelhecimento bem-sucedido, otimizando as redes sociais de apoio de forma a responder às necessidades da população idosa. Assim sendo, é necessário proceder à avaliação sistemática e disciplinada nos territórios da prática gerontológica, de modo a providenciar serviços ajustados às reais capacidades e necessidades das pessoas mais velhas que residem em casa, visando a sua qualidade de vida e bem-estar.

Face ao exposto, o presente estudo tem os seguintes objetivos: (1) descrever a população em estudo em função das características sociodemográficas, capacidades funcionais, cognitivas e socio-emocionais, assim como a utilização e necessidade sentida de serviços; (2) analisar as relações entre as variáveis em estudo.

Para o desenvolvimento do referido estudo apresentamos, no capítulo I, o enquadramento teórico e empírico centrado em três grandes temáticas: (1) o envelhecimento no âmbito da Gerontologia Social, fazendo a distinção entre envelhecimento populacional e individual, assim como, entre a terceira e quarta idade; (2) o ambiente e envelhecimento bem-sucedido, abordando aspetos conceituais e metodológicos acerca do envelhecer em casa e do envelhecimento bem-sucedido e ativo; e, por fim, (3) a avaliação multidimensional, sendo abordada particularmente a avaliação funcional, mental e socio-emocional, bem como a utilização e necessidade de serviços. Posteriormente, no capítulo II, definimos as opções metodológicas a desenvolver, nomeadamente, os participantes do estudo, os instrumentos, procedimentos de recolha de dados e estratégias de análise dos dados. O capítulo III corresponde à apresentação dos resultados. Por fim, apresentamos a discussão e síntese conclusiva dos principais resultados obtidos, assim como, as limitações do estudo e implicações para a prática gerontológica e para a prossecução da investigação neste domínio.

O capítulo I deste trabalho dedica-se ao enquadramento teórico e empírico do estudo.

1. O envelhecimento no âmbito da Gerontologia Social

O termo Gerontologia (formado a partir do vocabulário grego, em que *gero* significa velho, e *logia*, estudo) foi proposto pela primeira vez por Elie Metchnicoff, em 1903, como o estudo científico do envelhecimento, ao prever que este campo teria crescente importância no decorrer do século XX, em virtude do fenómeno do envelhecimento individual e populacional (Neri, 2008). Contudo, a consolidação da Gerontologia data do fim da Segunda Guerra Mundial com a criação, em 1945, da *Gerontological Society of America* (GSA), e de um corpo de gerontólogos e de publicações científicas que aumentaram desde então (Paúl, 2012).

De acordo com Neri (2008), a Gerontologia “é o campo multi e interdisciplinar que visa descrever e explicar as mudanças típicas do processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais” (p. 95). Segundo a autora, a Gerontologia estuda as características dos idosos e as experiências de velhice e envelhecimento, ocorridas em distintos contextos socioculturais e históricos. Compreende ainda aspetos do envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido/ótimo.

Segundo Hooyman e Kiyack (2011), os gerontólogos encaram o envelhecimento em termos de quatro parâmetros distintos: (1) o envelhecimento cronológico, definido com base nos anos que uma pessoa viveu, desde o seu nascimento (porém, o envelhecimento com base apenas na idade cronológica pode não coincidir, necessariamente, com a idade biológica/física, psicológica e social de uma pessoa); (2) o envelhecimento biológico, que se refere às mudanças físicas que reduzem a eficiência dos sistemas de órgãos, sendo determinado a partir da avaliação da capacidade funcional e eficiência dos sistemas de órgãos de um indivíduo, assim como, dos níveis de atividade física; (3) o envelhecimento psicológico, que compreende as mudanças que ocorrem nos processos sensoriais e

perceptivos, capacidades cognitivas (por exemplo, memória, aprendizagem e inteligência), capacidade de adaptação e de personalidade; e, (4) o envelhecimento social, que se refere às mudanças de papéis e relações com a família, amigos e outros apoios informais, e dentro das organizações, como grupos religiosos e políticos. Relativamente a este assunto, no entender de Paúl e Ribeiro (2012):

Os especialistas em Gerontologia definem o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do tempo, analisam o modo como os indivíduos crescem e envelhecem (aspetos biológicos, psicológicos e sociais da senescência), conceptualizam a idade enquanto padrão de comportamento social e analisam os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades para levarem uma vida independente (p. XVII).

Sendo o envelhecimento um processo complexo e a população idosa muito heterogénea, a Gerontologia visa explicar como é que as diferenças interindividuais de base se ampliam com a idade, analisar os distintos percursos e os mecanismos adaptativos, e identificar os processos universais relacionados com a senescência e as suas consequências (Paúl & Ribeiro, 2012). Além disso, a Gerontologia preocupa-se em analisar variáveis associadas aos contextos sociopolíticos, económicos, médicos e financeiros, considerando que a variabilidade de fatores endógenos e exógenos, em interação com a componente genética de cada indivíduo, condiciona os processos de envelhecimento.

Do ponto de vista temático, e refletindo a multidisciplinaridade que caracteriza esta ciência, os temas fundamentais em Gerontologia são as relações de género, o envelhecimento cognitivo e emocional, o bem-estar, o stress, os cuidados informais e formais, destacando-se os lares, a tecnologia e o *design* aplicados às necessidades das pessoas mais velhas e a saúde (Paúl, 2012). Para Phillips, Ajrouch e Hillcoat-Nalletamby (2010), assiste-se hoje a uma redefinição dos temas centrais da Gerontologia e a uma maior atenção ao processo de envelhecimento tal como é vivido pelo indivíduo. Outra tendência da Gerontologia, salientada pelos autores, é o reconhecimento de que a população idosa é diversa, especialmente, em termos de género, classe social e etnia e, a

ênfase no envelhecimento não-patológico e no envelhecimento como um processo que ocorre ao longo da vida.

De facto, as pessoas idosas são mais heterogêneas entre si, a nível de saúde, atividades produtivas, condição familiar e social, do que os jovens ou adultos (Hooyman & Kiyack, 2011). Apesar da heterogeneidade, sabemos que a maioria dos idosos é reformada, relativamente saudável (existindo também idosos que se encontram em situações vulneráveis) e mora em casa/comunidade. Apenas uma pequena percentagem de idosos vive em Lares e um número crescente em instituições de apoio aos idosos, sobretudo, dependente do apoio da Segurança Social (Hooyman & Kiyack, 2011). Segundo os mesmos autores, é também sabido que a maioria dos homens com mais de 65 anos é casada e que as mulheres, ao viverem mais anos, estão mais propensas a ficarem viúvas e viverem sozinhas.

De acordo com Hooyman e Kiyack (2011), não se podem considerar os aspetos sociais do envelhecimento, sem se avaliar também o impacto das variáveis individuais, tais como: as alterações fisiológicas, o estado de saúde, o bem-estar psicológico, a classe social, o género, a orientação sexual e a etnia. A Gerontologia Social ao reconhecer isto concentra-se nos múltiplos fatores que se cruzam e que influenciam o funcionamento social dos idosos, assim como, nos conceitos atuais de envelhecimento ativo, resiliência e produtividade.

Neste seguimento, para Bastos, Faria, Amorim e Melo de Carvalho (2013), mais importante até do que afirmar, por exemplo, que as mulheres vivem mais anos, têm piores indicadores de funcionamento e são mais pobres, é fundamental demonstrar onde começa este ciclo de exclusão, de forma a serem delineadas medidas capazes de garantir mais qualidade de vida e bem-estar para o maior número de pessoas.

Para Achenbaum (2010, como citado em Paúl, 2012), “enquanto se mapeiam as capacidades e as necessidades das pessoas idosas nas populações que estão a envelhecer é importante decidir como alimentar os potenciais da vida tardia, para atualizar as prioridades da sociedade” (p. 2). Também para Paúl e Ribeiro (2012) é importante encontrar respostas científicas que expliquem o envelhecimento humano e transferir esse conhecimento para a prática mediante a criação de serviços inovadores para uma

sociedade inclusiva e solidária, olhando para o envelhecimento não como um problema, mas como conquista do ser humano. Desta forma, a Gerontologia, na sua vertente interventiva, procura melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas em contextos institucionais e comunitários, a partir do desenho e planificação de políticas e serviços adaptados às suas circunstâncias individuais e geracionais.

Sendo a Gerontologia uma disciplina multidisciplinar e multiprofissional, está associada à Medicina Geriátrica/Geriatria - termo introduzido por Nascher (1863 - 1844), referindo-se à especialidade médica que se ocupa do estudo clínico das perturbações mentais e físicas, assim como da prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das pessoas idosas através da medicina, enfermagem e outros profissionais da saúde (Phillips et al., 2010).

Fernández-Ballesteros (2004) ao destacar igualmente o carácter multidisciplinar da Gerontologia, como sendo uma ciência que estuda o idoso, a velhice e o envelhecimento, a partir de uma perspectiva bio-psico-social, refere que a formação gerontológica tem uma diversidade de ramos e especificidades. Para Fernández-Ballesteros (2004) a Gerontologia Social pode ser entendida como uma especialização da Gerontologia que, além de estudar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, estuda sobretudo o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo, assim como, as ações sociais que podem interpor-se para melhorar os processos de envelhecimento. Sumariamente, o termo “Gerontologia Social”, segundo Neri (2008), foi usado pela primeira vez por Clark Tibbit, em 1954, para descrever a área da Gerontologia que se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo.

No entender de Phillips e colaboradores (2010), a Gerontologia Social estuda, sobretudo, as características sociais, económicas e demográficas dos idosos e do envelhecimento da população, focando-se cada vez mais na abordagem de ciclo de vida (individual e geracional), do que no estudo da velhice *per se*.

Ao estudar os aspetos biológicos, psicológicos e sociais da velhice e do envelhecimento, o gerontólogo social aprofunda estes últimos para compreender o

envelhecimento e a velhice e aplica esses conhecimentos em benefício das pessoas idosas, para o qual se torna necessário a consideração de outros campos de ação (Fernández-Ballesteros, 2004). Para Hooyman e Kiyack (2011) os gerontólogos sociais estão interessados em saber como a população idosa e a diversidade de experiências de envelhecimento afeta e é afetada pela estrutura social, assim como, perceber quais as oportunidades disponíveis para os idosos.

Sendo a Gerontologia uma ciência multidisciplinar (extraíndo conteúdos teóricos, empíricos e metodológicos de distintas disciplinas, como a biologia, a psicologia e a sociologia, implicando uma permanente integração entre essas ciências e a gerontologia como um todo), o gerontólogo deverá integrar os distintos saberes base da Gerontologia e os problemas gerontológicos podem requerer soluções interdisciplinares (que superam o biológico, psicológico ou social), bem como a interação de diferentes profissionais de forma a dar solução a um problema complexo (Fernández-Ballesteros, 2004).

Apesar da percentagem da população idosa residente em Lares de Idosos ser reduzida, o número de pessoas que precisa de cuidados de longa duração, em algum momento das suas vidas, está a aumentar. Assim, face aos múltiplos problemas sociais, económicos e de saúde com que se deparam os idosos que vivem em casa/comunidade, os gerontólogos preocupam-se com o desenvolvimento de intervenções políticas, programas e práticas públicas para os resolver (Hooyman & Kiyack, 2011).

Em síntese e tal como afirma Paúl e Ribeiro (2012), apesar do envelhecimento ser desde sempre um objeto de estudo de interesse por parte de várias disciplinas científicas, num contexto de envelhecimento humano e populacional, surge a necessidade de uma área claramente comprometida com o processo de envelhecimento, e com as pessoas mais velhas como objeto de estudo e de intervenção específicos: a Gerontologia. Ao longo da evolução histórica da Gerontologia, verifica-se uma mudança da problematização da idade para uma atitude mais positiva acerca do envelhecimento, em defesa de uma ideia de envelhecer bem (Phillips et al., 2010).

1.1. Distinção entre envelhecimento populacional e envelhecimento individual

Relativamente à distinção entre envelhecimento populacional e individual, para Fernández-Ballesteros, Caprara e García (2004) enquanto a vertente populacional do envelhecimento diz respeito ao que ocorre ao nível macrossocial, o estudo do envelhecimento numa perspetiva individual ocupa-se do conhecimento de como os indivíduos envelhecem, mais especificamente, que mudanças existem ao longo da vida ou com o avançar da idade. Pela relevância deste assunto para a intervenção gerontológica, estes dois termos serão analisados em seguida.

Envelhecimento populacional. O fenómeno de envelhecimento populacional, numa perspetiva demográfica, consiste no aumento da proporção de idosos em relação à população total (Angulo & Jiménez, 2004). A melhoria das condições de higiene e de qualidade de vida, os avanços médicos e gerontológicos, os progressos sociais, a diminuição da mortalidade e da natalidade e o aumento da esperança média de vida são, essencialmente, as causas do envelhecimento da população (Rossell, 2004).

Segundo Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento populacional pode considerar-se uma das revoluções demográficas mais importantes ao longo da história da humanidade. Ao longo do séc. XX, verifica-se um aumento da população idosa, levando a que no séc. XXI a Europa fosse considerada o continente mais envelhecido do mundo (EUROSTAT, 2001, como citado em Fernández-Ballesteros et al., 2004).

Para se estudar o envelhecimento demográfico ou da população, Rosa (2012) salienta a existência de idades, a partir das quais os indivíduos são indiscriminadamente classificados em categorias etárias fixas, usualmente referidas como a idade jovem (crianças até os 14 anos inclusive, antes da entrada na idade em que é possível ser-se ativo), ativa (entre os 15 anos e os 64 anos) e idosa (com 65 e mais anos, idade “normal” de reforma). Assim, mediante estas categorias etárias desenvolve-se o conceito de envelhecimento populacional, definido como “uma evolução particular da composição etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos (envelhecimento no “topo” da pirâmide etária) ou à diminuição da importância estatística

dos jovens (envelhecimento na “base” da pirâmide etária)” (Rosa, 2012, p. 23). De acordo com a autora, pode ainda ser comprovado mediante indicadores sintéticos como o aumento da “idade média” da população, o aumento da percentagem de idosos na população ou o aumento do número de pessoas com 65 anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos (índice de envelhecimento). Porém, independentemente do indicador, a população envelhece quando a população idosa passa a valer mais em termos estatísticos (Rosa, 2012).

Deste modo, apresentam-se alguns dados relativos ao envelhecimento da população em Portugal. De acordo com os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos ao Censo 2011, verifica-se que Portugal, à semelhança de outros países da União Europeia, revela uma clara tendência de duplo envelhecimento da população (aumento da população idosa e diminuição da população jovem), decorrente do aumento da esperança média de vida e do decréscimo da taxa de natalidade. Estes resultados anunciam que a população residente é de 10 562 178 indivíduos, dos quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres, verificando-se uma superioridade feminina nos grupos etários com idades mais avançadas (11% contra 8%). Indicam ainda que a estrutura etária da população em 2011 acentuou os desequilíbrios verificados na década passada, verificando-se uma diminuição da base da pirâmide etária (a qual corresponde à população mais jovem) e o alargamento do seu topo com o crescimento da população idosa. Assim, os resultados do Censo 2011 mostram que a percentagem de jovens diminuiu de 16%, em 2001, para 15%, em 2011, como resultado da baixa natalidade, enquanto a de idosos aumentou de 16% para 19%, devido ao aumento da esperança de vida. Em resultado destas alterações, o índice de envelhecimento da população aumentou de 102, em 2001, para 128, em 2011. Isto significa que por cada 100 jovens existem 128 idosos. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100 e, em 2011, este valor diminuiu para 45. O índice de longevidade (medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa) em 2011 é de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991. O aumento da esperança média de vida demonstra a forma como este indicador tem vindo a progredir nas últimas décadas.

O *Programa de Ação de Portugal do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações* (AEEASG) prevê a tendência de involução da pirâmide etária, com 35.72% de pessoas com 65 e mais anos e 14.4% de crianças e jovens, em 2050 e, que o índice de longevidade de 79.20 (80.57 para as mulheres e 74.0 para os homens) verificado, em 2011, em Portugal, aumente expressivamente em 2050, já que se prevê que as pessoas possam viver, em média, 81 anos (84.1 as mulheres e 77.9 os homens) (Governo de Portugal, 2012). Também expressiva é a previsão da esperança média de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. De acordo com a mesma fonte, os dados publicados pela *United Nations, Word Population Ageing, 1950-2050 – Economic and Social Affairs*, em 2001, apontam para a existência de 300 pessoas com 100 ou mais anos em Portugal, prevendo-se que esse valor, em 2025, aumente para 1 800 e, em 2050, atinja 6 400 pessoas. De facto, a tendência atual e futura é que o número de idosos aumente acentuadamente, sobretudo, o número dos muitos idosos com 80 e mais anos (Dias & Rodrigues, 2012).

O envelhecimento demográfico, segundo Dias e Rodrigues (2012), “tem-se vindo a constituir como um aspeto central do debate académico e político da atualidade, não apenas pela relevância do processo, como pelas consequências multidimensionais que encerra” (p. 179).

Segundo Rossell (2004), como consequência do envelhecimento da população: (1) aumentam os gastos com a saúde, pois com o avançar da idade aumentam as incapacidades e os estados dependentes e, consecutivamente aumenta a necessidade de recursos; (2) o mercado de trabalho é afetado, isto porque aumentam os níveis de escolaridade e formação e os jovens começam a trabalhar cada vez mais tarde, sendo assim os grandes atores do trabalho as pessoas mais velhas que, por outro lado, se ficarem sem emprego, podem vivenciar uma situação de pobreza e exclusão social; (3) é afetada a relação pensionista/contribuinte; (4) é posta em causa a viabilidade do sistema de Segurança Social, tendo em consideração que existem cada vez menos trabalhadores ativos e mais reformados, afetando a repartição de recursos; (5) aumenta o emprego informal e a economia invisível; (6) há um fomento de residências adequadas para que os

idosos tenham uma vida digna; e, por fim, (7) é modificada a estimativa da velhice e a estrutura familiar.

Mas, de acordo com Angulo e Jiménez (2004), são várias e ainda não totalmente definidas as consequências do processo de envelhecimento da população sobre os aspetos sociais e económicos. Para o autor, a dinâmica demográfica pode também não ser o único fator de mudança.

Fernández-Ballesteros e colaboradores (2004) chamam a atenção para o facto de uma maior esperança média de vida não representar necessariamente um aumento de qualidade de vida. Pelo contrário, esta tende a diminuir com o envelhecimento, podendo levar a que as pessoas vivam cada vez mais anos com incapacidade, dado que a idade está associada à doença e dependência. Desta forma, aumentar a esperança de vida livre de incapacidade, promover a saúde e prevenir a doença ao longo de toda a vida, reduzirá o custo social e produzirá um maior bem-estar e qualidade de vida (Fernández-Ballesteros et al., 2004).

Como referido por Goldstein (2009), se a vida é acompanhada por longos períodos de fragilidade e doença, o envelhecimento da população será um desafio consideravelmente maior. Para o autor, mais importante do que a proporção de pessoas de diferentes idades, é a relação entre quem possui uma boa saúde e é capaz de ser produtivo e quem está em pior estado de saúde e precisa de cuidados.

Para Hooyman e Kiyack (2011), o aumento da população idosa, sobretudo, dos muitos idosos, requer uma mudança ao nível das políticas (públicas e privadas) relacionadas com o trabalho e a reforma, a saúde e os cuidados a longo prazo, e os serviços sociais para atender às necessidades e melhorar a qualidade de vida dos idosos que vivem mais anos. Assim, é fundamental definir prioridades, sobre quem receberá os recursos da sociedade e quais os papéis informais e sectores formais responsabilizados pelos cuidados aos idosos.

De acordo com o *Programa de Ação de Portugal do AEEASG*, o aumento da longevidade e o envelhecimento populacional “exige novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores obrigando a um questionamento sobre representações sociais estereotipadas e a ter em conta a explosão de singularidades, no âmbito do direito

inclusivo” (Governo de Portugal, 2012, p. 5). Importa aqui salientar que a população mais velha é constituída por pessoas autónomas, que participam ativamente na vida familiar, comunitária e social e por pessoas em situações de pobreza, incapacidade, doença e, ou isolamento. Neste sentido, as iniciativas devem abarcar estas noções e a proteção social deve prioritariamente, responder às situações de maior vulnerabilidade (Governo de Portugal, 2012). Torna-se assim evidente a clara importância de se procurar respostas, adequadas às capacidades, necessidades e expectativas dos idosos, que permitam manter e prolongar a qualidade de vida dos mesmos.

Sumariamente, sendo o envelhecimento uma tendência demográfica generalizada em Portugal, as formas de viver a longevidade (“velhices”) são diversas, sendo necessária a criação de políticas e outras iniciativas diferenciadas, atentas e adequadas às necessidades e capacidades das pessoas idosas. E daí a relevância de se fazer também uma análise do envelhecimento a nível individual.

Envelhecimento individual. De acordo com Rosa (2012), no que respeita ao envelhecimento individual, podem distinguir-se duas perspetivas: (1) o envelhecimento cronológico, que é definido como um processo universal, progressivo e inevitável, que resulta exclusivamente da idade e (2) o envelhecimento biopsicossocial, que é menos linear, não fixo em termos de idade, porque é vivido por cada indivíduo de forma distinta.

Para Paúl (s.d.), o envelhecimento individual é um processo que ocorre ao longo do ciclo de vida e envolve (1) uma dimensão biológica que resulta da vulnerabilidade crescente e da maior probabilidade de morrer, denominada de senescência, (2) uma dimensão psicológica, definida pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento e (3) uma dimensão social, referente aos papéis sociais, adequada às expectativas da sociedade para este nível etário.

Assim, o ser humano é um ser bio-psico-sociocultural, um agente ativo que em interação com um contexto, também ativo, constrói o seu próprio desenvolvimento, através de um processo contínuo e dinâmico (Fernández-Ballesteros, 2009). Deste modo, para a autora, as diferenças intra e interindividuais devem-se ao processo contínuo e

dinâmico através do qual o indivíduo como um organismo biológico, psicológico e comportamental interage reciprocamente com os fatores externos socioculturais, económicos e ambientais.

O envelhecimento individual pode ser compreendido mediante a combinação entre padrões de crescimento, estabilidade e/ou declínio (Baltes, 1997; Fernández-Ballesteros et al., 2004). Assim, o processo de envelhecimento individual apresenta várias características: (1) a idade não é o único fator determinante dos processos de desenvolvimento, estabilidade e declínio, esta interliga-se com aspetos psicológicos e sociais; (2) ao longo da vida existem padrões diferenciados de crescimento, estabilidade e declínio no conjunto de condições biomédicas, psicológicas e comportamentais e sociais; (3) não existe um isomorfismo entre os processos biológicos e os psicológicos e sociais; (4) os padrões de mudança revelam alta variabilidade, que aumenta com a idade, ou existem diferenças individuais substanciais nas formas de envelhecimento (isto é, existem pessoas que experimentam um relativo desenvolvimento, uma breve estabilidade e um acentuado declínio, enquanto outras experimentam precisamente o contrário); por fim, (5) a sociedade pode orientar, promover e influenciar o processo de envelhecimento e as várias formas de se envelhecer.

Associada ao processo de envelhecimento individual, a velhice (derivada do termo “velho”, etimologicamente procedente do latim *veclus*, *vetulusm*, que significa “a pessoa de muita idade”), é um estado do indivíduo, considerada como a última etapa da vida, diferenciando-se do envelhecimento, pois este é um processo que ocorre desde o nascimento até à morte (Fernández-Ballesteros, 2004).

Para Fernández-Ballesteros (2004) a velhice pode ser conceptualizada através de distintos critérios, como: (1) a idade cronológica; (2) a idade física, ponderando o facto de que nem todas as pessoas envelhecem fisicamente ao mesmo ritmo, que o cuidado com o corpo pode levar a que as pessoas mais velhas estejam fisicamente melhores, comparativamente com outras mais novas e que é enorme a variabilidade entre os idosos; e (3) a idade psicológica, considerando que existem funções que, ao longo do ciclo de vida e a partir de uma certa idade, estabilizam (como por exemplo, a maior parte das variáveis da personalidade), crescem (como a experiência e os conhecimentos) e

declinam e que se comportam isomorficamente, tal como acontece com a chamada idade física (como a inteligência fluída ou o tempo de reação). Paralelamente, a sociedade estabelece determinados papéis às distintas idades da vida, nomeadamente: (1) a idade social, regulada pela educação, pelos papéis familiares e pelo trabalho e (2) a idade funcional, como o conjunto de indicadores biopsicossociais que permitem predizer o envelhecimento satisfatório (Fernández-Ballesteros, 2004).

De acordo com Rosa (2012), a velhice desperta valores diferentes nas pessoas e nas sociedades, sendo umas vezes enaltecida e outras repudiada ao longo do tempo. Deste modo, para a autora, a visão mais positiva da velhice é a que a associa (1) ao privilégio de chegar a idades mais avançadas, (2) à concretização de sonhos irrealizáveis durante a pressão da vida quotidiana quando se é ativo e (3) à acumulação da experiência com a idade. A visão negativa da velhice está relacionada com a morte e última fase da vida humana, onde os sinais de detioração física se impõem sobre tudo, sendo uma etapa frequentemente caracterizada pelo sentimento de desânimo, frustração e infelicidade. Paralelamente, outros fatores como a solidão ou o isolamento social contribuem para acentuar esta visão negativa da velhice. Assim, enquanto que a idade cronológica é um atributo indiscutível, a velhice é um estado difuso, vivido, sentido e percebido de forma distinta.

A propósito das crenças e teorias do envelhecimento individual, Fernández-Ballesteros (2009), menciona algumas perspetivas centrais, destacando sobretudo a de Platão e a de Aristóteles. Assim, a autora refere que, da tradição de Platão (427-347 a. de C.) advém uma visão positiva em que o ser humano deveria preparar-se para envelhecer ao longo da vida. Cícero (106-43 a. de C.), no seguimento desta linha de pensamento, escreve um ensaio – *De Senectute* – para demonstrar que o processo de envelhecimento pode ser uma fase de mudança positiva e funcionamento produtivo. Por outro lado, do ponto de vista de Aristóteles (383-322 a. de C.), a velhice, como última etapa da vida humana, caracteriza-se como uma doença natural, uma detioração generalizada das capacidades. Nesta linha, Séneca (4-65 d. de C.) encara o declínio físico e mental do indivíduo como consequência do próprio processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009). Das tradições descritas, Fernández-Ballesteros (2009) menciona

algumas teorias e autores que se sucedem ao longo da história do estudo do envelhecimento e que ora destacam uma visão positiva do envelhecimento individual, ora uma visão negativa deste processo explicando, por exemplo, que o declínio na participação e compromisso social na velhice pode ser considerado como uma necessidade tanto do indivíduo como da sociedade.

No entender de Fernández-Ballesteros (2004), existem muitas formas de se conceptualizar o envelhecimento individual e a velhice e, por isso, existem inúmeras teorias biológicas (por exemplo, as teorias genéticas, celulares, sistémicas, dos acontecimentos de vida biológicos, entre outras), psicológicas (agrupadas em quatro grandes grupos: as teorias do desenvolvimento, do ciclo de vida, da atividade, da continuidade e “outras” teorias) e sociológicas (sendo as mais importantes: a teoria da desvinculação, da continuidade, da subcultura e da modernidade, entre outras) que procuram explicar, descrever e/ou prever a velhice e o envelhecimento.

Dentro das teorias psicológicas, a abordagem do ciclo de vida, desenvolvida sobretudo por Baltes e Schaie, ganha especial destaque. De acordo com Fonseca (2007), a Psicologia Desenvolvidamental do Ciclo de Vida reconhece que o desenvolvimento humano é um processo multidirecional e multidimensional, que está para além de um simples critério de crescimento em termos de eficácia funcional, onde se interligam dimensões de ordem biológica, cognitiva, emocional, relacional e social. Esta perspetiva realça a integração histórica e social na vida dos indivíduos e a influência, no desenvolvimento humano, quer de fatores ligados à idade cronológica, quer de outros fatores contextuais não ligados à idade.

Segundo Fonseca (2007), as pessoas idosas tornam-se cada vez mais diferentes entre si e possuem um dado potencial de plasticidade de desenvolvimento ao longo de toda a vida (possibilitando que, mesmo numa fase avançada da vida, possam alterar o curso do seu desenvolvimento, prevenir a ocorrência de certos comportamentos não desejados, assim como, otimizar os mais interessantes sob o ponto de vista adaptativo). Contudo, o mesmo diminui à medida que os recursos, nomeadamente de ordem biológica, também diminuem. Dessa plasticidade deriva um determinado potencial para a

intervenção, no entanto, o carácter não equipotencial da plasticidade implica que haja períodos da vida humana que se mostrem mais favoráveis à intervenção do que outros.

Para o autor, a Psicologia Desenvolvidamental do Ciclo de Vida dá ênfase a um desenvolvimento por oscilações, através de uma alternância permanente e dinâmica entre ganhos e perdas desenvolvimentais. Apesar de não existirem mudanças desenvolvimentais que representem unicamente ganhos, é na velhice que se verificam mais perdas.

Nesta linha, destacam-se os estudos longitudinais e sequenciais desenvolvidos por Baltes e Schaie (Fernández-Ballesteros, 2004), que aprofundam as mudanças dos indivíduos ao longo do tempo, evidenciando sumariamente que existem funções psicológicas que declinam com a idade (inteligência mecânica ou fluida) e outras que se mantêm e nalgumas circunstâncias melhoram (inteligência pragmática ou cristalizada). Estes estudos são a demonstração da “utilidade prática” da investigação psicológica na área do envelhecimento (Fonseca, 2007).

No que respeita às teorias sociológicas, uma das perspetivas que se destaca é a teoria do curso de vida (“life course theory”; Elder, 1974, 1999), amplamente adotada por investigadores da sociologia do envelhecimento, tendo levado à criação, dentro da *American Sociological Association*, da *Section on Aging and the Life Course* (Marshall, 2009).

De acordo com Marshall (2009), nos anos 80, Matilda White Riley (1982) apresentou as quatro premissas centrais da emergência da perspetiva do ciclo de vida: (1) o desenvolvimento e o envelhecimento fazem-se ao longo do curso de vida; (2) o envelhecimento consiste em processos biológicos, psicológicos e sociais, sistematicamente interativos entre si ao longo do curso de vida; (3) o padrão do curso de vida é afetado por mudanças sociais e ambientais; (4) novos padrões de envelhecimento podem causar mudança social.

No entender de Elder (1999), reconhecido como proeminente académico neste campo, o curso de vida consiste numa sequência de acontecimentos e papéis socialmente determinados que o indivíduo desempenha ao longo do tempo. A proposta de Elder enquadra o curso de vida em termos do indivíduo mais do que na estrutura social, no

entanto o curso de vida individual é estruturado por normas associadas à idade e a outros constrangimentos biológicos e sociais.

Elder foi estabelecendo os princípios teóricos paradigmáticos da teoria do curso de vida, sendo de salientar cinco princípios, como refere Marshall (2009): (1) o desenvolvimento humano e o envelhecimento são processos que ocorrem ao longo da vida; (2) o tempo histórico e o lugar: o curso de vida dos indivíduos está embebido e informado pelos tempos históricos e acontecimentos que os indivíduos experienciam ao longo do tempo; (3) o tempo (“timing”): os antecedentes e consequentes das transições e acontecimentos de vida variam segundo o tempo de ocorrência na vida da pessoa; (4) as vidas ligadas (“linked lives”): as vidas são vividas de modo interdependente e as influências socioculturais tornam-se expressas através das redes de relações; (5) a agência humana (“human agency”): os indivíduos constroem o seu próprio curso de vida através das escolhas e ações que desenvolvem dentro das oportunidades e dos constrangimentos das circunstâncias históricas e sociais.

Tomando em consideração estes princípios, é possível fazer uma leitura muito mais complexa da continuidade e mudança nas vidas humanas, à luz das mudanças na sociedade (Elder, 1999) e das mudanças intra e interindividuais (Baltes, 1997).

Porém, apesar de existirem múltiplas formas de se conceptualizar o envelhecimento individual e a velhice, para Fernández-Ballesteros (2004), nenhuma teoria isoladamente explica totalmente o envelhecimento e a velhice. Na opinião da autora, são necessários mais esforços de cooperação entre distintos profissionais e distintas disciplinas para se construir uma teoria integradora do envelhecimento e da velhice. Nesta linha de pensamento, Bass (2009) propôs o que denomina por “an integrative theory of social gerontology”. De acordo com o autor, esta posição de integração combina uma *macroperspetiva* que avalia os contextos social, económico, ambiental, cultural e político que influenciam o comportamento humano e a saúde, com *microperspetivas* e perspectivas individuais e familiares ao longo das mesmas dimensões. Analisa ainda como é que estas macroestruturas priorizam a alocação de recursos e apoiam uma população envelhecida e, consequentemente, como é que o indivíduo responde ao seu próprio envelhecimento e ao dos outros, aspetos centrais para o quadro conceptual. Esta é uma

boa teoria para se compreender a questão do envelhecimento na sociedade contemporânea. No entanto, a velhice é muito heterogénea, sobretudo no que se refere à velhice muito velha: a quarta idade.

1.2. A terceira e a quarta idade em análise: as boas e más notícias

Tradicionalmente os 65 anos de idade são vistos como o ponto de entrada para a velhice, porém ter 65 anos é bem diferente do que ter, por exemplo, 85 anos.

Segundo Baltes e Smith (2003), a distinção entre terceira idade (dos 65 até aos 75 ou 80 anos) e quarta idade (a partir dos 80 anos) resulta da antiga distinção entre “jovens idosos” (65 - 75 anos) e “velhos idosos” (75 em diante) introduzida por Bernice Neugarten e pelo trabalho histórico de Peter Laslett, um dos responsáveis pela ideia de múltiplas idades de vida e pelo destaque da singularidade de uma terceira idade. Para os autores, esta distinção pode estar, de algum modo, associada à distinção entre envelhecimento patológico, normal e bem-sucedido/ótimo, considerando que a noção de patologia está associada à idade muito avançada.

No entanto, Baltes e Smith (2003) salientam o facto de que a terceira e a quarta idade não se restringem a uma faixa etária específica, pois são períodos dinâmicos, volúveis, estando sujeitos a evoluções e variações. Segundo estes autores, pode-se distinguir a terceira da quarta idade, mediante duas perspetivas: populacional e individual.

A primeira definição, de base populacional (demográfica), descreve a terceira e a quarta idade como sendo a idade em que 50% da coorte de nascimentos não estão vivos. Tomando este critério, nos países desenvolvidos, a transição da terceira para a quarta idade dar-se-ia entre os 75 e os 80 anos. Já nos países em desenvolvimento a faixa etária é claramente menor. De salientar a tendência para o número de idosos continuar a aumentar acentuadamente, sobretudo, o número dos muitos idosos (com 80 anos e mais). Numa definição diferente, mas ainda baseada em dados demográficos, Baltes e Smith (2003) abordam a transição da terceira para a quarta idade como a idade em que 50% das pessoas que alcançaram os 50 ou 60 anos, nos países em desenvolvimento, e os

80 a 85 anos, nos países desenvolvidos, morreram. No entanto, na opinião de Triadó e Villar (2006), esta perspetiva populacional não expressa a variabilidade existente entre a população idosa, porém tem um peso cada vez mais relevante, ao qual ainda não foi dada muita atenção, especialmente no que se refere às pessoas com idade avançada que vivem na comunidade.

A segunda abordagem, baseada no indivíduo, consiste em estimar o tempo de vida máximo para cada indivíduo. Com base nas evidências atuais, a esperança média de vida de um indivíduo, sem uma doença específica que o impeça de ter uma vida mais longa, varia entre os 80 e os 120 anos. Deste modo, as transições individuais para a quarta idade podem começar em idades muito diferentes, por exemplo, cerca de 60 para alguns ou cerca de 90 para outros.

Para Fonseca (2004), independentemente da tipologia, qualquer classificação da velhice operada apenas com base na idade cronológica é insuficiente relativamente aos processos diferenciais de envelhecimento, sendo mais interessante e fazendo mais sentido recorrer a classificações que se reportam à forma como as pessoas envelhecem. Um exemplo claro é a diferença entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento no que respeita ao envelhecimento. Nestes últimos, a velhice começa e termina mais cedo.

Segundo Triadó e Villar (2006), do ponto de vista individual, a velhice avançada inicia-se quando as mudanças biológicas associadas ao envelhecimento implicam um aumento da fragilidade do idoso e um risco de incapacidade. Para os mesmos autores, a velhice avançada começa de forma súbita para algumas pessoas, enquanto noutras é um processo mais progressivo, à medida que aparece ou se agrava uma ou várias doenças. Assim, o critério de fragilidade ou alto risco de incapacidade e a diminuição drástica da capacidade de recuperação em caso de perda é, na opinião de Triadó e Villar (2006), um critério importante na definição da quarta idade. Este é um período em que as necessidades se multiplicam e os recursos, que podem colmatar essas necessidades, apresentam uma eficiência relativa significativamente menor do que a observada noutros momentos da vida, em que menos recursos oferecem benefícios mais palpáveis.

Relativamente à distinção entre terceira e quarta idade, Baltes e Smith (2003) afirmam que as evidências científicas apontam para descobertas muito positivas na terceira idade, comparativamente com a quarta idade.

Assim, de acordo com os autores, uma das primeiras descobertas positivas consiste no aumento sucessivo da esperança média de vida nos países desenvolvidos, consequente da melhoria das condições de vida ambiental, social e tecnológica dos idosos mais velhos.

Estes autores verificam também que nos países desenvolvidos a maioria das pessoas mantêm o seu nível de inteligência ou de realização pessoal até por volta dos 70 anos de idade e que o envelhecimento mental tem um potencial considerável para novas aprendizagens.

Outra descoberta positiva associada ao envelhecimento consiste no facto dos adultos mais velhos estarem no topo de todas as faixas etárias em categorias como inteligência emocional e sabedoria (Baltes & Smith, 2003). Os autores definem inteligência emocional como a capacidade para compreender as causas das emoções e desenvolver estratégias para evitar situações de conflito emocional ou para regular as suas consequências. Por sua vez, a sabedoria é entendida pelos autores como a combinação ideal da plena consciência e virtude e consiste na experiência em questões de conduta, significado e interpretação da vida. Sobre este assunto, importa referir que a sabedoria envolve níveis elevados de desempenho no domínio da inteligência prática e social e que a aquisição da mesma depende de uma coligação especial entre *expertise* nesse domínio e fatores relacionados com a pessoa (características cognitivas, motivacionais e emocionais) (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006a, como citado em Bastos, Faria & Moreira, 2012). Segundo Baltes (1997) a sabedoria estende-se ao longo do ciclo de vida, particularmente em adultos mais velhos até aos 70 anos de idade, sendo que após esta idade esta tende também a declinar, assim como o funcionamento cognitivo. De acordo com Bastos e colaboradores (2012), o estudo da sabedoria traduz um olhar positivo sobre o envelhecimento. No entanto, neste domínio, encontram-se diversas teorias e modelos, sendo que enquanto uns defendem o declínio da sabedoria com o envelhecimento, outros apontam para uma correlação positiva entre idade e

sabedoria e outros defendem ainda que, apenas em determinadas circunstâncias, é possível a sabedoria aumentar com a idade (Smith & Baltes, 1990; Sternberg, 1990; Staudinger & Baltes, 1996; Baltes & Staudinger, 2000; Kunzman & Baltes, 2003; Bluck & Gluck, 2004; Sternberg & Jordan, 2005; Brugman, 2006, como citado em Bastos et al., 2012). Contudo, a sabedoria embora seja rara, há evidências da sua existência e utilidade para o julgamento e conselho face a situações problemáticas da vida. Assim, para um bom envelhecimento alguma sabedoria será necessária (Bastos et al., 2012).

Descobertas igualmente otimistas demonstram a existência de uma auto-plasticidade dos idosos, uma capacidade psicológica dos indivíduos para transformar a realidade, que parece permanecer intacta durante a velhice, ao passo que a saúde do corpo em si declina. O poder da plasticidade do eu e a capacidade para transformar as crenças parece ser uma boa forma para se alcançar o bem-estar na velhice (Baltes & Smith, 2003).

No entender de Fonseca (2007) e à luz da psicologia do ciclo de vida, a aplicação do princípio da plasticidade ao processo de adaptação face ao envelhecimento comporta a consideração dos seguintes aspetos. O primeiro refere-se ao facto da generalidade dos idosos (pelo menos nas primeiras fases do envelhecimento) manifestar um grande potencial de adaptação e de reconstrução interna face à ocorrência de determinadas perdas. O *Berlin Aging Study* (BASE; Baltes & Mayer, 1999; Fonseca 2007) revela que as pessoas idosas apresentam, pelo menos até atingirem a quarta idade, uma grande capacidade para regular o impacto da maioria das perdas a que estão sujeitas, evidenciando a plasticidade das pessoas idosas para se adaptarem ao envelhecimento. O segundo aspeto salientado por Fonseca (2007) reflete a necessidade de encarar o envelhecimento como qualquer outro período do ciclo de vida, sujeito a perdas mas igualmente aberto a ganhos desenvolvimentais, para que seja possível prevenir, melhorar ou otimizar o decurso do desenvolvimento. A implementação de intervenções que aproveitem a capacidade adaptativa dos idosos, potencializando essa capacidade no sentido de adoção de formas de envelhecimento positivas, podem prevenir a deterioração e promover o bem-estar psicológico dos indivíduos de acordo com as condições internas e ambientais disponíveis.

Face ao exposto, se para Baltes e Smith (2003) as descobertas positivas associadas ao envelhecimento estão sobretudo associadas à terceira idade, as descobertas menos positivas estão relacionadas com a quarta idade.

Apesar dos resultados otimistas do BASE (Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 2003) relativamente à terceira idade, verificam-se alguns dilemas e disfuncionalidades relativos à quarta idade. Os dados mostram que viver mais tempo parece ser um fator de risco para a dignidade humana. Uma das recentes descobertas negativas é a existência de perdas ao nível do potencial cognitivo e da capacidade para aprender à medida que se avança na quarta idade. O mesmo acontece ao nível da personalidade e da gestão das emoções, embora não se verifique declínio em alguns aspetos da emoção e bem-estar. Sobre a personalidade, embora alguns estudos apontem para mudanças na terceira e quarta idade, os estudos de Costa e McCrae (1994, 1996) e de Hooker e McAdams (2003) demonstraram estabilidade na personalidade adulta.

Verificam-se também perdas consideráveis em indivíduos com idade avançada, nomeadamente associadas ao alto nível de fragilidade, disfuncionalidade e morbilidade (Baltes & Smith, 2003).

Um dos indicadores negativos do estado de saúde na quarta idade é a prevalência elevada de demência.

De acordo com Baltes (1997), o BASE evidenciou, como previsto pela arquitetura humana, que existem limitações biológicas na velhice e uma clara diminuição da eficácia dos fatores culturais no desenvolvimento.

Para o autor existe um padrão de envelhecimento que apresenta perdas significativas ao nível de todas as dimensões cognitivas a partir dos 70 anos de idade, assim como, evidências de envelhecimento patológico com a idade, mais concretamente, doenças ligadas à demência, como o Alzheimer, comum numa fase avançada de vida. Os resultados demonstram que 50% das pessoas com 90 ou mais anos sofre de demência (Baltes & Smith, 2003). Esta doença, assim como outras doenças crónicas, é mais comum em idades avançadas e condiciona a vida das pessoas, interferindo com aspetos de ordem física, psicológica e social.

Verificou-se também uma relação forte entre as funções físicas, sensoriomotoras, como a audição, a visão e o equilíbrio motor com o funcionamento intelectual. Os resultados do BASE mostram um acumular de problemas crônicos na quarta idade (80% das pessoas experimentam perdas em 3-6 áreas, como: visão, audição, força, capacidade funcional, atividades instrumentais de vida diária - atividades da vida diária, doença, cognição), aumento do colapso sistêmico na adaptação psicológica e aumento das perdas nos aspetos positivos da vida (felicidade, contatos sociais) (Paúl, 2007). De acordo com Sequeira (2007) o declínio de alguns sistemas sensoriais, sobretudo, a visão e a audição, condiciona o contato com o meio ambiente e dificulta as ações do quotidiano. Sobre o assunto, Ribeirinho (2005) afirma que os défices sensoriais de natureza auditiva e visual são considerados como causas importantes do declínio geral no funcionamento das atividades intelectuais.

Na quarta idade os indivíduos podem lidar não só com mudanças biológicas e psicológicas, como o declínio a nível de saúde, o aumento de dependência, a eminência de morte e o declínio cognitivo, como também com mudanças a nível social, como perda de contatos sociais e suportes estruturais (Smith & Baltes, 1998).

Fica claro, assim, para Baltes (1997), que da terceira para a quarta idade sucede uma efetiva descontinuidade em termos da capacidade adaptativa individual, no sentido de um progressivo declínio de funções. Relativamente às diferenças de género, verifica-se que, embora as mulheres vivam mais do que os homens, o seu estado funcional é menos desejável, e esse prejuízo tende a aumentar com a idade. Assim, para Baltes (1997), o BASE devido à sua ampla faixa etária e avaliação interdisciplinar, oferece uma nova janela sobre a questão do potencial e qualidade de vida na idade avançada.

Paúl (2007), ao analisar a quarta idade, conclui que a personalidade aparentemente não sofre uma mudança significativa ao longo do tempo, e que a cognição apresenta um declínio em algumas áreas, mas difere muito entre os indivíduos e, em certa medida, com o género, classe social e estado de saúde. Refere ainda, que a saúde é um fator muito importante relacionado com a autonomia e bem-estar, mas, apesar da idade estar associada a uma maior probabilidade de doença ou incapacidade mental e física, cerca de

30% a 50% dos idosos regem as suas vidas de forma independente e continuam a ajudar os outros.

Deste modo, Paúl (2007) contrariando a visão pessimista de Baltes (1997), defende que a quarta idade, a nível individual, parece ser a continuação da terceira idade, aumentando a heterogeneidade dos resultados de envelhecimento, sendo que pelo menos um terço das pessoas idosas vivem vidas mais longas e parecem ter uma experiência positiva e bem-sucedida, até muito perto da morte. O otimismo e as emoções positivas em relação aos próprios, aos outros e ao mundo parecem ser aspetos críticos da longevidade e da qualidade de vida. Deste modo, investigações futuras devem procurar compreender como esses fatores influenciam a saúde e o bem-estar em idade muito avançada.

Assim, face ao exposto, se de facto a terceira e a quarta idade são períodos em que se verifica uma grande heterogeneidade entre os idosos, importa compreender quais as causas dessa heterogeneidade e usar esse conhecimento para proporcionar um futuro melhor para este grupo crescente e vulnerável de pessoas idosas. Tal como afirma Schaie e Willis (2003), o envelhecimento humano tem potenciais ocultos que devem ser descobertos e a ciência, assim como, a política social são as fontes para a mudança positiva.

2. Ambiente e envelhecimento bem-sucedido

Perante o envelhecimento da população verificado nas últimas décadas, é tempo de olhar para os idosos ativos, para os números que evidenciam que a maioria permanece nas suas casas até morrer, que os níveis de incapacidade podem ser diferentes e sobretudo que as pessoas preferem envelhecer nas suas casas (Paúl, 2005a).

De acordo com Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2004), dadas as limitações relacionadas com a idade, o ambiente socio-físico é um aspeto importante para a qualidade de vida na velhice e o lugar onde se vive e o tipo de estimulação físico-social que o idoso recebe, influencia o respetivo processo de envelhecimento. Deste modo, as

características ambientais devem ser tidas em consideração para uma melhor compreensão dos processos diferenciados de envelhecimento (Oswald, Jopp, Rott, & Wahl, 2011).

Se o contexto físico e humano é um aspeto importante no processo de envelhecimento, importa maximizar o envelhecimento bem-sucedido ou ótimo a partir de uma relação adequada entre o idoso e o meio (Paúl, 2005a).

Juntamente com a Gerontologia Social, que reconhece o papel fundamental do contexto físico sobre os idosos, emerge uma subdisciplina intitulada de “Gerontologia Ambiental”, definida como o estudo das relações entre o ambiente e envelhecimento, a qual integra um conjunto de disciplinas dedicadas à compreensão das implicações comportamentais e psicológicas de *interações entre os idosos e o ambiente* (Scheidt & Windley, 2006). Para os autores, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de intervenções preventivas e benéficas, quer a nível dos fatores ambientais como dos fatores individuais, de modo a melhorar a adaptação dos indivíduos ao seu ambiente e, consequentemente melhorar a sua qualidade de vida. Deste modo, o objetivo global da Gerontologia Ambiental é descrever, explicar e modificar/otimizar a relação entre a pessoa a envelhecer e o seu ambiente físico-social (Wahl & Oswald, 2010).

Neste sentido, analisaremos dois aspetos importantes: (1) *envelhecer em casa* (“aging in place”) e (2) envelhecimento bem-sucedido e ativo.

2.1. Envelhecer em casa

O aumento da população idosa é um fenómeno verificado nas últimas décadas em quase todas as sociedades. Por conseguinte, ser capaz de continuar a viver e envelhecer em casa e adaptar-se às novas necessidades e condições (“aging in place”) é, atualmente, uma preocupação crucial em muitas sociedades (Fange, Oswald, & Clemson, 2012).

Dadas as variações possíveis do conceito de “aging in place”, que vão desde o envelhecer no próprio local, permanecer em casa, ou manter-se na mesma instituição (Paúl, 2005a), opta-se, no presente texto, pelo termo *envelhecer em casa*.

De acordo com Morley (2012), a maioria dos idosos consegue manter-se a viver na comunidade, com a ajuda de amigos e familiares. Este é um dos objetivos políticos atuais, preconizado nomeadamente pela OMS (Paúl, 2005a).

Quando pessoas de meia-idade foram questionadas acerca de onde gostariam de envelhecer, 78% referiram preferir envelhecer na sua própria casa (Morley, 2012). Porém, apesar de a maioria dos idosos preferir envelhecer em casa, o fato é que a maioria das comunidades não está preparada para lidar com as necessidades de uma população em envelhecimento (McDonough & Davitt, 2011). Daí a importância da avaliação de necessidades, orientada para a comunidade.

No que diz respeito à relação entre envelhecimento e ambiente, Paúl (2005a) apresenta um conjunto de ideias sobre o assunto, abordando, nomeadamente, as relações entre o modo como as pessoas vão envelhecendo em contextos urbanos e rurais, sendo que o planeamento urbanístico e as habitações condicionam o modo como se envelhece num determinado lugar. Seguindo esta autora, apresenta-se os principais assuntos desenvolvidos sobre esta temática.

Face às alterações profundas do meio, nomeadamente, das paisagens urbanísticas envolventes e dos acontecimentos e comportamentos a ela associados, os idosos perdem parcialmente a sua identidade pessoal histórica. Paralelamente verificam-se mudanças profundas no ambiente social, entre as pessoas, alterando-se a estrutura familiar e a relação interindividual. Consequentemente, as mudanças intrínsecas ao próprio processo de envelhecimento, juntamente com as mudanças ambientais, podem tornar o envelhecimento um processo doloroso e solitário (Paúl, 2005a).

De acordo com a autora, na velhice há uma redução progressiva do mesossistema, sobretudo motivada pelo fim da atividade laboral e pela morte de indivíduos pertencentes à mesma coorte. As relações limitam-se aos familiares e amigos. Porém, nesta etapa de vida, há uma grande probabilidade de perda do cônjuge, acabando assim a díade mais significativa da relação entre adultos. Face a estas modificações no meio social próximo dos idosos, estes ficam cada vez mais isolados e solitários.

Para Ribeirinho (2005) o problema da solidão e do isolamento agrava-se quando se acrescenta a situação de pobreza. Relativamente às condições socioeconómicas dos

idosos, a pobreza e as privações económico-sociais também condicionam e afetam o processo de envelhecimento. Muitas vezes, as pensões de reforma são diminutas para assegurar as necessidades básicas e uma subsistência digna, sobretudo no meio rural em que a atividade laboral que desenvolveram ao longo da vida está ligada à agricultura. Os rendimentos deste grupo social provêm de reformas pequenas, determinadas sobretudo pelas baixas qualificações destes idosos na vida ativa. Contudo, o autor salienta ainda que, por vezes, por trás destas situações de pobreza está o desconhecimento dos benefícios sociais disponíveis e as fracas condições de vida da maioria dos idosos portugueses induzem-nos a uma fraca mobilidade e a um consumo passivo de serviços que lhes são oferecidos sem opções de escolha.

Para Paúl (2005a), o ambiente físico dos idosos é um aspeto otimizador ou negativo no processo de envelhecimento, afetando diretamente a autonomia dos idosos e indiretamente o bem-estar dos idosos, pela indução de ambientes sociais favoráveis ou desfavoráveis. A mudança e adaptação a novos ambientes, em termos de vinculação à casa e das consequências negativas da mudança a nível psicossocial, é uma das problemáticas referidas pela autora. De acordo com Norris-Baker (1998, como citado em Paúl, 2005a): (1) a identidade do local e a ligação ao local são dimensões importantes na vida dos idosos; (2) o realojamento (de uma comunidade para outra, ou de uma casa para um lar) envolve ajustamentos comportamentais assim como a perda de contextos comportamentais significativos do ponto de vista pessoal e/ou cultural; e, (3) as mudanças na comunidade podem implicar perda de contextos altamente valorizados como os associados à igreja ou escola, podendo ameaçar o sentido do Eu e de casa para os idosos. A maior ligação ao seu meio físico e social, para além dos vínculos sociais, é à sua casa, daí os idosos preferirem envelhecer na sua própria casa.

A autora levanta ainda a questão do envelhecimento diferencial, consequente de ambientes sociogeográficos distintos, como as zonas geográficas rurais e urbanas, uma vez os contextos de necessidades e serviços para a manutenção da vida autónoma serem desiguais.

O local de residência é muito importante para os idosos, na medida em que as condições e os recursos afetam o acesso aos cuidados de saúde, a disponibilidade dos

serviços sociais, a necessidade de transporte e a possibilidade dos idosos se tornarem voluntários e se envolverem em atividades sociais e de lazer (McLaughlin & Jensen, 1998 como citado em Paúl, 2005a).

De acordo com Paúl, Fonseca, Martín e Amaro (2005), nas zonas urbanas, para além dos idosos institucionalizados ou a frequentarem Centros de Dia, existem muitos outros que permanecem nas suas casas. Deste grupo fazem parte idosos frágeis, que vivem no anonimato das suas casas geralmente antigas, nem sempre usufruindo dos serviços sociais e de saúde necessários e próprios de um “Estado Providência”, recente e desconhecido para muitos.

Comparativamente com as populações urbanas, as populações rurais (residentes em pequenas comunidades relativamente remotas em que a maioria dos seus habitantes vive ou viveu da agricultura) debatem-se com inúmeras necessidades não satisfeitas, enfrentando fortes desvantagens nas áreas da saúde, habitação, rendimento e acesso aos serviços (Paúl, 2005a).

De acordo com a autora, em Portugal, o interior rural é uma zona pouco povoada e envelhecida, onde os idosos permanecem ora entregues a si próprios, ora aos seus cônjuges, ora são institucionalizados. O cuidado informal tem pouca expressão, porque os filhos não estão por perto, devido à migração rural-urbano, o cuidado entre pares é mútuo e ao longo da vida e o suporte de vizinhos é sobretudo instrumental. Por outro lado, o cuidado formal é encarado como último recurso.

Nestes ambientes, existem mais idosos na quarta idade, mais idosos casados, os idosos apresentam um melhor desempenho nas áreas funcionais e são mais pobres. Contudo, as diferenças ao nível da saúde são relativamente pequenas entre ambientes rurais e urbanos (quando disfuncionais, os idosos que vivem em ambientes rurais obtêm apoio da família e os idosos que vivem em ambientes urbanos conseguem mais assistência profissional). Também pequenas são as diferenças ao nível da perceção de saúde e da qualidade de vida (há uma proporção ligeiramente maior de rurais a classificarem a sua saúde como fraca). Apesar da heterogeneidade existente entre os idosos, as mulheres que vivem em ambiente rural são mais pobres, não possuem transporte e vivem em casas mais fracas.

Os problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, a falta de recursos económicos para a manutenção da casa, a viuvez, a situação de despejo, devido à degradação das habitações alugadas, ou a mera pressão exercida sobre os idosos, parecem ser, segundo Paúl (2005a), os fatores que conduzem à institucionalização do idoso.

A autora salienta que ao abordar a questão do envelhecimento e ambiente, importa não só estudar o indivíduo, em termos de resultados do processo de envelhecimento na interação direta entre o próprio e o meio, como também as políticas sociais e o planeamento dos serviços para idosos. Isto é, importa atender à vulnerabilidade dos mais idosos face ao meio, como também à necessidade de compensar o declínio com alterações ambientais e tecnológicas, optimizadores da qualidade de vida. É neste contexto que o presente estudo se torna pertinente, ao estudar as capacidades e necessidades de pessoas idosas a residir no município de Esposende, com vista à prestação de serviços gerontológicos adequados às mesmas.

No entender de Paúl (2005a), uma das problemáticas atuais do envelhecimento passa por segregar os idosos para ambientes protegidos ou criar alternativas para que os idosos envelheçam em casa (isto é, na comunidade). Para tal, é necessário compreender as capacidades funcionais do idoso (centrando a intervenção no próprio) ou a qualidade objetiva e adequação do ambiente residencial (centrando a intervenção no meio) e o bem-estar subjetivo do idoso.

A elaboração de políticas optimizadoras da qualidade de vida tem que ter em conta que os idosos são um grupo muito heterogéneo, nomeadamente em termos de autonomia e satisfação com a vida (Paúl, 2005a).

Para a autora, é importante, a par da implementação do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), programas de manutenção das casas e pequenas reparações e ajustes, que os *muito idosos* já não são capazes de realizar. A maioria dos idosos que reside na comunidade, com mais de 74 anos, não faz alterações no interior ou exterior da habitação, não escolheu a sua casa em função de nenhuma característica que tornasse a vida mais fácil, não pensa em mudanças futuras e prefere um domicílio idêntico ao que

habita. Isto porque consideram que a sua casa é confortável ou, pelo menos, aceitam as atuais circunstâncias, parecendo existir uma certa resistência à mudança.

Deste modo, a nível residencial as prioridades para Paúl (2005a) vão: para a criação de um ambiente amigável, livre de barreiras, onde as atividades de vida diária possam ser realizadas com a máxima eficácia, pelo próprio, ou com ajuda; e para a segurança, quer ao nível do contexto doméstico, prevenindo as quedas e os acidentes, como da comunidade, em termos de um ambiente sem obstáculos, bem sinalizado e sem criminalidade, criando ambientes seguros em que os idosos possam circular e frequentar atividades instrumentais ou lúdicas.

No entender de Hooyman e Kiyack (2011), a maioria dos serviços para os idosos, orientados para o ambiente físico e/ou social, pretende minimizar as exigências ambientais e a necessidade crescente de apoio. As mudanças ambientais físicas e os serviços comunitários reedificam o nível de adaptação do idoso e aliviam a carga do quotidiano, tornando-se essenciais para o bem-estar de algumas pessoas idosas que necessitam de adaptações ambientais ou cuidados ocasionais de cuidadores informais e formais para melhorar a sua autonomia. Muitos idosos só são capazes de envelhecer em casa, devido a intervenções ambientais e individuais (Hooyman & Kiyack, 2011).

Podemos verificar que o *envelhecer em casa* (“aging in place”) é uma questão complexa que pode ser investigada a partir de distintas perspetivas e avaliada por meio de diferentes metodologias, abrangendo medidas qualitativas e quantitativas, assim como, mediante abordagens mistas (Fange et al., 2012). Apresentamos de seguida alguns estudos realizados no âmbito desta temática.

2.1.1. Investigação no domínio

Vasunilashorn, Steinman, Liebig e Pynoos (2012), com o intuito de analisar a produção científica sobre o modo como o conceito de “aging in place” mudou ao longo do tempo, analisam artigos publicados entre 1980 e 2010, mais especificamente, 11 revistas académicas de Gerontologia. Deste modo, os autores documentam a crescente atenção dada ao “aging in place” pela investigação gerontológica ao longo dos últimos 30

anos e o incremento de uma variedade de temas relacionados com o conceito, que vão desde a habitação e ambiente, até à saúde e tecnologia. Para os autores a relevância do tema tem aumentado ao longo do tempo devido sobretudo à vontade dos idosos para se manterem independentes, e ao crescente apoio não-institucional. Uma maior atenção dos gerontólogos para este assunto, pode influenciar as decisões políticas sobre as estratégias e barreiras ao “aging in place”.

Fange e colaboradores (2012) apresentam, de forma sumária, alguns estudos que ilustram alguns aspetos do intercâmbio socio-físico entre pessoa e ambiente ao longo da vida, contribuindo para o debate em curso no campo da Gerontologia Ambiental. Assim, por exemplo, os autores fazem referência aos estudos de Yen, Shim, Martinez e Barker (2012) e de Burns, Lavoie e Rosa (2012), cujos resultados revelaram que os idosos que permanecem na mesma comunidade podem experimentar sentimentos de estranheza, exclusão social, exclusão económica e insegurança, devido aos escassos vínculos sociais positivos e ao fenómeno de “gentrification” (isto é, o processo de transformação do espaço urbano, com vista à sua melhoria e consequente valorização imobiliária, e à retirada de moradores tradicionais dos espaços urbanos, que geralmente pertencem a classes sociais menos favorecidas). Os resultados revelaram ainda que os idosos apresentam um forte impulso para permanecerem ativos, terem interações sociais significativas com os outros e contribuem para a sociedade, mas que o ficar ativo e ligado à sociedade é dificultado pelas consideráveis barreiras estruturais, como o acesso aos serviços de transporte e outros serviços na comunidade.

Fange e colaboradores (2012) abordam também outro assunto de interesse científico recente, o caso de idosos com “hoarding behaviour”, ou seja, idosos que adquirem ou recolhem ilimitadamente bens ou objetos e/ou que são incapazes de deitar fora os objetos ou bens mesmo quando são desnecessários ou perigosos. Este comportamento, investigado por Whitfield, Daniels, Flesaker e Simmons (2012, como citado em Fange et al., 2012), ao representar um risco para a segurança dos outros inquilinos e da própria habitação, pode conduzir ao despejo dos idosos das suas casas. Este grupo de pessoas pode ser marginalizado e experimentar um rápido declínio a nível da saúde e bem-estar.

Uma das muitas abordagens de intervenção, defendida por Fange e colaboradores (2012), consiste em proporcionar visitas domiciliares de carácter preventivo a pessoas idosas que vivem na comunidade, sobretudo para pessoas acima de uma certa idade, para que as pessoas possam envelhecer nas suas próprias casas no fim das suas vidas. Desta forma, são identificados os riscos existentes ou potenciais para a saúde, atividade e participação, intervindo antes que os problemas ocorram. Este tipo de intervenção já é obrigatório em alguns países. Com o aumento da população idosa aumenta drasticamente o número de pessoas com quadros demenciais “no lugar”, trazendo desafios para os próprios idosos, para os familiares mais próximos e para a sociedade.

Embora as pessoas com deficiência ou demência tenham pouca escolha senão ir para uma instituição, Morley (2012) defende que estas podem e conseguem viver em comunidade. Para o autor, o espectro de cuidados a longo prazo inclui a compreensão dos recursos necessários para permitir que as pessoas idosas envelheçam em casa ou escolham viver em instituições, diferentes de lares, evitando uma maior detioração da saúde.

Os fatores ambientais têm um impacto significativo na vida dos idosos em geral, mas este é bem maior em pessoas com demência (Beard, Sakhtah, Imse, & Galvin, 2012). A importância do ambiente físico e social para assegurar os cuidados adequados a pessoas com demência tem sido uma área de interesse crescente. A evocação de memórias, acontecimentos, emoções e experiências associadas aos locais podem ajudar os idosos com demência a “redescobrirem-se”, mesmo quando as capacidades cognitivas e comunicativas diminuem. Assim, os membros da família devem recorrer a técnicas, como a “reminiscência” (Beard et al., 2012).

Como referido anteriormente, com o envelhecimento da população, aumenta o número de indivíduos com doenças crónicas, como a doença de Alzheimer. Com o intuito de compreender o impacto da perda de memória nas pessoas que vivem e envelhecem em casa, mais especificamente, como é que os casais lidam com essa situação, Beard e colaboradores (2012) realizaram um estudo qualitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas a 10 casais de idosos ($N = 20$), em que a um dos cônjuges tinha sido diagnosticada demência. Os dados foram analisados qualitativamente, usando o método

indutivo de recolha de dados, amostragem e análise. Os resultados mostram que os dois elementos do casal lidam com a demência e que os cônjuges desempenham um papel essencial, que possibilita às pessoas com perda de memória permanecerem em casa.

Outro estudo diferente, com o intuito de investigarem como os idosos definem o “aging in place”, Wiles, Leibing, Guberman, Reeve e Allen (2012) realizaram 17 “focus groups” e 17 entrevistas a 121 idosos (44 homens e 77 mulheres), com idades compreendidas entre os 56 e os 92 anos, em duas comunidades. Os resultados obtidos sugerem que este conceito é visto pelos próprios como uma vantagem em termos de sentimento de vinculação ao lugar, de segurança e familiaridade em relação à casa e à comunidade. Está também relacionado com um sentido de identidade, através da independência e autonomia, relações sociais e papéis desempenhados nos lugares onde vivem.

De acordo com Houser, Fox-Grage e Gibson (2006 como citado em Fausset et al., 2011) 80% dos idosos vive e pretende envelhecer de forma independente na sua própria casa, contudo os desafios específicos que esta franga da população enfrenta não são inteiramente conhecidos. Os idosos podem enfrentar frustrações diárias e dificuldades nas atividades da vida diária, mas os obstáculos específicos com que os idosos se deparam na manutenção da casa não estão bem documentados. Para os autores, face ao envelhecimento da população, são necessárias mais investigações para se compreender os desafios que os idosos enfrentam no local.

Assim, Fausset e colaboradores (2011) realizam um estudo, onde analisam as tarefas necessárias para a manutenção da casa que são mais difíceis de executar pelos idosos, e as soluções utilizadas na gestão dessas dificuldades. Este estudo contou com uma amostra constituída por 44 participantes (24 mulheres e 20 homens), na faixa etária entre os 66 e os 85 anos, que vivem de forma independente em casa, recrutados da base de dados do *Human Factors and Aging Laboratory's* (26 participantes residentes na área metropolitana de Atlanta) e de “senior centres” locais (18 participantes, entrevistados no local de recrutamento). Para a recolha de dados, foram realizadas entrevistas estruturadas. Os resultados obtidos mostram que 70% dos idosos referem a categoria “limpeza” (que inclui limpar, arrumar, mudar de roupa de cama, lavar a loiça, lavar a

roupa, limpar a banheira, levar o lixo para o exterior e limpeza geral) e “ao ar livre” (que inclui tarefas como cortar a relva, pintar o exterior da casa, limpar os caleiros ou outras atividades não tão específicas, mas no exterior), como as atividades mais difíceis de executar na manutenção da casa. No que respeita às diferenças de género, verificou-se também que os homens executam mais atividades de manutenção no exterior da casa, contrariamente às mulheres, que executam mais atividades no interior. Outra das diferenças encontradas é ao nível do estado civil. Os solteiros mostram mais dificuldades em trabalhos domésticos pesados ou tarefas fisicamente exigentes, comparativamente com os casados, possivelmente por não terem um parceiro com quem possam dividir as tarefas e responsabilidades. Estes resultados demonstram a necessidade que os idosos têm de apoio nas diferentes atividades de manutenção da casa. Relativamente às soluções utilizadas pelos idosos na gestão dessas dificuldades, os resultados evidenciam que a maioria dos idosos refere não executar as tarefas difíceis, mas esta não é a solução ideal. Como já analisado, no decorrer do processo de envelhecimento há uma perda progressiva de capacidades que podem comprometer a autonomia do idoso na manutenção da sua casa e, ao não executarem as tarefas de manutenção da casa podem tornar o ambiente inseguro, ameaçando a capacidade de envelhecer com sucesso no lugar (Fausset et al., 2011). Além disso, os idosos mencionaram que outra das soluções passava pela mudança de casa, de forma a reduzir a carga de trabalho, mas, na opinião dos autores, esta também não será uma boa opção se o idoso quiser permanecer na sua casa atual. Para Fausset e colaboradores (2011), um aspeto central do envelhecimento bem-sucedido é a pessoa manter-se independente e, para pessoas com 65 ou mais anos, uma forma de manter essa independência é envelhecer em casa. A compreensão dos desafios específicos que os idosos enfrentam na manutenção das suas casas pode orientar futuras intervenções que apoiem o *envelhecer em casa* (“aging in place”).

Tang e Lee (2010) analisam a relação entre a utilização dos serviços domiciliários e de base comunitária e a necessidade de serviços percebida para *envelhecer em casa* (“aging in place”). A respetiva amostra é constituída por idosos que vivem na comunidade ($N = 2001$). Os resultados sugerem que os utilizadores de “adult day programs”, “housekeeping”, “senior lunch”, “helpline”, ou de “personal assistance services”

mostravam-se mais propensos a indicar precisar de ajuda regular para continuarem a viver autonomamente em casa. Por sua vez e contrariamente ao que acontece com os utilizadores de “home repair servisse”, os utilizadores de “senior centers”, “personal assistance”, ou “visiting nurse services” estavam mais dispostos a apontar a necessidade de mudança devido a problemas de saúde. Os resultados deste estudo e de outros semelhantes podem contribuir para uma melhoria ao nível dos cuidados a longo prazo e dos serviços de apoio, para atender às necessidades atuais e futuras dos idosos que vivem na comunidade.

Muitas comunidades estão a desenvolver iniciativas para responderem às crescentes necessidades dos idosos, por meio da expansão dos serviços existentes. McDonough e Davitt (2011) analisam o modelo de base comunitária *Village*, usado pelas comunidades para ajudar os idosos a envelhecer no local/comunidade. Esta iniciativa conta com uma rede informal de membros da comunidade, que prestam assistência às populações em envelhecimento, dentro de uma comunidade geográfica delimitada. O modelo desempenha assim um papel importante, ao expandir o acesso a recursos críticos dentro das comunidades e a sensibilizar para a necessidade de cuidados de longa duração. É um serviço novo, baseado na comunidade, para idosos que optam por envelhecer em casa.

De acordo Emlet e Mocerri (2012), nos últimos anos, o conceito de “Age-Friendly Communities” tornou-se central no âmbito do *envelhecer em casa* (“aging in place”). No entender destes autores, estas comunidades respondem às necessidades básicas dos indivíduos, otimizam o bem-estar, maximizam a autonomia e promovem o envolvimento cívico. Para os autores, as “Age-Friendly Communities” contribuem para a manutenção das relações sociais dos idosos, enquanto aprofundam as relações existentes. Reconhecem a sabedoria e a experiência dos idosos e encaram os próprios como participantes ativos que contribuem para o bem-estar da comunidade. Embora as relações e a participação social sejam aspetos importantes nestas comunidades, há uma necessidade de reciprocidade entre os adultos mais velhos e a sua comunidade. De acordo com a OMS as “Age-Friendly Communities” promovem o envelhecimento ótimo,

adaptando as suas estruturas e serviços às diferentes necessidades e capacidades dos idosos.

O estudo de Emlet e Mocerri (2012) salienta a importância das relações e vínculos sociais para *envelhecer em casa* (“aging in place”) e para o desenvolvimento das “Age-Friendly Communities”. Este estudo teve como principal objetivo compreender como é que pessoas adultas idealizam uma comunidade que pudesse apoiar o seu próprio envelhecimento no local. Deste modo, desenvolveram um fórum comunitário, usando o formato “World Café”, envolvendo adultos (com idades entre os 40 e os 65 anos) e adultos mais velhos (com 65 ou mais anos) de uma comunidade, numa conversa sobre a importância dos vínculos sociais nas “Age-Friendly Communities”. O método “World Café” envolve a troca de ideias e a partilha de diferentes pontos de vista, num ambiente íntimo, com o intuito de resolver um problema da comunidade ou idealizar um “futuro pretendido”, neste caso, uma “Elder-Friendly Community”, dando ênfase à vinculação social. Da análise qualitativa do fórum, emergiram três temas principais: reciprocidade social, interações significativas, e necessidades/barreiras estruturais. Os resultados deste estudo reforçam a importância das relações sociais na criação e manutenção das “Age-Friendly Communities” para os participantes que desejam envelhecer na comunidade. O estudo sugere a possibilidade de se utilizar mais técnicas de pesquisa não-tradicionais (como o formato “World Café”) para a recolha de dados a nível da comunidade. Este pode ser um método útil para compreender como satisfazer necessidades em *défice* na comunidade.

Para finalizar, é evidente o interesse e esforço dos investigadores e profissionais no âmbito do “aging in place”, mas é necessária mais investigação para compreender os desafios enfrentados pelos idosos no local. Estudos sobre esta temática têm o potencial de influenciar o debate na sociedade, no que diz respeito a questões de envelhecimento no mundo e de dar a conhecer as medidas necessárias para apoiar o *envelhecer em casa* (“aging in place”). Caberá aos decisores políticos, a nível local e nacional, e aos profissionais da área da Gerontologia cooperarem, com o intuito de transferirem o conhecimento proveniente da investigação para a prática, de forma a contribuírem para um envelhecimento bem-sucedido e ativo no lugar (avaliar para intervir).

2.2. Envelhecimento bem-sucedido e ativo

Durante as últimas décadas do século XX, inicia-se um *novo paradigma* ou *revolução* no campo da investigação sobre o envelhecimento e na ciência gerontológica: uma visão positiva do processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009). Fries e Crapo (1981), Fries (1989), Rowe e Kahn (1987) ou Baltes e Baltes (1990) são alguns autores, de diferentes disciplinas gerontológicas, mencionados pela autora como pioneiros neste novo paradigma.

Como refere Fernández-Ballesteros (2009), esta nova visão positiva adotou diversas denominações: envelhecimento *saudável* (WHO, 1990), *bem-sucedido* (Rowe & Khan, 1987; Baltes & Baltes, 1990), *ótimo* (Palmore, 1995), *vital* (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986), *produtivo* (Butler & Gleason, 1985), *ativo* (WHO, 2002) ou *positivo* (Gergen & Gergen, 2001); aparece igualmente associado a termos muito amplos como *envelhecer bem* (Fries, 1989) ou *boa vida* (Bearon, 1996). Porém, a autora salienta que existe alguma confusão entre envelhecimento positivo e outros conceitos (também positivos), como *bem-estar*, *satisfação com a vida* ou *qualidade de vida*. O envelhecimento bem-sucedido, por exemplo, é um conceito multidimensional e, por isso, não deverá reduzir-se a nenhum dos seus componentes, tais como a satisfação com a vida, a saúde, entre outros.

Por uma questão de opção teórica e metodológica, no presente texto, opta-se por uma abordagem ao *envelhecimento bem-sucedido* (“successful aging”), quando nos referimos ao campo da saúde liderado por Rowe e Khan (1998) e das ciências do comportamento liderado por Baltes e Baltes (1990) e ao *envelhecimento ativo* (“active aging”), no campo das políticas de saúde e sociais, liderado pela OMS (WHO, 2002).

De acordo com Baltes e Baltes (1990), o conceito de envelhecimento bem-sucedido não é novo, mas só foi promovido recentemente como um tema orientador na investigação gerontológica e como um desafio para a conceção da política social. Este tema recebeu muita atenção, não só pelo carácter do próprio termo, como pela importância das questões do envelhecimento no mundo moderno.

A discussão acerca desta temática converge com a procura de fatores e condições que ajudam a compreender o potencial de envelhecimento e a identificar formas de

modificar a natureza do envelhecimento humano (Baltes & Baltes, 1990). Para os autores, o envelhecimento e o sucesso parecem representar uma contradição: o envelhecimento evoca uma imagem de perda, declínio e morte aproximada e o sucesso denota ganhos e um saldo positivo. Assim, a associação do envelhecimento com o sucesso, contradiz esta *imagem* do envelhecimento.

No entender de Triadó e Villar (2006), o conceito de envelhecimento bem-sucedido emerge do reconhecimento do potencial dos idosos e da distinção entre dois tipos de envelhecimento: normal e patológico. O envelhecimento normal caracteriza-se pela ausência de doença e de dependência no decorrer do processo, embora haja esse risco. Por sua vez, o envelhecimento patológico refere-se ao processo de envelhecimento marcado pela doença, muitas vezes crônica, e dependência. Todavia, no envelhecimento normal, os níveis de funcionamento físico e psicológico, assim como, a atividade social, podem manter-se em níveis elevados e inclusive, podem melhorar. Consecutivamente é considerado um terceiro tipo de envelhecimento: o envelhecimento ótimo, que contradiz os estereótipos tradicionais associados aos idosos e à velhice. Para Triadó e Villar (2006), o estudo do envelhecimento bem-sucedido ou ótimo evidencia modos saudáveis de envelhecer, ao alcance da maioria das pessoas, assim como, possibilita conhecer quais são os fatores que determinam este êxito e que evitam que a pessoa decline prematuramente para um envelhecimento patológico.

Esta distinção entre envelhecimento normal e patológico é feita por Rowe e Khan (1998). Para os autores, a maioria das pessoas quando questionada acerca da distinção entre envelhecimento bem e mal sucedido, pensam imediatamente na diferença entre doença e saúde. Mas, para os autores, apesar de ser um bom começo, não deixa de ser apenas um começo. A ausência de doença e incapacidade é certamente um aspecto importante para o envelhecimento bem-sucedido, mas não suficiente e, como veremos mais à frente, a definição de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Khan (1998) tem isso em conta.

Neste âmbito e numa perspectiva psicológica, no entender de Triadó e Villar (2006) se o envelhecimento pode ser bem-sucedido, uma das primeiras questões a serem clarificadas consiste em saber quais são os critérios ou indicadores que utilizamos para

rotular como *satisfatórios* certos modos de envelhecer. Para os autores, o conhecimento dos mesmos permitirá avançar na definição deste conceito e ajudará a diferenciar estes *modos melhores* de envelhecer, de forma a serem potenciados e promovidos.

Dada a importância desta questão, são propostos, por vários autores, diferentes critérios que caracterizam o envelhecimento bem-sucedido (Triadó & Villar, 2006). Assim, de acordo com os autores, tem-se recorrido a critérios de dois tipos: (1) critérios objetivos, relativos a características claramente medíveis, que comparam as pessoas numa escala de desempenho ou de funcionalidade (por exemplo, a maioria dos indicadores de saúde física, de estado cognitivo ou de atividades que a pessoa é capaz de realizar) e (2) critérios subjetivos, que implicam a opinião e os valores da própria pessoa, incluindo dimensões de tipo qualitativo relativos a aspetos emocionais ou aspetos tal como são experimentados (por exemplo, a felicidade, a satisfação com a vida ou o sentimento de controlo pessoal).

Nos últimos vinte anos do século XX, um dos contributos centrais para a afirmação deste conceito resultou do *Estudo da Fundação MacArthur*, levado a cabo, em 1984, nos EUA pela Fundação MacArthur, cujos resultados são sintetizados na obra *Successful Aging* de Rowe e Kahn (1998). Como mencionado por Fonseca (2005), este estudo teve uma grande repercussão, quer na imprensa e opinião pública norte-americana, como na comunidade científica da especialidade e serviu de inspiração a muitos outros e à difusão de um número cada vez maior de artigos sobre o assunto, ao substituir a visão negativa do envelhecimento, centrada em aspetos relacionados com doenças, incapacidades e declínio geral, por uma abordagem que encara o envelhecimento numa perspetiva global, valorizando os seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais. De acordo com o autor, o estudo preconiza uma conceção de envelhecimento bem-sucedido apoiada nos vários fatores que possibilitam aos indivíduos continuarem a funcionar física, mental e socialmente de forma eficaz, na velhice. Esta abordagem interdisciplinar do processo de envelhecimento, uma das primeiras no campo da gerontologia, permitiu uma compreensão positiva do funcionamento humano da velhice (Fonseca, 2005).

Assim, Rowe e Kahn (1998) definem o envelhecimento bem-sucedido utilizando critérios de tipo objetivo. Para os autores o envelhecimento bem-sucedido é o resultado

da confluência de três comportamentos, condições ou características principais: (1) baixo risco de doença e incapacidade; (2) funcionamento físico e mental elevado; e, por fim, (3) envolvimento/compromisso ativo com a vida. Cada um dos três comportamentos, condições ou características principais é importante, mas só a combinação destes é capaz de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido.

Os autores salientam ainda uma hierarquia entre os três componentes de envelhecimento bem-sucedido: a ausência de doença e incapacidade facilita a manutenção do funcionamento físico e mental que, por sua vez, ajuda (mas não garante) o envolvimento ativo com a vida. A combinação dos três componentes representa o conceito mais completo de envelhecimento bem-sucedido.

Porém, a definição de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn recebeu também numerosas críticas, sobretudo por não serem consideradas as condições externas (Fernández-Ballesteros, 2009). McLaughlin, Connell, Heeringa, Li e Roberts (2010), referem também que são poucos os idosos que satisfazem todos os critérios de envelhecimento bem-sucedido propostos por Rowe e Kahn, o que sugere a necessidade de se modificar este conceito, se este é para ser usado para fins gerais de saúde pública.

Triadó e Villar (2006) chamam a atenção para outros autores que definem o envelhecimento bem-sucedido utilizando critérios subjetivos, relativos à opinião e aos valores da própria pessoa e ao significado que a mesma atribui ao estado em que se encontra. A presença de altos níveis de bem-estar é um dos critérios mais apontados na definição de envelhecimento bem-sucedido (Triadó & Villar, 2006). De acordo com os autores, este bem-estar está associado quer a uma experiência subjetiva de felicidade ou satisfação, com sentimentos de descontração, de ausência de problemas e de presença de sensações positivas, como ao processo e concretização dos valores que fazem as pessoas sentirem-se vivas e genuínas, que as fazem crescer como pessoas, com os desafios e com o esforço para os superar e alcançar objetivos valiosos que dão sentido à vida.

No entender de Baltes e Baltes (1990) é difícil alcançar-se um consenso sobre a definição de sucesso e a procura por indicadores de envelhecimento bem-sucedido é uma

tarefa complexa. Para tal, um primeiro passo para se identificar uma definição abrangente de envelhecimento bem-sucedido é pensar em termos de *múltiplos critérios*.

Assim, outro modo de encarar o envelhecimento bem-sucedido, é tomar como referência os trabalhos de Baltes e colaboradores (e.g. 1990, 1997). Para Baltes e Baltes (1990) o envelhecimento bem-sucedido exige a consideração de múltiplos critérios, entre os quais: a duração da vida, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia cognitiva, a competência social e produtividade, o controlo pessoal e a satisfação com a vida. Porém, os autores chamam a atenção para o facto de não haver um consenso quanto à inter-relação e/ou importância relativa de cada um dos critérios anteriormente enunciados.

De acordo com Baltes e Baltes (1990), na investigação procedente da ciência psicológica e social, predominam os critérios subjetivos como: medidas de satisfação com a vida, autoconceito e autoestima e, mais recentemente, medidas de controlo pessoal ou percebido. Mas, do ponto de vista psicológico, quer os critérios objetivos como os subjetivos são necessários na definição do envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990). Esta ideia terá conduzido ao reconhecimento, por parte dos investigadores, de que o envelhecimento bem-sucedido é um conceito cujo estudo necessita de uma abordagem que integre simultaneamente critérios objetivos e subjetivos (Triadó & Villar, 2006).

Baltes e Baltes (1990) salientam ainda que é essencial considerar o contexto cultural (com características e exigências ecológicas particulares) onde os indicadores subjetivos e objetivos se incluem. Tal como referido por Paúl (1996, como citado em Fonseca, 2005) o conceito de envelhecimento bem-sucedido só faz sentido numa perspetiva ecológica, considerando o contexto sociocultural do indivíduo, ponderando a dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas e dando o devido relevo ao sentir subjetivo do próprio, completamente idiossincrático, que se compreende à luz da construção da sua história de vida. O conceito de envelhecimento bem-sucedido surge para definir um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, assim como, a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente (Fonseca, 2005).

Nesta linha, Triadó e Villar (2006) chamam a atenção para o processo de adaptação das pessoas, que lhes permite ajustarem-se aos ambientes dinâmicos e minimizar as consequências das perdas ou limitações próprias da idade.

Para Fonseca (2005), o envelhecimento bem-sucedido incorpora essencialmente dois processos relacionados entre si: (1) capacidade global de adaptação às condições e perdas habitualmente específicas da velhice, através de uma procura individual de resultados e objetivos significativos para o próprio, mesmo quando já é notório um declínio de possibilidades e de oportunidades e (2) escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objetivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos anos de vida.

Neste contexto, na década de 80, Baltes começou a desenhar um modelo sob a designação de *Otimização Seletiva com Compensação*, que descreve o processo geral de adaptação, em que os indivíduos se envolvem ao longo da vida.

De acordo com Baltes (1997) a arquitetura biológica e cultural do desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida torna-se cada vez mais incompleta com a idade, isto porque com a idade (1) a plasticidade biológica diminui, (2) a necessidade de cultura aumenta e (3) a eficácia da cultura diminui. Assim, são ilustrados dois exemplos das implicações da arquitetura do ciclo de vida: (1) a teoria desenvolvimental que envolve a orquestração de três processos, nomeadamente, a seleção, a otimização e a compensação (SOC) e (2) a tarefa de completar o ciclo de vida, no sentido de se alcançar um equilíbrio positivo entre ganhos e perdas para todos os níveis etários.

Para Baltes (1997), no início da idade adulta tardia e na velhice, as perdas superam os ganhos, e com a idade o equilíbrio torna-se menos positivo. Deste modo, o desenvolvimento bem-sucedido é compreendido como a maximização dos ganhos e a minimização das perdas. Fonseca (2004) salienta que a consideração da existência de "ganhos" e "perdas" desenvolvimentais emerge a partir de conceitos como multidireccionalidade, multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade, em todas as fases do curso de vida.

Sendo o ser humano simultaneamente produto da biologia e da cultura, é através da última que os indivíduos tendem a adaptar-se mais eficazmente ao meio social

envolvente, compensando e superando as fragilidades e os desajustes de tipo biológico que se vão acentuando com o avanço da idade (Fonseca, 2004). Para o autor, o papel da cultura tende a aumentar como variável reguladora do funcionamento psicológico e social do indivíduo, enquanto o papel da biologia diminui ao longo do ciclo de vida. Contudo, a eficácia do papel da cultura, enquanto mecanismo facilitador de adaptação, tende a diminuir e a acompanhar a perda de plasticidade adaptativa sob o ponto de vista biológico, numa fase avançada da vida, levando a afirmar-se que a estrutura ontogenética do desenvolvimento individual revela uma arquitetura inacabada.

Este esquema triangular da "arquitetura bio-cultural do ciclo de vida" é um quadro conceptual dinâmico que permite compreender que o desenvolvimento humano pode ser incrementado e otimizado, tendo sempre em consideração a tendência crescente de vulnerabilidade e limitação com a idade (Baltes & Smith, 2003; Fonseca, 2004).

Segundo Baltes (1997) existem três funções gerais ou resultados de desenvolvimento: a função de crescimento, a função de manutenção, incluindo a recuperação (resiliência) e a função de regulação da perda. Estas três funções e os seus resultados associados representam o conjunto sistémico de desenvolvimento individual. Deste modo, na infância a função principal é direccionada para o crescimento, durante a idade adulta a alocação predominante é para a manutenção e recuperação (resiliência) e, na velhice, mais e mais recursos são direccionados para a regulamentação ou manuseamento da perda.

Partindo dos pressupostos apresentados, e tendo em conta o desequilíbrio entre perdas e ganhos no envelhecimento, Baltes (1997), como referido, estabelece uma metateoria de otimização seletiva com compensação (SOC), como a chave para um envelhecimento bem-sucedido. Assim, o modelo de otimização seletiva com compensação (modelo SOC) descreve o processo geral de adaptação, em que os indivíduos se envolvem ao longo da vida, particularmente importante na velhice, devido às perdas biopsicossociais. Deste modo, a *seleção* envolve direcionalidade, metas e resultados, a *otimização* envolve *meios associados aos objetivos* para alcançar o sucesso (resultados desejados) e a *compensação* denota uma resposta à perda de meios (recursos), utilizados para manter o sucesso ou níveis desejados de funcionamento

(resultados). Contudo, a presente definição pode levar ao leitor a crer que estes processos são intencionais e conscientes, o que não é verdade. Cada um desses elementos ou componentes podem ser ativos ou passivos, internos ou externos, conscientes ou inconscientes.

Face ao exposto, são realizados trabalhos usando o campo do envelhecimento como um campo de teste. Contudo, a orquestração da seleção, otimização e compensação não é exclusiva de um período do desenvolvimento humano, mas sim de todo o ciclo de vida. Para Baltes (1997), o modelo SOC, é inerentemente sistémico e funcionalista e, enquanto modelo meta-teórico, é visto como universal (qualquer processo de desenvolvimento humano deve envolver a orquestração da seleção, otimização e compensação) e relativista (os processos de SOC são específicos para cada pessoa e dependem do contexto sócio-cultural, podendo ser implementados de formas diferentes e por diferentes meios).

O envelhecimento ativo, no campo das políticas de saúde e sociais, é entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002). De acordo com a mesma fonte, este processo permite às pessoas perceber o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, assim como, participar da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo que propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. O mesmo está dependente de uma série de determinantes ambientais, económicos, sociais e pessoais (biológicos, psicológicos e sociais) (Fernández-Ballesteros, 2009).

Esta abordagem considera três aspetos: (1) o ciclo da vida necessário para manter um funcionamento ótimo; (2) um modelo teórico acerca dos determinantes do envelhecimento ativo; e, por fim, (3) a resposta política necessária, exigida pelo desafio de um mundo em processo de envelhecimento progressivo (Fernández-Ballesteros, 2009). Para a autora, esta perspetiva reconhece ainda que os indivíduos ao longo da vida possuem uma grande plasticidade e que as intervenções realizadas nos contextos sociopolíticos criam ambientes optimizadores do funcionamento positivo ao longo do ciclo de vida.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), a definição processual da OMS está em conformidade com a teoria da *Proatividade Preventiva e Corretiva* (“Preventive and Corrective Proactivity, PCP”) de Kahana e Kahana (1996, 2003), segundo a qual o envelhecimento é um processo de adaptação em que atuam mecanismos preventivos e corretivos que podem ser facilitados pelos recursos internos do indivíduo e externos sociais, económicos, etc., e cujo resultado é o bem-estar do indivíduo. Esta proposta teórica também é compatível com os três mecanismos (seleção, otimização e compensação) propostos por Baltes e Baltes (1990), que são estratégias proactivas que atuam ao longo do ciclo de vida com o intuito de alcançar o nível ótimo de funcionamento, ou seja, um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Para finalizar, tal como refere Baltes (1997), o desafio mais premente do próximo século consiste na procura de 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 equilíbrio positivo entre ganhos e perdas) se estenda aos períodos posteriores da vida. Para o autor, embora a otimização do desenvolvimento humano seja cada vez mais difícil em idade avançada, não é impossível alcançar-se um saldo positivo de ganhos e perdas para todas as idades da vida, onde a dignidade humana prevaleça. Para este efeito, torna-se importante a colaboração de diversos profissionais de diferentes áreas envolvidas em corrigir a *arquitetura incompleta do tempo de vida*.

Vejamos agora alguns estudos que nos últimos anos têm refletido sobre esta temática.

2.2.2. Investigação no domínio

Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) estudaram a definição de envelhecimento saudável numa amostra de idosos de uma comunidade, procurando identificar as multidimensões percebidas pelos mesmos. O estudo utilizou uma subamostra de 501 idosos na faixa etária entre os 60 e os 93 anos ($M=72.65$; $dp=8.08$), entrevistados pelo *Estudo dos Processos de Envelhecimento Saudável* (PENSA). Foi realizada uma análise de conteúdo das respostas abertas sobre o envelhecimento saudável. Identificaram-se 29

categorias, sendo as mais citadas: *saúde física* (53%), *saúde social* (46%), *saúde emocional* (37%), *preocupação com alimentação/exercícios* (36%) e *evitar fatores de risco* (19%). Relativamente aos aspetos menos enfatizados pelos idosos na definição de envelhecimento saudável, observam-se os seguintes: *atividades específicas para a terceira idade* (0.4%), *trabalhar ao longo da vida* (0.6%), *envelhecimento visto como patológico* (0.6%) e *aprender com os pais* (0.8%). O estudo confirma os pressupostos de heterogeneidade e multidimensionalidade do processo de envelhecimento, ao observar-se a variabilidade nas definições dos idosos. Os autores sugerem que estudos futuros procurem desenvolver e validar escalas psicométricas que possibilitem a avaliação da opinião do idoso sobre o seu próprio envelhecimento e sobre as várias dimensões relacionadas com o processo de envelhecimento.

Na mesma linha de pensamento, Vasconcelos, Lima e Costa (2007) realizam um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, realizado com 8 participantes, com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos, da *Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás* (Unati-UCG), com o intuito de analisar as suas perceções a respeito do envelhecimento ativo. Os dados foram recolhidos por meio de entrevistas individuais gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo. Os resultados demonstram que apenas uma minoria dos sujeitos entrevistados associa o envelhecimento a uma fase má da vida, pelo aparecimento de doenças e outras limitações. A maioria, mesmo apresentando dificuldades, encara-o de forma bastante positiva, acreditando que é possível envelhecer ativamente. Alguns participantes encaram o envelhecimento como um processo natural e não se incomodam com a ocorrência de mudanças físicas. Os resultados também indicaram a importância da Unati no desenvolvimento de práticas sociais que possibilitem aos idosos exercerem o seu papel de cidadãos.

Reichstadt, Sengupta, Depp, Palinkas e Jeste (2010), realizaram um outro estudo de natureza qualitativa com o objetivo de obterem as opiniões pessoais dos idosos sobre o que constitui o envelhecimento bem-sucedido, assim como, as atividades e intervenções necessárias para tal. Assim, foram realizadas entrevistas qualitativas a 22 pessoas, com mais de 60 anos, residentes na comunidade. Os resultados mostram que o

envelhecimento bem-sucedido é encarado, por um lado, como um equilíbrio entre a autoaceitação e o autocontentamento, e, por outro, entre o envolvimento/compromisso com a vida e o autocrescimento, numa fase avançada da vida. Esta perspetiva suporta a ideia que a sabedoria contribui para o envelhecimento bem-sucedido. Os resultados evidenciam ainda que as intervenções para melhorar o processo de envelhecimento bem-sucedido devem promover o envolvimento produtivo e social, com estratégias de *coping* eficazes.

Iwamasa e Iwasaki (2011) estudaram também o conceito de envelhecimento bem-sucedido por meio de *focus groups*, entrevistando 77 idosos. Os resultados mostram que o envelhecimento bem-sucedido é considerado pelos participantes como o funcionamento ótimo nas seguintes áreas: saúde física, saúde psicológica, funcionamento cognitivo, socialização, espiritualidade e segurança financeira. O modelo de envelhecimento bem-sucedido concebido neste estudo parece ser mais abrangente que os modelos existentes e incorpora experiências socioculturais.

Ribeiro, Neri, Cupertino e Yassuda (2009) analisam a relação entre variáveis sociodemográficas, de saúde e participação em atividades físicas e ocupacionais. O presente estudo, de natureza quantitativa, contou com uma amostra constituída por 155 idosos (60 anos ou mais) entrevistados pelo Estudo PENSA, na comunidade de Juiz de Fora/MG, dos quais 28% eram homens e 72% eram mulheres, com idades entre os 60 e os 103 anos ($M=72.4$ $dp=8.3$). Os resultados mostram um perfil diferente de estilo de vida ativo quando comparados os géneros. Observa-se assim que os homens participam mais em atividades físicas e as mulheres em atividades ocupacionais, como tarefas de casa e voluntariado. Os resultados indicam também uma associação significativa entre escolaridade, rendimento e estado de saúde auto relatada e a frequência de realização de atividades. Deste modo, uma maior realização de atividades ocupacionais esteve associada a mais escolaridade, rendimento familiar e capacidade funcional. A relação entre atividade e idade foi ténue, pois somente se detetou menor realização de atividades instrumentais em pessoas acima de 80 anos. É sugerido pelos autores que futuras investigações deem continuidade ao levantamento do estilo de vida dos idosos residentes na comunidade e que avancem a investigação sobre o conceito de

envelhecimento ativo e as suas implicações no bem-estar físico e psicológico dessa população.

Parslow, Lewis e Nay (2011), num estudo transversal, utilizando uma amostra ($N = 2\,286$) constituída por pessoas na faixa etária entre os 61 e os 65 anos, tentaram desenvolver um modelo estatístico multidimensional que pudesse avaliar a contribuição das, e as inter-relações entre, medidas capazes de contribuir para o envelhecimento bem-sucedido. Os resultados mostram que a saúde física e mental e o apoio social contribuem significativamente e de forma independente para o envelhecimento bem-sucedido. Comportamentos saudáveis, exercício físico e não fumar, contribuem também para o envelhecimento bem-sucedido e para a saúde física em geral. Salientam ainda que a doença crónica não é necessariamente uma barreira ao envelhecimento bem-sucedido.

O estudo efetuado por Hsu (2011), ao analisar o risco de incidência de doenças crónicas e acontecimentos de vida no envelhecimento bem-sucedido, demonstra que o funcionamento físico, os sintomas depressivos, o funcionamento cognitivo, o apoio emocional, a participação em atividades produtivas e a satisfação com a vida são os indicadores de envelhecimento bem-sucedido. Mostra ainda que os indicadores stressores incluem: os acontecimentos de vida e a morbilidade. A perda de um filho aumenta o risco para a saúde física, saúde psicológica e satisfação com a vida. A condição de viuvez recente está relacionada com sintomas depressivos e a condição de divorciado recente aumenta o risco de suporte social pobre. A morbilidade aumenta o risco para um envelhecimento bem-sucedido. A saúde emocional dos idosos deve ser cuidadosamente monitorizada no início dos acontecimentos da vida e da incidência de doenças crónicas.

Num outro estudo, realizado por Brandt, Deindl e Hank (2012), o envelhecimento é avaliado de acordo com a conceptualização de Rowe e Kahn. É estudado o papel das condições da infância e da desigualdade social no envelhecimento bem-sucedido de idosos europeus, verificando os fatores de risco numa fase avançada da vida. A amostra é composta por 22 464 pessoas, representativas da população não-institucionalizada, com 50 ou mais anos de idade, da *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) e do Projeto SHARELIFE. De acordo com os autores, condições desfavoráveis na infância influenciam negativamente a probabilidade dos idosos europeus envelhecerem bem.

Além disso, níveis mais baixos de desigualdade social foram associados a uma maior probabilidade de alcançar os critérios de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn. Por conseguinte, as intervenções políticas devem, portanto, ter por objetivo melhorar as condições para um envelhecimento bem-sucedido, ao longo de toda a vida.

Jopp e Smith (2006) investigam o impacto dos recursos pessoais e das estratégias do modelo SOC sobre o bem-estar, numa população de idosos com idades compreendidas entre os 71 e os 91 anos ($N = 156$). Os resultados mostram que os recursos pessoais são fatores importantes para o bem-estar dos idosos e que as estratégias de otimização seletiva com compensação (SOC) têm um efeito considerável de proteção, mas com recursos limitados. Outro estudo, de Donnellan, Hevey, Hickey e O'Neill (2012), mostra ainda que o processo de adaptação às consequências físicas e psicossociais após AVC é um grande desafio para muitos idosos. A utilização de estratégias de SOC pode ser usada para a regulamentação da perda em pacientes com AVC.

Apesar do envelhecimento bem-sucedido ser importante numa sociedade em envelhecimento, para Harris (2008), perante um quadro demencial associado ao envelhecimento, a atenção deve focalizar-se noutro conceito desvalorizado e não muito explorado no envelhecimento, a resiliência. Este autor discute o conceito de resiliência e afirma que desenvolver a resiliência é possível em idosos, independentemente das origens sociais e culturais, ou deficiências físicas e cognitivas, ao contrário do envelhecimento bem-sucedido.

A investigação sobre o envelhecimento bem-sucedido permite-nos, hoje, compreender melhor os caminhos para se alcançar um envelhecimento bem-sucedido e garantir que os parceiros sociais (através dos seus programas) desenhem e implementem políticas com base nessas descobertas científicas (Fernández-Ballesteros, 2009). Mas, como referido anteriormente, antes de intervir é preciso avaliar.

3. Avaliação multidimensional do envelhecimento

Historicamente, a origem da avaliação multidimensional, reporta-se aos anos trinta, quando a médica Marjory Warren, após ter testado o método *West Middlesex County Hospital*, em Londres, recomendou que todos os idosos fossem submetidos a uma ampla avaliação do seu estado de saúde, que incluísse dados sociais, funcionais e testes psicométricos (Veríssimo, 2006).

De acordo com Cantera (2004) a metodologia de trabalho usada no mundo da geriatria é um dos aspetos de particular interesse para a gerontologia.

Segundo Veríssimo (2006), perante o aumento crescente de idosos em todo o Mundo, torna-se necessário dispersar uma atenção especial e global à população idosa.

Sendo o envelhecimento um processo multidimensional, a avaliação do idoso também deverá ser multidimensional, onde sejam consideradas e integradas as condições biopsicossociais. Tal como afirma o autor, as soluções para os problemas dos idosos têm quase sempre um carácter multidisciplinar e interdisciplinar, envolvendo profissionais de diversas áreas. Assim, como refere Veríssimo (2006) é “necessário utilizar metodologias, estratégias e instrumentos que só um trabalho em equipa pode recolher e decodificar, no sentido de encontrar a solução mais adequada a cada caso” (p. 490).

No entender do autor, perante os diversos problemas e limitações, de natureza biológica, psicológica e social, específicos deste grupo populacional, foi necessária uma abordagem alargada e soluções específicas para os idosos, passando-se a admitir que o estado de saúde é muito mais que a ausência de doença e que tão ou mais importante que o tratamento desta é a melhoria da qualidade de vida do idoso. Para Veríssimo (2006) “trata-se, no fundo, de pôr em prática as orientações da Organização Mundial de Saúde, segundo as quais saúde é não só o bem-estar físico, mas também o psíquico e o social” (p. 489).

Assim, face à complexidade dos problemas dos idosos, são necessários “métodos e estratégias que permitem uma avaliação correta e completa, bem como uma visão global do complexo bio-psico-social que é o idoso” (Veríssimo, 2006, p. 489). Este autor define a avaliação multidimensional como o processo de diagnóstico multidisciplinar e, muitas

vezes, interdisciplinar, orientado para detetar problemas de saúde, funcionais e psicossociais do idoso. Ao utilizar instrumentos de natureza diversa, o profissional deverá fazer uma avaliação, o mais completa possível, das áreas onde o idoso é habitualmente deficitário, que determinam o seu comportamento e condicionam a sua autonomia e, consequentemente, a sua qualidade de vida, enquadrando-o na realidade familiar e social em que vive. Deverá ser “um processo de avaliação em que todos os problemas do idoso sejam diagnosticados e analisados com vista à seleção das medidas mais adequadas para a sua resolução” (Veríssimo, 2006, p. 490).

Para Cantera (2004) é importante avaliar todos os défices, mas também todos os atributos importantes, isto é, conhecer as capacidades e incapacidades dos idosos. Só uma avaliação adequada pode contribuir para que o tratamento posterior e/ou a utilização dos recursos sejam não só eficazes, como também eficientes.

Para o autor, importa considerar alguns aspetos, específicos da Gerontologia e Geriatria, a ter em conta na hora de escolher uma escala de avaliação, nomeadamente: a brevidade, a simplicidade, a validade da escala de medida para o que se quer medir e a capacidade da escala medir pequenas mudanças. Porém, Cantera (2004) salienta que as escalas não substituem um diagnóstico clínico, psicológico, etc. São apenas uma ferramenta de inestimável apoio para “hacer las cosas mejor con los mayores” (Cantera, 2004, p.385).

Neste contexto, os protocolos gerontológicos, utilizando instrumentos de natureza variada, avaliam a dimensão biológica, psicológica e social do processo de envelhecimento. Dada a relevância deste assunto para o presente trabalho, apresentam-se alguns aspetos e medidas relativas à avaliação da funcionalidade, funcionamento cognitivo e socio-emocional do idoso, bem como a utilização e necessidade de serviços.

3.1. Avaliação da funcionalidade

A funcionalidade ou capacidade funcional pode ser definida como a autonomia na realização de tarefas de prática frequente e necessárias a todos os indivíduos, tais como

as tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que possibilitam ao idoso viver sozinho em casa (Maddox, 1987, como citado em Botelho, 2005).

De acordo com Rodrigues (2007), ao longo do processo de envelhecimento verifica-se um progressivo declínio funcional, associado a quadros de dependência responsáveis por cuidados específicos. Para este autor, a dependência em si constitui o maior receio dos idosos, sendo, por isso, pertinente a realização de estudos sobre os fatores preditores do alcance das idades mais avançadas com independência funcional, assim como delinear as condições de vida e saúde dos idosos residentes no domicílio.

No entender de Cantera (2004), o ser ou não ser independente é um aspeto importante para o idoso e para a sociedade, condicionando a sua qualidade de vida. Para este autor as escalas de avaliação funcional permitem medir de forma rigorosa se existe ou não dependência e em que grau, para consecutivamente intervir nesse sentido.

De acordo com Veríssimo (2006) a avaliação funcional “consiste na recolha e interpretação de dados que permitem avaliar o nível de capacidade funcional do idoso, entendendo-se por capacidade funcional a capacidade que o idoso apresenta para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD)” (p. 495). Para o autor, a partir desta avaliação podemos: (1) perceber o grau de dependência do idoso; (2) perceber o tipo de cuidados a prestar; (3) conceber a necessidade de apoio domiciliário, internamento em lar ou outro local; (4) monitorizar o tratamento de certas doenças; (5) prever o risco de doenças e das suas complicações; (6) utilizar estratégias preventivas; e (7) adequar o prognóstico das doenças. A comparação ao longo do tempo das avaliações pode permitir também a deteção precoce, e eventual correção, do défice encontrado.

De acordo com Cantera (2004) é consensual a ideia de divisão das funções físicas em diferentes categorias, tais como: *Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)*, *Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)* e *Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD)*.

As ABVD são o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que possibilitam ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda (Sequeira, 2007). Segundo Cantera (2004), a dependência nestas atividades e as suas consequências podem levar à institucionalização. Os instrumentos de avaliação das ABVD

mais utilizados são: o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) e o Índice de Katz (Katz e colaboradores, 1963).

As AIVD são “atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade” (Sequeira 2007, p. 145). Cantera (2004) define-as como as atividades indispensáveis para se poder viver na comunidade e relacionar-se com os outros. Para este último autor são mais completas que as ABVD e podem ficar comprometidas primeiro. O Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa Sequeira, 2007) é um instrumento frequentemente utilizado para avaliar as AIVD. Este é um instrumento simples, fácil de utilizar, rápido e preciso, complementando as escalas das ABVD (Veríssimo, 2006).

As AAVD também podem ser avaliadas no plano multidimensional, uma vez contribuírem significativamente para a qualidade de vida, mas não são indispensáveis para a independência dos idosos (Veríssimo, 2006). De acordo com o autor, avaliam a participação, geralmente voluntária, em atividades mais exigentes como: trabalho, viagens, desporto, acontecimentos culturais, apoio a instituições, etc. Os idosos que não participam nestas atividades não são forçosamente disfuncionais, porém, a avaliação dos que participam pode ter um interesse adicional, nomeadamente pode ser importante como fator de risco para futuras perdas funcionais, sendo necessária a tomada de providências.

3.2. Avaliação do funcionamento cognitivo

Um aspeto importante do envelhecimento refere-se à perda de capacidades cognitivas (Paúl, 2005b). O processo de envelhecimento compreende um conjunto de alterações cognitivas que não têm necessariamente implicações nas atividades diárias de muitos idosos, pois existem fatores que contribuem para a manutenção do funcionamento perante um declínio ligeiro (Park, 1999, como citado em Sequeira, 2007). Contudo, para o autor, se estas alterações, nomeadamente ao nível do processamento da informação e da memória de trabalho, não forem compensadas com outros mecanismos, vão interferir na globalidade das funções do idoso.

A avaliação mental do idoso deverá ser feita por meio de instrumentos simples que permitem, quando praticados periodicamente, detetar deterioração mental em fases iniciais, fazer o diagnóstico diferencial de situações de confusão mental e averiguar efeitos iatrogénicos (Veríssimo, 2006). Para o autor, esta avaliação não deverá ser profunda, pois quando tal é necessário recorre-se a um psiquiatra ou outro profissional especializado na área.

São muitas as escalas existentes para a avaliação mental. A *Avaliação do Estado Mental* (“Mini Mental State Examination” - MMSE) de Folstein (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; versão portuguesa Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009) é a escala mais utilizada em todo o mundo como medida de avaliação do funcionamento cognitivo, de referência nos idosos com demência, possibilitando o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade (Sequeira, 2007).

3.3. Avaliação socio-emocional

De acordo com Cantera (2004), este é o aspeto mais difícil de objetivar e quantificar, devido sobretudo à subjetividade das necessidades e carências, assim como, à grande influência das marcadas diferenças culturais. Esta dimensão está intimamente relacionada com a dimensão física e mental e, por isso, deverá fazer parte da avaliação multidimensional do idoso, para que esta seja completa (Veríssimo, 2006). Dada a diversidade de termos com que esta dimensão do funcionamento humano é tratada, opta-se por usar a designação de Carstensen (1991; Charles & Carstensen, 2009) a propósito da sua teoria da seletividade socio-emocional.

No entender de Charles e Carstensen (2009), as relações sociais são fundamentais para a saúde física e mental ao longo da vida, com níveis elevados de suporte social percebido relacionado com menos depressão e níveis elevados de satisfação com a vida. As pessoas idosas experienciam menos emoções negativas na vida quotidiana e relatam relacionamentos mais satisfatórios e maior satisfação com a vida do que as pessoas mais jovens, apesar do tamanho da rede social e do nível de atividade social diminuir com a idade. Ainda de acordo com a mesma fonte, ao longo do tempo, as pessoas passam

menos tempo com pessoas que conhecem casualmente e mais tempo com amigos íntimos e familiares.

De acordo com Ribeiro e colaboradores (2012) o suporte social é um conceito multidimensional relativo aos recursos materiais e psicológicos, aos quais as pessoas têm acesso através das suas redes sociais. Apesar de existirem diversas definições de apoio social, Bowling (1991, 1997, como citado em Ribeiro et al., 2012) define-o como um processo através do qual a pessoa pode obter, a partir da sua rede social, ajuda de carácter emocional, instrumental ou económico.

Para Ribeiro e colaboradores (2012), do ponto de vista operacional,

O suporte ou apoio social pode incluir aspetos objetivos como o número de pessoas, a frequência e intensidade dos contactos estabelecidos, a existência de amigos íntimos e/ou redes sociais mais alargadas, bem como aspetos subjetivos como a perceção que a pessoa tem acerca da adequação e satisfação com a dimensão social da sua vida (p. 218).

No que respeita aos recursos sociais, estes têm um impacto positivo nas várias dimensões referentes ao bem-estar geral, à saúde e desenvolvimento social e económico dos idosos na comunidade (Bouchard, Gilbert, Landry, & Deveau, 2006, como citado em Rodrigues, 2007).

O Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (“Older Americans Resources and Services” – OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa Rodrigues, 2008) é um instrumento utilizado para avaliar, entre muitos aspetos, os recursos sociais.

A avaliação socio-emocional envolve ainda aspetos como: a relação do idoso com o cuidador, a família e o meio em que vive (Veríssimo, 2006). E sendo a família o principal apoio dos idosos e tendo as relações familiares implicações no bem-estar psicológico e qualidade de vida dos mesmos, importa avaliar a satisfação do idoso relativamente ao apoio que lhe é concedido pelos membros da sua família. Para tal, um dos instrumentos muito utilizados é o APGAR da Família (“Family APGAR”; Smilkstein, 1978).

A depressão é outro aspeto a considerar na avaliação socio-emocional. Esta afeta, sobretudo, os idosos com doenças crónicas e disfunções cognitivas, originando

sofrimento, ruturas familiares, diminuição da capacidade de realização das atividades de vida diária, aumento da incapacidade física, agravamento dos efeitos de muitas doenças e aumento da mortalidade (Kivelä & Pahkala, 2001; Alexopoulos, 2005; Cry, 2007, como citado em Rodrigues, 2007).

Em idosos com depressão, o apoio social revela-se um elemento protetor do declínio nas capacidades de realização das atividades de vida diária, uma vez que a interação social promove a atividade física e mental, diminuindo, desta forma, a gravidade dos efeitos depressivos (Hays, Steffens, Flint, Bosworth & George, 2011, como citado em Rodrigues, 2007).

Para este autor, reconhecer a depressão nos idosos exige uma avaliação atenta, pois a maioria dos idosos não se queixa de distúrbios depressivos, ou tristeza, ou falta de interesse em participar em atividades. O afastamento social, sentimento de solidão, diminuição das atividades sociais, ou falta de interesse em fazer coisas que a pessoa habitualmente fazia, deixar de participar em eventos sociais familiares e de amigos, deixar de participar em atividades que outrora lhe eram agradáveis, sentimentos de inutilidade, de culpa excessiva e de se sentir um peso para as pessoas que a rodeiam que a rodeiam, podem ser a indicação de depressão no idoso.

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

3.4. Utilização e necessidade de serviços

A utilização de serviços é um aspeto importante que deve ser considerado, pois tal como refere Rodrigues (2007), face ao envelhecimento da população, com características próprias de maior vulnerabilidade, há uma consequente necessidade de serviços. A utilização de serviços reflete a necessidade percecionada ou sentida pelo idoso em requerer apoio para se manter seguro no seu ambiente (Andersen, 1995; Hubbert, 2001,

como citado em Rodrigues, 2007). Se a necessidade é a razão imediata para a utilização de serviços, esta deve ser compreendida tendo em conta a percepção do idoso, assim como do informante ou cuidador. Desta forma, o conhecimento da utilização dos diversos serviços por parte dos idosos é uma dimensão essencial que reforça a importância da avaliação multidimensional na adequação destes serviços às necessidades dos idosos.

O OARS-PT (Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa Rodrigues, 2008) é um instrumento muito utilizado para avaliar a utilização e necessidade sentida de serviços.

De forma sumária e tal como mencionado por Rodrigues (2007), os idosos, em virtude dos problemas multivariados que habitualmente os afetam, devem ser sistematicamente avaliados numa perspetiva global e multidisciplinar, com o intuito de responder não só aos seus problemas biológicos, mas também aos problemas psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidades e necessidades.

Após termos procedido à revisão da literatura sobre o processo de envelhecimento populacional e individual, bem como as relações entre ambiente e envelhecimento, e tendo defendido a necessidade de uma avaliação multidimensional em Gerontologia Social, vamos agora apresentar os aspetos metodológicos que estão na base do presente estudo empírico.

Neste capítulo definimos as opções metodológicas mais relevantes para proceder à avaliação de capacidades e necessidades das pessoas idosas a residir em casa.

1. Plano de investigação e participantes

Para concretizar os objetivos do presente estudo, foi definido como população alvo pessoas com 65 ou mais anos, residentes em áreas predominantemente urbanas (Esposende e Marinhas) e mediantemente urbanas (Antas, Forjães e Gandra) do Município de Esposende.

O Município de Esposende (anexo I – caracterização do contexto de investigação), constituído por 15 freguesias (Antas, Apúlia, Belinho, Curvos, Esposende, Fão, Fonte Boa, Forjães, Gandra, Gemeses, Mar, Marinhas, Palmeira de Faro, Rio Tinto e Vila Chã), localiza-se no Norte de Portugal, na região do Minho, pertence à NUT III Cávado e ao distrito de Braga. A população total do município de Esposende, de acordo com o Censo 2001, corresponde a 33 325 habitantes (16 020 habitantes do sexo masculino e 17 305 habitantes do sexo feminino), dos quais 4 006 tem idade igual ou superior a 65 anos (1 619 do sexo masculino e 2 387 do sexo feminino). Sendo o segundo município mais pequeno do distrito de Braga, é também aquele que apresenta a maior densidade populacional (349.25 habitantes/km²) de toda a província do Minho.

Tomando como referência o Censo 2001, foi definida uma amostra composta por 5% da população idosa de Antas ($n = 17$), Esposende ($n = 17$), Forjães ($n = 17$), Gandra ($n = 6$) e Marinhas ($n = 30$), estratificada por género e idade, como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1. População residente nas freguesias em estudo, estratificada por género e grupo etário, e respetivo cálculo de 5% da amostra (INE, 2001)

Grupo etário e género		Freguesias					
		Antas	Esposende	Forjães	Gandra	Marinhas	Total
65-79	M	117	110	105	44	203	579
	5%	6	6	5	2	10	29
	F	146	163	146	50	284	789
	5%	7	8	7	3	14	39
	MF	263	273	251	94	487	1368
	5%	13	14	13	5	24	68
80+	M	19	29	26	13	43	130
	5%	1	2	1	1	2	7
	F	55	39	57	19	77	247
	5%	3	2	3	1	4	12
	MF	74	68	83	32	120	377
	5%	4	3	4	2	6	19
Total	M	136	139	131	57	246	709
	5%	7	7	7	3	12	35
	F	201	202	203	69	361	1036
	5%	10	10	10	3	18	52
	MF	337	341	334	126	607	1745
	5%	17	17	17	6	30	87

No que diz respeito às estratégias de amostragem, foram utilizados procedimentos não probabilísticos, usando a técnica “bola de neve”, sendo este um procedimento recomendado para populações específicas. Assim, foram incluídas todas as pessoas que aceitaram participar no estudo, dando o seu consentimento informado, e que cumpriam o requisito de género e idade.

2. Instrumentos de recolha de dados

Com o intuito de avaliar capacidades e necessidades das pessoas idosas que residem em casa, no Município de Esposende, foi utilizado o *Protocolo de Avaliação de*

Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População (ANCEP_GeroSoc; Bastos, Faria, Moreira, & Melo de Carvalho, 2011). Este protocolo foi elaborado por uma equipa de investigação da Escola Superior de Educação de Viana do Castelo e é parte integrante de um projeto de investigação-intervenção de base comunitária – *Envelhecer a Norte*.

O protocolo aborda diversos domínios relevantes para o estudo, nomeadamente: aspetos de caracterização sociodemográfica, funcionalidade, funcionamento cognitivo, aspetos socio-emocionais e utilização e necessidade de serviços. Este protocolo é constituído por uma ficha sociodemográfica e por diversos instrumentos de avaliação, entre os quais: o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) e o Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa Sequeira, 2007) para avaliar as atividades básicas e instrumentais da vida diária (ABVD e AIVD); a escala de Avaliação do Estado Mental (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009) para avaliar o funcionamento cognitivo; a Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; versão portuguesa Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2003) e o APGAR da Família (Smilkstein, 1978; versão em estudo Faria, Moreira, Lamela, & Bastos, 2012) para avaliar os aspetos socio-emocionais; e o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa Rodrigues, 2008) para avaliar os recursos sociais e a utilização e necessidade sentida de serviços.

A ficha sociodemográfica, composta por questões de resposta aberta e fechada, permite caracterizar em termos globais a população em estudo. Esta ficha avalia um conjunto de aspetos de caracterização sociodemográfica (como o género, a idade, o estado civil, entre outros aspetos), assim como características da habitação e do meio envolvente, satisfação com a vida e necessidades sentidas pelos inquiridos para continuarem a viver em casa/comunidade.

O Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) avalia o grau de dependência na realização de dez atividades básicas da vida diária (ABVD), tais como: comer, vestir e despir, tomar banho, fazer a

higiene pessoal, utilizar a casa de banho, controlar os esfíncteres, subir e descer escadas, transferir da cadeira para a cama e deambular. A pontuação da escala, na versão original, varia entre 0 a 100 pontos, de forma inversa ao grau de dependência, de acordo com os seguintes pontos de corte: 90 a 100 pontos - independente; 60 a 90 pontos - ligeiramente dependente; 40 a 55 pontos - moderadamente dependente; 20 a 35 pontos - severamente dependente; menos de 20 pontos - totalmente dependente. Assim, a pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas (Araújo et al., 2007). Este instrumento está desenhado para ser administrado por profissionais em contacto direto com a pessoa e o tempo para a sua realização é curto (Sequeira, 2007). Apesar do uso alargado, por se desconhecer o estudo das propriedades psicométricas em Portugal, Araújo e colaboradores (2007) procedem à sua análise. De acordo com os autores, o estudo das propriedades psicométricas do instrumento mostra que é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0.96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0.66$ e $r = 0.93$, podendo constituir-se uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas.

O Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; versão portuguesa Sequeira, 2007) avalia o grau de dependência, global e parcelar, na realização de oito atividades instrumentais da vida diária (AIVD), tais como: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, usar o telefone, usar os transportes, usar o dinheiro e ser responsável pelos medicamentos. De acordo com Sequeira (2007), cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O índice varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos - independente; 9 a 20 pontos - moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda); mais de 20 pontos - severamente dependente (necessita de muita ajuda). Por se desconhecerem os estudos de validação para a população portuguesa, Sequeira procede à análise de algumas características psicométricas. Assim, de acordo com o autor, a análise de componentes principais, através do método *Varimax*, indica a

existência de apenas um fator que explica 65% da variância total, reforçando o caráter unidimensional deste instrumento. O instrumento revela uma boa consistência interna, avaliada através do coeficiente de *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0.92$).

O MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; versão portuguesa Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009) é um instrumento muito utilizado no rastreio de défice cognitivo. De acordo com Morgado e colaboradores (2009), o MMSE avalia, em termos globais, o funcionamento cognitivo e é um teste de fácil e rápida aplicação. Este teste apresenta 30 questões divididas em seis domínios cognitivos: orientação (temporal e espacial), retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e, por fim, capacidade construtiva. Cada item do teste é pontuado com 0 ou 1 pontos e a cotação global varia entre 0 e 30 pontos, correspondendo este último ao melhor desempenho. Tendo em consideração que a pontuação do MMSE é influenciada por variáveis demográficas (diminuindo com a idade e com a menor escolaridade), os valores de corte para a população portuguesa atual, a partir dos quais se considera com défice cognitivo, são os seguintes: pontuação inferior a 22 para indivíduos analfabetos (com zero anos de escolaridade) a 2 anos de escolaridade; pontuação inferior a 24 para indivíduos com 3 a 6 anos de escolaridade; pontuação inferior a 27 para indivíduos com mais de 7 anos de escolaridade (Morgado et al., 2009). De acordo com os autores, em termos de consistência interna, o instrumento apresenta um valor moderado de *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0.92$). No que respeita à correlação item-total, as subescalas de evocação, atenção e cálculo e linguagem foram as que melhor se correlacionaram com a pontuação total e a subescala de retenção, a que apresentou a menor correlação.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; versão portuguesa Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2003) é muito utilizada e validada como instrumento de diagnóstico de depressão em idosos. A GDS com 15 itens (GDS-15), elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), é uma versão reduzida da escala original (com 30 itens), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esta é uma boa versão para rastreio de estados depressivos em contextos comunitários, ou outros ambientes não-especializados, pois o tempo de administração é inferior (Paradela, Lourenço e Veras, 2005, como citado

em Apóstolo, 2011). De acordo com o autor, esta escala apresenta duas alternativas de resposta (“sim” ou “não”), cotadas de 0 a 1 pontos. Relativamente à cotação, ao responder afirmativamente às questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 e negativamente às questões 1, 5, 7, 11 e 13 é atribuído a cada questão 1 ponto, conforme a forma como o idoso se tem sentido a nível emocional. A cotação global da escala varia entre 0 e 15 pontos, sendo os valores de corte para a população portuguesa atual, os seguintes: sem depressão (valores entre 0 e 5 pontos) e com depressão (mais de 5 pontos). Segundo Apóstolo (2011), a GDS-15 demonstra boa consistência interna, apresentando um coeficiente de *alfa de Cronbach* de 0.83 e correlação item-total corrigido entre 0.21 e 0.61. Como critério de validação concorrente, utilizou-se a “Depression, Anxiety and Stress Scale” (DASS_21), revelando boa consistência interna com correlações do item com a pontuação total da escala, corrigido, entre 0.30 e 0.71 e alfa para o total da escala de 0.92. Verificam-se valores de correlação fortes/moderados oscilando entre 0.69 e 0.59 entre os dois conceitos em análise atestando a validade concorrente da GDS-15 (Apóstolo, 2011).

O APGAR da Família (palavra formada pelas sílabas iniciais dos termos “Adaptation”, “Partnership”, “Growth”, “Affection” e “Resolve”; Smilkstein, 1978; versão em estudo Faria, Moreira, Lamela, & Bastos, 2012) é um instrumento constituído por cinco questões que permitem medir a satisfação do idoso em relação aos cinco componentes mencionados e considerados fundamentais na funcionalidade familiar. Segundo Smilkstein (1978), o primeiro componente, a *adaptação* (“adaptation”), consiste na utilização de recursos intra e extrafamiliares para resolução dos problemas que afetam o equilíbrio da família, durante uma crise. O *companheirismo* (“partnership”) é a partilha da tomada de decisão e das responsabilidades pelos membros da família. O *desenvolvimento/crescimento* (“growth”) compreende a maturidade física e emocional e a autorrealização conseguida pelos membros da família, através do apoio mútuo e orientação. A *afetividade* (“affection”) consiste na existência de relações de carinho ou amor entre os membros da família. Por fim, a *resolução* (“resolve”) reflete o compromisso de disponibilizar tempo a outros membros da família, dando-lhes atenção física e emocional, o que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço. Cada

questão/componente apresenta cinco opções de resposta – “sempre”, “quase sempre”, “algumas vezes”, “raramente” e “nunca” – com pontuação de respetivamente “0”, “1”, “2”, “3” e “4”. A sua cotação global varia entre 0 e 20 pontos. Desconhecem-se os estudos de validação para a população portuguesa.

A metodologia OARS-PT (Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa Rodrigues, 2008) avalia a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida do idoso (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária), assim como a utilização e necessidade sentida de serviços, possibilitando a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões sobre a afetação de recursos e serviços. O instrumento é composto por duas partes, que podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente (Rodrigues, 2008). A parte A (“Multidimensional Functional Assessment Questionnaire”, ou OARS-MFAQ) é constituída por 70 questões dirigidas ao idoso, 10 questões sobre o idoso respondidas por um informante, 14 questões sobre o idoso respondidas pelo entrevistador, 5 escalas de avaliação funcional (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária), com pontuações de incapacidade funcional de 1 a 6, e o somatório das pontuações de incapacidade em cada uma das áreas, resultando na pontuação acumulada de incapacidade (Rodrigues, 2008). De acordo com o autor, a sua aplicação inicia-se com um questionário preliminar, o “Short Portable Mental Status Questionnaire” (SPMSQ), constituído por 10 perguntas que avaliam o défice cognitivo do inquirido. Com mais de quatro erros no SPMSQ, o inquirido não é considerado apto para continuar a responder ao questionário, sendo necessário obter as respostas de um informante qualificado, que deverá responder a todas as questões, exceto as consideradas subjetivas e que questionam sentimentos dos sujeitos (Rodrigues, 2008). A parte B é composta por um conjunto de perguntas que avaliam a utilização de serviços atual, a frequência com que são utilizados e a necessidade sentida. Assim, são avaliados 19 serviços, agrupados em seis categorias: serviços gerais de apoio, serviços sociais e recreativos, serviços de saúde, serviços de apoio económico, serviços de apoio, avaliação e coordenação e serviços não classificados (Fillenbaum, 1988, como citado em Rodrigues, 2008). O OARS foi traduzido e validado recentemente para a Língua Portuguesa (Europa)

por Rodrigues (2008). Relativamente às características psicométricas, a consistência interna (*alfa de Cronbach*) para as cinco escalas de avaliação funcional do instrumento situou-se entre 0.64 e 0.91. Quanto à validade de critério, os valores baixos da correlação de *Pearson* (menor de 0.7) obtidos na correlação com o “Medical Outcomes Study 36-Item Short Form General Health Survey” (MOS SF-36), demonstram a dificuldade em dispor, na avaliação em saúde, de medidas de critério com as quais novos instrumentos possam ser equiparados. No estudo da fiabilidade, avaliada através da replicação da escala aos mesmos indivíduos, os valores da correlação de *Pearson* situaram-se entre 0.859 e 1.000. De acordo com o autor, este instrumento pode desempenhar um importante papel no estudo da população mais idosa, identificando problemas e orientando intervenções comunitárias adequadas a este grupo populacional. Para o autor, a análise dos dados indica que a versão em português é equivalente à original, com resultados do estudo psicométrico idênticos à versão original e a outras versões em línguas latinas.

3. Procedimentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos ao longo do ano letivo 2010/2011, no âmbito do Projeto *Envelhecer a Norte*, associado ao Curso de Educação Social Gerontológica.

O Protocolo ANCEP_GeroSoc (Bastos et al., 2011) foi administrado aos inquiridos presencialmente em casa ou noutros locais previamente combinados com os próprios.

Numa primeira etapa, antes da aplicação propriamente dita do protocolo, foi explicado a todos os participantes os objetivos do estudo e a pertinência do mesmo, assim como as particularidades referentes à recolha de informação. Foi também entregue, juntamente com o protocolo, um consentimento informado, que assegurava a confidencialidade de toda a informação recolhida e o carácter voluntário da participação, que depois de lido e explicado foi assinado pelos participantes.

Numa segunda etapa, foi administrado o Protocolo ANCEP_GeroSoc (Bastos et al., 2011) aos idosos, através de procedimentos de hétéro-administração, tendo em

consideração a baixa escolaridade dos inquiridos e o facto de não estarem familiarizados com estes instrumentos de avaliação. Em média, a administração do protocolo durou cerca de 45 minutos.

4. Estratégias de análise dos dados

Os dados obtidos da aplicação do protocolo foram introduzidos numa base de dados e analisados com o auxílio do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS®), versão 21, recorrendo-se a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial.

Na análise descritiva, os dados foram analisados por meio de cálculos referentes a frequências absolutas (n^o) e relativas (%), bem como a médias, acompanhadas do desvio-padrão, como medida de dispersão.

Na análise estatística inferencial, foram usados diferentes testes estatísticos para comparar as diferenças de género, de idade, de escolaridade e de zona de residência relativamente às dimensões do envelhecimento. Depois de aplicado o teste kolmogorov-Smirnov (anexo II), verifica-se que as variáveis em estudo não apresentam uma distribuição normal ($p < 0.05$). Deste modo, foram utilizados os seguintes testes não paramétricos para uma análise mais pormenorizada: teste de Mann-Whitney para comparação entre dois grupos independentes e teste Kruskal-Wallis para comparação entre mais de 2 grupos independentes. Para comparar os grupos foi ainda usada a média e respetivo desvio-padrão, assim como, a mediana e distância interquartis. O coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado para avaliar o grau de correlação entre as dimensões do envelhecimento. Para todos os procedimentos estatísticos, o nível de significância considerado foi de 0.05.

Neste capítulo apresentamos os resultados deste estudo. Primeiro, apresentamos os dados provenientes da estatística descritiva e, posteriormente, os dados relativos à estatística inferencial.

1. Análise descritiva

Na análise descritiva começamos por descrever as características sociodemográficas da população idosa inquirida. De seguida, apresentamos a avaliação das dimensões do envelhecimento individual, nomeadamente, a funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, o funcionamento cognitivo e os aspetos socio-emocionais. Por fim, descrevemos a utilização e a necessidade sentida de um conjunto alargado de serviços, relacionados com a qualidade de vida e bem-estar deste grupo etário.

1.1. Características sociodemográficas dos participantes

Dos protocolos aplicados foram eliminados 3 por informação incompleta, tendo permanecido 84 participantes, sendo 52 do género feminino (61.9%) e 32 do género masculino (38.1%), com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos ($M=74.2$, $dp=6.57$). Cerca de 76.2% dos participantes têm entre 65 e 79 anos e 23.8% 80 ou mais anos (tabela 2).

Tendo em consideração que o processo de envelhecimento difere em distintos ambientes sociogeográficos, a área de residência é um aspeto importante a considerar. Deste modo, analisando a área de residência, verificamos que 54.8% dos inquiridos vivem em áreas predominantemente urbanas e 45.2% em áreas mediantemente urbanas.

Relativamente ao estado civil, 54.8% dos inquiridos são casados ou estão em união de facto, 35.7% são viúvos, 6.0% solteiros e 3.6% separados ou divorciados.

Os elementos da amostra com filhos (86.9%) possuem entre 1 a 12 filhos ($M=4.84$, $dp=2.73$).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Género		
Feminino	52	61.9
Masculino	32	38.1
Idade M(dp)	74.2 (6.57)	
Mín-Máx	65 – 90	
65-79	64	76.2
80+	20	23.8
Área de residência		
AMU *	38	45.2
APU **	46	54.8
Estado civil		
Casado/união de facto	46	54.8
Viúvo	30	35.7
Separado/divorciado	3	3.6
Solteiro	5	6.0
Com filhos	73	86.9
N.º de filhos M(dp)	4.8 (2.73)	
Min-Max	1 – 12	
Escolaridade M (dp)	2.6 (1.92)	
Min-Max	0 – 9	
0	23	27.4
1-4	57	67.9
5+	4	4.8
Situação profissional		
Reformado ativo	9	10.7
Reformado não ativo	75	89.3
Sector de atividade aquando ativo		
Primário	16	19.0
Secundário	18	21.4
Terciário	19	22.6
Não classificado (domésticas)	31	36.9

* Área mediantemente urbana; ** Área predominantemente urbana

Quanto às habilitações literárias, os participantes têm em média 3 anos de escolaridade ($dp=1.92$): 27.4% não frequentaram a escola, 67.9% têm entre 1 a 4 anos de escolaridade e 4.8% têm 5 ou mais anos de escolaridade. Nenhum elemento da amostra possui formação de nível superior.

No que diz respeito à situação profissional, 89.3% dos inquiridos são reformados e 10.7% acrescentam à sua reforma o rendimento de uma atividade profissional. Quanto ao

sector de atividade em que trabalharam durante a vida ativa, 22.6% dos inquiridos dedicava-se a atividades do sector terciário (comércio, prestação de serviços, entre outras atividades), 21.4% do secundário (indústria e construção civil) e 19.0% do primário (agricultura e pesca). De salientar, que a maioria dos inquiridos (36.9%), todos do sexo feminino, dedicaram-se ao longo da vida ao trabalho doméstico, cuidando do lar e da família.

Dos 66 participantes que responderam à questão sobre passatempos, 30 (45.5%) referiram ter ou já ter tido algum passatempo, sendo o desporto a atividade mais praticada pelos participantes (37.9%), seguida dos trabalhos manuais (27.6%), atividades ao ar livre (24.1%), jogos de mesa (10.3%) e atividades praticadas em estruturas de apoio a idosos (10.3%), nomeadamente, em Centros de Dia e de Convívio (tabela 3). Destes 30 participantes, a maioria (70.0%) passou a ter algum passatempo com a reforma que não tinha até então.

Tabela 3. Passatempos dos participantes

Características	Total (<i>n</i> = 84)	
	<i>n</i>	%
<i>Tem ou já teve algum passatempo?</i> ^{a)}		
Não	36	54.5
Sim	30	45.5
<i>Qual(ais)?</i> ^{b)}		
Desporto	11	37.9
Trabalhos manuais	8	27.6
Atividades ao ar livre	7	24.1
Jogos de mesa	3	10.3
Atividades em estruturas de apoio a idosos	3	10.3
<i>A reforma alterou os passatempos?</i>		
Não	9	30.0
Sim	21	70.0

^{a)} *n* = 66; ^{b)} *n* = 30

No que diz respeito à habitação, a maioria dos participantes (89.3%) refere que a sua casa tem as condições adequadas às suas necessidades (tabela 4). Cerca de 94.0% dos

participantes refere ter água quente, 92.8% ter telefone ou telemóvel, 87.8% ter aquecimento e 70.2% não ter humidade em casa.

Tabela 4. Condições da habitação

Características	Total (n = 84)	
	n	%
A casa tem condições adequadas?		
Não	9	10.7
Sim	75	89.3
Recursos		
Água quente	79	94.0
Telefone/telemóvel ^{a)}	77	92.8
Aquecimento ^{b)}	72	87.8
Ausência de humidade	59	70.2

^{a)} n = 83; ^{b)} n = 82

Quando questionados sobre os aspetos que dificultam a sua mobilidade (tabela 5), 43 participantes (60.6%) referem barreiras arquitetónicas, entre as quais: escadas (97.7%), portas estreitas (25.6%), divisões pequenas (9.3%), banheira (9.3%), portas baixas (2.3%) e esteios de pedra (2.3%).

Tabela 5. Dificuldades de mobilidade

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Na sua casa, algo lhe dificulta a sua mobilidade? ^{a)}		
Não	28	39.4
Sim	43	60.6
O quê? ^{b)}		
Escadas	42	97.7
Portas estreitas	11	25.6
Divisões pequenas	4	9.3
Banheira	4	9.3
Portas baixas	1	2.3
Esteios de pedra	1	2.3
Sente alguma dificuldade em deslocar-se fora de casa? ^{c)}		
Não	57	80.3
Sim	14	19.7
Qual(ais)? ^{d)}		
Problemas de locomoção	12	92.3
Problemas das vias públicas	1	7.7

^{a)} n = 71; ^{b)} n = 43; ^{c)} n = 71; ^{d)} n = 13

Podemos também constatar, na tabela 5, que a maioria dos participantes (80.3%) não sente dificuldade em deslocar-se fora de casa. Porém, 14 participantes (19.7%) mencionaram ter dificuldades em deslocar-se fora de casa, devido a problemas de locomoção (92.3%) e das vias públicas (7.7%).

Para uma caracterização mais completa, a questão das redes de vizinhança e acessibilidades a bens e serviços foi tida em consideração no estudo (tabela 6).

Em média, os participantes residem na freguesia há 62 anos ($dp=22.55$). Quanto à relação com os vizinhos, os dados mostram que 84.5% dos inquiridos classificam-na de próxima e amigável, 3.6% de conflituosa, 9.5% de afastada e 2.4% de inexistente.

Tabela 6. Redes de vizinhança e acessibilidades a bens e serviços

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Tempo que reside na freguesia $M(dp)$ ^{a)}	62.1 (22.55)	
Mín-Máx	4 – 90	
Relação com vizinhos		
Próxima e amigável	71	84.5
Conflituosa	3	3.6
Afastada	8	9.5
Inexistente	2	2.4
Locais de apoio destinados aos idosos na freguesia ^{b)}		
Equipamentos sociais	60	72.3
Outras entidades públicas e privadas	11	13.3
Não sabe/não existe	19	22.9
Frequenta algum destes locais? ^{c)}		
Não	60	73.2
Sim	22	26.8
Razão de não frequência ^{d)}		
Não necessita/não quer	41	73.2
Não sabe/não existe	15	26.8
Razão de frequência ^{e)}		
Animação	8	36.4
Convívio/socialização	6	27.3
Ocupação dos tempos livres	5	22.7
Ajuda nas atividades de vida diária	3	13.6
Falta de condições em casa	1	4.6
Acompanhar o cônjuge	1	4.6
Ouvir o padre	1	4.6

^{a)} n = 80; ^{b)} n = 83; ^{c)} n = 82; ^{d)} n = 56; ^{e)} n = 22

Quando questionados sobre os locais de apoio existentes, 72.3% da amostra refere os equipamentos sociais (Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Lar de Idosos,

entre outros) e 13.3% outras entidades públicas e privadas (autarquias, serviços da Segurança Social, associações paroquiais, entre outras) como as estruturas de apoio aos idosos na freguesia. Um total de 19 idosos (22.9%) não conhece nenhum local de apoio.

Verifica-se ainda que 60 inquiridos (73.2%) não frequentam nenhum destes locais de apoio ou não utiliza nenhum destes serviços: 73.2% porque acha que não necessita ou não quer e 26.8% porque não conhece nenhum local de apoio na freguesia. Por outro lado, 22 inquiridos (26.8%) frequentam estes locais de apoio ou utilizam algum destes serviços: 36.4% pela animação; 27.3% para conviver/socializar; 22.7% para ocupar os tempos livres; 13.6% para ajuda nas atividades de vida diária (Serviço SAD); 4.6% por falta de condições em casa; 4.6% para acompanhar o cônjuge; 4.6% porque gosta de ouvir o padre.

Na tabela 7 podemos analisar as vantagens de viver na freguesia e as necessidades percebidas pelos idosos.

Tabela 7. Vantagens de viver na freguesia e necessidades sentidas

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Vantagens de viver na freguesia ^{a)}		
Conhece toda a gente/onde sempre viveu	27	33.8
Tem tudo o que é necessário	26	32.5
Localização	8	10.0
Geografia (clima, meio ambiente e áreas verdes, geologia)	5	6.3
Freguesia bonita	5	6.3
População residente	2	2.5
Tranquilidade	2	2.5
Espaços de lazer	2	2.5
Outras	3	3.9
São poucas ou nenhuma das vantagens	8	10.0
Não sabe	7	8.8
Necessidades sentidas ^{b)}		
Não necessita de nada para além daquilo que tem	36	47.4
Sente falta de familiares	19	25.0
Sente falta de serviços sociais e de saúde	14	18.4
Sente falta de equipamentos sociais	6	7.9
Outras	5	6.5

^{a)} n = 80; ^{b)} n = 76

Relativamente à freguesia onde residem, os inquiridos referem como vantagens: o facto de conhecerem toda a gente ou de ser a freguesia onde sempre viveram (33.8%); o facto de a freguesia ter tudo o que é necessário (32.5%); a localização (10.0%); a geografia (o clima, o meio ambiente e áreas verdes e geologia; 6.3%); a beleza (6.3%); a população residente (2.5%); a tranquilidade (2.5%); os espaços de lazer (2.5%); e outros aspetos (como os transportes, o apoio a idosos e a organização da freguesia; 3.9%). Porém, 10.0% dos idosos inquiridos considera que são poucas ou nenhuma das vantagens de viver na freguesia e 8.8% não sabe responder à questão.

Por outro lado, verifica-se que os idosos inquiridos ao residirem na freguesia sentem falta dos familiares (25.0%), reclamam mais serviços sociais e de saúde (18.4%), bem como mais equipamentos sociais (nomeadamente, Centro de Dia, Centro de Noite e Lar de Idosos; 7.9%) e sentem necessidade de outros aspetos (por exemplo, de locais de lazer, habitação própria, cabines telefónicas, estacionamento ou indústria; 6.5%). Contudo, a maioria dos elementos da amostra (47.4%) refere não sentir falta de nada, para além daquilo que tem, ao residir na freguesia.

No que respeita à satisfação geral com a vida, a categoria *satisfeito* é a que se encontra mais bem representada, com 39.3% da amostra, seguida da categoria *muito satisfeito* com 33.3%, *alguma satisfação* com 17.9% e *insatisfeito* com 9.5% da amostra (tabela 8).

Quando questionados sobre o que precisariam para se sentirem mais satisfeitos com a vida, a maioria dos idosos reconhece precisar de saúde e da família (com 26.5% da amostra em cada uma das categorias). Além disso, mencionam precisar de apoio financeiro (14.5%), companhia (6.0%), mais atividades direcionadas para a população idosa (3.6%), habitação própria (3.6%), ultrapassar as adversidades da vida (3.6%), entre outros. Relevante é a percentagem da amostra que não sabe ou não precisa de nada para se sentir mais satisfeita, representando 24.1%.

Tabela 8. Satisfação geral com a vida

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Até que ponto está satisfação com a vida?		
Insatisfeito	8	9.5
Alguma satisfação	15	17.9
Satisfeito	33	39.3
Muito satisfeito	28	33.3
Para se sentir mais satisfeito com a sua vida, o que precisaria?^{a)}		
Saúde	22	26.5
Família	22	26.5
Apoio financeiro	12	14.5
Companhia	5	6.0
Atividades	3	3.6
Habitação própria	3	3.6
Ultrapassar as adversidades da vida	3	3.6
Ter carta de condução	1	1.2
Habitação com melhores condições	1	1.2
Paz	1	1.2
Não sabe/não precisa	20	24.1

^{a)} n = 83

Outro facto interessante é perceber que tipo de ajuda necessitam para continuar a viver em casa, mesmo ficando mais incapacitados (tabela 9).

Tabela 9. Necessidades para envelhecer em casa

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Que tipo de ajuda poderá vir a necessitar para continuar a viver em sua casa, mesmo que fique mais incapacitado(a)?^{a)}		
Apoio informal (família)	31	52.5
Apoio formal	23	39.0
Melhorar as condições da habitação	3	5.1
Ter companheiro/ casar de novo	2	3.4
Não sabe/não precisa	8	15.6

^{a)} n = 59

Deste modo, de um total de 59 participantes que responderam a esta questão, observa-se que 52.5% reconhece poder vir a necessitar da prestação de cuidados informais pelos elementos da família, 39.0% de apoio formal executado por profissionais

devidamente qualificados (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, entre outros), 5.1% de melhorar as condições de habitação e 3.4% de ter um companheiro ou casar de novo. Porém, 15.6% da amostra não sabe o que poderá vir a necessitar ou considera não precisar de nada para continuar a envelhecer em casa.

1.2. Dimensões do envelhecimento individual

Funcionalidade: as Atividades da Vida Diária

A funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária é avaliada através do Índice de Barthel e do Índice de Lawton, como anteriormente referido.

Os resultados obtidos pela aplicação do Índice de Barthel revelam uma pontuação média de 94.3 ($dp=15.85$), variando as pontuações entre 10 e 100. A amostra insere-se em apenas quatro dos cinco níveis de dependência deste índice: 91.8% são independentes nas atividades básicas da vida diária, 4.1% ligeiramente dependentes, 2.7% severamente dependentes e 1.4% totalmente dependentes (tabela 10).

Tabela 10. Funcionalidade para as atividades da vida diária (ABVD e AIVD)

Características	Total ($n = 84$)	
	<i>N</i>	%
Funcionalidade para as atividades básicas da vida diária $M (dp)$ ^{a)}	94.9 (15.85)	
Mín-Máx	10 – 100	
Independente	67	91.8
Ligeiramente dependente	3	4.1
Moderadamente dependente	0	0.0
Severamente dependente	2	2.7
Totalmente dependente	1	1.4
Funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária $M (dp)$ ^{b)}	11.0 (5.92)	
Mín-Máx	8 – 29	
Independente	53	71.6
Moderadamente dependente	12	16.2
Severamente dependente	9	12.2

^{a)} $n = 73$; ^{b)} $n = 74$

No que diz respeito à funcionalidade para as AIVD, os participantes apresentam uma média de 11.0 ($dp=5.92$) no Índice de Lawton, variando entre 8 e 29 pontos. A

maioria dos inquiridos (71.6%) é independente nas atividades instrumentais da vida diária, 16.2% moderadamente dependentes e 12.2% severamente dependentes.

Funcionamento cognitivo

O funcionamento cognitivo é avaliado através do instrumento MMSE.

A avaliação do desempenho no MMSE evidencia uma pontuação média de 26.4 ($dp=4.33$), variando entre 7 e 30 (tabela 11). Da totalidade dos participantes, 86.9% não apresenta défice cognitivo, de acordo com os pontos de corte para o seu grupo de escolaridade (ver metodologia, p. 85).

Tabela 11. Funcionamento cognitivo (MMSE)

Características	Total ($n = 84$)			
	Amplitude	N	%	mín-máx
MMSE M (dp)	0 – 30	26.4 (4.33)		7 – 30
Orientação M (dp) ^{a)}	0 – 10	9.3 (1.67)		1 – 10
Memória imediata M (dp)	0 – 3	3 (0.00)		3 – 3
Calculo M (dp) ^{b)}	0 – 5	4.2 (1.56)		0 – 5
Memória de trabalho M (dp)	0 – 3	2.3 (0.90)		0 – 3
Linguagem M (dp)	0 – 8	7.3 (1.10)		1 – 8
Organização Visuo-percetiva (desenho) M (dp) ^{c)}	0 – 1	0.6 (0.50)		0 – 1
Défice Cognitivo				
Com défice		11	13.1	
Sem défice		73	86.9	

^{a)} $n = 83$; ^{b)} $n = 82$; ^{c)} $n = 72$

Aspetos socio-emocionais

Os aspetos socio-emocionais foram avaliados através da GDS, do APGAR da Família e da subescala de recursos sociais do OARS-PT (parte A).

Os resultados obtidos pela aplicação da GDS estão apresentados na tabela seguinte (tabela 12). Em termos globais, podemos constatar que os elementos da amostra apresentam ausência de sintomatologia depressiva ($M=4.2$, $dp=4.14$). No entanto, o elevado valor do desvio padrão pode indicar-nos a existência de casos com sintomatologia depressiva (ver metodologia, pp. 85-86).

Tabela 12. Sintomatologia depressiva (GDS-15)

Características	Total (n = 84)		
	Amplitude	M (dp)	mín-máx
Sintomatologia depressiva	0 – 15	4.2 (4.14)	0 - 15

A análise estatística de cada domínio do APGAR da Família é descrita na tabela seguinte (tabela 13).

Tabela 13. Satisfação do idoso em relação à família (APGAR da Família)

Características	Total (n = 84)									
	Sempre		Quase sempre		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Dimensões do APGAR da Família										
Adaptação	61	72.6	13	15.5	6	7.1	3	3.6	1	1.2
Companheirismo	61	72.6	11	13.1	9	10.7	-	-	3	3.6
Desenvolvimento	60	71.4	14	16.7	5	6.0	1	1.2	4	4.8
Afetividade	60	71.4	14	16.7	6	7.1	-	-	4	4.8
Capacidade resolutiva	62	73.8	11	13.1	7	8.3	2	2.4	2	2.4

A primeira dimensão, *adaptação*, refere-se à questão: “Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família para ajuda, quando alguma coisa má me incomoda ou preocupa”. Nesta questão, verificou-se que 72.6% dos elementos da amostra afirmaram estar sempre satisfeitos por poderem recorrer à família para ajuda, 15.5% quase sempre, 7.1% algumas vezes, 3.6% raramente e 1.2% nunca estarem satisfeitos.

A segunda dimensão, *companheirismo*, corresponde à questão: “Estou satisfeito(a) com a forma como a minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas”. Neste item, 72.6% da amostra relata estar sempre satisfeita com a reciprocidade das comunicações familiares e resolução de problemas, 13.1% quase sempre, 10.7% algumas vezes e 3.6% nunca estar satisfeita. Nenhum elemento da amostra referiu estar raramente satisfeito.

A terceira dimensão, *desenvolvimento*, refere-se à questão: “Estou satisfeito(a) com a maneira como a minha família aceita e apoia os meus desejos de iniciar ou tentar novas

atividades e procurar novos caminhos ou direções”. Nesta questão, 71.4% da amostra afirma estar sempre satisfeita com o apoio fornecido pela família, 16.7% quase sempre, 6.0% algumas vezes, 1.2% raramente e 4.8% nunca estar satisfeita.

A quarta dimensão, *afetividade*, reporta-se à questão: “Estou satisfeito(a) com a maneira/forma pela qual a minha família mostra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”. Neste item, os dados revelam que 71.4% da amostra está sempre satisfeita com a afetividade da família, 16.7% quase sempre, 7.1% algumas vezes e 4.8% nunca está satisfeita. Nenhum elemento da amostra referiu estar raramente satisfeito.

Por fim, a quinta dimensão, *capacidade resolutiva*, está relacionada com a questão: “Estou satisfeito(a) com a maneira/forma pela qual a minha família e eu partilhamos o tempo juntos”. Nesta questão, 73.8% dos elementos da amostra afirmam estar sempre satisfeitos com o tempo partilhado com a família, 13.1% quase sempre, 8.3% algumas vezes, 2.4% raramente e 2.4% nunca estar satisfeitos.

Assim, em termos globais, constata-se que a categoria “sempre” foi a mais representada, com uma percentagem superior a 70% nas cinco dimensões do APGAR da Família.

Relativamente à avaliação dos recursos sociais, é analisada a quantidade e adequação da interação social e a disponibilidade de ajuda em caso doença ou incapacidade. Assim, serão apresentados, na tabela 14, dados referentes: à(s) pessoa(s) com quem vive, às relações sociais, à existência de confidente, ao sentimento de solidão e a autoavaliação dos recursos sociais (disponibilidade de ajuda, por parte de quem e durante quanto tempo).

Tabela 14. Recursos sociais (OARS-PT)

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Quem vive na sua casa?		
Vive sozinho	23	27.4
Cônjuge	44	52.4
Filhos	28	33.3
Netos	14	16.7
Irmãos e Cunhados	1	1.2
Outros familiares	12	14.3
Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si	1	1.2
Tem alguém em quem possa confiar?		
Não	3	3.6
Sim	81	96.4
Quem? ^{a)}		
Familiares	79	97.5
Vizinhos	8	9.9
Empregada	1	1.2
Sente-se sozinho(a)?		
Muitas vezes/sempre	16	19.0
Algumas vezes	18	21.4
Quase nunca/nunca	50	59.5
Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria?		
Não	35	41.7
Sim	49	58.3
Há alguém que possa ajudá-lo(a) caso esteja doente ou incapacitado?		
Não	6	7.1
Sim	75	89.3
NS/NR	3	3.6
Há alguém que possa cuidar de si?		
Sempre que necessário	60	71.4
Por pouco tempo	11	13.1
Às vezes	5	6.0
NS/NR	8	9.5
Quem? ^{b)}		
Cônjuge	35	45.5
Irmãos	6	7.8
Filhos	53	69.7
Netos	11	14.5
Outro parente	10	13.2
Amigo	5	6.5
Outros	5	6.5
Como se dá com a sua família e amigos?		
Muito bem	64	76.2
Razoavelmente	16	19.0
Mal	3	3.6
NS/NR	1	1.2

^{a)} n = 81; ^{b)} n = 76

Quando questionados sobre a(s) pessoa(s) com quem vive(m), 52.4% dos inquiridos refere viver com o cônjuge, 33.3% com os filhos, 27.4% sozinhos, 16.7% com os netos, 14.3% com outros familiares, 1.2% com irmãos e cunhados e 1.2% com alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (tabela 14).

Os dados mostram ainda que 81 inquiridos (96.4%) têm alguém em quem podem confiar, nomeadamente, familiares (97.5%), vizinhos (9.9%) e, num caso, na empregada (1.2%).

Analisando o sentimento de solidão, verifica-se que 59.5% dos participantes admite quase nunca ou nunca sentir-se sozinho, 21.4% algumas vezes e 19.0% muitas vezes ou sempre. Não obstante, a maioria dos idosos (58.3%) vê os familiares quantas vezes gostariam.

Em relação à autoavaliação dos recursos sociais, a maioria dos idosos (89.3%) refere ter alguém disponível para ajudá-lo caso esteja doente ou incapacitado.

Os dados revelam ainda que a maioria dos participantes (71.4%) indica ter alguém que cuide de si sempre que necessário, 13.1% apenas alguém que cuide por um curto período de tempo e 6.0% alguém que cuide às vezes. As pessoas disponíveis para a prestação de cuidados referidas pelos inquiridos são: os filhos (69.7%), o cônjuge (45.5%), os netos (14.5%), os irmãos (7.8%), outro parente (13.2%), um amigo (6.5%) e outros (nomeadamente, alguém com remuneração para cuidar de si ou apoio formal por parte de instituições; 6.5%).

Quanto à relação dos inquiridos com a família e amigos, 76.2% afirma ser muito boa, 19.0% razoável e 3.6% má.

1.3. Utilização e necessidade de serviços

Para a avaliação da utilização e necessidade de serviços utilizamos o OARS-PT (parte B).

Na avaliação dos serviços apresentamos dados referentes à utilização e necessidade sentida, nos seis meses anteriores ao questionário, de um conjunto de 19 serviços distribuídos por cinco grupos: serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos;

serviços de saúde; serviços de apoio, avaliação e coordenação; e serviços não classificados.

Serviços gerais de apoio

O grupo de serviços gerais de apoio é constituído pelos serviços de cuidados pessoais, serviços de supervisão contínua, serviços de monitorização, serviços domésticos, serviços de preparação de refeições e serviços administrativos.

Relativamente aos serviços de cuidados pessoais (tabela 15), 9 inquiridos (10.7%) tiveram alguém, nos últimos seis meses, a ajudá-los nos seus cuidados pessoais diários, nomeadamente: um familiar (88.9%) ou alguém pago por essa ajuda (11.1%). Em 77.8% dos casos a pessoa levou, em média, ½ hora a 1 ½ hora por dia a ajudá-los e, em 11.1%, mais de 1 ½ hora por dia. Dos 9 inquiridos, 88.9% ainda recebe essa ajuda. A necessidade sentida de serviços de cuidados pessoais é referida por 11.9% da amostra.

Tabela 15. Utilização e necessidade de serviços de cuidados pessoais

Características	Total (n = 84)	
	n	%
<i>Serviços de cuidados pessoais</i>		
Nos últimos seis meses, alguém o ajudou nos seus cuidados pessoais diários?		
Não	75	89.3
Sim	9	10.7
Quem o/a ajudou nesses cuidados?		
Familiar (não pago)	8	88.9
Alguém a quem paga por essa ajuda	1	11.1
Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a ajudá-lo?		
½ hora a 1 ½ hora por dia	7	77.8
Mais de 1 ½ hora por dia	2	22.2
Ainda está a receber essa ajuda?		
Não	1	11.1
Sim	8	88.9
Necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?		
Não	73	86.9
Sim	10	11.9
NS/NR	1	1.2

Os dados relativos aos serviços de supervisão contínua são apresentados na seguinte tabela (tabela 16).

Tabela 16. Utilização e necessidade de serviços de supervisão contínua

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Serviços de supervisão contínua		
Durante os últimos seis meses, alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?		
Não	78	92.9
Sim	6	7.1
Quem tratou de si ou o/a ajudou?		
Familiar ou amigo (não pago)	6	100.0
Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?		
Não	4	66.7
Sim	2	33.3
Necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?		
Não	80	95.2
Sim	2	2.4
NS/NR	2	2.4

Estes mostram que, nos seis meses anteriores, 78 participantes (92.9%) não tiveram ninguém consigo, tratando de si as vinte e quatro horas do dia. Os restantes 6 inquiridos (7.1%) tiveram um familiar ou amigo (não pago) que tratou de si ou o(a) ajudou. Destes, apenas 2 idosos inquiridos (33.3%) ainda têm alguém junto de si as vinte e quatro horas. De salientar que apenas 2.4% dos inquiridos reconhece necessitar de alguém que trate de si as vinte e quatro horas do dia.

Quanto aos serviços de monitorização, os dados mostram que 76 participantes (90.5%) não tiveram, durante os últimos seis meses, ninguém que, pelo menos cinco vezes por semana, procurasse, por telefone ou pessoalmente, saber como se encontravam, para se certificar que tudo estava bem (tabela 17). Por sua vez, 7 inquiridos (8.3%) tiveram um familiar (não pago) que procurou saber como estavam. Destes, 85.7% ainda têm alguém que, pelo menos cinco vezes por semana, procura saber como se encontram. Podemos verificar que, da totalidade dos participantes, 11.9% considera necessitar do contato de alguém para monitorização. Deste modo, a necessidade sentida deste tipo de serviço é superior à sua utilização.

Tabela 17. Utilização e necessidade de serviços de monitorização

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Serviços de Monitorização		
Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?		
Não	76	90.5
Sim	7	8.3
NS/NR	1	1.2
Quem o fez?		
Familiar (não pago)	7	100.0
E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?		
Não	1	14.3
Sim	6	85.7
Necessita dessa pessoa?		
Não	69	82.1
Sim	10	11.9
NS/NR	5	6.0

Na tabela 18 apresentam-se os dados relativos aos serviços domésticos.

Tabela 18. Utilização e necessidade de serviços domésticos

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços domésticos		
Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, porque não era capaz?		
Não	68	81.9
Sim	16	19.0
Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?		
Familiar (não pago)	15	93.8
Alguém a quem paga por essa tarefa	1	6.3
Quantas horas, por semana, empregou para fazer essas tarefas? * ^{a)}		
Mín-Máx	12.67 (10.09)	1 – 40
Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?		
Sim	16	100.0
Necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?		
Não	65	77.4
Sim	18	21.4
NS/NR	1	1.2

* Média (dp); ^{a)} n = 12

Assim, relativamente aos serviços domésticos, 81.9% dos inquiridos não tiveram, nos seis meses anteriores, alguém que regularmente os ajudasse nas tarefas domésticas, por não serem capazes de as realizar (tabela 18). Os restantes 19.0% tiveram e ainda tem

ajuda de pelo menos um familiar (não pago) ou de alguém pago por essa ajuda que, em média, emprega 13 horas ($dp=10.09$) para fazer essas tarefas. Apesar de 19.0% da amostra ter ajuda nas tarefas domésticas, 21.4% dos inquiridos considera necessitar de alguém que os ajude nessas tarefas.

No que respeita aos serviços de preparação de refeições, 79.8% da amostra menciona não ter tido ninguém que lhe preparasse regularmente as refeições ou ter comido fora de casa, por não ser capaz de as confeccionar (tabela 19). Por sua vez, 20.2% teve um familiar (não pago) ou alguém a quem pagou para lhe preparar as refeições. Destes, 94.1% ainda tem quem lhe faça essa tarefa. Apenas 16 inquiridos (19.0%) referem necessitar de alguém que lhes prepare regularmente as refeições, por não serem capazes de as confeccionar.

Tabela 19. Utilização e necessidade de serviços de preparação de refeições

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços de preparação de refeições		
Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa, porque não é capaz de fazê-lo?		
Não	67	79.8
Sim	17	20.2
Quem lhe preparou as refeições?		
Um familiar (não pago)	16	94.1
Alguém a quem paga por essa tarefa	1	5.9
Tem alguém que lhe prepare as refeições?		
Não	1	5.9
Sim	16	94.1
Necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições?		
Não	65	77.4
Sim	16	19.0
NS/NR	3	3.6

Os dados relativos à utilização de serviços administrativos mostram que, nos últimos seis meses, 52 participantes (61.9%) não tiveram ninguém que os ajudasse em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas (tabela 20). Os restantes 32 (38.1%) recebem essa ajuda de um familiar (71.9%), alguém a quem pagam por essa tarefa (21.9%), amigo (3.1%) e, num desses casos, de um familiar mais a ajuda de alguém pago para essa tarefa (3.1%).

Tabela 20. Utilização e necessidade de serviços administrativos

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços administrativos		
Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro?		
Não	52	61.9
Sim	32	38.1
Quem o/a ajudou?		
Familiar	23	71.9
Amigo	1	3.1
Alguém a quem paga por essa tarefa	7	21.9
Familiar e alguém a quem paga por essa tarefa	1	3.1
Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?		
Sim	32	100.0
Necessita que alguém o/a ajude nestas questões?		
Não	48	57.1
Sim	33	39.3
NS/NR	3	3.6

De salientar que 39.3% dos inquiridos considera necessitar de ajuda para tratar de assuntos administrativos e legais.

Serviços sociais e recreativos

No grupo de serviços sociais e recreativos são incluídas as viagens, o desporto e os serviços sociais/recreativos.

No que respeita à utilização de serviços referentes a viagens, os dados mostram que, durante os dois últimos anos, 70.6% dos inquiridos realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, ou outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados. Em termos de expectativas, 60.7% dos participantes espera fazer alguma viagem deste tipo este ano. Apesar dos serviços relativos às viagens serem muito utilizados, observa-se um número superior de idosos (73.8%) que reconhece necessitar de viajar.

Tabela 21. Utilização e necessidade viagens

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Viagens		
Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.?		
Não	24	28.6
Sim	59	70.6
NS/NR	1	1.2
Ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?		
Não	20	23.8
Sim	51	60.7
NS/NR	13	15.5
Necessita de viajar?		
Não	20	23.8
Sim	62	73.8
NS/NR	2	2.4

Na tabela 22 estão presentes os resultados acerca da utilização e necessidade de serviços referentes ao desporto.

Tabela 22. Utilização e necessidade de desporto

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Desporto		
Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, etc.?		
Não	65	77.4
Sim	19	22.6
Quantas vezes, por semana, participa nessas atividades? *	2.11 (1.05)	
Mín-Máx	1 – 5	
Ainda participa nesses programas de desporto?		
Não	1	5.3
Sim	18	94.7
Necessita fazer algum desporto ou exercício físico?		
Não	49	58.3
Sim	29	34.5
NS/NR	6	7.1

* Média(dp)

No que respeita ao desporto, verifica-se que a maioria dos inquiridos (77.4%) não participou, nos últimos seis meses, em nenhum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, entre outros (tabela 22). Os

restantes 22.6% participaram nessas atividades, em média, 2 vezes por semana ($dp=1.05$). Quando estes foram questionados sobre se ainda participavam nesses programas de desporto, 94.7% responde afirmativamente. Apenas 1 inquirido (5.3%) já não participa. Apesar de apenas 22.6% da totalidade de inquiridos utilizar este tipo de serviços, 34.5% reconhece a necessidade de atividades de desporto ou exercício físico.

Quanto aos serviços sociais/recreativos, os dados mostram que 70.2% da amostra, durante os últimos seis meses, não participou em nenhuma atividade organizada por um grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, entre outros (tabela 23). Por sua vez, 29.8% dos inquiridos participou, nos últimos seis meses, em alguma atividade social/recreativa organizada por uma entidade local e, destes, 96.0% ainda participa nessas atividades ou grupos.

Tabela 23. Utilização e necessidade de serviços sociais/recreativos

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços sociais/recreativos		
Nos últimos seis meses, participou em alguma atividade organizada por grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, etc.?		
Não	59	70.2
Sim	25	29.8
Ainda participa nessas atividades ou grupos?		
Não	1	4.0
Sim	24	96.0
Necessita participar neste tipo de atividades?		
Não	47	56.0
Sim	34	40.5
NS/NR	3	3.6

Relativamente à necessidade sentida deste tipo de serviços, verifica-se que 34 inquiridos (40.5%) reconhecem a necessidade de participar neste tipo de atividades. Deste modo, constata-se que a necessidade é superior à utilização.

Serviços de saúde

O grupo de serviços de saúde é constituído pelos serviços de saúde mental, utilização de medicamentos psicotrópicos, enfermagem e fisioterapia.

Na tabela seguinte (tabela 24), podemos analisar a utilização e necessidade de serviços de saúde mental.

Tabela 24. Utilização e necessidade de serviços de saúde mental

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços de saúde mental		
Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por “problemas de nervos” ou emocionais?		
Não	75	89.3
Sim	8	9.5
NS/NR	1	1.2
Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?		
Não	80	95.2
NS/NR	4	4.8
Número de consultas ou sessões <i>M (dp)</i> ^{a)}	1.5 (0.71)	
Mín-Máx	1 – 2	
Ainda está a receber essa ajuda?		
Não	2	25.0
Sim	5	62.5
NS/NR	1	12.5
Necessita de tratamento ou de aconselhamento?		
Não	78	92.9
Sim	6	7.1

^{a)} n = 2

Assim, no que respeita à utilização dos serviços de saúde mental, a maioria dos inquiridos (89.3%) menciona não ter recebido, nos últimos seis meses, orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por “problemas de nervos” ou emocionais (tabela 24). Apenas 8 idosos inquiridos (9.5%) receberam esse tipo de orientação ou tratamento. Não obstante, a maioria dos inquiridos (95.2%) nunca esteve hospitalizada, nos seis meses anteriores, por “problemas de nervos” ou emocionais. Dos que receberam alguma orientação ou tratamento, em média, tiveram 2 consultas ou sessões ($dp=0.71$). Podemos constatar que apenas 6 inquiridos (7.1%) admitem necessitar de tratamento ou de aconselhamento para este tipo de problemas.

Analisando a utilização de medicamentos psicotrópicos, podemos observar que 86.9% dos participantes não tomaram, nos últimos seis meses, nenhum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão, contrariamente a

13.1% dos inquiridos (tabela 25). Destes últimos, 90.9% ainda o(s) toma(m). Apenas 11.9% refere necessitar deste tipo de mediação.

Tabela 25. Utilização e necessidade de medicamentos psicotrópicos

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Medicamentos psicotrópicos		
Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?		
Não	73	86.9
Sim	11	13.1
Ainda o está a tomar?		
Não	1	9.1
Sim	10	90.9
Necessita tomar esse tipo de medicação?		
Não	72	85.7
Sim	10	11.9
NS/NR	2	2.4

Relativamente à utilização e necessidade de serviços de enfermagem, podemos constatar que 74 elementos da amostra (88.1%) não tiveram ninguém que lhes prestasse cuidados de enfermagem nos seis meses anteriores (tabela 26). Contrariamente, 10 elementos (11.9%) receberam cuidados de enfermagem por parte de um familiar ou amigo (não pago; 50.0%), ou de um enfermeiro pago pelo serviço (50.0%). Estes 10 inquiridos tiveram, em média, alguém que lhe prestasse essa ajuda: ocasionalmente, não todos os dias (60.0%); só para dar-lhe medicação oral (10.0%); menos de ½ hora por dia (10.0%); ou, mais de 1 hora por dia (10.0%). 40.0% dos inquiridos receberam essa ajuda menos de um mês, 10.0% de 1 a 3 meses e 30.0% mais de 3 meses, durante os últimos seis meses. Dos 10 inquiridos, 40.0% ainda recebe cuidados de enfermagem. Podemos ainda verificar que apenas 6 inquiridos (7.1%) referem a necessidade de cuidados de enfermagem.

Tabela 26. Utilização e necessidade de serviços de enfermagem

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Serviços de enfermagem		
Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem?		
Não	74	88.1
Sim	10	11.9
Quem o/a ajudou nesses cuidados?		
Familiar ou amigo (não pago)	5	50.0
Enfermeiro (pago)	5	50.0
Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?		
Só ocasionalmente, não todos os dias	6	60.0
Só para dar-lhe medicação oral	1	10.0
Menos de ½ hora por dia	1	10.0
Mais de 1 hora por dia	1	10.0
NS/NR	1	10.0
Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?		
Menos de um mês	4	40.0
De 1 a 3 meses	1	10.0
Mais de 3 meses	3	30.0
NS / NR	2	20.0
Ainda recebe cuidados de enfermagem?		
Não	6	60.0
Sim	4	40.0
Acha que necessita de cuidados de enfermagem?		
Não	75	89.3
Sim	6	7.1
NS/NR	3	3.6

No que respeita aos serviços de fisioterapia, podemos aferir que a maioria dos elementos da amostra (86.9%) não fez fisioterapia nos últimos seis meses (tabela 27). Porém, 10 elementos (11.9%) tiveram, em média, 4 vezes por semana ($dp=1.32$), quem lhes prestasse esses cuidados ou os ajudasse a realizá-los, nomeadamente: um fisioterapeuta (90.0%) ou alguém de uma instituição ou Segurança Social (10.0%). Destes, apenas 40.0% ainda faz fisioterapeuta. Quando questionados sobre a necessidade sentida deste tipo de serviço, apenas 10.7% da amostra menciona necessitar de fisioterapia.

Tabela 27. Utilização e necessidade de serviços de fisioterapia

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços de fisioterapia		
Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?		
Não	73	86.9
Sim	10	11.9
NS/NR	1	1.2
Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?		
Fisioterapeuta (pago)	9	90.0
Alguém de uma Instituição ou Segurança Social	1	10.0
Quantas vezes por semana o têm ajudado a fazer esses exercícios? *		
Mín-Máx	3.8 (1.32)	2 – 5
Ainda faz fisioterapia?		
Não	6	60.0
Sim	4	40.0
Acha que necessita de fisioterapia?		
Não	67	79.8
Sim	9	10.7
NS/NR	8	9.5

*Média (dp)

Serviços de apoio, avaliação e coordenação

O grupo de serviços de apoio, avaliação e coordenação é constituído pelos serviços de avaliação sistemática multidimensional e de coordenação, informação e apoio.

Na tabela 28 podemos analisar a utilização e necessidade de serviços de avaliação sistemática multidimensional.

Tabela 28. Utilização e necessidade de serviços de avaliação sistemática multidimensional

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços de avaliação sistemática multidimensional		
Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?		
Não	81	96.4
Sim	3	3.6
Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?		
Não	30	35.7
Sim	41	48.8
NS/NR	13	15.5

No que concerne aos serviços de avaliação sistemática multidimensional, observa-se que apenas 3.6% dos inquiridos teve um médico ou assistente social que, durante os

últimos seis meses, examinasse e avaliasse de forma completa o seu estado em geral, especificamente, a saúde física e mental, e a sua situação social e económica (tabela 28). No entanto, podemos averiguar que a necessidade sentida é superior à utilização verificada: 48.8% reconhece a necessidade de alguém que o(a) examine e avalie o seu estado em geral.

Quanto à utilização de serviços de coordenação, informação e apoio, a maioria dos inquiridos (96.4%) não teve ninguém, nos últimos seis meses, que se certificasse que tinha o tipo de ajudas que necessitava (tabela 29). Por sua vez, em 2.4% dos casos, um amigo prestou esse tipo de serviço. Quando questionados sobre se ainda existe alguém que o faça, todos os inquiridos responderam afirmativamente à questão.

Tabela 29. Utilização e necessidade de serviços de coordenação, informação e apoio

Características	Total (n = 84)	
	N	%
Serviços de coordenação, informação e apoio		
Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava?		
Não	81	96.4
Sim	2	2.4
NS/NR	1	1.2
Quem foi essa pessoa?		
Amigo	2	100.0
Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita?		
Sim	2	100.0
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?		
Não	43	51.2
Sim	34	40.5
NS/NR	7	8.3

Observa-se igualmente uma necessidade sentida superior à utilização de serviços de coordenação, informação e apoio, mencionada por 40.5% da amostra.

Serviços não classificados

O grupo de serviços não classificados é constituído pelos serviços de transporte, serviços de emprego, serviços de preparação para as atividades da vida diária e serviços de realojamento.

Relativamente aos serviços de transporte (tabela 30), 82.1% dos inquiridos costuma ir sozinho às compras, ao médico ou visitar alguém, 36.9% é levado por familiares, 4.8% por amigos, 8.3% utiliza transportes públicos e, apenas 1 pessoa (1.2%) utiliza outro meio de transporte (é levada por uma empregada doméstica). Os inquiridos fazem, em média, 4 deslocações por semana ($dp=3.14$). Verifica-se que apenas 4.8% da totalidade dos inquiridos considera necessitar de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.

Tabela 30. Utilização e necessidade de serviços de transporte

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços de transporte		
Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.?		
Vai sozinho/a	69	82.1
Familiar	31	36.9
Amigo	4	4.8
Transporte público (autocarro, taxi, etc.)	7	8.3
Outro (empregada doméstica)	1	1.2
Deslocações por semana M (dp)^{a)}	4.3 (3.14)	
Mín-Máx	0 – 12	
Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.?		
Não	77	91.7
Sim	4	4.8
NS/NR	3	3.6

^{a)} n = 82

Como pode ser visto na tabela 31, os serviços de emprego não apresentam qualquer indicação de utilização e necessidade sentida em toda a amostra.

Tabela 31. Utilização e necessidade de serviços de emprego

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços de emprego		
Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o aconselhou sobre como conseguir um emprego?		
Não	84	100.0
Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?		
Não	84	100.0

Também não se observa, tal como nos serviços de emprego, qualquer indicação de utilização e necessidade sentida em toda a amostra nos serviços de preparação para as atividades de vida diária (tabela 32).

Tabela 32. Utilização e necessidade de serviços de preparação para as atividades da vida diária

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços de preparação para as atividades da vida diária		
Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais?		
Não	84	100.0
Acha que necessita desta preparação para as suas atividades de vida diária?		
Não	80	95.2
NS/NR	4	4.8

No que respeita aos serviços de realojamento, a maioria dos inquiridos (96.4%) não recebeu nenhuma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança (tabela 33). Apenas 1 elemento da amostra (1.2%) recebeu essa ajuda de um familiar e de alguém de uma Instituição ou Segurança Social, mas ainda está em lista de espera.

Tabela 33. Utilização e necessidade de serviços de realojamento

Características	Total (n = 84)	
	n	%
Serviços de realojamento		
Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança?		
Não	81	96.4
Sim	1	1.2
NS/NR	2	2.4
Quem o ajudou a fazê-lo?		
Familiar (não pago) e alguém de uma Instituição ou Segurança Social	1	100.0
Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?		
Está em lista de espera	1	100.0
Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?		
Não	78	92.9
Sim	4	4.8
NS/NR	2	2.4

Contudo, podemos averiguar que a necessidade sentida é superior à utilização verificada, uma vez 4 participantes (4.8%) reconhecerem a necessidade de ajuda para conseguirem um (outro) lugar para viver.

2. Aspetos sociodemográficos das dimensões do envelhecimento

Na análise das diferentes dimensões do envelhecimento segundo o género, a idade, a escolaridade e a zona de residência, utilizamos diferentes testes estatísticos que permitem verificar se existem ou não diferenças significativas entre as variáveis em estudo. De seguida, analisamos o grau ou intensidade de associação entre as diferentes dimensões do envelhecimento.

Para compararmos as diferenças de género (masculino e feminino) relativamente às cinco dimensões do envelhecimento, utilizamos o teste de Mann-Whitney (tabela 34).

Tabela 34. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género

Características		Média (dp)	Mediana (DIQ)*	Teste de Mann-Whitney (p)
Barthel	Masculino	98.6 (4.48)	100 (0)	0.2
	Feminino	92.6 (19.62)	100 (0)	
Lawton	Masculino	8.6 (1.81)	8 (0)	0.004
	Feminino	12.6 (7.03)	8 (8)	
MMSE	Masculino	27.7 (3.49)	28 (2.75)	0.1
	Feminino	25.6 (4.98)	27 (6.50)	
GDS	Masculino	3.2 (3.44)	2 (5)	0.2
	Feminino	4.8 (4.78)	3 (8.50)	
APGAR	Masculino	1.8 (4.03)	0 (0)	0.5
	Feminino	2.2 (4.56)	0 (2)	

*DIQ - Distância interquartis

Analisando as cinco dimensões do envelhecimento segundo o género, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na escala de Barthel, MMSE, GDS e APGAR da Família ($p > 0.05$). No entanto em relação à escala de

Lawton verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$), como se pode observar na figura 1.

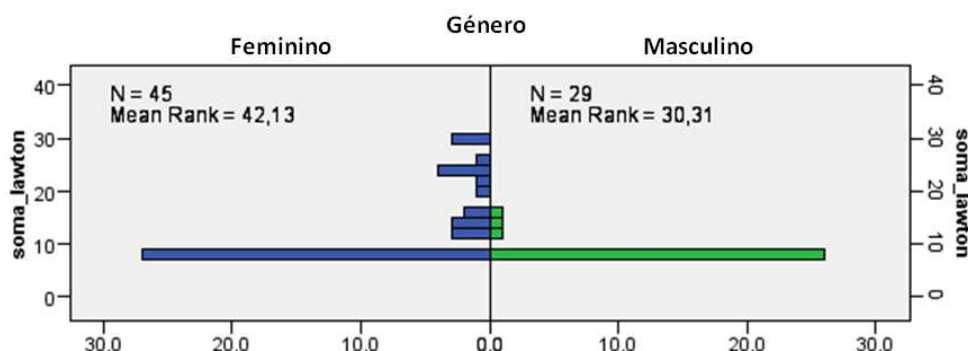


Figura 1. Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo o género

As diferenças mais significativas verificam-se nas pontuações mais elevadas, havendo um número superior de mulheres, comparativamente com o de homens, o que nos indica que o género feminino está mais dependente nas atividades instrumentais da vida diária (pontuações mais elevadas revelam piores resultados; figura 1).

De forma análoga, utilizamos o teste de Mann-Whitney para compararmos as diferenças entre os grupos de idade de 65-79 anos e 80 ou mais anos (tabela 35).

Tabela 35. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário

Caraterísticas		Média (dp)	Mediana (DIQ)	Teste de Mann-Whitney (p)
Barthel	65-79	95.5 (16.76)	100 (0)	0.02
	80+	92.5 (12.25)	100 (10)	
Lawton	65-79	10.3 (5.62)	8 (0)	0.002
	80+	13.8 (6.50)	12.5 (10.25)	
MMSE	65-79	26.3 (4.81)	28 (4.50)	0.07
	80+	25.8 (3.35)	27 (5.50)	
GDS	65-79	3.8 (4.31)	2 (7)	0.09
	80+	5.6 (4.43)	4.5 (7.50)	
APGAR	65-79	2.4 (4.77)	0 (5)	0.3
	80+	0.6 (1.55)	0 (0)	

Analisando a tabela 35, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários nas escalas de Barthel e Lawton ($p < 0.05$), como se pode observar nas

figuras 2 e 3. Nas restantes dimensões do envelhecimento, não se verificam diferenças significativas.

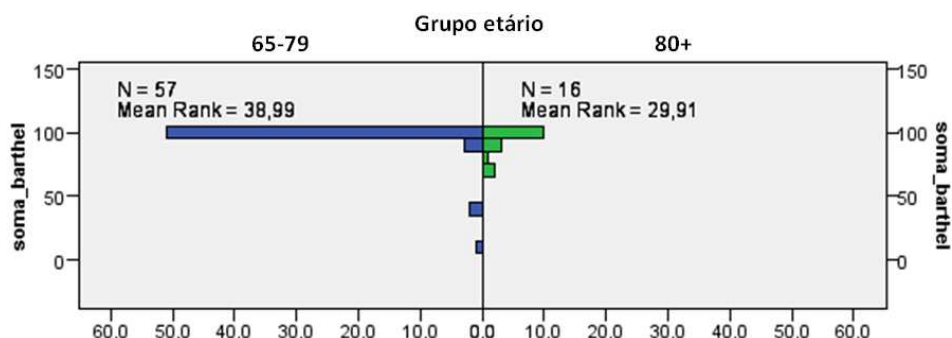


Figura 2. Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo o grupo etário

Constata-se um elevado número de idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos com pontuação máxima na escala de Barthel, quando comparado com o grupo de 80 anos ou mais, indicando assim que o grupo da terceira idade é mais independente nas atividades básicas da vida diária (figura 2). Todavia, é também no grupo da terceira idade que se verificam piores resultados, ou seja, mais dependência nas atividades de vida diária.

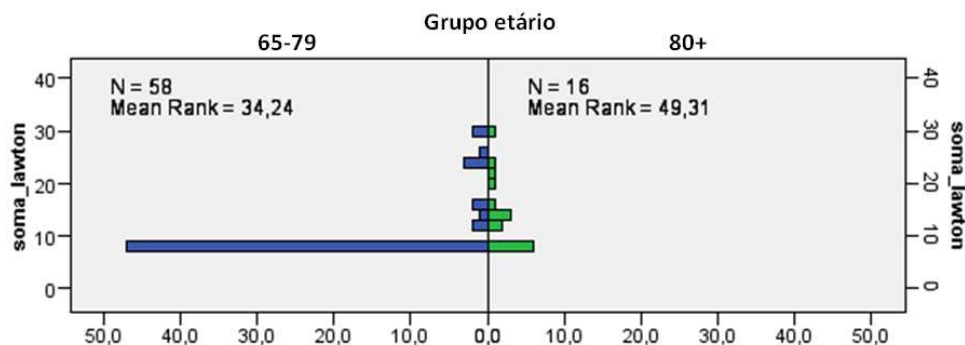


Figura 3. Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo o grupo etário

Apesar do grupo de 65-79 anos ser significativamente superior ao de 80 ou mais anos, verifica-se que o grupo da terceira idade apresenta valores mais baixos na escala de Lawton, o que nos poderá indicar que este grupo é mais independente nas atividades instrumentais da vida diária, quando comparado com o grupo de 80 ou mais anos (figura 3).

Analizamos ainda as diferentes dimensões do envelhecimento em função dos grupos de escolaridade (0 anos; 1 a 4 anos; 5 ou mais anos de escolaridade), através do teste de Kruskal Wallis, cujos resultados se podem verificar na tabela 36.

Tabela 36. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade

Caraterísticas		Média (dp)	Mediana (DIQ)	Teste de Kruskal Wallis (p)
Barthel	0	92.1 (20.77)	100 (5)	0.5
	1-4	96.4 (13.24)	100 (0)	
	5+	91.3 (17.50)	100 (26.25)	
Lawton	0	12.6 (6.82)	8 (9.50)	0.4
	1-4	10.3 (5.03)	8 (2.25)	
	5+	13.3 (10.50)	8 (15.75)	
MMSE	0	24.0 (4.48)	26 (7)	0.0001
	1-4	26.9 (4.37)	28.5 (4.75)	
	5+	29.3 (0.96)	29.5 (1.75)	
GDS	0	5.5 (5.07)	3 (10)	0.3
	1-4	3.8 (3.99)	3 (6.50)	
	5+	2.5 (4.36)	0.5 (7)	
APGAR	0	1.8 (4.18)	0 (2)	0.3
	1-4	2.3 (4.58)	0 (3.75)	
	5+	—	—	

Podemos observar (tabela 36) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos de escolaridade na escala de Barthel, Lawton, GDS e APGAR da Família ($p > 0.05$), o que significa que os grupos são mais homogêneos nestas escalas. Por sua vez, a escala MMSE apresenta diferenças significativas ($p < 0.05$).

Após realizadas comparações múltiplas, verificamos que as diferenças significativas na escala MMSE são justificadas pelas diferenças entre o grupo de 0 e o grupo de 1 a 4 anos de escolaridade ($p < 0.0001$), assim como, pelas diferenças entre o grupo de 0 e o grupo de 5 ou mais anos de escolaridade ($p < 0.001$).

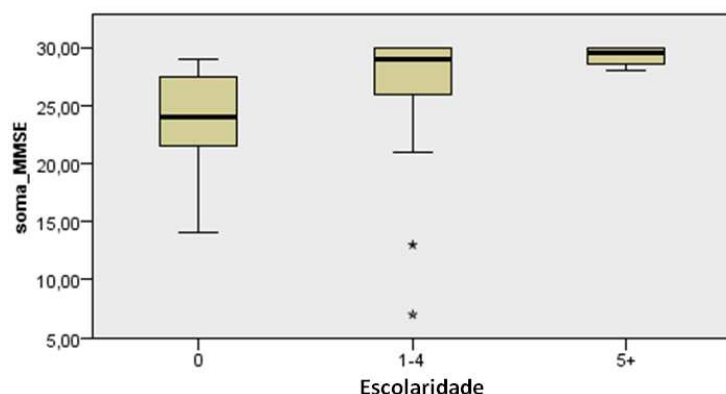


Figura 4. Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo a escolaridade

Verifica-se, na figura 4, que o grupo com mais escolaridade (com 5 ou mais anos) apresenta pontuações muito elevadas, indicando melhores resultados, ou seja, menor déficit. Averigua-se ainda que, em termos globais, quanto maior for o nível de escolaridade, maior é o valor obtido na escala MMSE, ou seja, menor é o déficit cognitivo. No grupo de 1 a 4 anos de escolaridade, apesar de a maioria dos idosos apresentar pontuações elevadas, verificam-se 2 *outliers* (2 pessoas que se afastam da maioria).

No que respeita à área de residência, aplicamos o teste de Mann-Whitney para compararmos as diferenças entre os dois grupos (área predominantemente urbana e área mediantemente urbana) relativamente às dimensões do envelhecimento (tabela 37).

Tabela 37. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a área de residência

Caraterísticas		Média (dp)	Mediana (DIQ)	Teste de Mann-Whitney (p)
Barthel	AMU *	94.2 (19.58)	100 (0)	0.7
	APU **	95.4 (12.66)	100 (0)	
Lawton	AMU	11.7 (6.13)	8 (6)	0.2
	APU	10.6 (5.84)	8 (0.75)	
MMSE	AMU	25.9 (4.62)	27 (4)	0.8
	APU	26.5 (4.47)	28 (5.25)	
GDS	AMU	4.1 (4.07)	3 (8)	0.5
	APU	4.3 (4.62)	3 (7.25)	
APGAR	AMU	2.4 (4.55)	0 (5)	0.4
	APU	1.7 (4.21)	0 (0)	

* Área mediantemente urbana; ** Área predominantemente urbana

Verifica-se que o p é superior a 0.05 nas cinco dimensões do envelhecimento (tabela 37). Deste modo, não se verificam diferenças significativas entre área predominantemente urbana e área mediantemente urbana nas várias dimensões do envelhecimento.

Relações entre as dimensões do envelhecimento

No que respeita à relação entre as dimensões do envelhecimento, utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman* para medir a intensidade da mesma. A tabela 38 apresenta os valores de correlação, assinalados por ** os que são significativos.

Observa-se, na tabela 38, que a pontuação obtida no Índice de Barthel apresenta uma correlação linear negativa e estatisticamente significativa com a pontuação obtida no Índice de Lawton ($r_s = -0.42$; $p < 0.01$) e na GDS ($r_s = -0.37$; $p < 0.01$). A pontuação obtida no Índice de Barthel apresenta ainda uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o score no MMSE ($r_s = 0.32$; $p < 0.01$). Verifica-se ainda uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a pontuação obtida no Índice de Lawton e na GDS ($r_s = 0.49$; $p < 0.01$). Por seu turno, o score no MMSE e a pontuação obtida na GDS mostraram-se negativamente correlacionados ($r_s = -0.35$; $p < 0.01$). Verifica-se ainda que a escala APGAR da Família não se correlaciona significativamente com nenhuma das restantes escalas.

Tabela 38. Análise das correlações entre dimensões do envelhecimento

Características	Barthel	Lawton	MMSE	GDS	APGAR
Barthel (n=73)	1	-0.42**	0.32**	-0.37**	0.18
Lawton (n=74)	—	1	-0.23	0.49**	0.05
MMSE (n=84)	—	—	1	-0.35**	-0.09
GDS (n=84)	—	—	—	1	0.21
APGAR (n=84)	—	—	—	—	1

** Correlação significativa a 0.01

As correlações (positivas e negativas) estatisticamente significativas sugerem que quanto mais independentes os idosos são nas atividades básicas da vida diária, mais independentes são nas atividades instrumentais da vida diária, menos défice cognitivo e

menos risco de sintomatologia depressiva apresentam. Por sua vez, quanto mais dependentes são nas atividades instrumentais da vida diária, mais risco de depressão apresentam. Observa-se ainda que quanto menor é o déficit cognitivo (pontuação mais alta no MMSE), menor é o risco de depressão (pontuação mais baixa na GDS).

Discussão dos resultados e conclusão |

Discussão dos resultados

Os resultados permitem-nos descrever a população em estudo em função das características sociodemográficas, capacidades funcionais, cognitivas e socio-emocionais, assim como, descrever a utilização e necessidade sentida de um conjunto serviços. Permite-nos ainda analisar as relações entre as variáveis em estudo. Este conhecimento é o primeiro passo para se poder providenciar serviços ajustados às reais capacidades e necessidades das pessoas mais velhas em contextos comunitários, promovendo o envelhecimento bem-sucedido e ativo “in place”.

O presente estudo foca-se na população com mais de 65 anos, residente em áreas predominantemente urbanas (Esposende e Marinhãs) e mediantemente urbanas (Antas, Forjães e Gandra) do Município de Esposende.

A informação obtida revela que, relativamente às características sociodemográficas, a população em estudo é constituída por indivíduos maioritariamente do sexo feminino, com média de idades de 74 anos, residentes em zonas predominantemente urbanas do município de Esposende, casados, com filhos, com níveis de escolaridade baixos, reformados não ativos, que se dedicaram ao longo da vida ativa ao trabalho doméstico, cuidando do lar e da família. Muitos destes idosos têm passatempos, sendo o desporto ou exercício físico a atividade de entretenimento mais mencionada.

O ambiente doméstico e o meio que o rodeia são aspetos importantes, enquanto espaços mais comuns para os idosos, onde estes desenvolvem as suas atividades diárias e onde passam a maior parte do seu tempo, criando um significado relevante no processo de envelhecimento do indivíduo (Rubinstein & De Medeiros, 2004, como citado em Rodrigues, 2007). De acordo com o autor, na investigação relacionada com a habitação e o envelhecimento são comuns conceitos como a acessibilidade, utilidade (relação entre o desempenho das atividades da pessoa e as condições habitacionais para as realizar) e o significado afetivo da casa/habitação. Dada a relevância destes aspetos a propósito do “aging in place”, estes serão analisados de seguida.

De acordo com Rodrigues (2007), a habitação para os idosos é a identificação do seu espaço de independência, de um contexto de relações sociais que lhes são significativas, tendo um significado de envolvimento emocional e de bem-estar. As

condições habitacionais são determinantes para a saúde dos indivíduos em geral, e dos idosos em particular, uma vez o estado de saúde dos idosos poder ser afetado pela falta de condições habitacionais (Fear et al., 2004, como citado em Rodrigues, 2007).

Neste estudo, verifica-se que para a maioria dos idosos a sua habitação tem todas as condições necessárias e adequadas às suas necessidades. Porém, reconhecem barreiras arquitetónicas, ou seja, dificuldades de mobilidade face à inadequação das habitações e dos espaços públicos. Escadas, portas estreitas, banheiras não adaptadas, fracas condições das vias públicas, são alguns dos exemplos citados como barreiras arquitetónicas. Assim, para que as pessoas idosas possam envelhecer nas suas próprias casas e comunidades, é importante, tal como analisado na literatura, a criação de um ambiente amigável, livre de barreiras, onde as atividades de vida diária possam ser realizadas com a máxima eficácia, assim como, a segurança, quer ao nível do contexto doméstico, prevenindo as quedas e os acidentes, como da comunidade, onde os idosos possam circular e realizar atividades instrumentais ou lúdicas (Paúl, 2005a).

Ao residirem, em média, há cerca de 62 anos no mesmo local/freguesia, a maioria dos idosos classifica a sua relação com a vizinhança como próxima e amigável. De acordo com Oh e Kim (2009), ao longo do processo de envelhecimento o número de redes sociais diminui e é compensado pela criação de laços mais fortes com menos indivíduos e, uma vez os idosos estarem em casa durante o dia, tendem a visitar e a manter laços sociais com os vizinhos.

Relativamente aos locais de apoio a idosos existentes na freguesia, são salientadas as instituições de apoio social, mas apenas uma minoria dos idosos utiliza algum destes serviços, sobretudo pela animação, convívio, ocupação dos tempos livres, ajuda nas atividades de vida diária, entre outras justificações apresentadas.

De acordo com Fonseca, Gonçalves e Azevedo (2008) conhecer o significado que as pessoas atribuem aos lugares que habitam é importante para compreender as suas escolhas e decisões ao longo da vida.

Quando questionados sobre as vantagens de residir na freguesia, os idosos salientaram o facto de conhecerem toda a gente ou de ser a terra onde sempre viveram, bem como o facto de a freguesia ter tudo o que é necessário para os mesmos. Estes

resultados vão ao encontro das dimensões de vinculação ao lugar na velhice, mencionadas por Rowles (1994, como citado em Fonseca et al., 2008), nomeadamente: (1) a ligação física, isto é, a familiaridade com o ambiente físico, a qual se obtém vivendo num determinado local por um longo período de tempo, que possibilita aos residentes idosos continuarem a deslocar-se com autonomia e confiança por espaços que já conhecem (manutenção de um sentido de competência no domínio do lugar); (2) a ligação social, ou seja, pelo facto de viverem num determinado lugar por longos períodos de tempo, as pessoas idosas conhecem os vizinhos e/ou amigos, sendo mais fácil solicitar e obter suporte e assistência em caso de necessidade; e (3) a ligação psicológica, que faz com as pessoas desenvolvam ao longo da vida uma noção histórica de pertença a um lugar, cheio de lembranças, por meio das quais a própria história do lugar vai sendo construída e passada à geração seguinte. Assim, o lugar é na verdade “o sítio a que se pertence” (Fonseca et al., 2008, p. 6).

Quando questionados sobre as necessidades sentidas ao residir na freguesia, quase metade da amostra considera não sentir falta de nada, para além daquilo que tem. Porém, para continuarem a viver em casa, mesmo incapacitados, admitem poder vir a necessitar, sobretudo de apoio informal, prestado pelos elementos da família. De facto, no cenário atual, em que as políticas sociais e de saúde se orientam para a manutenção dos idosos no seu domicílio, o cuidado informal assume particular relevância, seja pelo aumento do número de idosos incapazes de satisfazer as exigências do autocuidado e de viver de forma autónoma na comunidade, pela evidência de que a família proporciona a maior parte do cuidado às pessoas de todas as idades, pelo reconhecimento dos efeitos do cuidado nos cuidadores e em todo o sistema familiar, ou pela insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e sociais (Lage, 2005).

O ambiente sociogeográfico é um aspeto a considerar no estudo do processo de envelhecimento. Os resultados mostram que nas freguesias sob investigação, não se verificam diferenças significativas entre área predominantemente urbana e mediantemente urbana nas várias dimensões do envelhecimento, mostrando que o processo de envelhecimento nestas freguesias é similar e não influenciado pela condição urbano/semiurbano. Estes dados reforçam os obtidos por Fernández-Ballesteros e

colaboradores (2003, como citado em Fonseca, Paúl, Martín & Amado, 2005) que afirmam que da comparação entre idosos rurais e urbanos resultam poucas diferenças.

A avaliação da funcionalidade, particularmente para as atividades instrumentais, é fundamental na medida em que permite conhecer a possibilidade de vida autónoma, mesmo não se verificando grandes dependências e antes de ficarem comprometidas as atividades de vida diária (Fonseca, Paúl, Martín & Amado, 2005).

Assim, no que respeita à avaliação da funcionalidade para as atividades da vida diária, consta-se que a maioria dos idosos é independente nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Observam-se diferenças entre géneros nas AIVD, sendo as pontuações mais elevadas nas mulheres, o que indica que as mulheres são mais dependentes nestas atividades. O grupo de idosos com 80 anos ou mais (quarta idade) mostra significativamente maior dependência nas ABVD e AIVD, quando comparado com o grupo de idosos de 65 a 79 anos (terceira idade), reforçando os dados da literatura.

Em termos de funcionamento cognitivo, a maioria dos idosos não apresenta défice cognitivo (apenas 13.1 % apresenta défice), não havendo diferenças entre géneros e idades. No entanto, verificam-se diferenças estatisticamente significativas com o nível de escolaridade, pois quanto maior for a escolaridade, menor é o défice cognitivo verificado.

Quanto aos aspetos socio-emocionais, os resultados deste estudo estão de acordo com outros estudos efetuados (e.g. Silva, 2005), ao mostrar que a maioria dos idosos, em contextos comunitários, não revela presença de diagnóstico de depressão, não sendo apuradas diferenças estaticamente significativas em função do género, idade e escolaridade.

A maioria dos idosos mostra-se ainda *sempre satisfeita* em relação aos cinco componentes considerados fundamentais na funcionalidade familiar. Podemos concluir assim que estes idosos percecionam uma relação familiar altamente funcional. A satisfação com a casa, aliada à satisfação com a relação familiar pode justificar o facto de os idosos afirmarem, de um modo geral, estarem satisfeitos com a vida.

A existência de uma rede social de apoio informal, construída por familiares, vizinhos e amigos, facilita o confronto e a resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortece o seu impacto (Fonseca, Paúl, Martín, & Amado, 2005).

Relativamente aos recursos sociais, a maioria dos idosos vive com o cônjuge, sendo este um elemento fundamental no apoio informal, tem alguém em quem pode confiar, sobretudo nos familiares e vizinhos, quase nunca ou nunca se sente sozinho(a), vê os seus familiares quantas vezes gostaria e, em caso de doença ou incapacidade, tem alguém (familiar, amigo ou outro) que o(a) pode ajudar e cuidar, sempre que necessário. A maioria dos idosos tem uma relação muito boa com a família e amigos.

No que respeita aos serviços, dos cinco grupos avaliados, o grupo dos serviços sociais e recreativos (que inclui as viagens, o desporto e os serviços sociais/recreativos) é o que apresenta em termos globais maior utilização e necessidade sentida. Também os serviços administrativos, dentro dos serviços gerais de apoio, tem maior utilização e necessidade sentida pelos inquiridos. De realçar ainda que, no grupo de serviços de apoio, avaliação e coordenação (constituído pelo serviço de avaliação sistemática multidimensional e serviço de coordenação, informação e apoio), a necessidade sentida é claramente superior à utilização analisada. Todos os restantes serviços apresentam reduzida utilização e necessidade sentida. Como analisado, a maioria dos serviços para os idosos, orientados para o ambiente físico e/ou social, minimizam as exigências ambientais e a necessidade crescente de apoio, tornando-se essenciais para o bem-estar de algumas pessoas idosas, que necessitam de adaptações ambientais ou cuidados ocasionais de cuidadores informais e formais para melhorar a sua autonomia (Hooyman & Kiyack, 2011).

A análise da relação entre variáveis indica que: (1) quanto mais independentes os idosos são nas atividades básicas da vida diária, mais independentes se mostram nas atividades instrumentais da vida diária, menos défice cognitivo e menos risco de sintomatologia depressiva apresentam; (2) quanto mais dependentes são nas atividades instrumentais da vida diária, mais risco de depressão apresentam; (3) quanto menor é o défice cognitivo, menor é a sintomatologia depressiva observada. A satisfação do idoso com a relação familiar não se mostra significativamente correlacionada com nenhuma das restantes dimensões do envelhecimento.

Conclusão

Face ao exposto, podemos concluir que o retrato destes idosos, a residir em áreas predominantemente urbanas e mediantemente urbanas do Município de Esposende, mostra-nos uma população maioritariamente autónoma, com reduzido défice cognitivo, ausência de sintomatologia depressiva, satisfação com a relação familiar e contando com uma extensa rede de suporte social, constituída por familiares, vizinhos e amigos, o que poderá justificar a reduzida utilização e necessidade sentida de serviços.

Da execução do presente estudo foi possível obter evidência sobre o modo como se vive e envelhece em Esposende, mais especificamente, nas freguesias de Antas, Esposende, Forjães, Gandra e Marinhãs. O desafio consiste agora na procura de condições essenciais para as pessoas se adaptarem, com sucesso, ao progressivo declínio das capacidades à medida que envelhecem. Retomando a afirmação de Achenbaum (2010, como citado em Paúl, 2012), é importante, enquanto se mapeiam as capacidades e as necessidades das pessoas idosas, determinar como alimentar os potenciais da vida tardia, para atualizar as prioridades da sociedade.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações, que poderão comprometer a análise e generalização dos dados, designadamente: (a) o procedimento de amostragem não probabilístico; b) o facto do estudo se basear em instrumentos de autorrelato, embora com recurso à heteroavaliação; c) a extensão do protocolo de recolha de dados.

Implicações para a prática gerontológica e prossecução da investigação neste domínio

De acordo com Phillips e colaboradores (2010) escutar os idosos é um aspeto cada vez mais nuclear para a compreensão das experiências de envelhecimento. Deste modo e considerando as limitações deste estudo, recomenda-se, para a prossecução da investigação neste âmbito, o método “World Café” para a recolha de dados a nível da

comunidade (Emlet & Moceris, 2012). Usando este método, são partilhadas ideias e diferentes pontos de vista entre os idosos que integraram a avaliação, num fórum comunitário, com o intuito de compreender como é que os mesmos idealizam uma comunidade que possa apoiar o seu próprio envelhecimento em casa (“Elder-Friendly Community”). Este método pode ser útil para compreender como satisfazer necessidades em défice na comunidade. E como muitos idosos afirmam não precisar de nada, esta estratégia poderá ser útil para aprofundamento do estudo neste domínio.

A evidência reunida poderá ser tomada como ponto de partida para o desenho e planificação de futuras políticas, serviços e/ou programas de base comunitária para promover a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.

Tendo em consideração a necessidade verificada no grupo de serviços de apoio, avaliação e coordenação, uma das abordagens de intervenção possíveis, analisada na literatura, poderá consistir em visitas ao domicílio de carácter preventivo a pessoas idosas que vivem na comunidade, com o intuito de se identificarem os riscos existentes ou potenciais para a saúde, atividade e participação, intervindo antes que os problemas surjam (Fange et al., 2012, como citado em Paúl, 2005a). Outra das intervenções possíveis, também analisada na literatura, face às barreiras arquitetónicas identificadas pelos idosos, consiste, a par da implementação do SAD, em programas de manutenção das casas e pequenas reparações e ajustes, que os idosos com idades mais avançadas já não são capazes de realizar (Paúl, 2005a).

Como tivemos oportunidade de defender ao longo desta dissertação, é preciso avaliar para intervir, uma vez que o envelhecimento é um processo que ocorre nas dinâmicas de ganhos e perdas.

Referências Bibliográficas |

- Angulo, J., & Jiménez, A. (2004). Sociodemografía. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 55-76). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Apóstolo, J. L. A. (2011). Adaptation into European Portuguese of the Geriatric Depression Scale (GDS-15). Trabalho apresentado em XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem da ALADEF, In Suplementos à Revista Referência 2011 - Actas da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem da ALADEF, Coimbra.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminar report" (GDS). Lisboa: Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência.
- Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-374). New York: Springer Publishing Company.

- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Melo de Carvalho, J. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia*, 1(1), 1-12.
- Bastos, A. Faria, C., & Lamela, D. (2011). Relatório de Concretização do Processo de Bolonha do Curso de Mestrado em Gerontologia Social. Disponível em http://portal.ipv.pt/images/ipv/e/e/p/d/f/rcbolonha/RCB_MGS201011.pdf.
- Bastos, A., Faria, C., Moreira, E., & Melo de Carvalho, J. (2011). Protocolo de Avaliação de Necessidades Comunitárias Associadas ao Envelhecimento da População.2011 (ANCEP_GeroSoc.2011). Viana do Castelo: LabGeroSoc (policopiado).
- Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lisboa: Lidel.
- Beard, R. L., Sakhtah, S., Imse, V., & Galvin, J. E. (2012). Negotiating the join career: couples adapting to Alzheimer's and aging in place. *Journal of Aging Research*, 2012, 797-823.
- Berr, C., Balard, F., Blain, H., & Robine, J. M. (2012). How to define old age: successful aging and/or longevity. *Médecine Sciences*, 28(3), 281-287.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- 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. *Social Science Medicine*, 74(9), 141-1425.
- Câmara Municipal de Guimarães. Disponível em <http://www.cm-esposende.pt/>.
- Câmara Municipal de Guimarães (2010). Plano de Ação para a Sustentabilidade Energética de Esposende. Disponível em: http://helpdesk.eumayors.eu/docs/seap/1347_1330_1314191076.pdf
- Cantera, I. R. (2004). Escalas de evaluación de programas gerontológicos. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 55-76). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. In K. W. Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 195-217). New York: Springer.
- Carta Social (2013). Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/index1.php>.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2009). Socioemotional Selectivity Theory. In H. Reis, & S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships* (pp. 1578-1581). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1996). Mood and personality in adulthood. In C. Magai, & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 369-383). San Diego: Academic Press.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. F. Heatherton, & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 21-41). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cupertino, A. P. F. B., Rosa, F. H. M., & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(1), 81-86.
- Dias, I., & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 179-201). Lisboa: Lidel.
- Diniz, F., Poeta, A., Silva, C., Pinto, L., & Sónia, A. (2003). Relatório da cidade de Esposende. Disponível em: <http://home.utad.pt/~des/mt/relatorios/Esposende.pdf>.
- Donnellan, C., Hevey, D., Hickey, A., & O'Neill, D. (2012). Adaptation to stroke using a model of successful aging. *Neuropsychology, development, and cognition: Section B, Aging, neuropsychology and cognition*, 19(4), 530-547.
- Elder, G. (1974). *Children of the Great Depression*. Chicago: University Chicago Press.
- Elder, G. (1999). *Children of the Great Depression: Social change in life experience (25th anniversary edition)*. Chicago: University Chicago Press.
- Emlet, C., A., & Moceri, J. T. (2012). The Importance of Social Connectedness in Building Age-Friendly Communities. *Journal of Aging Research*, 1-9.

- Fange, A. M., Oswald, F., & Clemson, L. (2012). Aging in place in late life: theory, methodology, and intervention. *Journal of Aging Research*, 2012, 547-562.
- Fausset, C. B., Kelly, A. J., Rogers, W. A., & Fisk, A. D. (2011). Challenges to aging in place: understanding home maintenance difficulties. *Journal of Housing for the Elderly*, 25(2), 125-141.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., & García, L. F. (2004). Vivir com Vitalidad-m®: Un Programa Europeo Multimedia. *Intervención social*, 1(3), 65-85.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontologia Social: Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 31-53). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., & Rodríguez (2004). Ambiente y vejez. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 251-272). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. A. (1981). The Development, Validity, and Reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Journal of Gerontology*, 10(4), 428-434.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-98.
- Fonseca, A. M. (2004). *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9776>.
- Fonseca, A. M. (2005). O Envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 277-289.
- Fonseca, A. M., Gonçalves, D., & Azevedo, M. J. (2008). A "ligação à terra": Identidade dos idosos rurais da raia portuguesa. *Iberografias*, 4, 109-122.

- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martin, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 98-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Goldstein (2009). How populations age. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 7-18). Texas: Springer.
- Governo de Portugal (2012). Programa de Ação de Portugal para o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Disponível em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>
- Harris, P. B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *International Journal of Aging & Human Development*, 67(1), 43-61.
- Hooker, K. S., & McAdams, D. P. (2003). Personality reconsidered: A new agenda for aging research. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, 296-304.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2011). The Growth of Social Gerontology. In N. R. Hooyman & H. A. (Eds.), *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective* (pp. 3-42). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Hsu, H. C. (2011). Impact of morbidity and life events on successful aging. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23(4), 458-469.
- INE, Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: <http://www.ine.pt/>.
- Iwamasa, G. Y., & Iwasaki, M. (2011). A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(3), 261-278.
- Jopp, D., & Smith, J. (2006) Resources and life-management strategies as determinants of successful: On the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging*, 21(2), 253-265.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(12), 914-919.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.

- Lawton, M. P., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- McDonough, K. E., & Davitt, J. K. (2011). It takes a Village: community practice, social work, and aging-in-place. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(5), 528-541.
- McLaughlin, S. J., Connell, C. M., Heeringa, S. G., Li, P. V., & Roberts, J. S. (2010). Successful aging in the United States: Prevalence estimates from a national sample of older adults. *Journals of Gerontology*, 65B(2), 216-226.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Marshall, V. (2009). Theory informing public policy: The life course perspective as a policy tool. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney, & M. Silversytein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 573-593). New Yorker: Springer.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-mental State Examination. *Sinapse: Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 9(2), 10-16.
- Morley, J. E. (2012). Aging in place. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(6), 489-492.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neri, A. L. (2008). Palavras-chave em Gerontologia (3ª ed.). Campinas: Alínea.
- Oh, J. H., & Kim, S. (2009). Aging, neighborhood attachment, and fear of crime: Testing reciprocal effects. *Journal of Community Psychology*, 37, 21-40.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Whal, H. W. (2011). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *The Gerontologist*, 51(2), 238-250.
- Parslow, R. A., Lewis, V. J., & Nay, R. (2011). Successful aging: development and testing of a multidimensional model using data from a large sample of older Australians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2077-2083.
- Paúl, C. (s.d.). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *ICBAS – UP*, 275-287. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.

- Paúl, C. (2005a). Envelhecimento e Ambiente. In L. Soczka. (Org.), *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. (2005b). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2007). Old-Old People: Major Recent Findings and the European Contribution to the State of the Art. In R. Fernández-Ballesteros (Eds.), *GeroPsychology: European Perspectives for an Aging World* (pp. 128-144). Germany: Hogrefe and Huber.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). Apresentação. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 15-18). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (Cap. 0, pp. 1-17). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). Introdução. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 11-14). Lisboa: Lidel.
- Phillips, J. E., Ajrouch, K. J., & Hillcoat-Nalletamby, S. (2010). *Key concepts in social gerontology*. Los Angels: Sage.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Reichstadt J., Sengupta, G., Depp C. A., Palinkas L. A., & Jeste D. V. (2010). Older adults' perspectives on successful aging: Qualitative interviews. *American Association for Geriatric Psychiatry*, 18(7), 567-575.
- Ribeirinho, C. M. C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em <http://www.cpihts.com/PDF02/Concep%C3%A7%C3%B5es%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20em%20Cuidados%20Sociais%20no%20Domic%C3%ADlio%20Carla%20Ribeirinho.pdf>

- Ribeiro, O., Teixeira, L., Natália, D., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 217-234.
- Ribeiro, P. C. C., Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B., & Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo género, idade e saúde. *Psicologia em estudo*, 14(3), 501-509.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7168/2/Avaliao%20comunit%20idosos.pdf>.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salude Pública*, 23(2), 109–115.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rossel, N. Y. (2004). La problemática social de los cambios poblacionales. In Rossel, N. Y., Rico, R. R., & Herrera, M. A., *Introducción a la Psicogerontología* (pp. 89-96). Madrid: Psicología Pirámide.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New Yorker: Pantheon Books.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez* (5ª ed). Madrid: Pearson/ Prentice Hall.
- Scheidt, R. J., & Windley, P. G. (2006). Environmental gerontology: Progress in the post-lawton era. In J. E. Birren, & K. M. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 105-125). EUA: Elsevier.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173. New Yorker: The Haworth Press.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.

- Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). Apresentação. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 15-18). Lisboa: Climepsi Editores.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6 (6), 1231-1239.
- Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging*, 13(4), 676-695.
- Tang, F., & Lee, Y. (2010). Home-and community-based services utilization and aging in place. *Home Health Care Services Quarterly*, 29(3), 138-154.
- Triadó, C., & Villar, F. (2006). Psicología del envejecimiento: concepto, teoría y métodos. In C. Triadó y F. Villar (Eds.), *Psicología de la vejez* (pp. 23-62). Madrid: Alianza.
- Vasconcelos K. R. B., Lima, N. A., & Costa, K. S. (2007). O Envelhecimento Ativo na Visão de Participantes de um Grupo de Terceira Idade. *Fragmentos de Cultura*, 17, (3/4), 439-453.
- Vasunilashorn, S., Steinman, B. A., Liebig, P. S., & Pynoos, J. (2012). Aging in Place: Evolution of a Research Topic Whose Time Has Come. *Journal of Aging Research*, 2012, 1-6.
- Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Livraria Almedina.
- Wahl, H. W., & Oswald, F. (2010). Environmental perspectives on ageing. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp. 111-124). SAGE Publications: London.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. *Gerontologist*, 52(3), 357-366.
- WHO, World Health Organization (2002). Active Aging. A policy Framework. Geneva: OMS.

Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

Caraterização do contexto de investigação

O Município de Esposende, um dos 305 concelhos de Portugal, localiza-se no Norte de Portugal, na região do Minho, pertence à NUT III Cávado e ao distrito de Braga. O concelho é limitado a norte pelo concelho de Viana do Castelo, a nascente pelo de Barcelos, a sul pelo da Póvoa de Varzim e a poente pelo Oceano Atlântico (Câmara Municipal de Esposende, 2013).

Este município é constituído por 15 freguesias (Antas, Apúlia, Belinho, Curvos, Esposende, Fão, Fonte Boa, Forjães, Gandra, Gemeses, Mar, Marinhas, Palmeira de Faro, Rio Tinto e Vila Chã), sendo Marinhas a de maior dimensão, com 11.7 km² e Esposende a mais pequena, com 1.85 km².

No que respeita às tipologias das áreas urbanas, predominam as áreas mediantemente urbanas (freguesia de Antas, Belinho, Curvos, Fonte Boa, Forjães, Gandra, Gemeses, Palmeira de Faro, Rio Tinto e Vila Chã), seguidas das predominantemente urbanas (freguesia de Apúlia, Esposende, Fão, Mar e Marinhas; INE, 2013).

Atualmente, Esposende, Gandra e Marinhas são as três freguesias que compõem o núcleo urbano de Esposende.

O seu território estende-se por uma área de 95.18 km² e ao longo de, aproximadamente, 18 km da costa. Sendo o segundo concelho mais pequeno do distrito de Braga, é também aquele que apresenta a maior densidade populacional (349.25 habitantes/km²) de toda a província do Minho.

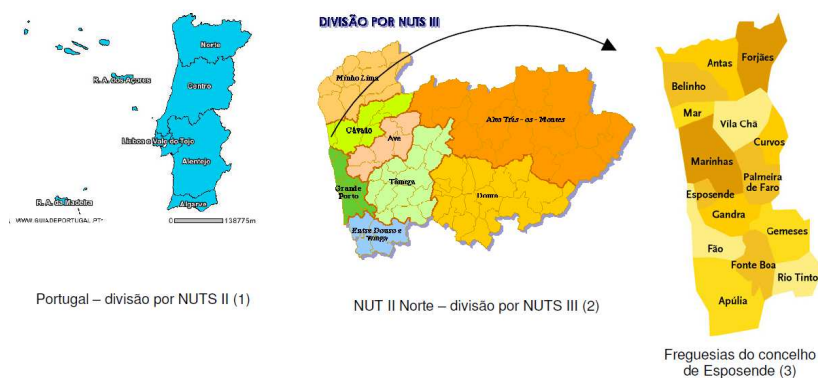


Figura 5. Mapa do concelho de Esposende (Portugal - divisão por NUTS II; NUT II Norte – divisão por NUTS III; Freguesias do concelho de Esposende; retirado de Diniz et al., 2003, p. 2)

Neste concelho, identificam-se três zonas distintas em termos coreográficos: (1) a *planície litoral*, de baixa altitude, que se estende desde Apúlia a S. Paio de Antas e é caracterizada pelos terrenos férteis, de grande apetência para os produtos hortícolas e abundância de seixos de origem marinha; (2) a *arriba*, com uma altitude média de 200 metros, que se estende entre S. Paio de Antas e Palmeira de Faro, ou seja, entre o Rio Neiva e Cávado; (3) o *planalto interior*, com altitudes que chegam aos 280 metros, caracterizado pela abundância de bosques e matas e uma agricultura mais virada para a pecuária.

No que respeita às acessibilidades, o concelho de Esposende possui três eixos centrais de circulação rodoviária: (1) a Estrada Nacional 13, que é usada sobretudo para ligação interna do Concelho; (2) a A28, que assegura a ligação com o Norte (Viana, Galiza) e o Sul (Porto); (3) a A11, que assegura a ligação com as principais cidades do Distrito (Esposende, Barcelos, Braga e Guimarães).

Relativamente à demografia, de acordo com o Censo 2001, a população total do concelho de Esposende corresponde a 33 325 habitantes (16 020 habitantes do sexo masculino e 17 305 habitantes do sexo feminino), dos quais 4 006 tem idade igual ou superior a 65 anos (1 619 do sexo masculino e 2 387 do sexo feminino). A evolução da população entre 2001 e 2011 regista um aumento considerável.

Estes dados podem ser analisados na tabela 39 e comparados com os dados nacionais, do norte de Portugal, região do Minho, NUT III Cávado e com os dados do distrito de Braga.

Tabela 39. População residente por local de residência, género e grupo etário (adaptado do INE, 2013)

Período de referência dos dados	Local de residência	População residente					
		Masculino/Feminino		Masculino		Feminino	
		Total	65+	Total	65+	Total	65+
2001	Portugal	10356117	1693493	5000141	708218	5355976	985275
	Continente	9869343	1628596	4765444	682681	5103899	945915
	Norte	3687293	514758	1782931	212830	1904362	301928
	Cávado	393063	46282	189883	18868	203180	27414
	Braga	164192	17764	78954	7098	85238	10666
	Esposende	33325	4006	16020	1619	17305	2387
2011	Portugal	10562178	2010064	5046600	842324	5515578	1167740
	Continente	10047621	1937788	4798798	814954	5248823	1122834
	Norte	3689682	631439	1766260	263910	1923422	367529
	Cávado	410169	58667	196823	24352	213346	34315
	Braga	181494	23894	86707	9928	94787	13966
	Esposende	34254	5049	16278	2077	17976	2972

Este concelho é relativamente jovem: cerca de 37% da população tem menos de 24 anos e apenas 12% tem mais de 65 anos (Diniz et al., 2003). O índice de envelhecimento reforça esta ideia, sendo significativamente menor comparativamente ao da Região Norte e ao de Portugal (tabela 40). Relativamente ao índice de dependência de idosos, em Esposende este valor (18%) é igualmente inferior quando comparado ao de Portugal (24%) e ao do Norte de Portugal (20%).

Tabela 40. Índice de dependência total, de jovens e de idosos e índice de envelhecimento (adaptado do INE, 2013)

Período de referência dos dados	Local de residência	Índice de dependência			Índice de envelhecimento
		Total	Jovens	Idosos	
2001	Portugal	48	24	24	102
	Continente	48	23	24	105
	Norte	46	26	20	80
	Cávado	45	28	17	61
	Braga	42	27	15	58
	Esposende	47	30	18	60
2011	Portugal	52	23	29	129
	Continente	52	22	30	131
	Norte	48	22	25	114
	Cávado	45	24	21	87
	Braga	42	23	19	81
	Esposende	46	24	22	90

No que respeita à atividade económica do Município, de acordo com Diniz e colaboradores (2003), esta assentava, tradicionalmente, numa agricultura de pequena dimensão, produtora de milho, vinho, batata e feijão e criadora de gado bovino, sendo que em algumas freguesias a pesca era ainda essencial para o sustento das famílias, juntamente com a atividade da apanha do sargaço. O mesmo ocorria em termos de artesanato, onde se destacavam as tradicionais mantas de farrapos, os cestos de verga e trabalhos em linho.

Hoje, de acordo com os autores, o trabalho em granito é uma atividade em expansão, que tenta retomar as tradições do trabalho na pedra, agora com novas perspetivas face ao aumento da procura. Este trabalho é visível em pequenas oficinas e exposições ao longo da estrada Nacional 13. De acordo com Diniz e colaboradores (2003) *“o desenvolvimento industrial do concelho é um fenómeno recente e está, de certa forma, relacionado com a sua ótima localização em termos de acessibilidades (p. 5).*

Segundo os autores, a repartição da população empregue pelos diferentes sectores de atividade económica indica, claramente, a atual predominância do sector secundário neste concelho (indústrias, fabricação e construção; 8.2%), seguido do setor terciário (comércio, turismo e outros serviços; 52.9%) e por fim do sector primário (agricultura, pesca, aquacultura e atividades de serviços relacionados; 39%).

Dos diversos serviços/equipamentos existentes no Município de Esposende, destacam-se alguns, descritos na tabela 41.

Tabela 41. Serviços/equipamentos disponíveis no Município de Esposende (retirado do Plano de Ação para a Sustentabilidade Energética de Esposende, 2010)

Serviços/equipamentos		N.º	Freguesia(s)
Serviços	Serviços de finanças	1	Esposende
	Conservatórias	2	Esposende
	Correios	9	Antas; Apúlia; Belinho; Curvos; Esposende; Mar; Marinhas; Palmeira de Faro; Vila Chá
Justiça	Tribunal	1	Esposende
Cultura	Biblioteca	1	Esposende
	Ludoteca	1	Forjães
	Casa da juventude	1	Esposende
	Museu Municipal	1	Esposende
Saúde	Hospitais	2	Esposende; Fão
	Centros de Saúde	1	Esposende
	Extensões de saúde	4	Apúlia; Belinho; Fão; Forjães
Escolas	Escolas EB 2,3	3	Apúlia; Forjães; Marinhas
	Escola Secundária	1	Esposende
	Escola Profissional	1	Fão
	Escola de Música	1	Esposende
Desporto	Piscinas	2	Esposende; Forjães

Ação Social	Segurança Social	1	Esposende
	Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's)	19	Antas; Apúlia; Belinho; Curvos; Esposende; Fão; Fonte Boa; Forjães; Gandra; Gemeses; Mar; Marinhas; Palmeira de Faro; Rio Tinto; Vila Chá
Transportes	Táxis	21	Antas; Apúlia; Belinho; Esposende; Fão; Forjães; Marinhas
	Empresas de Transportes Públicos	3	Esposende; Marinhas
Atividades económicas	ACICE	1	Esposende
	Cooperativa Agrícola de Esposende	1	Esposende
	Associação de Pescadores	1	Esposende
Segurança	Guarda Nacional Republicana (GNR)	1	Esposende
	Guarda-fiscal	1	Esposende
Proteção civil	Bombeiros	2	Esposende; Fão
	Cruz vermelha	2	Esposende; Marinhas
	Proteção Civil Municipal	1	Esposende

Dos vários equipamentos sociais existentes no concelho de Esposende, podemos analisar, na tabela seguinte, os que são dirigidos à população idosa, a sua capacidade e o número dos respetivos utentes (tabela 42).

Tabela 42. Equipamentos sociais dirigidos à população idosa do Município de Esposende (adaptado da Carta Social, 2013)

Freguesias	Respostas Sociais	Equipamentos e Instituições	Capacidade	Utentes
Forjães	Centro de Convívio	Associação Social Cultural	20	17
	Centro de Dia	Artística e Recreativa de Forjães	7	7
Apúlia	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)	Associação Social e Cultural e Recreativa da Apúlia –	20	20
	Centro de Dia	ASCRA	30	23
Belinho	Centro de Dia	Centro Social Juventude de Belinho	30	10
Esposende	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)	Centro de Apoio Social	40	40
	Centro de Dia	Ernestino Miranda da Santa	25	25
	Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência)	Casa da Misericórdia de Esposende	20	20
Fão	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)	Centro Social da Santa Casa da Misericórdia de Fão -	20	22
	Centro de Dia	lugar do caldeirão	20	24
Marinhas	Centro de Dia	Centro Social da Juventude Unida de Marinhas	35	35
Vila Chã	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)	Centro Comunitário de Vila Chã - Associação Esposende	20	17
	Centro de Dia	Solidário - Associação	20	17
	Atendimento/Acompanhamento Social	concelhia para o desenvolvimento integrado	484	466

Análise da normalidade pelo teste Kolmogorov-Smirnov

Para verificar se as várias escalas seguem uma distribuição normal utilizamos o teste *Kolmogorov-Smirnov*.

Tabela 43. Análise da normalidade pelo teste Kolmogorov-Smirnov

Características	Total (<i>n</i> = 84)				
	Barthel	Lawton	MMSE	GDS	APGAR
N	73	74	84	84	84
<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>	3.836	3.549	1.959	1.562	3.784
<i>p-value</i>	0.000	0.000	0.001	0.015	0.000

Analisando os valores de *p*, verificamos que as várias escalas não seguem uma distribuição normal, pois obtiveram-se valores de significância igual ou inferior a 0.05.