



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A MULTIDIMENSIONALIDADE DO ENVELHECIMENTO
EM LUGARES ESPECÍFICOS
UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE VIANA DO CASTELO

Maria Engrácia Rocha Rodrigues



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Maria Engrácia Rocha Rodrigues

**A MULTIDIMENSIONALIDADE DO ENVELHECIMENTO EM LUGARES ESPECÍFICOS:
UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE VIANA DO CASTELO**

Curso de Mestrado em Gerontologia Social

**Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Alice Bastos**

Investigação realizada no âmbito do Laboratório de Gerontologia Social Aplicada (LABGeroSOC), com o apoio da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. (UNIFAI).

Setembro de 2012

RESUMO

O envelhecimento da população à escala global é um fenómeno relativamente recente, mas que introduz claras transformações a nível social, económico e político. Do ponto de vista teórico, várias abordagens têm contribuído para uma perspectiva positiva relativamente ao envelhecimento populacional e individual. A Gerontologia Ambiental tem-se centrado na descrição, explicação e optimização da relação entre as pessoas mais velhas e o meio ambiente que as envolve, emergindo como uma nova área de investigação. O *aging in place* é uma das linhas de acção da Gerontologia Ambiental, que visa manter as pessoas mais velhas na sua própria casa, como uma posição alternativa à institucionalização. Mas este novo paradigma acarreta novos desafios, tais como a adequação das casas/habitções, zonas de residência, entre outros e implementação de estratégias de apoio ao envelhecimento em casa. O presente estudo centra-se no envelhecimento da população com 65 ou mais anos, a residir em alojamentos unifamiliares em três freguesias que constituem uma das Comissões Sociais Inter Freguesias (CSIF) do município de Viana do Castelo. Tem por objectivos, por um lado, (1) proceder à identificação de necessidades das pessoas mais velhas a residir na CSIF e, por outro, (2) analisar as relações entre variáveis do indivíduo e recursos sociais/comunitários.

Do ponto de vista metodológico foi incluída toda a população com 65 ou mais anos e a viver sozinha ($n=53$) no território da CSIF sob investigação. O protocolo de recolha de dados inclui os seguintes instrumentos: Ficha Sociodemográfica; Avaliação da Funcionalidade nas Actividades da Vida Diária - Índice de Lawton (AIVD; Lawton & Brody, 1969, versão portuguesa Sequeira, 2007); Avaliação do Estado Mental (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); Escala da Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; versão portuguesa Neto, Barros, & Barros, 1990); Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa Rodrigues, 2008).

Os resultados apontam para uma grande variedade de necessidades nas pessoas idosas a viver sozinhas. Em termos dos domínios de funcionamento, observou-se que 53,5% dos participantes é moderadamente dependente para as actividades da vida diária, sendo que 25,7% apresenta défice cognitivo. Em termos de recursos sociais, a rede de relações assenta predominantemente na família (76,3%). Quanto à utilização de serviços observa-se uma grande diversidade no tipo de ajuda que recebeu ou que necessita. Em termos de relações entre variáveis observa-se uma relação significativa negativa entre escolaridade e funcionalidade ($p<0,01$). Há uma relação significativa positiva entre escolaridade e funcionamento cognitivo, sendo negativa a relação com a idade ($p<0,01$). No que diz respeito à satisfação com a vida há uma relação significativa positiva com a escolaridade e uma relação significativa negativa com os recursos sociais ($p<0,01$). Assim, face ao envelhecimento da população, estes resultados devem ser tidos em conta no planeamento das políticas e programas para as zonas rurais geograficamente isoladas.

Palavras-chave: envelhecimento; ambiente rural; avaliação multidimensional; gerontologia social.

ABSTRACT

The population aging in a global scale is a relatively recent phenomenon, but it introduces clear changes at the social, economic and political levels. From a theoretical point of view, several theories have contributed to a new positive outlook towards population and individual aging. The Environmental Gerontology has focused on the description, explanation and optimization of the relationship between older people and the environment that surrounds them, emerging as a new area of research. The aging in place is one of the action lines of the Environmental Gerontology. The aging in place aimed to keep the older people in their own home, as an opposed position to institutionalization, considered harmful to most of them. But this new paradigm brings new challenges, such as the adequacy of houses/dwellings, residential areas, among others, and the implementation of strategies for aging at home. The present study focuses on the aging population aged 65 years or over, living in single-family accommodation in three parishes, which constitute an Inter Parish Social Committee (CSIF) in the municipality of Viana do Castelo. This study aim, on the one hand, (1) to identify the needs of older people residing in CSIF and, on the other hand, (2) to analyze the relationships between sociodemographic variables, individual capabilities and social resources/community.

From the methodological point of view, the entire population aged 65 or more years, that lives alone ($n=53$) in the CSIF area under investigation, was included. The protocol for data collection included the following instruments: Sociodemographic Data; Assessment of Functioning in Activities of Daily Living - Index of Lawton (AIVD; Lawton & Brody, 1969, versão portuguesa Sequeira, 2007); Mini Mental State Evaluation (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); The Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; versão portuguesa Neto, Barros, & Barros, 1990); Older Americans Resources and Services (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; versão portuguesa Rodrigues, 2008).

The results point to a wide variety of needs in older people living alone. In terms of fields of operation, it was observed that 53.5% of the participants are moderately dependent for activities of daily living, and 25.7% have cognitive deficits. In terms of social resources, the network of relations is based on family (76.3%). Regarding the use of services within the community there is a great diversity in the type of help they received or need. In terms of relationships between variables there is a significant negative relationship between schooling and functionality ($p < .01$). There is a significant positive relationship between education and cognitive functioning, and negative relationship with age ($p < .01$). With respect to satisfaction with life there is a significant positive relationship with education and a significant negative relationship with social features ($p < .01$). Thus, considering the population aging, these results should be taken into account in the planning of policies and programs for rural areas geographically isolated.

Keywords: aging; rural environment; multidimensional assessment; social gerontology.

Agradecimentos

À Professora Doutora Alice Bastos, minha orientadora, pela disponibilidade, motivação e ensinamentos na construção do conhecimento científico.

À Dra. Emília Moreira, a disponibilidade e ajuda no tratamento e análise da informação recolhida.

À Professora Doutora Carla Faria, pela motivação e palavras de incentivo.

Aos Presidentes de Junta de Freguesia, pela autorização de recolha de dados concedida e por todo o apoio.

Aos idosos que aceitaram participar neste estudo, sem eles o mesmo não seria possível.

À Daniela, Diana e Sandrina pela disponibilidade e colaboração na recolha de dados.

À Raquel, em especial, por ser minha Amiga nesta caminhada, pelos seus contributos, apoio e motivação, que me deram alento nos momentos de desânimo, e por me ajudar a acreditar em mim.

À minha família, pelo estímulo, compreensão, presença constante e por todas as privações de tempo e disponibilidade que este trabalho exigiu.

A todos, um grande muito obrigada e bem hajam!

ÍNDICE GERAL

Resumo	III
<i>Abstract</i>	V
Agradecimentos	VII
 Introdução	 13
CAPÍTULO I - Enquadramento teórico e empírico	
1. Envelhecimento, Gerontologia e Gerontologia Social	21
2. Envelhecimento e ambiente: uma complexa malha de transacções	26
2.1. <i>Aging in place</i> : contributos teóricos	39
2.2. Vinculação ao lugar	51
3. O envelhecimento em função das características sociodemográficas	59
3.1. Envelhecer e viver só	63
3.2. Avaliação de capacidades do indivíduo	66
CAPÍTULO II - Método	
1. Plano de investigação e amostra	73
2. Instrumentos de recolha de dados	75
3. Procedimentos de recolha de dados	80
4. Estratégias de análise de dados	81
CAPÍTULO III - Apresentação dos resultados	
1. Descrição dos participantes	85
2. Avaliação multidimensional	93
2.1. Funcionalidade	93
2.2. Funcionamento cognitivo	95
2.3. Satisfação com a vida	97
3. Avaliação dos recursos sociais e utilização de serviços	98
4. Análise da relação entre variáveis	104
Discussão dos Resultados e Conclusão	109
Referências Bibliográficas	125

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Definições do conceito de vinculação ao lugar (<i>place attachment</i>)	53
Tabela 2 - População residente com 65 ou mais anos e nº de alojamentos familiares ocupados, 2001 e 2011	63
Tabela 3 - População com 65 ou mais anos segundo o total e a residir em alojamentos familiares	75
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos participantes	86
Tabela 5 - Actividades manuais/artesanais	87
Tabela 6 - Alterações com a reforma	88
Tabela 7 - Habitação	89
Tabela 8 - A ecologia do lugar: significado do lugar e relações de vizinhança	90
Tabela 9 - A ecologia do lugar: locais de apoio social	91
Tabela 10 - Funcionalidade para as actividades instrumentais da vida diária (índice de Lawton)	93
Tabela 11 - Funcionamento cognitivo	95
Tabela 12 - Satisfação com a vida	98
Tabela 13 - OARS-PT (recursos sociais)	99
Tabela 14 - Avaliação dos recursos sociais pelo entrevistador e classificação final (OARS-PT)	101
Tabela 15 - OARS-PT - utilização de serviços (serviços gerais de apoio e serviços não classificados)	102
Tabela 16 - Correlação entre variáveis sociodemográficas, de avaliação individual e de satisfação com a vida	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do concelho de Viana do Castelo	74
Figura 2 - Distribuição dos resultados no Índice de Lawton, por graus de dependência para as AIVD	93
Figura 3 - Distribuição dos resultados do índice de Lawton entre grupos etários (65-79 vs. 80+)	94
Figura 4 - Distribuição dos resultados do índice de Lawton entre homens e mulheres ...	95
Figura 5 - Distribuição dos resultados no MMSE, por indicadores de défice cognitivo	96
Figura 6 - Distribuição dos resultados do MMSE entre grupos etários (65-79 vs. 80+)	97
Figura 7 - Distribuição dos resultados do MMSE entre homens e mulheres	97

INTRODUÇÃO

A presente dissertação¹ organiza-se em torno do viver só em contexto rural. Trata-se de um estudo no município de Viana do Castelo, que pretende contribuir para delinear políticas e programas que facilitem o *aging in place*, que pode ser traduzido por envelhecer no seu próprio local ou simplesmente envelhecer em casa. De acordo com alguns dos autores de referência no domínio (e.g., Fänge, Oswald & Clemson, 2012; Vasunilashorn, Steinman, Liebig & Pynoos, 2012) defende-se para a velhice o viver em casa tanto tempo quanto possível, mobilizando recursos pessoais e comunitários.

Esta ideia está também presente na Teoria Desenvolvimental do Ciclo de Vida (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006), quando defende que o processo de envelhecimento deve ser analisado na interrelação pessoa-contexto. Baltes e colaboradores sustentam que o aumento das perdas relacionadas com a idade não implica que não haja oportunidade de crescimento, em alguns domínios, na segunda metade da vida. Esta perspectiva enfatiza que a plasticidade cognitiva é preservada entre os adultos mais idosos saudáveis e pode ser estimulada por meio de estratégias de *coping* e mecanismos sócio-culturais. No momento, há um forte consenso de que um estilo de vida intelectualmente estimulante, com ajuste social significativo e actividade física constituem preditores de uma melhor manutenção das competências cognitivas e estão associados com um risco reduzido de desenvolver síndromes demenciais (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999; Fernández-Ballesteros, 2008).

Nesta linha de pensamento e, assumindo que o desenvolvimento é um processo contínuo, multidimensional e multidireccional, sujeito a uma série de influências, mudanças e interacções, marcado ainda por constantes ganhos e perdas (Baltes, 1988), é impossível negar que, para um desenvolvimento e envelhecimento bem-sucedidos é fundamental ter a capacidade de seleccionar metas, optimizar recursos e procurar compensações quando os meios disponíveis para atingir as metas estiverem comprometidos.

Assim, e tendo em linha de conta a revolução demográfica a que assistimos, fortemente marcada pelo aumento crescente da população idosa (Rosa, 2012), é urgente uma nova abordagem perante este grupo etário (mais de 65 anos), passando de um

¹ A presente dissertação de mestrado não foi elaborada de acordo com o novo Acordo Ortográfico que entrou em vigor em Janeiro de 2009, beneficiando do período de transição que decorre até 2015.

modelo centrado na doença para um modelo orientado para a valorização das potencialidades das pessoas (Rosa, 2012). No entanto, este modelo tem sido dificultado pelas exteriorizações de uma cultura anti envelhecimento que nos incute a juvenilidade em detrimento da velhice, numa busca contante do elixir da juventude, de forma a não ser conotados de velhos, pela carga negativa que hoje em dia este termo contém (Magalhães, 2012).

O envelhecimento da população será, sem dúvida, um grande desafio ao longo dos próximos anos em termos dos sistemas socioeconómicos, nomeadamente ao nível dos programas públicos de pensões, cuidados de saúde ou das estruturas de retaguarda à velhice (cuidados formais e informais). De facto, e se actualmente o envelhecimento da população atingiu já, em alguns países, o seu pico de celeridade (Goll, 2010), as últimas projecções do Eurostat (2012a) mostram que, nos próximos cinquenta anos, o envelhecimento da população poderá atingir níveis sem precedentes em alguns países europeus, embora a magnitude, velocidade e tempo sejam susceptíveis de uma significativa variação.

Neste sentido, e ainda que a problemática do envelhecimento seja um assunto recente, o *Grey Power* é tema de interesse por parte de políticos e cientistas, pelo peso que os adultos mais velhos têm ganho nos mais diversos contextos, desde os bancos dos hospitais aos hotéis de luxo (Paúl, 2005a).

Prova disso é a diversidade de conceitos associados ao envelhecimento, desde “idoso”, “terceira idade”, “geração dos cabelos grisalhos”, “sénior”, “idosos nova vaga” ou, mais recentemente, de “neo-velhos” que, segundo Kalache (2008), serão a massa de pessoas que foram activistas, viveram os movimentos cívicos dos anos 60 e, que posteriormente irão reinventar o envelhecimento.

De igual forma, são também muitas e diversas as tentativas para tentar compreender o processo de envelhecimento. De facto, desde a antiguidade clássica, que vários filósofos e pensadores se debruçaram sobre esta matéria. Se uns o consideravam como uma vitória e um posto de sabedoria, outros viam-no como uma doença e um verdadeiro problema (Fernández-Ballesteros, 2008). Efectivamente, o ser humano é uma entidade biopsicossocial e agente activo na construção de si próprio enquanto indivíduo,

sendo o processo de envelhecimento altamente complexo e heterogéneo, só podendo ser compreendido à luz de uma perspectiva sistémica ao nível biológico, psicológico e social (Paúl, 2005a; 2012).

Nesta linha de pensamento, o envelhecimento surge como um processo altamente individualizado que, com o aumentar da idade aumenta as diferenças inter-individuais de base, a taxa e a direcção da maioria das funções e dos processos, resultando num padrão de maior vulnerabilidade com a idade (Paúl, 2005a, 2005b). Temos então um conceito não medido pela idade mas sim, por um conjunto de factores físicos, psíquicos e sociais.

As diversas teorias e modelos no âmbito do envelhecimento, embora distinguindo-se por alguns aspectos, são unânimes ao afirmarem que o processo de envelhecimento é altamente heterogéneo, que existem vários percursos para se atingir um envelhecimento bem-sucedido/positivo (Baltes & Baltes, 1990), que a variabilidade interindividual entre idosos é significativa (Fernández-Ballesteros, 2008), que a plasticidade pode prevenir ou melhorar condições negativas (declínio e limitação) e que as mudanças sócio-históricas, bem como as características pessoais têm uma enorme influência nos processos de desenvolvimento e envelhecimento (Fonseca, 2010).

As alterações demográficas verificadas no último século, que se traduziram na modificação e inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos responsáveis governamentais, às famílias, à sociedade em geral e em particular às autarquias, desafios para os quais não estavam preparados (Rosa, 2012). Hoje em dia, envelhecer com qualidade e de forma saudável, prolongando por períodos tão longos quanto possível, a independência e a autonomia, constitui um desafio à responsabilidade individual e colectiva (WHO, 2002).

Neste contexto, a Gerontologia Ambiental (GA) tem-se centrado na descrição, explicação e optimização da relação entre as pessoas idosas e o meio ambiente que as envolve, emergindo como uma nova área de investigação. De uma perspectiva histórica, a Gerontologia Ambiental tem claramente desempenhado um papel importante dentro do cometimento gerontológico, nos termos da explícita importância da investigação do meio ambiente no processo de envelhecimento (Wahl & Weisman, 2003).

O *aging in place*, conceito central na GA, visa manter os idosos na sua própria casa, como uma posição oposta à institucionalização, considerada nefasta, para a maioria dos idosos. Mas este novo paradigma acarreta novos desafios, tais como a adequação das casas e a implementação de estratégias de apoio ao domicílio. Segundo Lawton (1999), as barreiras das habitações, colocam limitações comportamentais e, se quem lá vive tem limitações de mobilidade e de capacidade perceptiva, o efeito do meio no comportamento é proporcionalmente maior do que no caso de uma pessoa autónoma (Paúl, 1996). O facto é que a maior parte dos idosos a residir na comunidade não efectua alterações no interior ou exterior da sua casa, não as escolhem baseados em características que tornem a sua vida mais fácil, não pensam em mudanças futuras e preferem um domicílio idêntico ao que habitam (Paúl, 2005c). Daí que as características ambientais em casa e na vizinhança precisem ser consideradas para melhor se entender os processos diferenciados do *aging in place*, no que diz respeito ao bem-estar (Oswald, Jopp, Rott & Wahl, 2010).

Correspondendo a um maior empenho político destinado a facilitar o *aging in place*, surge também um aumento na investigação científica, reflectindo as preocupações das partes interessadas (incluindo os decisores políticos, prestadores de cuidados, famílias e os próprios adultos mais velhos), que aclara um maior número de opções que visam conter o aumento dos custos dos cuidados e que facilitam os desejos dos adultos mais velhos a manter-se independentes (Vasunilashorn et al., 2012). Segundo os mesmos autores, o *aging in place* está longe de ser uma questão de “tamanho único”, mas sim algo que difere entre as populações, devido à cultura, demografia, sistemas jurídicos, por exemplo.

Nesta linha de pensamento, não existem dúvidas de que a Gerontologia Social é de extrema importância e que o seu papel na sociedade é fundamental, quer ao nível académico e científico, como das políticas sociais no sentido de avaliar e intervir de um modo adequado.

Com todas estas premissas em mente, o presente estudo, pretende identificar as suas necessidades das pessoas com 65 ou mais anos, a viver em contexto rural em

alojamentos unifamiliares, assim como analisar as relações entre variáveis sociodemográficas e as capacidades do indivíduo e os recursos sociais/comunitários.

No sentido de concretizar estes objectivos, a presente dissertação encontra-se dividida em três capítulos: Capítulo I – Enquadramento teórico e empírico, Capítulo II – Método e Capítulo III – Apresentação dos resultados. No primeiro capítulo será apresentado o enquadramento teórico e empírico sobre o envelhecimento em contextos específicos, que aborda o envelhecimento, Gerontologia e Gerontologia Social; o envelhecimento e ambiente; e o envelhecimento em função das características sociodemográficas. No segundo capítulo, são descritos o plano de investigação e amostra; instrumentos de recolha de dados; procedimentos de recolha e estratégias de análise de dados. Por último, no terceiro capítulo, serão apresentados os resultados, englobando a descrição dos participantes; avaliação multidimensional; avaliação dos recursos sociais e utilização de serviços; e análise da relação entre variáveis. Finalmente procede-se à discussão dos resultados e conclusão.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO

Neste primeiro capítulo será apresentado o enquadramento teórico e empírico sobre o envelhecimento em contextos específicos, que aborda o envelhecimento, Gerontologia e Gerontologia Social; envelhecimento e ambiente; envelhecimento em função das características sociodemográficas; envelhecer e viver só, avaliação de capacidades do indivíduo.

1. Envelhecimento, Gerontologia e Gerontologia Social

O envelhecimento é um processo complexo que ocorre desde o nascimento até à morte, no qual o organismo humano tem um período de crescimento rápido e de estabilidade e vai perdendo em eficiência biológica à medida que o tempo passa. Envelhecer não depende exclusivamente da idade e, portanto, nem todas as pessoas envelhecem fisicamente ao mesmo ritmo. Do ponto de vista psicológico, observa-se um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança, o crescimento e o declínio. A título de exemplo, se há alguns aspectos que estabilizam a partir de uma determinada idade, como é o caso da personalidade, outros aumentam, como o conhecimento e outros declinam, como a inteligência fluida e o tempo de reacção (Baltes et al., 2006).

No sentido de definir um marco social de entrada na “terceira idade”, Fernández-Ballesteros (2001) destaca o critério associado à idade cronológica (os 65 anos de idade) como o mais comumente aceite como marca da velhice, ainda que existam outros critérios, tal como a idade física (ou biológica), a idade psicológica, a idade social, a idade funcional, a idade emocional ou a idade intelectual. Todavia, as classificações com base na idade cronológica dizem muito pouco da forma como se envelhece, considerando-se bem mais significativo a distinção entre velhice normal, velhice patológica e velhice óptima. Por velhice normal entende-se aquela que ocorre sem patologias, sendo que a velhice patológica está associada a múltiplas patologias, frequentemente crónicas, e a velhice óptima implica tomar como referência algum estado ideal de bem-estar pessoal e social. Trata-se de três conceitos de difícil operacionalização, do ponto de vista conceptual, porque as diferenças entre os três estados podem ser muito ténues (Neri, 2007).

Existem igualmente diversas formas de conceptualizar a velhice e o envelhecimento, desde a biológica, psicológica ou social, no entanto nenhuma das teorias do envelhecimento – pelo menos individualmente – é capaz de explicar adequadamente o processo de envelhecimento, uma vez que as mudanças que ocorrem com o passar do tempo têm múltiplas e complexas causas. Efectivamente, se as teorias biológicas partem do princípio de que o organismo experimenta três etapas essenciais: crescimento e desenvolvimento, maturidade e declínio, e as teorias psicológicas assumem igualmente que ocorrem mudanças no funcionamento psicológico das pessoas com o passar do tempo e o avançar da idade, ainda que nem todas as mudanças que ocorrem na psique humana se ajustem ao padrão de funcionamento biológico anteriormente descrito, as teorias sociológicas baseiam-se, na sua generalidade, na interacção simbólica e na teoria da estrutura social. De qualquer forma, o essencial a reter é que nenhuma das teorias consegue explicar o processo de envelhecimento no seu todo, dado que este é, por natureza, um processo biopsicossocial (Fernández-Ballesteros, 2008).

Baltes e Smith (1999, como citado em Paúl, 2005a) agrupam diferentes tipos de análise multidisciplinar para explicar as mudanças relacionadas com a idade e resumem as perspectivas metateóricas do envelhecimento humano, resultantes da evolução e da ontogénese, em três diferentes níveis de análise: 1) perspectivas biológicas e culturais do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida; 2) perspectivas de curso de vida das mudanças relacionadas com a idade (o envelhecimento visto como multidimensional, multidireccional e dinâmico); e 3) envelhecimento em níveis de comportamento e mecanismos (por ex. inteligência, personalidade). De acordo com os mesmos autores, há uma grande inter-relação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento intelectual.

O envelhecimento implica, por vezes, a redução das relações pessoais, da participação social, das expectativas de felicidade e do interesse geral pela vida, mas essa desvinculação não é um fenómeno natural, voluntariamente aceite, não se apresenta com carácter universal, nem automaticamente se relaciona com o bem-estar e a satisfação. Em determinadas circunstâncias, o idoso sente medo dos seus fracassos e afasta-se cada vez mais dos contactos sociais, refugiando-se nos grupos mais íntimos e

envelhecimento não pode ser reduzido a condições biomédicas nem pode ser reduzido a condições socioculturais.

De facto, embora a idade cronológica esteja relacionada com o processo de envelhecimento, não é um bom critério para o estudar, uma vez que o número de anos que um indivíduo viveu não nos dá necessariamente informação sobre a qualidade da sua vida, a sua experiência psicológica e social ou mesmo a sua saúde. O envelhecimento surge assim, como um processo altamente individualizado que, com o aumentar da idade, aumenta as diferenças inter-individuais de base e a direcção da maioria das funções e dos processos, resultando num padrão de maior vulnerabilidade com a idade. De acordo com a investigação, a variabilidade inter-individual dos idosos é superior à verificada noutros grupos etários (Paúl, 2005a).

A Gerontologia pretende estudar o processo de envelhecimento, assim como as diferenças de idade e aquelas mais concretas que requerem especial atenção, ou seja, o que normalmente ocorre durante o processo de envelhecimento. A Gerontologia assume claramente um carácter biopsicossocial, pois implica conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais, ou seja, uma das principais características da Gerontologia é a sua multidisciplinaridade. A Gerontologia é, pois, um *interface* de diversas disciplinas desde as ciências biológicas (biologia, medicina, enfermagem), ciências psicológicas (psicologia do desenvolvimento, psicologia social, psicologia cognitiva) e ciências sociais (sociologia demográfica, ecologia humana, interacção social) ou, como defende Levet (1998), é uma ciência de encruzilhada ideológica que deu origem a múltiplas teorias, sendo que até agora nenhuma pôde abarcar o conjunto dos mecanismos em acção no processo de envelhecimento humano.

Além disso, a Gerontologia tem distintos objectos de estudo - o processo de envelhecimento, o fenómeno da velhice e os indivíduos mais velhos. É claramente interventiva, tendo o seu foco na melhoria das condições de vida das pessoas mais velhas e essa intervenção pode ser feita em contextos públicos e privados. Citando as palavras de Doll (2004, p. 98), "o aspecto da interdisciplinaridade não é uma questão periférica para a Gerontologia, mas trata-se de um dos seus fundamentos principais". É

precisamente devido a este âmbito tão lato de estudo, que reúne numerosos investigadores e especialistas de áreas tão diversas.

Os investigadores no âmbito da Gerontologia procuram explicar: a) os problemas funcionais das pessoas mais velhas, em termos de incapacidades e dificuldades; b) o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo, ou seja, como crescemos e envelhecemos (aspectos biológicos, psicológicos e sociais); c) a idade enquanto padrão de comportamento social (Paúl, 2005b).

A função de um gerontólogo é conseguir que, cada vez mais, haja um maior número de pessoas que envelheçam com êxito. E, para o efeito, deve ser dotado de competências que lhe permitam avaliar o idoso numa perspectiva multidimensional (biopsicossocial) e encaminhá-los para outros profissionais com conhecimento científico adequado quando necessário; integrar equipas multidisciplinares que facilitem a adaptação do idoso e dos seus familiares às problemáticas inerentes ao envelhecimento; conceber, desenvolver e implementar programas de envelhecimento saudável, activo e produtivo, assim como, conhecer políticas, modelos e serviços específicos para a população sénior (Pereira, 2008).

Tanto a Gerontologia, como a Gerontologia Social, baseiam-se em conhecimentos procedentes de ciências biológicas, psicológicas e sociais. O que ocorre neste último caso é que as bases sociais se estendem e são tratadas pormenorizadamente (Fernández-Ballesteros, 2000). Contudo, entende-se por Gerontologia Social, a especialização da Gerontologia que está dedicada à análise do impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento, bem como, às consequências sociais desse processo, e às acções sociais para o melhorar. Assim sendo, um Gerontólogo Social deve ter conhecimentos bio-psico-sociais do idoso e do envelhecimento, aplicando esses mesmos conhecimentos numa perspectiva social, em benefício das pessoas mais velhas (Neri, 2001).

Tradicionalmente, a Gerontologia Social tem-se centrado no estudo das características sociais, económicas e demográficas das pessoas idosas e no envelhecimento da população. No entanto, nos últimos anos a definição ampliou-se

incluindo também a saúde, tecnologia e estilo global de vida (Phillips, Ajrouch & Hillcoat-Nalletamby, 2010).

Assim sendo, a heterogeneidade do envelhecimento, reflectida na pluralidade das abordagens da Gerontologia, exige de nós conhecimentos sólidos que, ao invés de nos enclausurarem, nos abrem horizontes para a valorização da diversidade da experiência humana (Paúl, 2012).

2. Envelhecimento e ambiente: uma complexa malha de transacções

O meio ambiente é relevante quer na expressão quer na manutenção da competência dos indivíduos. A aproximação à realidade pelos sujeitos mais velhos é mais pragmática, concreta e subjectiva, sensível ao contexto interpessoal e reflectindo a vivência de cada um. É inadequado pensar o funcionamento cognitivo dos idosos numa perspectiva formal, realística, abstracta e objectiva (modo utilizado pelos jovens), dado que os mais velhos usam um tipo de raciocínio pós-formal (Fernández-Ballesteros & Rodríguez, 2004).

Segundo Paúl (2005c), a competência para a vida diária dos idosos, ou seja, como é que o idoso pode funcionar eficazmente nas tarefas e situações de rotina, é considerada por Schaie e Willis (1999) no modelo hierárquico de competência, onde a base de todo o comportamento com significado corresponde às dimensões subjacentes do processo cognitivo e por Baltes e Carstensen (1999 como citado por Paúl, 2005a) num modelo de competência/dependência nos idosos, centrados na pessoa.

Para Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2004), o envelhecimento tem sido definido como a referência ao tempo biográfico, socialmente determinado, para um indivíduo. Categorias como a idade, a experiência e a maturidade formam parte da definição de velhice. Cada idade descrita socialmente tem o seu cenário, tempo biográfico, tem o seu espaço padrão. Mas para lá das definições, o ambiente, considerado como o complexo de estimulação sociofísica, constitui um dos conjuntos de factores que devem ter-se em conta na hora de estabelecer a tipologia de experiências de envelhecimento.

Na literatura encontramos várias teorias e modelos que explicam a competência para a vida diária. Entre elas, Paúl (2005c) destaca a Teoria dos Componentes que aponta para a existência de diferentes dimensões latentes da competência. Consideram-se aqui os estádios do pensamento pós-formal (Baltes, Dittman-Kohli & Dixon, 1984; Baltes & Smith, 1990), ou seja, as formas relativistas e dialécticas do pensamento que supõem constructos cognitivos latentes que se aplicam a vários domínios. Esses constructos têm a ver com as mudanças relativas à idade e às trajectórias desenvolvimentais.

Por sua vez, a Teoria do Domínio Específico considera a competência limitada a uma determinada área de conhecimento, pelo que nos idosos a resolução de problemas tem sobretudo a ver com a familiaridade e experiência num determinado domínio. Nesta perspectiva, a competência é devida à automatização, à experiência anterior e à especialização, sendo difícil ter em conta as mudanças desenvolvimentais com o envelhecimento (Sathouse, 1990, como citado em Sequeira, 2007).

As Teorias da Adequação Ambiente/Indivíduo consideram que o comportamento competente ocorre quando as capacidades do indivíduo combinam com as exigências e recursos do meio (Kahana, 1982; Lawton, 1999), isto é, a perda de competência resulta da incongruência entre o indivíduo e o meio, que ocorre pela diminuição das capacidades do indivíduo, pelo aumento das exigências do meio, ou por uma combinação de ambos.

Por sua vez, o Modelo de Dependência Apreendida (Baltes, 1988) assume que a dependência nos idosos não é um problema de envelhecimento biológico automático, mas sim uma consequência das condições sociais, de que resulta uma tendência para sobreproteger os idosos e negligenciar as suas áreas fortes; a dependência pode então ser apreendida e funcionar de forma adaptativa, evitando a solidão e correspondendo a um controlo passivo, tornando-se uma estratégia compensatória.

Por fim, a Teoria da Selectividade Socioemocional que foi formulada para explicar a diminuição dos contactos sociais nos idosos, defende que este fenómeno corresponderá a uma redistribuição de recursos e uma selecção activa de investimentos significativos (Baltes & Carstensen, 1999, como citado em Paúl, 2005a).

O Modelo de Competência para a Vida Diária, segundo Schaie e Willis (1999), tem de considerar uma perspectiva ontogenética, que evolui de exigências simples na

infância, para complexas na vida adulta e uma progressiva simplificação no decorrer da velhice. Haverá um processo de selecção, optimização e compensação (SOC), como o indicado por Baltes (1988), que se aplica à competência do dia-a-dia: a selecção pode ser reactiva ou pró-activa e dirigir-se ao ambiente; a compensação facilita a adaptação à perda, no sentido de preservar ou optimizar o funcionamento anterior; a optimização orienta-se pela minimização das perdas e optimização dos ganhos, a nível inter e intrapessoal.

Assim, a competência – enquanto conjugação de factores biológicos e cognitivos – resulta da idade, do estatuto socioeconómico, da capacidade subjectiva e do estilo de vida dos indivíduos, ou seja, os idosos mais competentes são os que têm maior capacidade física e mental, para o que contribui terem uma melhor percepção pessoal das suas capacidades e um estilo de vida mais saudável em termos de alimentação, exercício físico e detentores de um estatuto socioeconómico mais elevado (Rodríguez, 2011).

Nesta linha de pensamento, o ambiente social interfere na qualidade de vida no envelhecimento. A forma de envelhecer depende do lugar em que se vive e do tipo de estimulação física e social que se recebe. O comportamento e o funcionamento psicológico de uma pessoa podem ser mais facilmente compreendidos se se tiver em conta o contexto em que a pessoa se desenvolve. Mais especificamente, Kleemeier (1959 como citado em Fernández-Ballesteros e Rodriguez, 2004) define e clarifica a experiência ambiental das pessoas idosas e conclui que existem três dimensões sócio-físicas: 1) dimensão de reunião - reflecte até que ponto actividades similares são realizadas pelos indivíduos no mesmo lugar e ao mesmo tempo; 2) dimensão de segregação - refere aquele lugar diferenciado física e/ou socialmente dos lugares comunitários habituais; 3) dimensão de controlo - refere o grau de oposição dos residentes quanto à regulamentação normativa, às condutas existentes e aos planos e decisões dos administradores e gestores da instituição. Cada dimensão é uma estrutura sócio-física resultante da fusão entre aspectos humanos e variáveis físicas, pelo que define características dos lugares e processos psicológicos e sociais.

As relações indivíduo-ambiente podem ser analisadas como uma complexa malha de transacções, sendo que um indivíduo conduz a sua interacção com o ambiente em função de planos específicos. Existe compatibilidade, quando existe coincidência entre os indivíduos (as suas necessidades e intenções) e o ambiente (oportunidades e exigências de acção) (Speller, 2000).

De acordo com a teoria dos sistemas ecológicos (*"life model"*), de Germain e Gitterman (1980, como citado por Payne, 2002), as pessoas devem ser vistas em constante adaptação num intercâmbio com aspectos diferentes do seu ambiente. Ambos mudam e são mudados pelo ambiente, havendo uma adaptação recíproca. Quando existem situações que perturbam o equilíbrio adaptativo, resulta o *stress* que provoca problemas na "ligação" entre as necessidades do indivíduo e as capacidades do ambiente, ou problemas que surgem pela falta de adaptação das pessoas às alterações nas suas vidas. Neste contexto, o papel do profissional é fortalecer as capacidades adaptativas das pessoas, bem como influenciar os seus ambientes, de forma a que as transacções sejam mais adaptativas.

Kaplan (1983 como citado em Fernández-Ballesteros & Rodriguez, 2004) diferencia, por um lado, os níveis de actividade da pessoa em função da origem/estímulo da actividade psicológica, destacando portanto a dimensão externa (ambiental) e a dimensão interna (características pessoais) e, por outro lado, introduz uma diferenciação em função dos tipos de actividade psicológica: as imagens (incluindo a componente afectiva e cognitiva) e os planos de intenção de acção. A compatibilidade regista-se em dois níveis, ao nível das imagens e ao nível dos planos. A incompatibilidade tem origem tanto no funcionamento inadequado do ambiente como nas disposições inadequadas por parte dos indivíduos.

Tendo em conta o conceito de compatibilidade, é possível identificar três tipos de ambientes: 1) ambiente suportador - favorece o desenvolvimento das metas e planos pessoais; 2) ambiente controlador – com algum custo, pode dirigir a transacção com o ambiente para desenvolver as suas metas e planos; 3) ambiente restaurador – ambiente em que o indivíduo pode recuperar-se da pressão não desejada de outros estímulos ambientais (Fernández-Ballesteros & Rodriguez, 2004).

A investigação e o estudo das relações entre a velhice e o ambiente regem-se por duas preocupações básicas: (1) explicar a relação entre variáveis antecedentes, de carácter comportamental e de carácter ambiental e os resultados em termos de bem-estar psicológico, nível de satisfação pessoal e qualidade; (2) determinar empiricamente e para distintos âmbitos, que tipos de variáveis têm mais importância na predição de bem-estar psicológico e qualidade de vida na velhice (Paúl, 2005b).

Segundo Paúl (2005c) são cinco os modelos considerados mais relevantes para o estudo da relação ambiente e velhice: (1) modelo de congruência pessoa-ambiente (Carp, 1987; Carp & Carp, 1984); (2) modelo de pressão-competência (Lawton, 1975, 1977; Lawton & Nahemow, 1973); (3) modelo ecológico social de Moos (1984); (4) modelo ecológico comportamental (Fernández-Ballesteros, Montorio & Trocóniz, 1998) e (5) modelo taxonomia ambiental (Lawton, 1999).

O *modelo de congruência pessoa-ambiente* (Carp, 1987; Carp & Carp, 1984) refere-se ao nível de congruência entre as variáveis antecedentes de carácter pessoal e as características ambientais do projecto de habitação que explicam o nível de adaptação adicional dos indivíduos realojados nesse lugar. Existe uma relação estreita e ajustada entre as características ambientais, as preferências e as necessidades individuais, que contribuem para incrementar o sentimento de bem-estar, sendo que três factores podem dificultar a congruência: a limitação do nível de autonomia pessoal, a limitação do nível de liberdade pessoal e as características restritivas do ambiente. O indivíduo fica mais satisfeito consigo próprio e com as suas condições de vida quando há congruência entre o que os outros significativos esperam dele e o que ele pode esperar de si próprio. De acordo com Carp (1987) há dois modelos conceptuais que explicam a relação dos idosos com o ambiente: 1) o modelo de efeitos directos e indirectos do ambiente - o meio ambiente objectivo, onde residem os idosos, tem um efeito directo e também um efeito indirecto no seu funcionamento que se manifesta através da percepção da satisfação com o meio e nos resultados da interacção pessoa-ambiente; distingue os resultados intermédios (a percepção do ambiente ou do nível de satisfação com o mesmo e também as diferenças individuais no comportamento) e os resultados finais (como o bem-estar, a independência e a sobrevivência) e 2) o modelo de congruência/complementaridade -

conforme o nível de necessidades e o tipo de congruência, divide-se em duas partes: a) necessidades relativas à manutenção da própria existência (*life-maintenance needs*), em que as características das pessoas e do ambiente que correspondem a este item são aquelas que dificultam ou facilitam a satisfação da necessidade de sobrevivência através do desempenho das actividades da vida diária necessárias para desenvolver uma vida independente, a competência pessoal e os recursos e barreiras ambientais para realizar estas actividades, ou seja, aqui a congruência seria o grau de complementaridade entre a competência e os recursos e as barreiras ambientais; b) necessidades denominadas de ordem superior (*higher-order needs*) e às características do ambiente que podem facilitar ou impedir a sua satisfação, aqui o conceito de congruência equivale à similaridade entre o grau de necessidade e as características ambientais que poderiam satisfazer esta necessidade. Este modelo considera que as pessoas com baixas competências e num ambiente pobre estão em maior risco de não poderem manter a sua vida independente (Paúl, 2005c).

O *modelo de pressão-competência* (Lawton & Nahemow, 1973) assume a existência de uma relação indivíduo-ambiente que é resultado de outra relação mais específica entre o nível de competência pessoal e o nível de pressão procedente do ambiente, em que o nível óptimo de competência se situa em volta do ponto médio da pressão do ambiente. Os aspectos que predizem a adaptação ambiental dos idosos são a sua competência individual e a pressão exercida pelo meio de salientar que os traços da pessoa têm a ver com a competência (limite teórico máximo da capacidade do individuo para funcionar) nas áreas de saúde biológica, sensação-percepção, comportamento motor e cognição. As exigências excessivas do meio, em relação às competências, provocam resultados negativos e *stress* e as exigências inadequadas levam à perda de competências, por falta de uso. Segundo Paúl (2005c) o efeito de uma pressão ambiental de uma determinada magnitude nos resultados é maior na medida em que a competência pessoal diminui (Lawton, 1999). Por outras palavras, as pessoas menos competentes experimentam um maior grau de determinação ambiental do que as pessoas mais competentes.

O *modelo ecológico social de Moos* (1984), assume que a percepção de bem-estar e satisfação depende de características do ambiente e das características da população residente ou usuária. Segundo Paúl (2005c), este modelo relaciona o ambiente com a adaptação dos idosos, colocando na base, por um lado, as características objectivas do programa de uma dada instituição, e por outro lado, os factores pessoais que resultam num determinado clima social que desencadeia respostas de confronto dos residentes e determina a sua adaptação em termos de ajustamento, nível de actividade e utilização de serviços. Os ambientes residenciais diferenciam-se pelo tipo de residentes e funcionários, bem como pelas características físicas e arquitectónicas, sociais e de política administrativa. A fim de avaliar estas várias dimensões, estabelecer e conhecer padrões distintos de residências para idosos, Moos e Lemke (1984) apresentaram um instrumento – Procedimento de Avaliação Ambiental Multifásica (MEAP). Mais tarde Fernández-Ballesteros (2000) com base neste instrumento construiu o Sistema de Evaluación de Residencias para Ancianos (SERA), posteriormente adaptado por Duarte e Paúl (2006) para a população portuguesa. Este instrumento é considerado como a mais completa bateria de avaliação de ambientes para idosos.

Por sua vez, o *modelo ecológico comportamental* (Fernández-Ballesteros et al., 1998), salienta a existência de uma conexão directa entre condições de saúde ou qualquer outro tipo de conduta (comportamental) e níveis de desempenho comportamental. Assume que qualquer tipo de comportamento pode ser explicado em função da interacção entre as condições pessoais e as circunstâncias contextuais e ambientais. Este modelo atribui grande importância às condições ambientais e sua interacção com variáveis pessoais, considerando estas últimas na perspectiva do comportamento social (Fernández-Ballesteros, 2000). As condições ambientais devem ser analisadas tendo em conta a trajectória de vida e a história passada do sujeito, resultado da afectação num determinado momento, pelos próprios reportórios de comportamento do sujeito, apreendidos pela transacção e interacção entre a pessoa e as circunstâncias do seu passado (Duarte & Paúl, 2006).

Por fim, o *modelo taxonomia ambiental* (Lawton, 1999), arroga que as avaliações ambientais devem ser feitas a partir de taxonomias cujos elementos ou atributos

própria e o bairro/vizinhança são elementos decisivos para um envelhecimento saudável, sendo que três factores básicos influenciam o desejo de permanecer num lugar: a facilidade de acesso aos serviços e equipamentos, a facilidade para estabelecer relações sociais e os factores de “estética” (Tomasini, 2005).

A perspectiva ecológica do desenvolvimento humano procura compreender e explicar o comportamento a partir das relações e interações que os seres humanos estabelecem com os seus contextos de vida. Consequentemente, as influências dos contextos de vida nas pessoas são dinâmicas e dependem das configurações que assumem e do modo como cada um se posiciona e age sobre os mesmos contextos, ou seja, são sistemas inter-relacionados. Neste sentido, o desenvolvimento e o envelhecimento da pessoa depende dos contextos em que está integrada, uma vez que os mesmos disponibilizam meios, recursos e relações. O efeito que um contexto exerce no desenvolvimento dos seres humanos depende das características de outros contextos em que a pessoa participa e das suas características pessoais (Bronfenbrenner, 1979, 1999; Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Nesta linha de pensamento, o papel do indivíduo, como um agente activo no seu próprio desenvolvimento, é central no modelo bioecológico. Bronfenbrenner (1979, 1999, 2006) defende, no seu modelo ecológico de desenvolvimento humano, que o desenvolvimento ocorre através de processos cada vez mais complexos de interacção regular, activa e bidireccional entre uma pessoa em desenvolvimento e o ambiente quotidiano imediato (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Entendendo por desenvolvimento o processo que envolve estabilizações e mudanças das características biopsicológicas de um ser humano, não apenas ao longo do ciclo de vida, mas também através de gerações. Temos como factores de desenvolvimento quatro dimensões que interagem entre si: pessoa (características individuais), processo (processos proximais), contexto (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema) e tempo (cronossistema). Dito de outro modo, as pessoas desenvolvem-se do ponto de vista individual através, por exemplo, da interacção quotidiana com o meio onde vivem. A teoria bioecológica de Bronfenbrenner descreve a relação entre o ambiente e o desenvolvimento humano, como sendo constituída por diversos componentes e sistemas mutuamente

influenciados, dos quais Bronfenbrenner (como citado em Papalia et al., 2006) identifica cinco sistemas contextuais interligados, dos mais íntimos aos mais amplos (microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema), englobando o indivíduo, a família e as influências extrafamiliares, sendo que o microsistema (indivíduo) afecta todos os outros sistemas indirectamente e é influenciado por eles. Factores como eventos anteriores, género, idade e eventos normativos afectam a vivência do indivíduo (Bronfenbrenner, 1999). O mesossistema (local de residência, grupo de amigos, vizinhança) é o subsistema mais próximo/íntimo do indivíduo, aquele que o influencia mais directamente, ao passo que no exossistema (órgãos governamentais, sistema de apoio aos idosos), os membros individuais pertencem sem se conhecerem entre si. O indivíduo é parte integrante do macrosistema, que integra os padrões culturais, valores, crenças, costumes. E, por último, o cronossistema (dimensão do tempo, evolução sócio-histórica) que afecta todos os outros sistemas indirectamente (Papalia et al., 2006).

Tendo em conta estes conhecimentos, é possível considerar que os sujeitos constituem, de forma individual, um microsistema e que, a comunidade onde estes residem, constitui o mesossistema, que tem um impacto significativo na vivência dos indivíduos. Bronfenbrenner (1999, 2006) afirma que, cada nível tem a sua dinâmica e o seu tempo próprio, se bem que estes interagem e influenciam-se constantemente. A sua teoria bioecológica tem como foco principal o indivíduo e analisa as formas em que os vários sistemas interagem com este para criar comportamentos e resultados individuais. O comportamento dos indivíduos resulta da interacção de factores internos e externos, pois o indivíduo é pró-activo, actuando sobre o meio e este também actua sobre o primeiro no sentido de criar mudanças. Dito de outro modo, o indivíduo não se limita a responder a estímulos, ele tem a capacidade de tomar uma atitude dinâmica para com eles, ou seja, o indivíduo é afectado pelo ambiente mas também opera sobre ele – é pró-activo.

Para Bronfenbrenner (1979), os factores distais e proximais referem-se aos sistemas ou níveis macro (circunstâncias sócio-históricas no curso da vida do indivíduo que influenciam o seu crescimento e desenvolvimento), meso (a comunidade e a família que,

em transacção com a pessoa, determinam o seu crescimento e desenvolvimento biopsicológico) e micro (refere-se à pessoa enquanto agente biológico, comportamental e psicológico activo).

De igual forma, a teoria desenvolvimental do ciclo de vida (Baltes, 1987 como citado por Lerner, 2002), decorrente do estudo sobre a complexidade do desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida, lida com o estudo do desenvolvimento individual, segundo uma linha ontogenética, isto é, da concepção até à velhice, tendo como pressuposto central, o de que o desenvolvimento não está completo na adultez. Este quadro teórico, com um carácter claramente desenvolvimental, fornece uma base que auxilia a compreensão das ligações pró-activas entre os indivíduos e o contexto sociocultural, contribuindo desta forma para uma visão mais positiva do desenvolvimento/envelhecimento. Este alarga-se a todo o ciclo de vida e, ao longo deste, estão envolvidos processos adaptativos. Partindo deste pressuposto, é possível concluir que o desenvolvimento na terceira idade ocorre tal como nas outras fases da vida, apesar de que os indivíduos têm um menor grau de plasticidade (Baltes, 1987 como citado por Lerner, 2002).

A teoria desenvolvimental do ciclo de vida de Baltes (1987) constitui um quadro conceptual extremamente rico e empiricamente produtivo, fornecendo uma base que ajuda a compreender as ligações pró-activas entre os indivíduos e os contextos, contribuindo desta forma, para uma visão mais positiva do desenvolvimento. Nesta linha, o modelo SOC (selecção, optimização e compensação) de Baltes é útil para compreender os processos através dos quais os indivíduos afectam os seus contextos e, ao mesmo tempo, são afectados por eles. Isto porque este modelo está relacionado com a selecção, prossecução e manutenção de objectivos ao longo de todo o ciclo de vida. Para além disso, o indivíduo traz consigo uma panóplia de conhecimentos, competências e características próprias, que acabam também por influenciar e introduzir alterações no novo ambiente em que se integra.

Assim, tanto o modelo SOC de Baltes como a teoria bioecológica de Bronfenbrenner procuram descrever estes processos pessoa-contexto através de diferentes níveis de análise, derivando ambos do paradigma contextual.

Também nesta linha, Fernández-Ballesteros (2008) apresenta um modelo multidimensional-multinível do ciclo de vida para o envelhecimento activo, que resulta do cômputo de vários constructos teóricos propostos por diferentes autores. Este modelo tem em consideração os factores distais (condições históricas ou longitudinais que acompanham o indivíduo ao longo do seu ciclo de vida) e proximais (condições transversais ou determinantes a curto prazo, ou variáveis previsíveis). Por outras palavras, ao longo do ciclo de vida o ser humano começa a desenvolver um conjunto de comportamentos adaptativos básicos, que influenciam a selecção e criação de ambientes e situações ao longo do seu comportamento. Em suma, quatro domínios emergem como dominantes neste modelo: capacidades físicas e saúde comportamental, óptimo funcionamento cognitivo, regulação emocional-motivacional óptima e compromisso/participação social, que resultam num modelo multidisciplinar, bio-psico-social, mas com destaque para o carácter individual e subjectivo na construção do envelhecimento activo.

Sabendo que, o ser humano é um organismo com história, produto das transacções infinitas entre o ambiente, o indivíduo e o seu comportamento, não referir o ambiente passado, vivido pelo indivíduo, é omitir uma das fontes de variação mais significativas nas relações actuais entre o ambiente e o comportamento. Para além disso, o ambiente físico, cultural e social vivido por um indivíduo ao longo da sua vida há-de determinar, em alguma medida, as suas actuais relações (preferências, percepções, adaptações, etc.) com o ambiente (Fernández-Ballesteros, 2000).

Este modelo conceptual explica a adaptação do idoso ao contexto ambiental, o que constitui um aspecto central da Gerontologia Ambiental. A importância da adaptação ao contexto residencial, como referido por Paúl (1996), é uma forma de preservação de saúde física e do bem-estar psicológico dos indivíduos (Duarte & Paúl, 2006).

Nas últimas quatro décadas o contexto ambiental do envelhecimento tem vindo a desempenhar um papel importante na teoria gerontológica, bem como na sua investigação e prática. A GA tem-se centrado na descrição, explicação e modificação/optimização da relação entre as pessoas idosas e o meio ambiente que as envolve, emergindo como uma nova área de investigação. De uma perspectiva histórica, a

GA tem claramente desempenhado um papel importante dentro da prática gerontológica, nos termos da explícita importância da investigação do meio ambiente (Wahl & Weisman, 2003). Em termos de discussão teórica, a análise leva à percepção de que GA pode ser descrita como um campo de elevada aspiração conceptual ("*world views*"), mas reduzida, no que diz respeito a tornar a investigação e aplicação produtiva no uso das suas realizações teóricas (Wahl & Weisman, 2003).

Uma outra dimensão relaciona-se com o efeito do meio ambiente (rural/urbano) na experiência de envelhecer. As zonas rurais, tendencialmente, são zonas envelhecidas e fracamente povoadas, resultado de um processo migratório, sobretudo a partir da década de 60, para as cidades e para o estrangeiro à procura de melhores condições de vida. Face a este processo, muitas das nossas aldeias são terras de pessoas mais velhas, onde os equipamentos sociais de apoio à terceira idade abrem e escolas do ensino básico fecham, encontrando-se os idosos, ora entregues a si próprios, aos seus cônjuges/familiares, ora institucionalizados (Fonseca, Gonçalves & Azevedo, 2008).

De acordo com o Eurostat (2012a), a 1 de Janeiro de 2011, 49% dos portugueses moravam em regiões urbanas, o que representa 5,1 milhões de habitantes, 36% em regiões rurais (3,8 milhões) e 15% em regiões intermédias, logo, facilmente se conclui que quase metade da população portuguesa vive em regiões urbanas. A média da União Europeia é, no entanto de 41% de população nas regiões urbanas, 35% nas intermédias e 23% nas rurais², sendo que apenas 15% da população do ocidente vive em zonas rurais.

Mais de metade das pessoas que habitam este planeta vive em cidades, correndo o risco de que as regiões rurais sejam despovoadas. O "mundo" está a abandonar o campo para viver nas grandes cidades, que são vistas como uma oportunidade para uma vida melhor. Em todo o mundo, 70% das pessoas em situação de pobreza vivem em áreas rurais (Álvarez, 2011).

Os idosos que vivem em regiões rurais enfrentam diversos problemas: desafios ambientais, migração, distância e saúde são alguns exemplos. A falta de água potável, de electricidade e de instalações sanitárias adequadas para a eliminação de esgoto e lixo, assim como a desnutrição, habitações de baixa qualidade e condições climáticas extremas

² A classificação das regiões é feita com base numa análise de densidade populacional e da população total (Eurostat, 2012)

nas diversas épocas do ano são alguns dos desafios ambientais enfrentados pelas pessoas a viver nestas regiões (Winterton & Warburton, 2012).

A falta de rentabilidade das explorações familiares tem sido uma das causas da pobreza rural, aumentando a migração para centros urbanos. As pessoas idosas são geralmente os últimos a mudar-se, seguindo os seus filhos para as áreas urbanas e podendo enfrentar uma adaptação difícil. Para além disso, residir em áreas isoladas distantes das áreas urbanas, pode resultar na inacessibilidade aos cuidados de saúde, na falta de oportunidades educacionais, na falta de transporte para consultas médicas e em dificuldades de comunicação. Face a estes problemas temos como resultado as questões de saúde, tais como uma nutrição desadequada, obesidade e doenças como diabetes, doença de Alzheimer e depressão. Em contrapartida, os idosos rurais sentem-se melhor que os urbanos, dado que vivem menos isolados (boas redes de vizinhança) e são mais activos (a maior parte continua a trabalhar na agricultura), retratado numa utilidade/participação social (AHPRC, 2004).

Actualmente, temos uma nova tendência a despontar, o neo-rural. O neo-rural está “cansado” do *stress* da cidade, da vida, da desumanização e propõe-se, com o regresso para o campo em busca das suas raízes, a manter uma comunicação mais directa com a natureza, longe da vida agitada da cidade e a melhorar a sua qualidade de vida. Esta é a oportunidade para o meio rural. Famílias jovens que fogem do ambiente fechado das cidades e que, com as suas empresas, pretendem empoderar e promover a revitalização do campo (Álvarez, 2011).

2.1. *Aging in place*: contributos teóricos

A adaptação da própria casa e a problemática residencial, são duas áreas-chave de estudo e investigação no âmbito da GA, quer referindo-se às instituições, quer às zonas residenciais ou a contextos de necessidades e serviços diversos, para a manutenção da vida autónoma e independente (Paúl, 2005c).

Na investigação relacionada com a habitação e o envelhecimento são comuns conceitos como a acessibilidade, utilidade e o significado afectivo da casa/habitação. Daí

a importância que é atribuída ao ambiente de casa e ao meio que a rodeia, enquanto espaços habituais para os idosos, onde estes desenvolvem as suas actividades diárias, e onde despendem a maior parte do seu tempo, criando igualmente um significado importante no processo de envelhecimento do indivíduo (Speller, 2005).

Quanto ao significado da casa, este envolve um conjunto de valores, objectivos e emoções que o indivíduo desenvolve como ligação à sua casa e que a transforma num espaço físico e social com uma conotação afectiva significativa (Hidalgo & Hernández, 2001; Rowles, 2008). Por sua vez, a acessibilidade é entendida como a relação entre a capacidade funcional do indivíduo e o predomínio de barreiras físicas no meio doméstico envolvente (Iwarsson & Ståhl, 2003). Fundamentado na percepção individual, a utilidade compreende a noção da relação entre o desempenho das actividades do indivíduo e as condições habitacionais para as realizar (Fänge & Iwarsson, 2003).

A casa representa para os idosos a identificação do seu espaço de independência, de um contexto de relações sociais que lhes são importantes no seu percurso de vida tendo um significado de envolvimento emocional e de bem-estar. As condições habitacionais são identificadas como determinantes para a saúde dos indivíduos em geral, e dos idosos em particular, pois o estado de saúde dos idosos pode ser afectado pela falta de condições habitacionais (Fear, Carlton, Heywood, Izuhara, Pannell & Means, 2004).

De facto, à medida que as pessoas envelhecem, as suas casas e o meio ambiente que as rodeiam, tornam-se mais significativos, criando laços afectivos. Também o sentimento de pertença e de ter algo da sua propriedade, é importante para os idosos e quando estes têm descendentes é uma forma de deixar uma herança e de ter recursos para assegurar e financiar os últimos anos de suas vidas (Fear et al., 2004). Este sentimento de "pertença" na terceira idade também pode ser perdido se as pessoas mais velhas se encontrarem em ambientes de comunidade ou de bairro/vizinhança que sofreram alterações ambientais importantes, tais como o encerramento de serviços locais, ou um movimento significativo da população local de modo que as redes familiares e sociais da comunidade tenham sido afectadas. O argumento pode ser estendido aos ambientes residenciais e de bairro que, se não forem adaptados para as necessidades

físicas e mobilidade da velhice, podem tornar-se fontes de exclusão ao dificultarem um ajuste físico e social com os outros (Phillips et al., 2010).

No Reino Unido, o *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), liderado pelo Professor Michael Marmot conjuntamente com equipas da University College London (UCL), Institute for Fiscal Studies (IFS), National Centre for Social Research e a University of Manchester, tem sido utilizado para identificar as dimensões de exclusão social: relações sociais, actividades culturais e cívicas, acesso a serviços básicos, vida de bairro e bens ou produtos financeiros e materiais. Múltiplos indicadores de privação geralmente servem o propósito de mostrar que acesso, as pessoas mais velhas têm a recursos materiais e sociais, e podem incluir a mensuração das qualificações e experiências educacionais e de emprego, a qualidade do ambiente na habitação de um indivíduo e se possuem bens de consumo duradouros (Phillips et al., 2010).

O objectivo do *aging in place* tornou-se central para os decisores políticos, bem como para os investigadores, em esforços colectivos para a criação de comunidades, que facilitem a preferência amplamente reconhecida por uma maioria de adultos mais velhos a permanecer em suas casas e comunidades, o maior tempo possível (Vasunilashorn et al., 2012).

Ao longo da revisão da literatura encontramos vários autores, que definem o conceito de *aging in place*. Assim, para Lawton (1989) é um conceito que permite que as pessoas vivam de forma independente recebendo serviços conforme as suas necessidades; como tal, representa uma transacção entre o envelhecimento do indivíduo e seu ambiente residencial, que é caracterizada por alterações na pessoa e no ambiente ao longo do tempo, com a localização física da pessoa a ser a única constante. Para Pastalan (1990) e Greenfield (2012) refere-se a ser capaz de permanecer na sua residência actual, mesmo quando confrontado com a necessidade crescente de apoio resultado de mudanças de vida, como o declínio da saúde, a viuvez ou a perda de rendimentos.

Segundo Paúl (2005c) o percurso dos indivíduos é compreendido no contexto histórico, macrossocial em que se constrói, dando relevo ao exossistema envolvente, às potencialidades e limitações socioeconómicas e culturais com que cada indivíduo e

respectiva coorte interagem ao longo do tempo. Os estudos realizados em relação à temática “envelhecimento e ambiente”, que originaram uma vasta produção científica, mostram como o ambiente físico e humano influenciam os resultados do desenvolvimento/envelhecimento das diferentes coortes que os percorrem e constroem. Podendo referir-nos a este facto, como a relação entre o exo e o macrosistema e o ser em desenvolvimento em que sublinha a dimensão temporal, histórica, do processo e a capacidade construtiva do sujeito que o vive. Como resultado temos que a percepção do ambiente é indissociável da percepção do homem e dos resultados do envelhecimento (Bronfenbrenner, 1979).

A importância da habitação e seu meio envolvente para um envelhecimento saudável foi estudada num projecto europeu com a designação de “*Enabling Autonomy, Participation, and Well-being in Old Age: The Home Environment as a Determinant for Healthy Aging*” (ENABLE-AGE), liderado por Susanne Iwarsson, professora no Lund University (Suécia) realizado em cinco países europeus (Alemanha, Hungria, Inglaterra, Letónia e Suécia), com uma amostra de 1.918 idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 89 anos e onde foram avaliados por um lado, os problemas relacionados com a acessibilidade e barreiras do meio envolvente e por outro a percepção, significado e satisfação com a habitação (Iwarsson, Wahl, Nygren, Oswald, Sixsmith, Szémane & Tomsone, 2007).

Como principais resultados destaca-se a importância dos problemas relacionados com a acessibilidade, em vez do número de barreiras físicas do meio envolvente, associado com os aspectos percebidos com as actividades realizadas no dia-a-dia na casa. Isto é, os idosos que vivem em casas com maiores acessibilidades percebem as suas casas como mais utilitárias e significativas em relação às suas rotinas quotidianas, estando menos dependentes de factores externos em relação à sua habitação. Os padrões dessas relações foram similares nas amostras dos cinco países (*The ENABLE-AGE Project - enabling autonomy, participation, and well-being in old age: The home environment as a determinant for healthy ageing*, 2005).

Assim, as fracas condições habitacionais foram associadas a défices na execução das actividades de vida diária, demonstrando que elevada dependência na realização das

actividades diárias estava também significativamente relacionada com a baixa acessibilidade da casa (por exemplo, com barreiras físicas) elucidando para a importância da relação entre o ambiente de casa e a autonomia e independência do idoso (Iwarsson & Ståhl, 2003; Wahl, Iwarsson & Oswald, 2012).

Feldman e Oberlink (2003) realizaram um estudo em quatro cidades dos Estados Unidos da América, com recurso ao *focus group* no qual questionaram adultos (35-59 anos), adultos mais jovens (60-74 anos) e mais velhos (+75 anos) e os líderes comunitários que identificassem os atributos necessários para se considerar uma comunidade, promotora e protectora, para os idosos residirem e envelhecerem nela. Os resultados apontam como características significativas a ajuda aos idosos na manutenção de uma participação activa na comunidade, a promoção da sua independência e a redução do risco de isolamento. Com base nestes resultados, elaboraram um modelo que designaram de "*elder-friendly community*". Este modelo de comunidade promotora e acolhedora para os idosos identifica quatro áreas de intervenção: (1) referenciação das necessidades básicas dos idosos; (2) optimização da saúde mental, física e bem-estar; (3) promoção do compromisso social e cívico; (4) maximização da autonomia independentemente do seu nível de incapacidade, desenvolvendo, para cada área, actividades de acordo com as necessidades e capacidades dos idosos.

Verifica-se que o ambiente físico de muitas cidades apresenta barreiras às pessoas idosas no que concerne a saúde, bem-estar e à capacidade de envelhecer nesse local. Estudos recentes (*e.g.*, AARP Public Policy Institute, 2005; Bastos, 2011; Faria, Moreira, Melo de Carvalho, Silva & Bastos, 2011; Moreira, Faria, Melo de Carvalho & Bastos 2011) sugerem um consenso emergente sobre as políticas e programas inovadores necessários para enfrentar essas barreiras físicas, incluindo: (a) alterações de infra-estruturas que permitam que adultos mais velhos permaneçam ligados à sua comunidade, (b) o desenvolvimento de uma gama de serviços de transporte e opções de mobilidade, e (c) a criação de uma ampla variedade de ajudas à permanência na habitação.

Ainda que, as estruturas governamentais muitas vezes forneçam serviços que podem ajudar os adultos mais velhos a envelhecer na sua localidade, isto é na sua casa (*e.g.*, centros de idosos, programas recreativos e serviços sociais), são poucos os estudos

que tenham explorado a adopção de políticas sociais que abordam o impacto do ambiente físico nos adultos mais velhos (Lehning, 2011).

Segundo Paúl (2005c) podemos considerar três funções básicas do meio social e físico para o indivíduo que o habita: a manutenção, a estimulação e o suporte (Lawton, 1999). A função manutenção tem a ver com a tenacidade e previsibilidade do ambiente; a função estimulação com o que é diferente no meio, os estímulos novos e o seu efeito no comportamento; e a função suporte é o potencial do meio para reduzir ou compensar a falta de competência dos indivíduos. Estas três funções podem ser analisadas quer nas instituições, quer no ambiente residencial privado do idoso, e serem relacionadas com os respectivos resultados do envelhecimento, em termos de qualidade de vida e satisfação.

De referir no entanto que a evolução dos cuidados na comunidade na década de 1980 reforçou a habitação como o local para o cuidado e não a instituição, enquanto for possível (Vasunilashorn et al., 2012). Esta dinâmica deveu-se parcialmente ao custo do cuidado institucional e à noção de que o cuidado comunitário seria menos dispendioso principalmente porque sobre ele recai o compromisso das mulheres como cuidadoras para prestar cuidados dentro da família (Phillips et al., 2010).

Se a adaptação a uma instituição é um aspecto central da GA, o facto é que a maioria dos idosos acaba a sua vida na sua casa e esse é um dos objectivos políticos actuais, recomendado pela Organização Mundial de Saúde e em destaque na Segunda Assembleia das Nações Unidas sobre o Envelhecimento (Madrid, 2002). No documento sobre o Envelhecimento Activo, foram definidos como desafios políticos prioritários para o século XXI, os desafios ambientais, quer na sua perspectiva física, quer social.

Nesta linha, é importante destacar que o ambiente físico dos idosos é considerado, como sendo um factor negativo ou optimizador no processo de envelhecimento, com efeitos directos na autonomia dos idosos e efeitos indirectos, pela indução de ambientes sociais, favoráveis ou desfavoráveis, ao bem-estar dos mais velhos. As casas exigem um trabalho emocional, físico e social para se tornarem locais de cuidado desejáveis (Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012).

Paúl (1996), numa revisão sobre as teorias que explicam a vinculação do idoso à sua casa, refere que a perspectiva transaccional de Werner, Altman e Oxley (1988) define três

processos gerais pelos quais os indivíduos podem estar ligados às suas casas: (1) os papéis e relações sociais, (2) o controlo e (3) as práticas de apropriação (transacções dinâmicas, envolvendo o indivíduo, o local e o tempo). Da mesma forma que a construção de uma casa, num determinado local, influencia as relações interpessoais, do mesmo modo a organização e o uso do espaço dentro de casa, promove diferentes tipos de comunicações e significados para quem nela habita, estabelecendo laços afectivos e reflectindo valores relativos às identidades pessoais e sociais. O indivíduo apropria-se do seu meio, que o controla, formando uma unidade transaccional pessoa/ambiente. A casa adquire significado através de três classes de processos psicossociais: a ordem sociocultural, o curso da vida e o corpo. O significado do ambiente para o idoso, o seu conforto, está implícito na construção subjectiva do curso da sua vida e no significado que o mesmo atribui ao ambiente. Por fim, a teoria dos vínculos sociais de Wahl (2001) refere que a investigação sobre o significado e ligação à casa e a satisfação com a mesma apoiam a maior ligação do idoso ao seu meio físico e social e à sua própria casa, daí a preferência em enfrentar os desafios do envelhecimento na sua própria casa (Wahl & Weisman, 2003).

Face a estas teorias, podemos concluir que o *aging in place* é mais favorável aos idosos, na medida em que promove adaptações quando ocorrem situações de privação de saúde e funcionalidade, ou de graves dificuldades económicas e sociais, que limitem a sua autonomia e qualidade de vida. Isto porque são considerados como factores preditores à institucionalização do idoso, a falta de recursos económicos para reparação/adaptação/manutenção da casa, os problemas de saúde que limitam o funcionamento do idoso, a viuvez e inclusive a situação de despejo, que se vive nos grandes centros urbanos, devido à degradação das habitações alugadas ou especulação com fins comerciais (Paúl, 1996). Perante estes factores preditores e partindo do pressuposto da transacção pessoa-ambiente, devemos considerar as diferentes necessidades e capacidades dos idosos, e disponibilizar o melhor ajuste do idoso com o ambiente, seja em casas isoladas, sejam integrados na comunidade.

O principal foco do *aging in place* na terceira idade é a capacidade de ser capaz de continuar a viver na sua própria casa e de se adaptar às novas necessidades e condições

(Fänge et al., 2012), como uma posição oposta à institucionalização, considerada nefasta, para a maioria dos idosos. Mas este novo paradigma acarreta novos desafios, tais como a adequação das casas e a implementação de estratégias de apoio no domicílio. Segundo Lawton (1999) as limitações das habitações, colocam barreiras comportamentais, e se quem lá vive tem limitações de mobilidade, o efeito do meio no comportamento é proporcionalmente maior do que no caso de uma pessoa autónoma (Paúl, 1996). O facto é que a maior parte dos idosos, a residir na comunidade (na sua habitação), não efectuem alterações no interior ou exterior da sua casa, não as escolhem com base em características que tornem a sua vida mais fácil, não pensam em mudanças futuras e preferem um domicílio idêntico ao que habitam (Paúl, 2005c). Daí que as características ambientais em casa e na vizinhança precisem ser consideradas para melhor se entender os processos diferenciados do *aging in place*, no que diz respeito ao bem-estar (Oswald et al., 2010).

Segundo Iwarsson e colaboradores (2007) vários estudos empíricos têm-se centrado no ambiente doméstico como uma ameaça potencial para a independência nas actividades diárias e autonomia. A investigação realizada neste domínio tem demonstrado que não só existem diferenças significativas entre as casas de pessoas com e sem deficiência física no que se refere à prevalência de barreiras físicas ambientais, que muitos dos idosos tendem a realizar na sua casa pelo menos algumas modificações ou reparações e que os idosos deficientes visuais empregam uma grande variedade de compensações pessoais relacionadas com o ambiente no sentido de reduzir os desfasamentos da pessoa-ambiente (e.g. Gill, Robinson, Williams & Tinetti, 1999; Reschovsky & Newman, 1990; Wahl, Oswald & Zimprich, 1999)

Na medida em que os idosos fazem poucas alterações adaptativas no ambiente, e se adaptam psicologicamente à diminuição de competências e ao subsequente aumento das exigências ambientais, Carp (1987) concluiu que o modelo explicativo da adaptação do idoso ao meio tem que considerar uma vasta série de atributos subjectivos dos indivíduos, que medeiam a relação entre as suas competências e os factores de pressão do meio.

O *aging in place* tem sido política adoptada pelos governos, como um compromisso político contínuo, de um ajuste crítico com a ideia da casa, como um contexto social e espacial para o envelhecimento. As mudanças na política social, no que diz respeito à Segurança Social, são prioritárias face à emergência do grupo populacional dos idosos e às suas carências, relacionadas com as incapacidades, a pobreza decorrente dos baixos rendimentos e pensões de sobrevivência.

Existem iniciativas/intervenções habitacionais (e.g. '*housing with care for later life*', '*assisted living*', '*staying put programmes*' e '*independent living*') que sustentam o conceito de *aging in place*, e também apoiam as preferências habituais das pessoas mais velhas que preferem ficar nas suas casas, em oposição à institucionalização, permitindo que permaneçam como inquilinos, proprietários ou arrendatários, com uma componente de cuidados suplementar, que pode abarcar um espectro de necessidades de baixos a altos níveis de dependência que poderiam ter anteriormente resultado numa admissão em cuidados residenciais (Croucher, Hicks & Jackson, 2006). Outras iniciativas envolvem projectos estatais de manutenção das casas e a optimização dos serviços. Estes reconhecem que as pessoas mais velhas, especialmente se forem frágeis, têm preocupações sobre como lidar com os prestadores de serviços (incluindo especificamente o lado financeiro das reparações) e regimes de liberação de capital. Estes programas são todos destinados a permitir que as pessoas mais velhas permaneçam em casa por tanto tempo quanto possível através da sua remodelação, sempre que possível recorrendo ao uso de tecnologias.

'*Lifetime Homes*' e '*Lifetime Neighbourhoods*' (regulamentadas em 2008, no Reino Unido) são conceitos que também se baseiam em aspectos positivos do conceito de *aging in place*. Todas as habitações são baseadas na premissa de que, todas devem ser acessíveis e adaptáveis para todos, ao longo de suas vidas e quando precisem de mudanças. O *National Strategy for Housing in an Ageing Society (Lifetime Homes and Lifetime Neighbourhoods* [Department for Communities and Local Government, Department of Health and Department for Work and Pensions, 2008]) chama a atenção para a importância do *design* e padrões para atingir o *aging in place* em ambos os níveis, o micro (habitação) e o macro (eco-cidade) (Phillips et al., 2010).

O programa *Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)*, desenvolvido pela *On Lok Senior Health Services*, nos E.U.A., é um modelo inovador na área dos cuidados continuados que permite aos idosos vulneráveis manterem-se em suas casas. Este modelo demonstra como um sistema integrado de altas planeadas dos serviços diferenciados pode oferecer uma alta qualidade de cuidados aos idosos vulneráveis, e com complexidade na manutenção da saúde em termos médicos, funcionais e de necessidades sociais, ajudando-os a manterem-se na comunidade. Os idosos que integrem este programa têm que ter pelo menos 55 anos de idade e preencherem os requisitos para a admissão a cuidados domiciliários de acordo com a avaliação realizada pela agência do referido programa. O modelo implica a existência de uma equipa multidisciplinar, e para além da prestação de serviços de enfermagem e médicos ao domicílio, este programa também inclui um centro de dia para idosos. Um serviço integrado de transporte permite a deslocação dos idosos aos centros de dia, a consultas médicas, ou providencia a entrega de alimentos, medicação ou até mesmo refeições na sua residência. Serviços com esta mobilidade e apoio permitem que um maior número de idosos possa continuar a residir em suas casas apesar das suas limitações funcionais (PACE, 2012).

A ligação entre o ambiente doméstico e a independência ou autonomia nas actividades diárias recebeu algum apoio na investigação, mas poucos ou nenhuns estudos sobre habitação e saúde em idade muito avançada, incluem dados sobre aspectos objectivos e percebidos da habitação, a um ponto em que é insuficiente a elucidação aprofundada das relações entre a casa e a independência ou autonomia (Iwarsson et al, 2007).

Se pensarmos no *aging in place* do ponto de vista dos interessados e em estudo, as pessoas mais velhas, facilmente se percebe que o elevado valor afectivo que os idosos atribuem às suas casas, vem da trajectória de vida que nela têm seguido, recheada de recordações das quais não se querem desprender. Por isso, continuar enquanto podem entre essas paredes representa a realização de um desejo primordial, mesmo que tenham de estar sozinhos (Doblas, 2005). De facto, a imagem da casa própria como símbolo de trajectória vital, tanto pessoal, como familiar, pesa mais que qualquer contratempo que

possa derivar do mau estado de conservação em que se encontra a mesma. Pouco importam as condições de habitabilidade face à enorme afinidade que se adquire com o espaço de uma vida. Há que ter em conta que a maior parte dos idosos que vivem sozinhos, vivem nas casas que habitaram durante um longo período de tempo e onde no passado constituíram o núcleo familiar. Não se pode também ignorar a dimensão material que é atribuída à casa, por vezes, único bem de que dispõem e que representa fruto do trabalho e poupança efectuada ao longo de uma vida (Doblas, 2005).

Alguns estudos mostram que, em comunidades carenciadas, as pessoas mais velhas preferem permanecer em casa, mesmo que não haja evidência de congruência entre a pessoa e seu meio ambiente (Phillips et al., 2010).

Uma outra análise sugere que esta tendência de *aging in place* seja o resultado das mudanças que se verificam na população não institucionalizada, com o número de facilidades na realização de actividades de vida diária que leva os idosos com incapacidades a poderem estar a viver em suas casas, o que em tempos anteriores, os teria levado a mudar para lares (Couvaneiro & Cabrera, 2009).

No entanto, em muitas comunidades suburbanas onde, por exemplo, o transporte público é desajustado às necessidades, o *aging in place* pode não ser a política ideal (Phillips et al., 2010).

A opção de envelhecer em casa, no caso dos idosos a viver sozinhos, é também corroborada com a ideia de autonomia. É muito difícil, chegar ao fim da existência, depois de uma vida de lutas, sobrevivência e independência, e depender dos outros, perder a privacidade e a liberdade de escolha. Mesmo com filhos ou familiares próximos, a escolha de ficar na sua casa em nada se deve a deficientes laços afectivos com os mesmos, mas sim a um reforço da sua autonomia e ao assumir que não querem ser um estorvo (Couvaneiro & Cabrera, 2009).

Ainda assim, as tecnologias têm promovido de uma forma crescente o *aging in place*, através dos sistemas de teleassistência e das casas "inteligentes" (a maioria são muitas vezes projectos de demonstração e de custos proibitivos à sua integração em geral, e é particularmente difícil equipar muitas casas). Todavia a aceitação de tais tecnologias é também um quesito fundamental para a aplicação destes projectos, o que

pode colocar, logo à partida, limitações ou constrangimentos (Lawson et al., 2007 como citado por Phillips et al., 2010).

Segundo Paúl (2005c), a faixa etária dos “muito idosos”, que de resto é a que sofre um aumento proporcional maior no envelhecimento populacional, tem um risco acrescido de dependência, pelo que a probabilidade de mudanças residenciais aumenta consideravelmente, constituindo o grande desafio para o planeamento de residências e serviços.

Em resumo, temos como principais vantagens do *aging in place*: a manutenção do ambiente familiar para a pessoa idosa, para que possa continuar a viver no seu próprio meio, sem recurso a mudanças drásticas; a promoção da continuidade na comunidade, o que significa que o idoso pode continuar a frequentar a sua mercearia, farmácia ou outros lugares em que comprem de uma forma confortável e com acesso a ajuda; a manutenção das suas redes sociais, como o contacto com os vizinhos e amigos que vivem na proximidade; o fortalecimento dos laços familiares; a promoção do bem-estar físico e mental (Fear et al, 2004; Fonseca, 2007; Hogan & Hogan, 2010; Paúl, 2005c; Phillips et al, 2010).

Por oposição, temos como desvantagens: dependendo da estrutura da casa e da capacidade da pessoa idosa em se deslocar autonomamente, o investimento em equipamentos e remodelações podem ser elevados, em consequência da extensão e da natureza das alterações necessárias; sem algumas alterações às barreiras estruturais da casa, esta pode apresentar desafios e contribuir para quedas e lesões (*e.g.* algo tão simples como ter muito móveis e tapetes em casa, pode tornar mais difícil a gestão do processo de envelhecimento); a resistência a modificações da casa e à instalação de tecnologia útil (muitas vezes, um idoso que vive em sua casa por um longo período de tempo, pode não querer fazer alterações, pois elas significariam que estão mais velhos e que precisam de ajuda adicional) (Fear et al, 2004; Fonseca et al., 2008; Hogan & Hogan, 2010; Paúl, 2005c; Phillips et al, 2010).

2.2. Vinculação ao lugar

A GA chamou a atenção para a importância do ambiente físico, incluindo-o nas suas teorizações sobre identidade e *self*. Ao investigar as relações que as pessoas estabelecem com os lugares físicos, foram associados aos estudos sobre o lugar, conceitos como identidade (*place-identity*) (Proshansky, Fabian & Kaminoff, 1983), apego ou vínculo ao lugar (*place attachment*) (Altman & Low, 1992) e vinculação aos lugares concatenados (*nested place attachment*) (Speller, 2005).

O significado de lugar não é um conceito estático, estabelece-se a partir de um processo dinâmico em que é continuamente construído, desconstruído e provido de novos significados. Em consequência, os lugares não têm necessariamente o mesmo significado para todos os indivíduos, operando de forma diferente nos pensamentos, nos sentimentos, nas interações sociais e no bem-estar físico. O lugar reporta-nos para a dimensão da relação entre a pessoa e o ambiente físico que leva à recordação de sentimentos de pertença. Tem subjacente “a conotação temporal que lhe é associada e que permite o estabelecimento da ligação entre o indivíduo e o seu passado, presente e futuro colectivos” (Speller, 2005, p. 133).

A literatura evidencia a existência de dois níveis de temporalidade que podem ser articulados pelo indivíduo àquele local em particular: o passado interaccional pessoa-ambiente e o potencial (futuro) interaccional do lugar, ou seja, respectivamente, a memória de situações vividas e a expectativa de novas vivências (imaginadas ou antecipadas) (Elali, 2009). Historicamente, só no final do século XX é que o conceito de lugar começou a atrair o interesse de alguns psicólogos, e todavia, até hoje muita da psicologia do lugar não encontrou expressão nos projectos, publicações ou investigação associada (Speller, 2005).

O *conceito de lugar* na investigação foi precedido pela identidade de lugar e pela vinculação ao lugar, dirigindo-se a estes problemas enquanto condições estáticas. Foi sobretudo nos anos 60 e 70 que o termo “lugar” (ambiente físico) começou a ser usado, no campo da arquitectura, nomeadamente nas críticas à falência dos projectos de realojamento, incapazes de se assumir social e psicologicamente como “lugar”.

Atribuindo ao termo “espaço” como o significado que o espaço físico tem para os utilizadores.

Speller (2005) salienta as definições de “lugar” apresentadas (1) por Canter (1977), que o define como um fenómeno composto por três componentes – comportamento, características físicas e concepção do lugar – bastante diferentes em termos qualitativos, (2) por Relph (1985) que orienta a atenção para as características físicas e sociais intrínsecas ao local, bem como à sensibilidade dos utilizadores, e ainda (3) por Sime (1986) que refere que um aspecto importante para qualquer espaço se tornar ou assumir como um lugar é o seu envolvimento no processo de projecto e apropriação do espaço, bem como a atenção necessária ao ambiente físico. Desta forma, e apesar das poucas investigações no domínio, pode concluir-se que as abordagens teóricas do conceito de lugar são extremamente diferenciadas, sendo que a cisão entre as ciências sociais e as políticas de ambiente relacionadas com esta temática têm vindo a acentuar-se (Smaldone, 2006).

Vários autores (Proshansky, 1978; Proshansky & Fabian, 1987; Proshansky, Fabian & Kaminoff, 1983) introduziram o conceito de identidade de lugar (*place-identity*), debruçando-se mais numa abordagem da identidade que propriamente no lugar, e considerando a relação pessoa-lugar enquanto um processo dinâmico que ocorre num ambiente físico e social em constante mutação (Speller, 2005). Identidade de lugar é definida por Proshansky e colaboradores (1983) como um subsistema da identidade do eu, cuja função consiste em descrever e socializar a pessoa através das suas interacções com o mundo físico. Os lugares significativos emergem num contexto social, cultural e económico, são geograficamente localizados, fornecem aos indivíduos um sentido de pertença, uma identidade territorial. A identidade de lugar consiste em percepções sobre o mundo físico que podem estar relacionadas à memória, às atitudes, aos valores, às preferências, aos significados e às concepções sobre comportamento e experiência ligados ao quotidiano (Mazumdar & Mazumdar, 1999; Sommer, 1990 como citado por Macedo, Oliveira, Günther, Alves & Nóbrega, 2008). Outra expressão utilizada na literatura para identidade de lugar, é identificação com o lugar, sendo as mesmas utilizadas indiferentemente (Speller, 2005).

A abordagem do conceito de vinculação ao lugar (*place attachment*) acentua a multiplicidade de laços emocionais entre indivíduos, diferentes estádios do ciclo de vida e diferentes grupos e culturas. Os teóricos da vinculação ao lugar destacam a relação dinâmica entre a pessoa e o lugar e a transformação dos laços afectivos ao longo da vida.

Assim sendo, a vinculação ao lugar foi estudada por diversos investigadores que têm desenvolvido várias conceptualizações e, seguido linhas de investigação bastante diferentes. De uma forma resumida, analisam-se na Tabela 1 as várias abordagens:

Tabela 1

Definições do conceito de vinculação ao lugar (place attachment)

Relph (1976)	Vinculação ao lugar como sinónimo de familiaridade, quando associada ao cuidado e à preocupação.
Gerson, Stueve & Fisher (1977)	Vinculação ao lugar como o comprometimento individual com os vizinhos e a vizinhança.
Brewer (1980)	Vinculação ao lugar como o sentimento de posse que os indivíduos desenvolvem a um território em particular, sendo o mesmo explicado pelo contributo que espera alcançar ao nível da sua auto-imagem ou da identidade social.
Shumaker & Taylor (1983)	Vinculação ao lugar a nível individual é um sistema de atitudes e comportamentos interligados reflectindo a força do lado afectivo do indivíduo em relação ao local.
Giuliani (1991)	Vinculação ao lugar tem por base a teoria da vinculação de Bowlby; e define-a por um lado, como um estado de bem-estar psicológico como resultado da proximidade à casa ou objecto, e por outro, como o afastamento desse mesmo objecto ou casa.
Altman & Low (1992)	Um marco foi alcançado ao publicarem os primeiros trabalhos empíricos que concebem a vinculação ao lugar como um processo desenvolvimentista, envolto em padrões de vinculações, lugares, diferentes protagonistas, relações sociais e aspectos temporais.
Belk (1992)	Associa a vinculação ao lugar à identidade, referindo que só quando envolve a extensão do <i>self</i> , a base da vinculação é emocional, assumindo que os laços emocionais precedem a adaptação identitária.
Brown & Perkins (1992)	Definem de uma forma mais abrangente a vinculação ao lugar, reconhecendo-lhe uma natureza dinâmica, possibilitando a sua integração no paradigma transaccional, contemplando a complexidade das relações individuais e colectivas, com aspectos temporais, espaciais e culturais.
Führer & Kaiser (1992)	Sugerem que a vinculação ao lugar é resultado de três processos, sendo dois de cariz interpessoal (o lugar como promotor da identidade de lugar e o lugar enquanto facilitador social) e um de carácter intrapessoal (o lugar como facilitador das necessidades emocionais).
Giuliani & Feldman (1993)	Face à falta de consenso em relação às definições de vinculação ao lugar, identificam três factores responsáveis por estas divergências: o conteúdo do vínculo, a valência e a especificidade do vínculo.
Milligan (1998)	Centra a definição de vinculação ao lugar no grau de experiências que resultam quer da interacção e natureza temporal, quer nas memórias do passado com potencialidades do futuro.
Giuliani (2003)	Refere dezoito abordagens teóricas para fazer menção ou medir a vinculação ao lugar, agrupando-as pelos seus principais constituintes: laços afectivos, referências à identidade, afectos, componentes cognitivas e comportamentais, recaindo a ênfase na vinculação colectiva e/ou individual.

Fonte: Adaptado de Speller (2005)

As várias abordagens apresentadas na Tabela 1 definem, de uma forma geral, a vinculação ao lugar como um laço emocional, mas na maioria não descrevem a origem e as características dessas emoções. Exceptuando Führer e Kaiser (1992) que concebem o lugar enquanto facilitador das necessidades emocionais, contribuindo para o avanço neste domínio, a maioria dos estudos centra-se na satisfação, dando contributos pouco significativos para o aumento do conhecimento da relação pessoa-lugar.

A ligação ao lugar surge assim como uma dimensão que poderemos explorar se quisermos conhecer melhor a identidade daqueles que envelhecem nos locais onde sempre viveram, podendo tal dimensão ser abordada mediante três dimensões de análise: a ligação física, a ligação social e a ligação psicológica. Assim sendo, a ligação física diz respeito à familiaridade com o ambiente físico, a qual se obtém vivendo num determinado local por um longo período de tempo; este sentimento de ligação física pode compensar o declínio de capacidades sensoriais e de mobilidade que se verifica à medida que se envelhece, permitindo 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). Por sua vez, a ligação social está relacionada com o facto de as pessoas viverem num determinado lugar por longos períodos de tempo, tornando-se uma componente social desse mesmo lugar, formando efectivamente uma “comunidade de pessoas” e já não apenas simples habitantes; na medida em que são uma “parte antiga” dessa comunidade social, as pessoas idosas detêm um crédito de reconhecimento por vizinhos e/ou amigos que lhes permite requerer (e obter com maior facilidade) suporte e assistência em caso de necessidade. Por fim, a ligação psicológica parte do pressuposto de que, para além do espaço físico e do contexto social que rodeia os indivíduos, atribuir um determinado sentido ao lugar onde se vive potencia um sentimento de integração a um “lugar intemporal”, feito de narrativas e culturas que se deve preservar e acrescentar; os idosos que manifestam este sentido de ligação são pessoas que desenvolveram ao longo da vida uma noção de pertença a um lugar que se torna um autêntico mosaico de lembranças, por meio das quais a própria história do lugar vai sendo construída e passada à geração seguinte (Rowles, 2008).

Por exemplo, a vinculação ao lugar compreende o sentimento de conforto em casa ou sentir-se familiarizado com um determinado lugar. Com base em experiências passadas e rotinas diárias, esta vinculação geralmente ocorre depois de se ter vivido num lugar por um período significativo de tempo (Oswald et al., 2010).

Nesse sentido, a experiência de uma vizinhança de qualidade e a vinculação percebida a essa mesma vizinhança, pode representar um recurso para a satisfação de vida face à experiência da diminuição de saúde, particularmente em idades muito avançadas (Speller, 2005).

Uma das limitações do estudo da vinculação ao lugar é a sua restrição ao alcance espacial do bairro (vizinhança), ou seja, há uma lacuna em termos de investigação em relação a outros ambientes espaciais. Neste sentido, não há evidências que demonstrem até que ponto as pessoas podem ser vinculadas a outras categorias espaciais, e se os limites do bairro são efectivamente o nível básico de vinculação, como muitos estudos assumem. Por outro lado, a maioria dos estudos sobre vinculação ao lugar encaram os lugares apenas como ambientes sociais, dado que são encontradas poucas referências à dimensão física do lugar na definição do conceito e na sua operacionalização (Hidalgo & Hernández, 2001). Segundo os mesmos autores, num estudo realizado por entrevista a 177 pessoas de diferentes áreas de Santa Cruz de Tenerife (Espanha), em que foi avaliada a vinculação ao lugar em três limites espaciais (casa, bairro/vizinhança e cidade) e duas dimensões (física e social), a fim de estabelecer uma comparação entre eles, obtiveram resultados que indicam que a vinculação ao lugar se desenvolve em diferentes graus dentro de diferentes limites espaciais e dimensões, destacando-se que a vinculação ao bairro é a mais frágil, a vinculação social é maior do que a vinculação física e o grau de vinculação varia de acordo com idade e sexo.

Segundo Speller (2005), a demarcação entre o passado, presente e futuro no que diz respeito às memórias, experiências e expectativas e à forma como variam ao longo das nossas vidas é um importante referencial para o tempo em termos de lugar (identidade e vinculação). Um lugar é, não importa onde; é nalgum sítio para cada indivíduo. Ainda segundo a mesma autora, tendo em atenção que existem diferenças individuais, a orientação no espaço e no tempo da maioria dos indivíduos ao longo do

ciclo de vida, pode ser descrita como a infância (presente), adolescência (futuro), adultez (futuro e passado) e adultez avançada (orientada para o passado).

O conceito de vinculação aos lugares concatenados (*'nested place attachment'*) diz respeito às fortes ligações que estabelecemos com os espaços dentro e à volta das nossas casas, nas diferentes fases do curso de vida (Speller, 2000). Compara-se à abordagem que Bronfenbrenner (1979) dá à ecologia do desenvolvimento humano, na qual o ambiente ecológico em que cada um vive e cresce é considerado uma combinação de estruturas, em que cada uma se encaixa dentro de outra, influenciando-se mutuamente (Macedo et al., 2008).

Low e Altman (1992 como citado por Speller, 2005) têm explorado as noções de lugar, de identidade de lugar e de vinculação em termos de objectos, casas, vizinhanças, comunidades, regiões e nações com uma assimilação limitada destas diferenças de escala, podendo-se verificar que os indivíduos apresentam laços fortes com os objectos e com os espaços que se situam dentro e em volta da casa, no final de cada período da sua vida (tanto na infância como na velhice). Para estes autores a vinculação ao lugar é definida como os laços emocionais ou afectivos para com um lugar, geralmente é reflectido para ser o resultado de uma ligação a longo prazo com um lugar. Isto é diferente de dizer que um lugar é especial porque é bonito, o que é muitas vezes, uma resposta estética. Por exemplo, pode-se ter uma resposta emocional a um lugar ou paisagem, bonita (ou feia), mas esta resposta, pode ser por vezes superficial e fugaz. Esta distinção é a que Schroeder (1991 como citado por Smaldone, 2006) rotulou como significado (como os pensamentos, sentimentos, memórias e interpretações evocadas por uma paisagem) *versus* preferência (como o grau de gostar de uma paisagem em relação a outra), a fim de desenvolver uma profunda e duradoura vinculação emocional, uma relação duradoura com um lugar geralmente é um factor crítico.

A designação das escalas de espaço depende das especializações dos investigadores, como do cuidado utilizado nas definições, levando à pouca clareza, se cada um dos domínios espaciais, são características do mesmo fenómeno; se estão correlacionados; se são hierárquicos em termos de importância; ou se são diferentes entre si. Do ponto de vista conceptual, a vinculação ao lugar surge como um importante

componente na constituição do *self*, contribui para o seu desenvolvimento e manutenção, sendo útil na compreensão das relações emocionais que se estabelecem entre a pessoa e o ambiente (Macedo et al., 2008)

O conceito de vinculação aos lugares concatenados é importante, porque emerge do pressuposto de que a vinculação dos indivíduos não pode ser simplesmente entendida tanto como afeição pela sua aldeia e comunidade ou como um apego à sua própria habitação (Speller, 2000). O grau com que as pessoas se sentem vinculadas ou identificadas com a habitação (anterior ou actual), com os vizinhos e a comunidade, está relacionado com os estádios do ciclo de vida.

Ao nível da pertença, porque a casa e a vizinhança também representam lugares subjectivamente importantes, a habitação é definida não apenas por riscos físicos e barreiras ou recursos, mas também pela experiência do lugar onde se vive. Isso envolve aspectos interiores e exteriores avaliados pelo indivíduo, como ter uma bela vista ou de ter acesso a interesses culturais do bairro/vizinhança, bem como a vinculação ao lugar, reflectindo a ligação pessoal ao nível comportamental, cognitivo e emocional, como proposto pelas teorias da vinculação ao lugar (Altman & Low, 1992; Brown, Perkins, & Brown, 2003; Oswald et al., 2010).

Numa óptica de unidades espaciais, a habitação poderá ser um lugar de abrigo protector ou um lugar que afaste o indivíduo, conforme o estágio no ciclo de vida, o rendimento disponível, as emoções e a identidade investida num lugar. Numa outra perspectiva, a vinculação ao lugar dependente dos objectos enquanto bens, sendo esta uma forma das pessoas idosas, se autodefinirem em termos do seu ambiente próximo dentro do espaço residencial e das ligações com o passado (Speller, 2000). Na mesma linha, Rowles (2008) sugere que qualquer mudança nos indivíduos idosos, principalmente se a isso forem obrigados, coloca uma ameaça à sua identidade construída dentro e pela habitação (Speller, 2005).

A investigação sobre a vinculação com a habitação tem sido qualitativa, fortemente influenciada pelas abordagens fenomenológicas, sendo as medidas quantitativas consideradas desadequadas; ainda sobre este assunto, vários autores (Cooper, 1972;

Cooper-Marcus, 1995; Dovey, 1985), exploraram a ideia de que a casa é uma extensão do seu ocupante (Hidalgo & Hernández, 2001).

Uma última consideração diz respeito aos factores espaciais nas comunicações com a vizinhança, ou seja, o acesso visual permite que os indivíduos estabeleçam um conjunto de oportunidades para a sincronização do seu comportamento com o dos outros indivíduos de um cenário socioespacial; a exposição visual estabelece um grau de responsabilidade para o comportamento de um indivíduo dentro de um cenário social informal e que a sua exposição socioespacial proporciona informação sobre o mesmo, não é o espaço privado ou pessoal mas sim, como é que alguém manipula a posição de um indivíduo dentro de uma disposição física da sua envolvente, por forma a atingir os seus objectivos (Speller, 2000).

Segundo a revisão da literatura realizada por Speller (2000, 2005) existem três categorias de estudos na área das transladações forçadas, tendo por linha orientadora a questão da vinculação ao lugar. A primeira delas, o estudo sobre o *stress* e os mecanismos de resposta adaptativa (*e.g.*, em evacuações de emergência após desastres naturais ou tecnológicos) beneficiou em muito dos estudos de Fried (1953, 1995) que estabelecem a ligação da identidade com o ambiente físico e sua importância para as relações interpessoais, quando as mesmas contêm memórias que estão ligadas a um ambiente espacial específico e a desejos que só podem ser preenchidos no seio desse ambiente, salientando o papel central que o lugar pode representar no bem-estar de um indivíduo. A segunda categoria de estudos trata do estudo sobre o *stress*, das estratégias de resposta adaptativa e do impacto sobre a saúde física e mental (*e.g.*, na translocação forçada de pessoas da terceira idade para instituições), sendo que segundo a perspectiva de Milligan (1998) os lugares são construídos tanto social como fisicamente, o significado dado aos locais físicos é o resultado das interacções pessoa a pessoa que aí decorrem; a vinculação ao lugar tem duas componentes interligadas: o passado interaccional e o potencial interaccional. Por fim, a terceira categoria de estudos diz respeito aos níveis de satisfação com o novo ambiente (*e.g.*, na renovação de áreas residenciais), em que a vinculação ao lugar é um contributo crucial para a identidade; o sentimento de segurança e de autonomia, o desejo e a capacidade de se envolver na apropriação, o nível óptimo de

estimulação (interna e externa) e a congruência com o lugar, são os aspectos que quando alcançados, promovem um laço emocional com o lugar e quando falham, facilitam a desvinculação e/ou inibem a vinculação ao lugar.

Embora a vinculação ao lugar tenha sido por vezes, confundida com várias terminologias como lugar, identidade de lugar, identidade espacial e identificação ao lugar, o facto é que o seu estudo como um conceito teórico e a sua aplicação prática é fundamental para a compreensão das relações dos indivíduos com os lugares em que vivem. Nesta linha, o sentimento de “ligação” ou de “pertença” a um determinado contexto social é um dos traços mais distintivos da identidade dos indivíduos à medida que envelhecem; estudos realizados quer em Portugal, quer noutros países, demonstraram que “envelhecer em casa” é o principal desejo da generalidade das pessoas (Fonseca et al., 2008).

3. O envelhecimento em função das características sociodemográficas

À medida que se envelhece, os determinantes da saúde, quer do ponto de vista fisiológico, quer psicológico, estão ligados ao género e têm em consideração não só as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas também o desenvolvimento dos papéis sociais que dão forma à identidade de cada um dos sexos. Ou seja, uma abordagem que tem em conta o género permite compreender as diferenças nas necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem (DGS, 2004).

O fenómeno mundial de feminização da velhice tem contribuído para as questões do género, sublinhando-se que não pode ser visto apenas como um aumento de mulheres na população idosa, pela sua maior longevidade. Sendo apenas uma questão de carácter social e de cuidados de saúde, mas não necessariamente uma melhor qualidade de vida. As mulheres, ao viverem mais tempo (em média) do que os homens, têm uma maior probabilidade de adquirirem doenças crónicas. Esta realidade traduz-se muitas vezes não numa mortalidade elevada, mas em alterações de saúde incapacitantes, que condicionam o quotidiano da mulher idosa (Mason & Lee, 2010).

Para as mulheres, a taxa de risco de pobreza³ após transferências sociais foi de 18,4% em 2009, traduzindo uma diminuição de 3,2 p.p. face a 2003, acompanhando a tendência de redução da taxa de risco de pobreza para o total da população. A taxa de risco de pobreza é mais elevada nas mulheres com 65 e mais anos: em 2009, o risco de pobreza das mulheres idosas foi de 23,5%, face a 16,4% das mulheres entre 18 e 64 anos, e a 17,9% do total da população (este indicador mede a proporção de habitantes com rendimentos anuais por adulto equivalente inferiores a 5207 euros, em 2009, aproximadamente 434 euros por mês) (INE, 2012).

Em 2010, 24,5% das mulheres (62 milhões) estavam em situação de pobreza, para 22,3% dos homens (54 milhões) na EU-27, sendo as mulheres as que apresentam sistematicamente um risco de pobreza mais elevado desde 1995 (Eurostat, 2012a). Em Portugal, como em outros países, a maior incidência de baixos rendimentos nas mulheres conduz ao fenómeno da “feminização da pobreza”.

A população idosa é predominantemente feminina (as tendências demográficas assim o comprovam, com a maior esperança de vida associada ao sexo feminino) estando por isso mais sujeitas a enfrentar problemas de saúde, sem a ajuda do seu cônjuge. Em Portugal, em 2011 a relação de masculinidade é de 91,5 homens para 100 mulheres, enquanto que este indicador era em 2001 de 93,4 homens por 100 mulheres. A preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança. Em 2011 a relação de masculinidade da população com 65 ou mais anos de idade desce para 72,4. A sobremortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres ajudam a explicar estes resultados (Censos, 2011).

Cada vez menos são estranhos os seguintes factos: que os indivíduos que se reformam ainda tenham vivo o pai, a mãe ou ambos e, relacionado a isso, exista um número crescente de indivíduos com mais de 85 anos, registando-se em consequência disso um elevado número de centenários (Doblas, 2005).

³ A taxa de risco de pobreza corresponde à proporção da população residente cujo rendimento monetário disponível por adulto equivalente é inferior ao limiar de pobreza. O limiar de pobreza, ou linha de pobreza relativa, corresponde a 60% da mediana da distribuição dos rendimentos monetários líquidos equivalentes em cada ano (INE, 2012).

Portugal, de acordo com os Censos de 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Prevê-se que se acentue, em 2050, a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos. De acordo com a mesma fonte, o índice de longevidade é de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens), apontando as projecções para 2050 para um aumento significativo deste índice, já que se prevê que as pessoas possam viver, em média, 81 anos (84,1 as mulheres e 77,9 os homens). Significativa, ainda, é a previsão da esperança média de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. Em 2050, dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, passar-se-á para 10,2 e, dos 5,9 anos para os homens passar-se-á para os 7,3. Notória é, ainda, a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%), sinal da “feminização” do envelhecimento, que se observa na sociedade portuguesa desde 1900 (Eurostat, 2012b). Dados publicados pela United Nations, World Population Ageing, 1950-2050 – Economic and Social Affairs (2001) apontam ainda, para a existência em Portugal, de 300 pessoas com 100 ou mais anos, prevendo-se que em 2025 esse número ascenda aos 1.800 e, em 2050, atinja 6.400 pessoas (Eurostat, 2012b).

O número de mulheres que vivem sós, independentemente da idade, cresceu 26,6% na década de 2001-2011. As mulheres representam 63,8% da população que vive só, proporção que sobe para 77,1% na faixa etária dos 65 e mais anos (INE, 2012).

O agregado familiar representa um cenário importante para o desenvolvimento das relações sociais e para o papel social de todos os envolvidos e em especial para os idosos, e a sua composição tem uma forte associação com o estado de saúde destes (Pizzetti, Manfredini & Lucchetti, 2005).

Estudos realizados em idosos casados ou com relação marital estável observaram que estes tinham um risco de mortalidade mais baixo do que aqueles que não o eram devido ao seu estilo de vida mais saudável, maior suporte emocional, moral e social, recursos económicos mais elevados assim como uma integração mais elevada na

sociedade (Jonhson, Backlund, Sorlie & Loveness, 2000; Manor & Eisenbach, 2003; Pizzetti et al., 2005).

Pelo contrário, foram verificadas taxas de mortalidade mais elevadas entre as pessoas viúvas do que nas pessoas casadas em estudos desenvolvidos em países com elevada esperança média de vida (Manor & Eisenbach, 2003). Apontando-se como factores desse aumento da taxa de mortalidade, a alteração do estado económico e a influência do luto no estado de saúde do elemento do casal sobrevivente. Outros estudos revelaram que a taxa de mortalidade era mais elevada nos homens idosos viúvos do que nas mulheres idosas viúvas, estabelecendo uma relação com maior *stress* psicológico e situação de maior vulnerabilidade. Esta disparidade é influenciada pelo estado civil das pessoas idosas, cuja distribuição resulta desigual, segundo se trate de homens ou de mulheres, dado que a viuvez é predominante nestas últimas, resultado de uma maior longevidade e na maior parte dos casos terem idade inferior ao seu cônjuge, logo o risco de falecer antes é inferior. Importante também referir que depois da perda do cônjuge, a falta de preparação da maioria dos homens em matéria doméstica, desencoraja a vontade que possam ter de continuar sós, voltando a casar (Pizzetti et al., 2005; van den Brink et al., 2004).

O perfil educativo feminino, em termos de escolaridade (e por comparação com a população total) caracteriza-se por alguma polarização: por um lado, existe uma proporção mais elevada de mulheres sem qualquer nível de escolaridade (10,8% M e 8,3% H); por outro, as mulheres destacam-se, positivamente, em termos de nível de escolaridade superior (7,2% M e 4,7% H) (Censos, 2011), o que nos permite associar a um menor grau de independência, limitando acções simples da sua vida quotidiana (utilização do Multibanco, pagar o Imposto Único de Circulação, efectuar o pedido de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, etc.).

3.1. Envelhecer e viver só

Na última década, o número de pessoas idosas a viver sozinhas (400 964) ou a residir exclusivamente com outras pessoas com 65 ou mais anos (804 577) aumentou cerca de 28%, tendo passado de 942 594 em 2001, para 1 205 541 em 2011 (Tabela 2). O aumento da esperança média de vida, a desertificação e a transformação do papel da família nas sociedades modernas terão, certamente, contribuído para explicar as mudanças observadas e as diferenças que se verificam entre as regiões do país (Censos, 2011).

Em Portugal, há 797 851 alojamentos familiares habitados exclusivamente por pessoas idosas, representando cerca de 20% do total de alojamentos ocupados, o que representa um acréscimo de 28,3% nos últimos dez anos (Censos, 2011).

Tabela 2

População residente com 65 ou mais anos e nº de alojamentos familiares ocupados, 2001 e 2011

Portugal	2001	2011	Evolução 2001-2011 (%)
População residente (total)	10356117	10561614	2,0
População com 65 ou mais anos que vive exclusivamente com indivíduos com 65 ou mais anos	631033	804577	27,5
População com 65 ou mais anos que vive sozinha	311561	400964	28,7

Fonte: Censos, 2011

As pessoas idosas que vivem sozinhas enfrentam desafios particulares para que possam envelhecer e morrer bem no local e forma de sua escolha.

Numa breve análise realizada por Gonçalves e Silva (2004) sobre as disparidades existentes entre os agregados familiares, segundo o rendimento e segundo as condições de vida, com recurso aos dados do Inquérito aos Orçamentos Familiares 2000 foi identificado que o grupo de idosos a viver só, apresenta as piores situações em termos da habitação em que residem e nos níveis mínimos de bem-estar e conforto. Evidenciam também, um aumento do índice de pobreza, mais acentuado no sexo feminino, segundo os critérios de rendimento e de condições de vida. As despesas com a saúde são um peso importante nas suas vidas.

Viver sozinho pode ser resultado de percursos individuais, da saída dos filhos de casa, ou morte do cônjuge, culminando em situação de viuvez. Em 2003, Guerreiro verificou que estudos em diferentes países, sobretudo os mais industrializados, apontam que o conjunto das pessoas que vivem sós acresce cada vez mais o número de idosos. No que respeita a Portugal verificou que são os indivíduos com mais de 64 anos que têm mais peso (51%) no conjunto das unidades de um só residente, representando 20% da sua faixa etária. Acresce que as mulheres idosas sós representam 39,5% do total das pessoas sós e 26,5% do total das mulheres com idade superior a 65 anos. Nesse estudo, as pessoas idosas sós são maioritariamente viúvas (76,3%) e solteiras (14,3%), mas também divorciadas/separadas (6,3%), com um nível de escolaridade baixo (90% não são escolarizadas), mais acentuado com o aumento da idade, estando as mulheres em desvantagem, na medida em que eram incentivadas ao trabalho doméstico e aos saberes não formais.

De acordo com outro estudo sobre as condições do agregado familiar e sua relação com a mortalidade nos idosos realizado em Parma, Itália, conduzido por Pizzetti e colaboradores (2005) a partir da população residente na referida localidade, constituída por 57.830 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, constatou-se que as mulheres idosas, à semelhança doutros países ocidentais com condições socioeconómicas idênticas, são mais propensas que os homens a viver sozinhas, tendo em conta a sua maior longevidade. Apenas 10% dos homens idosos residiam sozinhos, comparados com 32% para as mulheres idosas. Estes autores também constataram a partir da análise de regressão, que os resultados sugerem que estar casado fornece um papel protector, contra a mortalidade na idade avançada, somente para os homens. Este resultado não se verificou para as mulheres idosas casadas pela possibilidade de não terem tempo para cuidarem delas próprias e da sua saúde, em detrimento de outros familiares que têm a seu cargo para cuidarem, revelando maiores níveis de *stress* em termos emocionais, sociais e económicos, ao contrário das mulheres que vivem sozinhas.

O apoio social é influenciado pelo género, classe económica e habitação própria. As mulheres têm maiores redes sociais e tendem a receber mais apoio ao longo do seu ciclo de vida do que os homens. A dimensão e estrutura da rede social tende a aumentar nas

mulheres cujas circunstâncias da vida, exigem mais apoio (viuvez recente, por exemplo). Os homens tendem a manter relações estreitas e íntimas com apenas algumas pessoas, principalmente com seus cônjuges. Assim, ser casado é um factor protector, mais para os homens do que para mulheres (Phillips et al., 2010).

Na maior parte das vezes o facto de viver só é associado ao sentimento de solidão, e nos últimos tempos a opção de residir sozinho tem evidenciado um claro aumento, generalizado em todo o mundo ocidental. De facto, nas últimas décadas, é o que se tem vindo a observar noutros países, tais como de Itália, França, Suíça, USA, Canadá e Espanha. Neste último, o censo populacional de 2001, estimava em 1.358.937 o número de pessoas com mais de 65 anos que viviam sozinhas, um número que superava outros grupos etários mais jovens que escolheram essa alternativa. Destes, 77% eram mulheres entre os 70 e 79 anos (Doblas, 2005; Chandler, Williams, Maconachie, Collett & Dodgeon, 2004).

Durante as últimas décadas pode ser observada na população uma crescente tendência para viver sozinho, especialmente em áreas urbanas, sendo considerada como um factor de risco psicossocial (Kandler, Meisinger, Baumert & Löwel, 2007).

Esta preferência de viver sozinho pelas pessoas mais velhas é um reflexo do desejo de continuar a viver na sua casa, mesmo quando existam problemas de saúde e situações de dependência que exigem o apoio de outra pessoa. A confluência destes processos leva a reflectir sobre as consequências que pode ter sobre o bem-estar dos idosos (Doblas, 2005).

Num estudo realizado com 260 homens e 620 mulheres a viver só, Kandler e colaboradores (2007) verificaram que os homens que moravam sozinhos eram menos escolarizados, tiveram menos filhos e amigos e fumavam mais do que os outros homens; as mulheres que viviam sozinhas, também eram fumadoras e tinham menos filhos e amigos, mas eram mais escolarizadas. Concluíram também que viver sozinho é um factor de risco independente para a mortalidade em homens; não está claro se viver só causa um aumento da mortalidade ou se a predisposição para o aumento da mortalidade é responsável para os homens que vivem sozinhos.

Viver sozinho também deve ser visto no contexto da idade. Para os jovens, viver sozinho é associado com o período de vida, onde deixam o seu lar de origem e ainda não fundaram a sua própria família. Para os idosos, que vivem sozinhos, muitas vezes é o resultado de viuvez ou divórcio. É, então, evidente que a estrutura familiar tem sofrido alterações significativas ao longo dos anos, principalmente fruto da redução do número de filhos, da entrada da mulher no mercado de trabalho, da maior mobilidade geográfica, das mudanças nos estilos de vida, do adiamento do casamento, divórcios e novos casamentos, da maior longevidade e, conseqüentemente, do envelhecimento populacional, contribuindo para o aumento das famílias unipessoais. As alterações actuais nas diferentes gerações passam pela diminuição da integração das pessoas idosas nos agregados familiares, o que conduz ao aumento das pessoas idosas que vivem sós com maior probabilidade de vivenciar sentimentos de isolamento e solidão (Chandler et al., 2004).

3.2. Avaliação de capacidades do indivíduo

Envelhecer de uma forma saudável implica a existência de boas condições de saúde. No entanto, estas condições não podem ser isoladas do quadro de vida dos indivíduos, das actividades com que ocupam o tempo e das relações que estabelecem com os outros. A existência de relações estreitas entre a actividade social e vários aspectos da saúde física, emocional e mental das pessoas de idade, sublinha a importância dessa actividade para as manter independentes, produtivas e saudáveis (Cabral & Ferreira, 2009).

Na actualidade assiste-se a uma melhoria das condições de vida na sociedade em geral, e no grupo de idosos em particular. Contudo, apesar da maioria das pessoas idosas ser saudável e independente, com o avançar da idade aumenta a probabilidade de se desenvolverem diversas patologias. Neste sentido a avaliação das capacidades do indivíduo é fundamental para o controlo, orientação e planeamento para uma velhice plena e óptima.

Uma avaliação gerontológica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Tendo como objectivo o diagnóstico precoce de problemas de saúde

e a orientação de serviços de apoio, onde e quando, forem necessários, com o fim de garantir o *aging in place* (Paixão & Reichenheim, 2005).

A perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, da autonomia, é o principal problema que pode afectar os idosos. Dificuldades ou limitações na realização das actividades quotidianas podem levá-los a depender de outras pessoas, não apenas por causa de doenças físicas, mas também por doenças mentais, e ambas constituem importantes factores de risco para a mortalidade (Paúl, 2012).

As alterações do sistema cognitivo, que ocorrem quando a pessoa envelhece têm sido um dos focos de investigação mais relevantes na área do envelhecimento. Na maioria das vezes é focalizada em uma ou várias funções, havendo alguns investigadores que procuram uma explicação mais abrangente para esta temática. A evidência científica sobre o desenvolvimento cognitivo ao longo do ciclo de vida é coincidente com a emergência do contextualismo desenvolvimental e particularmente com a teoria do ciclo de vida (Lerner, 2002), tal como a conhecemos hoje, assenta numa base teórica e metodológica num contexto histórico próprio e num processo extremamente complexo e heterogéneo em termos intra e interpessoais (Bastos, Faria & Moreira, 2012).

A teoria do ciclo de vida considera que as transformações sofridas pelo indivíduo se estendem ao longo de todo o curso da vida, compreendendo mudanças adaptativas ao longo da mesma, envolvendo uma acção combinada gene-ambiente, na qual se considera que a plasticidade biológica diminui com a idade, a cultura prolonga a longevidade e a eficácia da cultura diminui com a idade (Bastos et al., 2012).

A investigação sobre mecanismos básicos tem uma relevância teórica dentro da perspectiva do ciclo vital. Ao caracterizar as alterações que ocorrem no envelhecimento normal – que podem ser de perdas ou ganhos – essa perspectiva mais genérica também auxilia a diferenciação entre o envelhecimento normal e o patológico. Vale a pena notar que esses mecanismos básicos de declínio foram estipulados a partir de diferenças entre as dificuldades dos idosos: algumas funções cognitivas declinam com a idade, outras são mantidas e outras melhoram. Essa heterogeneidade tem sido enfatizada em teorias que pretendem englobar as perdas e os ganhos. A importância de salientar os ganhos reside

na possibilidade de criar formas de intervenção e de adaptação das capacidades cognitivas às demandas sociais e ambientais (Parente & Wagner, 2009).

Neste contexto é de suma importância uma intervenção integrada de vários sectores da sociedade, como promotores do desenvolvimento de parcerias potenciadoras da sua abrangência. Este ponto exige o aumento da proporção de idosos, dependentes ou não, que usufruam de apoios sociais (*e.g.* apoio domiciliário integrado, médico familiar), como a forma mais adequada para responder à diversidade dos seus problemas, assim como promover o desenvolvimento de uma rede de cuidados integrados, para a resolução dos mesmos.

A revisão da literatura dá conta da associação entre o envelhecimento e um certo grau de vulnerabilidade, que se apresenta como um sistema complexo de deterioração das capacidades funcionais. Assim, a sobrevivência na velhice avançada implica a existência de factores relativamente favoráveis ao estado de saúde e qualidade de vida na fase inicial do envelhecimento. Entre outros salientam-se o estado civil, o género, agregado familiar, grau de escolaridade e recursos económicos (King & Farmer, 2009). Estes factores reflectem o contexto social das pessoas e, em conjunto, podem ser parcialmente considerados preditores de risco de vulnerabilidade nos idosos (Borglin, Edberg & Hallberg, 2005; Pizzetti et al., 2005). A literatura sugere que o papel das relações sociais no processo de incapacidade é complexo e que uma melhor compreensão desse papel requer atenção específica às várias facetas que caracterizam essas relações.

As relações sociais foram definidas e medidas de diversas formas na investigação. Apesar das diferenças marcantes, três principais componentes de relações sociais são constantemente avaliadas: (a) o grau de integração em redes sociais, (b) as interacções sociais que se destinam a ser de suporte (ou seja, receberam apoio social), e (c) as crenças e percepções de disponibilidade de apoio realizada pelo indivíduo (ou seja, apoio social percebido). O primeiro subconstruto representa os aspectos estruturais das relações sociais (relativo às características da rede social como o número e frequência de contactos) e os dois últimos representam os aspectos funcionais (relativos à actual troca de recursos entre elementos da rede ou apoio social) (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010).

A rede social de apoio do idoso tende a variar em número e composição ao longo do tempo. Segundo Rodrigues (2007) vários estudos apontam para a ligação entre a rede social de apoio e a condição de saúde física e mental do indivíduo (Fiori, Antonucci & Cortina, 2006; Litwin, 2001; Melchior, Berkman, Niedhammer, Chea & Goldberg, 2003; Shaw, Krause, Liang & Bennett, 2007), reduzindo a mortalidade (Walter-Ginzburg, Blumstein, Chetrit & Modan, 2002), uma vez que esta variável tem um factor protector na sobrevivência do indivíduo (Keller, Magnuson, Cernin, Stoner & Potter, 2003; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006) e na utilização de serviços de saúde e sociais (Wenger, 1997; Litwin, 2004). Ainda segundo Rodrigues (2007), estudos de diferentes contextos culturais são indicativo de que ter uma rede sólida de amigos está associada a uma adequada auto-percepção de saúde (Zunzunegui et al., 2004), de que a existência de uma forte rede social reduz o risco de desenvolver incapacidades (Avlund, Lund, Holstein & Due, 2004) e que as variações significativas como os diferentes grupos culturais utilizam a rede social para melhorar a saúde e prolongar a qualidade de vida.

As condições habitacionais foram relacionadas a défices na performance das actividades de vida diária, demonstrando que elevada dependência na realização das actividades diárias estavam significativamente associadas com a baixa acessibilidade da casa (por exemplo com barreiras físicas) alertando para a importância da relação entre o ambiente da casa e a autonomia e independência do idoso (Iwarsson & Ståhl, 2003; Wahl, Iwarsson & Oswald, 2012).

O afastamento da vida activa, faz notar que a velhice pode impedir o desempenho de actividades que dependem da força física, mas que em nada prejudica, mesmo que o corpo se debilite, as tarefas que requerem o uso do intelecto. Isso significa apenas que há actividades que se exercem com facilidade e gosto na juventude e outras que são mais adequadas a fases mais maduras da vida (Couvaneiro & Cabrera, 2009).

Estas abordagens afiguram-se como profecias do futuro do conhecimento em geral, em que se percebe que o ser humano é cada vez menos visto como um conjunto de funções contíguas que se desenvolvem e são estudadas como entidades separadas, na lógica de especialidades estancadas que se disputam numa hipotética hierárquica de importância (Paúl, 2012).

CAPÍTULO II

MÉTODO

Neste capítulo apresentar-se-ão as opções metodológicas associadas ao plano de estudos que orientou esta investigação.

1. Plano de investigação e amostra

Para concretizar os objectivos do presente estudo, foram seleccionadas três freguesias do concelho de Viana do Castelo, que constituem a Comissão Social de Interfreguesia da Serra D'Arga (Meixedo, Montaria e Vilar de Murteda) (Figura 1).

A referida Comissão identificou, como problema, no seu Plano de Acção 2012, a ausência de apoio a idosos, tendo proposto para o colmatar, a implementação da Casa das Gerações, com o objectivo de promover o convívio e lazer entre os mais velhos; ajudar a envelhecer com saúde, adiando perdas associadas ao envelhecimento; potenciar as relações entre diferentes grupos geracionais; minimizar os efeitos do isolamento social e potenciar experiências de vida e conhecimento prático dos mais velhos. Outra medida proposta foi a construção de um lar/centro de dia, com o objectivo de melhorar o apoio aos idosos, oferecendo respostas sociais e de saúde (Planos de Acção das CSF e CSIF, 2012).

A freguesia de Meixedo com 6,03 km² de área e 467 habitantes (Censos, 2011) tem como principais sectores laborais a agricultura, a pecuária, a construção civil, o pequeno comércio e indústria (Junta de Freguesia de Meixedo, 2012).

A freguesia da Montaria abrange uma área com aproximadamente 22,4 Km², onde reside uma população de 549 habitantes (Censos, 2011) e tem como principais actividades económicas a agricultura, a pecuária de subsistência e o pequeno comércio (cafés e minimercado). Os moinhos de água são neste local, uma das mais antigas referências da arquitectura popular, estes pequenos monumentos (com são consagrados na Carta de Veneza), foram e são ainda hoje, verdadeiros testemunhos desta perfeita adequação entre o homem e o meio ambiente, pelo uso da água, como energia renovável e não poluente. Não tendo dados estatísticos exactos relativamente à emigração, o contacto com a população permitiu-nos saber que ao contrário de outros locais da região, a emigração na Montaria foi relativamente reduzida, não chegando sequer a duplicar a população residente nos meses de férias. A freguesia é constituída por vários lugares, que

Ihe conferem alguma dispersão. Os lugares mais significativos são, Espantar, Trás-Âncora, Pedrulhos e S. Lourenço, sendo ainda estes lugares subdivididos pelos lugares de Lousa, Costa, Além do Rio, Xisto e Aldeia (Junta de Freguesia de Montaria, 2012).

A freguesia de Vilar de Murteda fica situada no extremo oriental do concelho de Viana do Castelo, dista cerca de 20Km dessa cidade e ocupa uma área de cerca de 5,16 km², com 214 habitantes. Estende-se pelas encostas da serra d'Arga e compreende os lugares do Ervideiro, Paço, Casal, Pereiro, Rodo e Corredouras. O topónimo de Vilar de Murteda deve-se à abundância de um arbusto aromático e espontâneo chamado “murta”, sobretudo no lugar de Murteda, onde se situou a igreja primitiva. Tem como principais actividades económicas a agricultura e a pecuária. Nota-se, no entanto, o aparecimento actual de actividades pertencentes a outros sectores (Junta de Freguesia de Vilar de Murteda, 2012).

De referir, que nas três freguesias não existem estruturas de saúde como centro de saúde ou farmácia. O centro de saúde e a farmácia mais próximos fica na freguesia de Lanheses, a 4,5 km de Meixedo, 10 km da Montaria e a 7,5 km de Vilar de Murteda. Para se deslocar para o centro de saúde ou para a farmácia a população pode utilizar, transporte próprio, táxi e autocarro (só existe um de manhã para ir e outro ao fim da tarde para regressar). A junta de freguesia disponibiliza à população idosa, uma vez por semana, transporte gratuito para Lanheses.

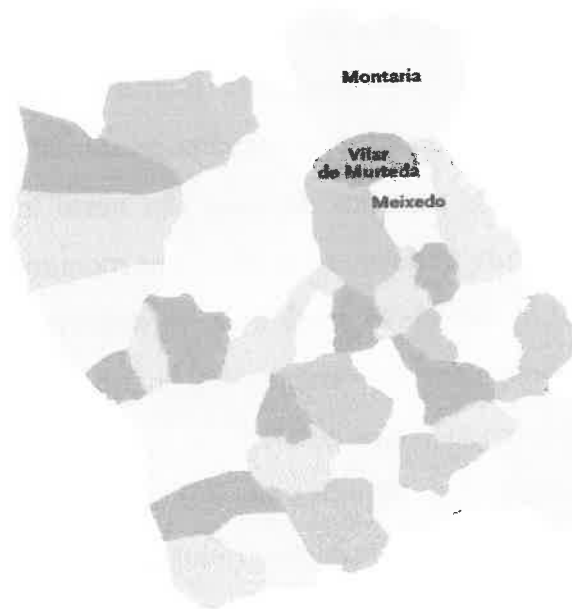


Figura 1 - Mapa do concelho de Viana do Castelo

Para um melhor enquadramento, a Tabela 3 apresenta dados dos Censos 2011 relativos à população idosa (65 anos ou mais) que reside sozinha ou com outros idosos para o território nacional, zona norte e distrito de Viana do Castelo, assim como para as três freguesias estudadas. A nível nacional, observa-se que dos 2022504 idosos residentes em Portugal, 400964 (19,8%) residem sozinhos. Em Viana do Castelo, a percentagem de idosos que vive sozinho é de 15,4%, sendo relativamente semelhante em Meixedo (15,3%) e ligeiramente inferior na Montaria (13,0%) e em Vilar de Murteda (12,8%).

O presente estudo foca-se nos 53 idosos que residem sozinhos nas três freguesias seleccionadas: 20 em Meixedo, 24 na Montaria e nove em Vilar de Murteda.

Tabela 3

População com 65 ou mais anos segundo o total e a residir em alojamentos familiares

Desagregação geográfica	População total	População com 65 ou mais anos de idade	Alojamentos familiares de residência habitual nos quais todos os residentes têm 65 ou mais anos		
		Total	Total	Com 1 pessoa com 65 ou mais anos	Com 2 ou mais pessoas com 65 ou mais anos
Portugal		2022504	797851	400964	396887
Continente		1949557	774492	387715	386777
Norte		634756	224166	108612	115554
Minho-Lima	244836	56831	20153	9896	10257
Viana do Castelo	88725	17405	5710	2684	3026
Meixedo	467	131	36	20	16
Montaria	549	185	45	24	21
Vilar de Murteda	214	70	20	9	11

Fonte: Censos 2011

2. Instrumentos de recolha de dados

Para avaliação dos idosos que residem sozinhos nas três freguesias, foi elaborado, pela equipa de investigação, um protocolo de avaliação desenhado para recolher informação sociodemográfica, sobre o estado mental, satisfação com a vida, funcionalidade (instrumentais e básicas), sintomatologia depressiva, rede social, recursos sociais e utilização de serviços. Para além da ficha sociodemográfica, o protocolo incluiu os seguintes instrumentos de avaliação: Avaliação do Estado Mental (*Mini Mental State Examination; MMSE*) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa Guerreiro,

Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); Escala da Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin 1985; versão portuguesa Neto, Barros, & Barros, 1990); Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969, versão portuguesa Sequeira, 2007); Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965, versão portuguesa Sequeira, 2007); Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1982, versão portuguesa Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003); Escala de Rede Social de Lubben – 18 (LSNS-18) (Lubben, 1988; versão portuguesa em estudo Faria, Moreira, Lamela & Bastos, 2012) e o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (*Older Americans Resources and Services Program - OARS-PT*) (Fillenbaum & Smyer, 1981 versão portuguesa Rodrigues, 2008).

Para a concretização dos objectivos do presente estudo foram analisados os resultados da caracterização sociodemográfica, assim como da Avaliação do Estado Mental (MMSE); do Índice de Lawton; Escala da Satisfação com a Vida e do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos - OARS-PT (recursos sociais e utilização de serviços: serviços gerais de apoio e serviços não classificados).

A ficha sociodemográfica foi desenhada de forma a caracterizar a população em estudo de um modo abrangente, dividida em três partes: a) dados relativos à pessoa, como o género, a idade, o estado civil, a escolaridade, profissão, rendimentos; b) dados relativos à habitação – condições necessárias, dificuldades de mobilidade no interior e exterior, infra-estruturas; c) ecologia do lugar – vantagens e desvantagens da freguesia, locais de apoio/instituições existentes e sua frequência, equipamentos sociais e serviços existentes.

O MMSE (Folstein et al., 1975, versão portuguesa Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009) é um dos testes mais utilizados e estudados em todo o mundo, na avaliação do funcionamento cognitivo. Examina a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo (imediata e de trabalho), o cálculo, a linguagem e a organização visoespaciais. Pode ser usado como teste de rastreio de défice cognitivo, mas não é indicado para o diagnóstico de demências (Chaves, 2009). O MMSE é dividido em duas partes, a primeira só exige respostas orais e abrange a orientação, a memória e a atenção (a pontuação máxima é 21). A segunda parte testa a capacidade de nomear, seguir

comandos verbais e escritos, escrever uma frase espontaneamente e copiar um polígono complexo semelhante a uma figura Bender-Gestalt (pontuação máxima é 9). O teste não é cronometrado e a sua pontuação varia entre 0 e 30 (Folstein, Folstein & MChugh, 1975).

As suas características psicométricas têm sido avaliadas, tanto na sua versão original, como nas versões traduzidas ou adaptadas culturalmente para outras línguas e países, pois este instrumento é influenciado por variáveis não-cognitivas, tais como a idade, escolaridade, entre outras (Lourenço & Veras, 2006). Embora análises factoriais tenham usado diferentes tipos de amostras e versões do MMSE, facilmente identificam factores relacionados com a orientação, memória e atenção (Chaves, 2009).

O MMSE foi primeiramente adaptado para a população portuguesa, em 1994, por Guerreiro e colaboradores, tendo sido estabelecidos valores de corte para o rastreio de défice cognitivo, em função do nível de escolaridade. Neste estudo a escala mostrou uma sensibilidade de 87% e uma especificidade de 60% (Guerreiro et. al., 1994). Em 2009, Morgado e colaboradores replicaram o estudo de adaptação, tendo definido novos pontos de corte para défice cognitivo, também em função do nível de escolaridade: 22 para escolaridade dos 0 a 2 anos, 24 para escolaridade dos 3 a 6 anos e 27 para escolaridade igual ou superior a 7 anos (Morgado et al., 2009).

O Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969, versão portuguesa Sequeira, 2007) avalia o nível de independência na realização das actividades instrumentais da vida diária (AIVD), mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do individuo para realizar essas actividades (Sequeira, 2007).

Sequeira (2007) apresenta uma versão com a seguinte pontuação: cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada actividade 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); maior do que 20 pontos - severamente dependente (necessita de muita ajuda). De acordo com o estudo de adaptação, a análise factorial revelou apenas um factor explicando 65% da variância total, reforçando o

carácter unidimensional do instrumento e uma consistência interna de $\alpha = 0,92$ (Sequeira, 2007).

A Escala da Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Neto et al., 1990) mede a satisfação com a vida enquanto processo de julgamento cognitivo, no sentido de avaliar o juízo subjectivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente, pelo investigador ou por outrem (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005). É constituída por cinco itens, estando as opções de resposta organizadas numa escala de Likert de cinco pontos, variando a sua pontuação entre 5 e 35.

A Escala de Satisfação com a Vida tem mostrado uma adequada validade de constructo e fiabilidade. Mais concretamente, é referido um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 e um coeficiente de estabilidade de 0,82 no teste-reteste (Pavot & Diener, 2008). Em Portugal, a Escala de Satisfação com a Vida foi validada por Neto e colaboradores (1990) em que a análise factorial em componentes principais corroborou a existência de um só factor, contribuindo desta vez para 53,1% da variância, sendo que a avaliação da consistência interna através do alfa de Cronbach permitiu obter um valor de 0,78 (Seco et al, 2005).

O Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional dos Idosos (OARS-PT) foi originalmente desenvolvido em 1972 pelo *Center for the Study of Aging and Human Development* da *Duke University* (EUA), como instrumento para operacionalizar um modelo conceptual, centrado em três elementos: (a) avaliação da capacidade funcional, em cada uma das áreas definidas, classificando o individuo em escalas cujas pontuações permitem definir funcionamentos equivalentes; (b) utilização e necessidade de serviços caracterizando o uso actual e a necessidade sentida; (c) avaliação de alternativas de serviços a implementar em resposta às incapacidades detectadas (Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006). É uma das ferramentas mais importantes actualmente disponíveis para a avaliação de idosos (George & Fillenbaum, 1985 como citado por Rodrigues, 2008), integrando cinco dimensões da qualidade de vida: bem-estar físico e saúde percebida; bem-estar psíquico; disponibilidade de ajuda informal sociofamiliar e disponibilidade de ajuda institucional; disponibilidade económica para satisfação de necessidades básicas e

não básicas e actividades da vida diária), assim como, a utilização e a necessidade sentida de vários tipos de serviços.

O OARS-PT é composto por noventa e uma questões cuja administração demora, em média, 45 minutos. A recolha de dados é realizada através de entrevista pessoal ao idoso ou, no caso de impossibilidade deste, a um informante ou a ambos.

O questionário é constituído por três partes: (1) lista de indicadores sociodemográficos; (2) parte A (Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional - QAFM) e (3) parte B (Questionário de Avaliação de Serviços - QAS). A parte A (QAFM) é constituída por setenta e oito questões dirigidas ao idoso ou, na sua impossibilidade, a um informante (um familiar ou uma pessoa directamente relacionada com o idoso) ou a ambos; é também composto por cinco escalas de avaliação funcional: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária. O entrevistador classifica o idoso em cada uma das cinco áreas, numa escala comum de seis níveis: 1 - muito bom, 2 - bom, 3 - ligeiramente insatisfatório, 4 - moderadamente insatisfatório, 5 - fortemente insatisfatório e 6 - totalmente insatisfatório. As pontuações atribuídas nas cinco áreas permitem enquadrar os inquiridos num conjunto de características pré-definidas, classificando-os, com base em toda a informação recolhida. No final do questionário, o entrevistador emite um juízo quantitativo (com a atribuição de uma pontuação de incapacidade funcional (PIF)) baseado na informação recolhida no decurso da entrevista. A parte B (QAS) está direccionada para a avaliação da utilização e da necessidade sentida pela população idosa em relação a uma lista de serviços, nos últimos seis meses. Estes serviços estão agrupados em seis categorias: serviços gerais de apoio, serviços sociais e recreativos, serviços de saúde, serviços de apoio económico, serviços de avaliação e coordenação e serviços não classificados. (Ferreira et al., 2006).

O modelo conceptual do OARS inclui três componentes: 1) avaliação da capacidade funcional, em cinco áreas, classificando o indivíduo em escalas cujas pontuações definem funcionamentos equivalentes; 2) medição da utilização e necessidade de serviços, definindo o uso actual e a necessidade sentida; 3) avaliação das alternativas de serviços a implementar com base na capacidade funcional (Ferreira et al., 2006).

A consistência interna para as cinco escalas de avaliação funcional do instrumento situa-se entre $\alpha = 0,64$ (recursos sociais) e $\alpha = 0,91$ (AVD). No estudo da fiabilidade, avaliada através da replicação da escala aos mesmos indivíduos, os valores da correlação de Pearson situaram-se entre $r = 0,859$ (auto-avaliação de saúde mental) e $r = 1,000$ (AVD) (Rodrigues, 2008).

Para a concretização dos objectivos deste estudo foi utilizada na parte A, apenas a subescala de recursos sociais, na qual os participantes são avaliados pela quantidade e adequação da interacção social, assim como pela disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade, indicada pela classificação referida anteriormente de 1 (muito bom) a 6 (totalmente insatisfatório), correspondendo uma maior pontuação a menos recursos sociais. Na parte B, dado que a informação sobre serviços pode ter um tratamento individualizado ou até serem agrupados por afinidades (Rodrigues, 2008; Ferreira *et al.*, 2006), das seis categorias apenas são utilizadas as dos serviços gerais de apoio e serviços não classificados. No que se refere à categoria de serviços gerais de apoio, o serviço de emprego e a preparação para as actividades de vida diária foram excluídas por não se enquadrar no perfil dos participantes e por ninguém ter usufruído deste serviço, respectivamente.

3. Procedimentos de recolha de dados

Após aprovação pela Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo do presente projecto, procedeu-se às diligências necessárias à sua concretização, no que se refere à sua parte operacional.

Numa primeira fase, foi realizada uma reunião com os Presidentes de Junta das freguesias já referidas - Meixedo, Montaria e Vilar de Murteda - a fim de coordenar e definir a melhor forma de conseguir a colaboração da população de idosos que vivem sozinhos no estudo. As entrevistas foram realizadas na sede da Junta de Freguesia, mediante a disponibilidade dos participantes. Foi disponibilizado transporte dos idosos desde as suas casas até sede da junta de freguesia, facto que facilitou a adesão e participação no estudo. Os participantes que por diversos constrangimentos, não

puderam deslocar-se à sede da Junta, foram entrevistados nas suas próprias casas. Nestes casos, os colaboradores da Junta de Freguesia acompanharam os investigadores de modo a facilitar a colaboração e receptividade ao estudo.

Foi explicado a todos os participantes os objectivos do estudo, em que consistia a sua participação e foram informados sobre a confidencialidade e privacidade, bem como a possibilidade de poderem desistir a qualquer momento. Estas informações foram apresentadas também, por escrito, na forma de um formulário de consentimento informado que, depois de lido e explicado, foi assinado pelos participantes.

4. Estratégias de análise de dados

Na análise descritiva, usou-se a frequência absoluta, a proporção como medida sumária para variáveis qualitativas e a média para variáveis quantitativas, acompanhada do desvio padrão como medida de dispersão. Quando a variável não seguia distribuição normal (testado através do teste Kolmogorov-Smirnov), a distribuição foi descrita pela mediana e 1º e 3º quartis.

Para testar a igualdade de médias, usou-se o teste *t* student para amostras independentes ou o teste *U* Mann-Whitney para comparação de variáveis que não seguiam distribuição normal. Como a distribuição do Índice de Lawton e do MMSE não diferem significativamente da distribuição normal, avaliado através do teste Kolmogorov-Smirnoff ($Z < 1,457$; $p < 0,029$), foi utilizado o teste *t* para comparar os resultados nestes testes, entre grupos de idade e de género.

Para avaliar a relação entre variáveis (demográficas, de avaliação individual e de satisfação com a vida) foi utilizada a correlação *rs* de Spearman, uma vez que algumas variáveis não seguiam distribuição normal.

Para todos os procedimentos estatísticos, a hipótese nula foi rejeitada, limitando o erro de tipo 1 a 0,05. A análise dos dados foi realizada utilizando o IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão descritos os resultados relativos ao inquérito aos idosos que vivem sozinhos nas freguesias da Meixedo, Montaria e Vilar de Murteda do concelho de Viana do Castelo.

1. Descrição dos participantes

Entre Maio e Junho de 2012 foram inquiridos 43 idosos nas três freguesias seleccionadas. Dos 53 idosos que residiam sozinhos nestas freguesias de acordo com os Censos 2011 (INE, 2012), dez não participaram no estudo, dado que três se encontravam no estrangeiro, três não puderam participar devido a dificuldades de comunicação, dois já não residiam sozinhos aquando do estudo e dois recusaram participar no estudo.

Os 43 participantes inquiridos têm idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ($M=75,3$, $dp=7,37$ anos). Da totalidade dos participantes 33 (76,7%) são mulheres e 10 (23,3%) homens. A maioria dos participantes são viúvos (53,5%) ou solteiros (41,9%) e cerca de 35% têm filhos. Relativamente ao nível de escolaridade, 30,2% dos participantes não sabem ler ou escrever, 25,6% sabem ler e/ou escrever, 41,9% têm entre 1 e 4 anos de escolaridade e 2,3% entre 5 e 6 anos de escolaridade (Tabela 4). Homens e mulheres diferem significativamente relativamente à média de idade ($t=-2,075$, $gl=41$; $p=0,044$) e à distribuição dos níveis de instrução ($\chi^2=7,832$, $gl=3$; $p=0,05$). Em média, as mulheres são mais velhas do que os homens ($M=76,5$, $dp=7,36$ vs. $M=71,2$, $dp=6,07$). Relativamente à distribuição dos níveis de escolaridade, enquanto que 66,7% das mulheres não frequentou a escola e 36,4% não sabe ler nem escrever, apenas 20% dos homens se encontra nesta situação e 80% frequentou o primeiro ciclo do ensino básico.

Tabela 4

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Características	Participantes n=43	
	n	%
Idade <i>M (dp)</i>	75,3 (7,37)	
(mín – máx)	(65-96)	
65-79	34	79,1
80+	9	20,9
Género (% de mulheres)	33	76,7
Estado Civil		
solteiro(a)	18	41,9
casado(a)/união de facto	1	2,3
viúvo(a)	23	53,5
separado(a)/divorciado(a)	1	2,3
Tem filhos	15	34,9
Escolaridade		
não sabe ler nem escrever	13	30,2
sabe ler e/ou escrever	11	25,6
tem entre 1 e 4 anos de escolaridade	18	41,9
tem entre 5 e 6 anos de escolaridade	1	2,3
Profissão		
agricultura/pecuária	18	41,9
doméstica	7	16,3
operário fabril	5	11,6
operário da construção civil	4	9,3
operário de minas/guarda-florestal	3	7,0
comerciante	2	4,7
empregada doméstica	2	4,7
motorista/servidor civil do estado	2	4,7
Anos de serviço profissional <i>M (dp)</i>	42, 6 (23,54)	
Fontes de rendimento		
pensão de reforma	43	100,0
pensão de sobrevivência	5	11,6
CSI	3	7,0
Valor dos rendimentos		
mais de 428€	13	30,2
entre 361€ e 427€	2	4,7
entre 236€ e 360€	13	30,2
entre 197€ e 235€	9	20,9
até 196€	6	14,0

As profissões desempenhadas ao longo da vida mais comuns são agricultor (41,9%), operário fabril (11,6%) e operário de construção civil (9,3%). Cerca de 16% dos inquiridos

foram domésticas. Em média, os participantes trabalharam nessa profissão cerca de 43 anos ($dp=23,54$).

Em relação aos rendimentos, a totalidade recebe pensão de reforma, embora 11,6% e 7,0% recebem ainda pensão de sobrevivência e Completo Solidário para Idosos (CSI), respectivamente. A maioria dos idosos (69,8%) auferem mensalmente até 427 euros, sendo que para 14% dos inquiridos, os rendimentos mensais são inferiores a 197 euros.

Da totalidade dos participantes, 67,4% sabem fazer algum tipo de trabalho manual/artesanal (Tabela 5). Cerca de metade (58,6%) sabe fazer crochet/renda/tricot/meia, 20,7% sabem bordar, 17,2% realizam trabalhos de carpintaria e 10,3% de pedreiro.

Tabela 5
Actividades manuais/artesanais

Características	Participantes n=43	
	n	%
Sabe fazer trabalho manual/artesanal	29	67,4
Tipo de trabalho manual/artesanal ^{a)}		
crochet/renda/ tricot/malha/meia	17	58,6
Bordar	6	20,7
Carpintaria	5	17,2
Pedreiro	3	10,3

^{a)}n=29

Cerca de 43% (n=18) dos participantes afirmam que a reforma provocou mudanças na sua vida (Tabela 6). Destes, 8 (42,1%) dizem auferir mais rendimentos e ter melhores condições de vida desde então, 4 (21,1%) afirmam descansar mais e 3 (16,7%) referem ter tido novas oportunidades desde a reforma (“está sossegado aqui na terra, porque morava em Lisboa”; “reiniciou actividade anterior (trabalhar numa quinta)”; “viaja mais para França”). No entanto, 3 (16,7%) referem que as suas condições de vida pioraram desde então (“os anos vão passando”; “reforma por doença”; “não quero lembrar [o que se está a passar comigo agora]”).

No que se refere, à ocupação do seu tempo, a maioria dos participantes passa o tempo por casa no quintal e a cuidar dos animais (69,8%), na lida da casa (23,3%) ou em actividades fora de casa (11,6%). Outras actividades, como visitar os filhos, ver televisão

ou trabalhos artesanais foram referidas por 7% dos inquiridos. Numa menor percentagem (4,7%), foram referidas a actividade física, a ida ao café e a participação nas actividades da Casa das Gerações. Um idoso referiu não fazer nada durante o dia.

Tabela 6
Alterações com a reforma

Características	Participantes n=43	
	n	%
A reforma trouxe mudanças na vida*	18	42,9
Que tipo de mudanças**		
maior rendimento/melhores condições	8	42,1
menos trabalho/mais descanso	4	21,1
piores condições de vida	3	16,7
novas oportunidades de vida	3	16,7
Como ocupa o seu tempo		
quintal/animais	30	69,8
lida de casa	10	23,3
actividades fora de casa	5	11,6
visita os filhos	3	7,0
ver TV	3	7,0
trabalhos artesanais	3	7,0
ir ao café	2	4,7
Casa de Gerações	2	4,7
actividade física	2	4,7
"não faço nada"	1	2,3

*n=42; **n=18

Em relação à habitação (Tabela 7), 86% dos participantes consideram que a sua casa tem as condições necessárias ao seu dia-a-dia. Quando questionados sobre os aspectos que dificultam a sua mobilidade, os participantes destacaram as escadas (28,6%) e a banheira (4,8%) como condicionantes dentro de casa e as escadas (16,3%) e o carreiro de terra (2,3%), fora de casa.

No que diz respeito às condições básicas da casa, todos os participantes têm electricidade e a maioria (97,7%) água canalizada. Nenhum participante tem saneamento em casa e 44,3% têm aquecimento. A grande maioria dos participantes tem quintal (90,7%), e em 62,8% a casa tem exposição solar. Apenas 11,6% tem isolamento térmico e 42,2% dos participantes referem que a sua casa tem humidade.

Quanto a equipamentos, todos os participantes têm fogão e a maioria tem frigorífico (95,3%), televisão (90,7%) e telefone (81,4%). Cerca de 72% dos participantes

têm máquina de lavar roupa. Dos participantes, 22 (51,1%) realizariam obras para melhorar a casa se tivessem oportunidade. Destes, 63,6% realizariam renovações/adaptações de algumas divisões, 22,7% realizariam aumentos nos quartos e casa de banho e 13,6% procederiam à instalação de aquecimento.

Tabela 7
Habitação

Características	Participantes n=43	
	n	%
Considera que a casa tem as condições necessárias	37	86,0
Aspectos que dificultam a mobilidade dentro de casa*		
nada	27	64,3
escadas	12	28,6
banheira	2	4,8
tudo	1	2,4
Aspectos que dificultam a mobilidade fora de casa		
nada	35	81,4
escadas	7	16,3
carreiro de terra	1	2,3
Condições básicas e Equipamentos		
electricidade	43	100,0
saneamento	—	—
água canalizada	42	97,7
exposição solar	27	62,8
isolamento térmico	5	11,6
quintal	39	90,7
televisão	39	90,7
telefone/telemóvel	35	81,4
frigorífico	41	95,3
fogão	43	100,0
máquina de lavar roupa	31	72,1
humidade	19	44,2
Formas de aquecimento da casa		
lareira	10	23,3
radiador	4	9,3
aquecimento central	2	4,7
gás	2	4,7
petróleo	1	2,3
Obras necessárias para melhorar a casa**		
renovações/adaptações	14	63,6
aumentos (quarto, wc)	5	22,7
aquecimento	3	13,6

*n=42; **n=22

Em relação à ecologia do lugar, em média os participantes residem naquela freguesia há 68 anos ($dp=20,57$) e a quase todos (93,0%) consideram que a relação com os vizinhos é próxima e amigável. Quando questionados sobre o significado de viver na sua freguesia, 30,2% dos participantes referem que gostam de viver neste lugar, 25,6% salientam o facto de ser a terra onde sempre viveram e 23,3% o sossego e a paisagem. Por outro lado, 7,0% dos participantes afirmam não gostar de viver naquele lugar, 2,3% consideram que o lugar onde vive não apresenta as devidas condições de vida e 11,6% não sabem/não respondem.

Tabela 8

A ecologia do lugar: significado do lugar e relações de vizinhança

Características	Participantes <i>n=43</i>	
	<i>n</i>	%
Tempo de residência na freguesia <i>M(dp)</i>	68,0 (20,57)	
(mín – máx)	9 - 92	
Relação com os vizinhos		
próxima e amigável	40	93,0
conflituosa	--	--
afastada	1	2,3
inexistente	2	4,7
Significado de viver na sua freguesia		
Gosta de viver neste lugar	13	30,2
É a terra onde sempre viveu	11	25,6
Gosta do sossego e da paisagem	10	23,3
Não gosta de viver neste lugar	3	7,0
Não tem condições	1	2,3
Não sabe/não responde	5	11,6
Como é ser pessoa idosa na sua freguesia		
Falta de condições, apoios e serviços	6	14,0
É bom ser idoso neste lugar	5	11,6
Relacionamento (vizinhos, família)	5	11,6
Isolamento	5	11,6
É semelhante aos outros sítios	4	9,3
É triste	2	4,7
Não se considera idoso	2	4,7
Faz o que gosta	1	2,3
Não sabe/não responde	13	30,2

Relativamente ao significado de ser pessoa idosa na sua freguesia, 14,0% consideram que faltam condições, apoios e serviços à pessoa idosa, 11,6% consideram ser

bom ser idoso naquele lugar, 11,6% referem que se sentem isolados, 9,3% consideram que é semelhante ser pessoa idosa naquele lugar ou noutra, 4,7% afirma ser triste ser idoso naquele lugar e 2,3% salientam o facto de fazerem o que querem. Nesta questão, cerca de 5% responderam não se considerar idosos e 30,2% não responderam ou não sabiam como responder (Tabela 8).

Quando questionados sobre quais os locais de apoio/instituições destinados às pessoas idosas na freguesia 29,3% indicaram a Casa das Gerações, 17,1% a Junta de Freguesia, 2,4% o Apoio Domiciliário e 2,4% o Enfermeiro ao domicílio. Em relação à sua frequência 30,2% dos participantes frequenta, na sua maioria, para ocupação de tempos livres (66,7%), e viver longe ou preferir estar em casa (33,3%), foram referidas como as razões para a não frequência. Duas pessoas (5%) afirmam que os locais de apoio que existem não funcionam e 45,0% desconhecem locais de apoio a idosos na sua freguesia. Dos 43 participantes, 13 (30,2%) frequentam algum dos locais de apoio a idosos referidos. Destes, 66,7% utilizam os serviços para ocupação de tempos livres, 25,0% pela necessidade de transporte (especialmente no caso da Junta de freguesia) e 8,3% apontam razões de saúde. Três dos idosos que não frequentam estes locais também forneceram razões para a não utilização dos serviços, destacando-se o facto de residir longe dos serviços, preferir estar em casa ou estar ocupado (Tabela 9).

Relativamente às vantagens de residir naquela freguesia, 54,5% dos idosos salientam o sossego, ar saudável e paisagem, 24,2% o facto de conhecerem toda a gente ou de ser a terra onde sempre viveram; 1 pessoa (3%) salienta ainda o facto de gostar de viver sozinha e 1 pessoa (3%) o facto de gostar de trabalhar no campo. Para 15% dos participantes não existem vantagens em residir naquela freguesia. Quando questionados sobre o que sentem mais falta, 45,5% destacam a falta de transportes, 24,2% a falta de serviços (de saúde sociais) e de comércio e 9,1% de ambos; 18,2% salientam a falta que sentem de companhia e de actividades de lazer e 3% consideram que falta tudo. Relativamente aos equipamentos sociais e serviços de apoio aos idosos que os idosos consideram necessários para a freguesia onde residem, destacam-se o lar de idosos (59,5%), o Centro de Dia (54,8%), o serviço de apoio domiciliário (50,0%) e o centro de convívio (31,0%).

Tabela 9

A ecologia do lugar: locais de apoio social

Características	Participantes	
	n=43	
	n	%
Locais de apoio/instituições destinados às pessoas idosas na sua freguesia*		
Casa das Gerações	12	29,3
Junta de freguesia	7	17,1
Apoio domiciliário	1	2,4
Enfermeiro ao domicílio	1	2,4
Existem locais de apoio mas não funcionam	2	4,8
Não conhece	18	44,0
Frequenta locais de apoio	13	30,2
Razões da utilização dos locais de apoio**		
Ocupação dos tempos livres	8	66,7
Necessidade de transporte	3	25,0
Saúde	1	8,3
Razões da não utilização dos locais de apoio***		
Viver longe	1	33,3
Prefere estar em casa	1	33,3
Ocupado	1	33,3
Vantagens de viver nesta freguesia****		
Sossego, ar saudável, paisagem	18	54,5
Conhece toda a gente (vizinhos, família)	4	12,1
Terra onde sempre viveu	4	12,1
Gosta de viver sozinho	1	3,0
Gosta de trabalhar no campo	1	3,0
Não tem vantagens	5	15,2
De que sente falta na sua freguesia*****		
Transportes	15	45,5
Serviços (saúde, sociais), comercio	8	24,2
Transportes e serviços	3	9,1
Companhia e actividades de lazer	6	18,2
Tudo	1	3,0
Equipamentos sociais e serviços necessários*****		
Lar de Idosos	25	59,5
Centro de Dia	23	54,8
Serviço de Apoio Domiciliário	21	50,0
Centro de Convívio	13	31,0
Acolhimento familiar	11	26,2
Centro de Noite	9	21,4

*n=41; **n=12; ***n=3; ****n=33; *****n=33; *****n=42

2. Avaliação multidimensional

Relativamente à avaliação individual considera-se os resultados do Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969, versão portuguesa Sequeira, 2007) para a avaliação da funcionalidade para actividades instrumentais da vida diária (AIVD), do MMSE (Folstein et al., 1975, versão portuguesa Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009) para a avaliação do funcionamento cognitivo, da Escala da Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Neto et al., 1990) para avaliação da satisfação com a vida e das subescalas de recursos sociais e utilização de serviços da OARS (Fillenbaum & Smyer, 1981 versão portuguesa Rodrigues, 2007) para a avaliação da dimensão social-relacional.

2.1. Funcionalidade

No que diz respeito aos resultados no índice de Lawton, os participantes apresentam uma média de 10,8 ($dp=3,68$) variando os resultados entre 8 e 25 (Tabela 10).

Tabela 10

Funcionalidade para as actividades instrumentais da vida diária (Índice de Lawton)

	Participantes <i>n</i> =43	
	<i>n</i>	%
Lawton <i>M</i> (<i>dp</i>)	10,8 (3,68)	
Amplitude (<i>min-máx</i>)	8 – 25	

No que se refere aos graus de dependência, 44,2% são independentes, 53,5% são moderadamente dependentes e 2,3% são severamente dependentes (Figura 2).

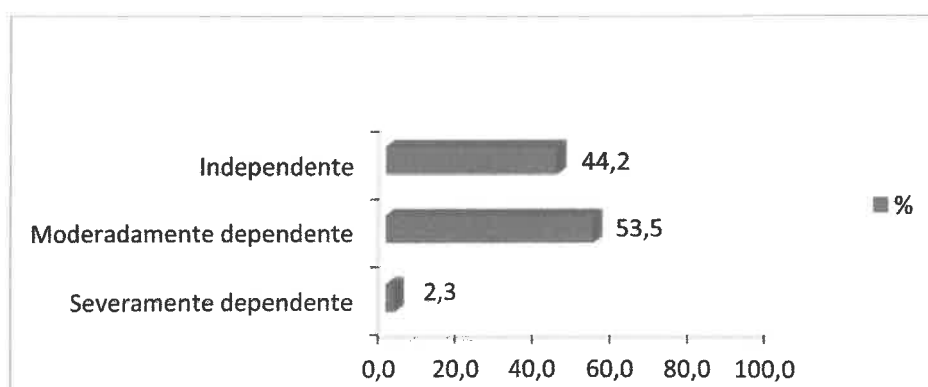


Figura 2. Distribuição dos resultados no Índice de Lawton, por graus de dependência para as AIVD

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade de 65-79 anos e 80 ou mais anos, relativamente ao nível de funcionalidade para as AIVD ($t=-2,568$; $gl=8,864$; $p<0,128$) (Figura 3). No entanto, homens e mulheres diferem significativamente na funcionalidade para as AIVD ($t=-4,109$; $gl=39,327$; $p<0,001$) (Figura 4). Apesar das diferenças entre grupos etários não ser estatisticamente significativa, é possível observar algumas diferenças entre a distribuição dos resultados do Índice de Lawton entre idosos mais novos e mais velhos. A amplitude de resultados é mais curta nos idosos com 65-79 anos, embora as medianas não estejam muito distantes. O limite máximo da distribuição nos idosos com 65-79 anos coincide com o percentil 75 da distribuição dos resultados nos idosos com 80 ou mais anos. Relativamente à comparação dos resultados no índice de Lawton entre homens e mulheres, verifica-se uma discrepância maior. Os homens apresentam uma amplitude significativamente mais curta e mais próxima da pontuação mínima no Lawton do que as mulheres, o que indica as mulheres atingem graus de dependência para as AIVD muito mais elevados do que os homens.

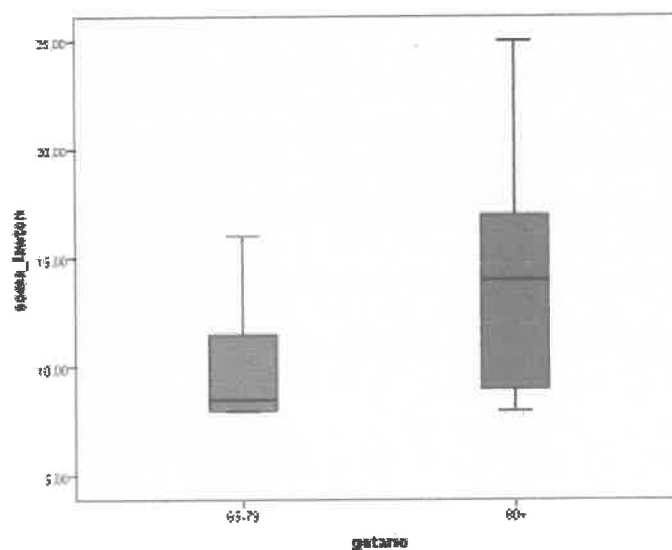


Figura 3. Distribuição dos resultados do índice de Lawton entre grupos etários (65-79 vs. 80+)

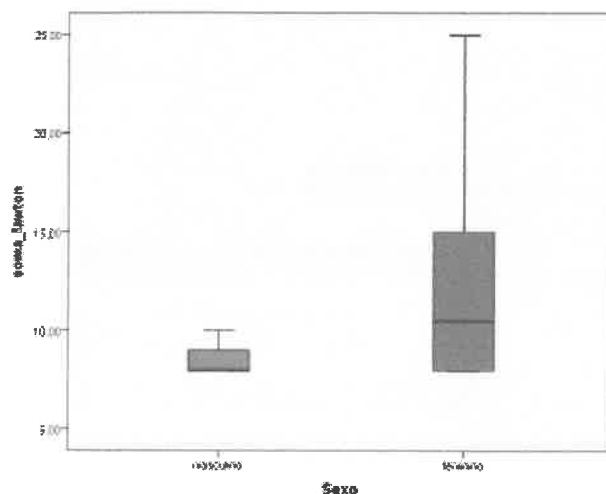


Figura 4. Distribuição dos resultados do índice de Lawton entre homens e mulheres

2.2. Funcionamento Cognitivo

Relativamente ao funcionamento cognitivo, os participantes apresentam uma pontuação média no MMSE de 24,3 ($dp=4,35$) (Tabela 11).

Tabela 11

Funcionamento cognitivo

	Participantes <i>n</i> =35	
	<i>n</i>	%
MMSE <i>M (dp)</i>	24,3 (4,35)	
Amplitude (<i>min-máx.</i>)	11 - 30	
Défice Cognitivo		
Sem défice cognitivo	26	74,3
Com défice cognitivo	9	25,7

Cerca de 74% dos participantes não apresentam défice cognitivo (Figura 5).

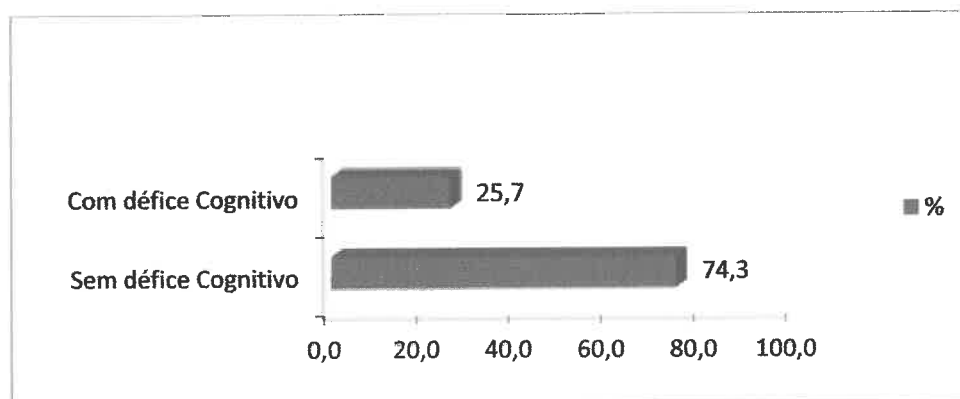


Figura 5. *Proporção de participantes que apresentam resultados no MMSE indicadores de déficit cognitivo*

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade de 65-79 anos e 80 ou mais anos ($t=-2,682$; $gl=33$; $p<0,011$) e entre homens e mulheres ($t=3,194$; $gl=30,892$; $p=0,003$), relativamente ao nível de funcionamento cognitivo (Figura 6 e 7). Os participantes com 65-79 anos apresentam amplitude significativamente mais curta na distribuição dos resultados no MMSE do que os participantes com 80 ou mais anos. Enquanto que nos participantes mais novos a mediana se aproxima dos 24 valores, no grupo de idosos mais velhos ela está próxima dos 20 valores. Para além disso, 25% dos participantes neste grupo apresenta pontuação abaixo dos 18 valores, o que indica os participantes mais velhos apresentam nível de funcionamento significativamente mais baixo do que os participantes mais novos. Comparando homens e mulheres, verifica-se que os homens novamente apresentam uma amplitude de resultados mais curta e mais próxima da pontuação máxima no MMSE, apesar de nenhum obter essa pontuação. O limite mínimo da distribuição dos resultados nos homens aproxima-se da mediana na distribuição das mulheres, sendo que 50% das mulheres apresenta resultados abaixo dos 24 valores. Os resultados indicam que as mulheres atingem níveis de funcionamento cognitivo inferiores aos homens.

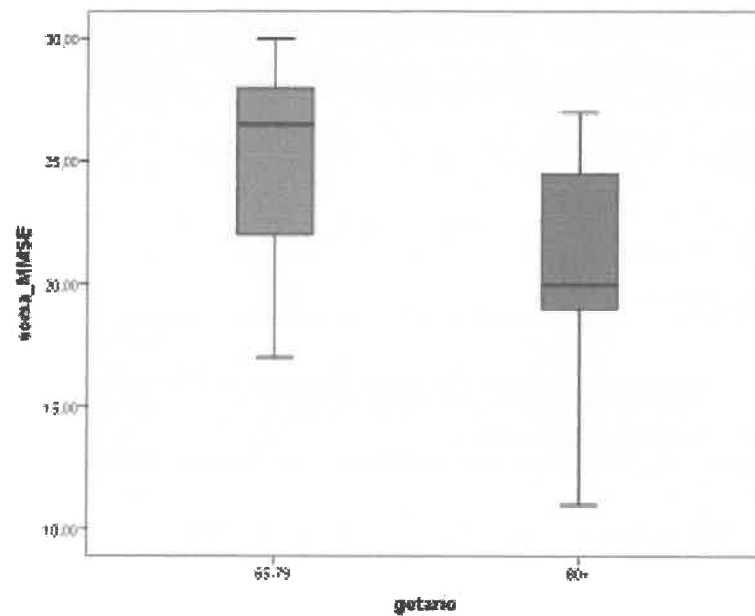


Figura 6. Distribuição dos resultados do MMSE entre grupos etários (65-79 vs. 80+)

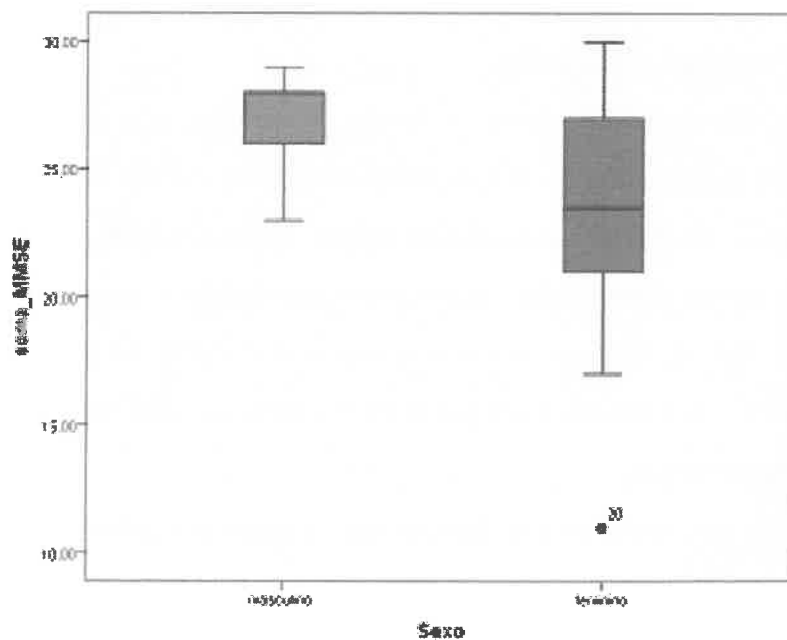


Figura 7. Distribuição dos resultados do MMSE entre homens e mulheres

2.3. Satisfação com a vida

Relativamente ao grau de satisfação com a vida, os participantes obtiveram uma média de 21,7 ($dp=6,31$), variando os valores entre 7 e 35. Não se verificam diferenças

estatisticamente significativas entre grupos de idade ($t= 0,134$; $gl=41$; $p=0,894$) e entre grupos de género ($t= 1,76$; $gl=41$; $p=0,086$) relativamente ao grau de satisfação com a vida (Tabela 12).

Tabela 12

Satisfação com a vida

	Participantes <i>n</i>=43
Grau de Satisfação com a Vida <i>M (dp)</i>	21,7 (6,31)
Amplitude (<i>min-máx.</i>)	7 - 35

3. Avaliação dos recursos sociais e utilização de serviços

Os recursos sociais são importantes pela constituição e manutenção de uma rede social de suporte, sendo geralmente avaliados pela quantidade e adequação da interação social, bem como pela disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade (Ferreira et al., 2006).

Quando questionados sobre a família e amigos, em média, os participantes conhecem sete pessoas ($dp=16,7$) suficientemente para ir visitá-las nas suas casas (Tabela 13). Em média, os participantes telefonaram ou receberam chamadas de amigos, familiares ou outros quatro vezes por semana ($dp=2,6$) e passaram duas vezes ($dp=2,0$) algum tempo com alguém com quem não vivem. A maioria (86,0%) considera que se dá muito bem com a sua família e amigos e 44,2% vêem os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostariam.

A maioria dos participantes (93,0%) tem alguém em quem possa confiar. Dos 39 participantes que forneceram informação sobre a(s) pessoa(s) da sua rede social em quem confiam, 46,2% referiram os filhos, 17,9% os irmãos, 15,4% outros familiares, 12,8% os vizinhos e 7,7% os amigos. Cerca de 21% dos participantes admite sentir-se sozinho/a muitas vezes, 48,8% algumas vezes e 30,2% quase nunca/nunca.

Cerca de 84% dos participantes tem alguém que o pode ajudar. No entanto, quando questionados sobre a frequência/período em que alguém poderia cuidar de si, 60,5% dos participantes respondera que teriam alguém que poderia cuidar deles sempre que necessário, 14,0% por pouco tempo, 16,3% às vezes e 9,3% não sabem responder a esta

pergunta. Os filhos (50,0%) e os irmãos (26,3) são os mais disponíveis a prestar estes cuidados.

Tabela 13

OARS-PT (recursos sociais)

Características	Participantes n=43	
	n	%
Quantas pessoas conhece para visitá-las nas suas casas <i>M (dp)</i>	7 (16,7)	
Quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas <i>M (dp)</i>	4 (2,6)	
Quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive <i>M (dp)</i>	2 (2,0)	
Tem alguém em quem possa confiar	40	93,0
Em quem confia*		
Filhos	18	46,2
Irmãos	7	17,9
Familiar	6	15,4
Vizinho	5	12,8
Amigos	3	7,7
Sente-se sozinho(a)		
Muitas vezes/sempre	9	20,9
Algumas vezes	21	48,8
Quase nunca/nunca	13	30,2
Vê os seus familiares tantas vezes quanto gostaria	19	44,2
Há alguém que possa ajudá-lo	36	83,7
Há alguém que possa cuidar de si		
Sempre que necessário	26	60,5
Por pouco tempo	6	14,0
Às vezes	7	16,3
NS/NR	4	9,3
Quem pode cuidar		
Irmãos	10	26,3
Filhos	19	50,0
Outro parente	2	5,3
Amigo	3	7,9
Outros	4	10,5
NS/NR	5	11,6
Como se dá com a sua família e amigos		
Muito bem	37	86,0
Razoavelmente	4	9,3
Mal	1	2,3
NS/NR	1	2,3

*n=39

A avaliação dos recursos sociais efectuada pelo entrevistador relativamente à disponibilidade de ajuda caso o participante esteja doente/incapacitado, coincide de uma forma geral com a representação do participante: 55,8% dos participantes têm pelo menos uma pessoa disponível para cuidar indefinidamente, 27,9% têm pelo menos uma pessoa disponível para cuidar durante pouco tempo, 14% teriam ajuda disponível só de vez em quando e um participante (2,3%) não dispõe de ajuda (Tabela 14). Em relação à qualidade das relações sociais, 51,2% dos participantes possuem relações muito satisfatórias, 39,5% relações moderadamente satisfatórias e 9,3% relações não satisfatórias.

No que se refere à classificação dos recursos sociais do participante avaliados na escala de seis pontos, verifica-se que, em média, os participantes apresentam um nível 2 ($dp=1,35$) de qualidade dos recursos sociais, que corresponde a um nível de bons recursos sociais, variando os resultados entre 1 e 6. Cerca de 44% apresenta recursos sociais muito bons, associados a relações sociais muito satisfatórias e amplas e 32,6% apresentam recursos sociais bons, associados a relações sociais moderadamente satisfatórias e adequadas e a disponibilidade de pelo menos uma pessoa poder cuidar de si indefinidamente. Num pólo mediano, 7% dos participantes apresentam recursos sociais ligeiramente insatisfatórios, associados a relações moderadamente satisfatórias e adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo e 7% apresentam recursos sociais moderadamente insatisfatórios, caracterizados por relações sociais menos ajustadas ou satisfatórias e disponibilidade de ajuda de vez em quando. Por último, 7% apresentam recursos sociais fortemente insatisfatórios associados a relações sociais pouco satisfatórias ou adequadas e sem ajuda disponível e 1 pessoa (2,3%) apresenta recursos sociais insatisfatórios, caracterizados por relações insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas e sem disponibilidade de ajuda.

Tabela 14

Avaliação dos recursos sociais pelo entrevistador e classificação final (OARS-PT)

	Participantes <i>n=43</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Disponibilidade do cuidador		
Pelo menos uma pessoa disponível para cuidar indefinidamente	24	55,8
Pelo menos uma pessoa disponível para cuidar durante pouco tempo	12	27,9
Ajuda estaria disponível só de vez em quando	6	14,0
Nenhuma disponibilidade de recepção de cuidados	1	2,3
Satisfação com relações sociais		
Relações muito satisfatórias, amplas	22	51,2
Relações moderadamente satisfatórias, adequadas	17	39,5
Relações não satisfatórias, de escassa qualidade, poucas	4	9,3
Classificação dos recursos sociais <i>M (dp)</i>	2,07 (1,35)	
min-máx	1 - 6	
Recursos sociais muito bons	19	44,2
Recursos sociais bons	14	32,6
Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios	3	7,0
Recursos sociais moderadamente insatisfatórios	3	7,0
Recursos sociais fortemente insatisfatórios	3	7,0
Recursos sociais insatisfatórios	1	2,3

No que diz respeito à utilização e necessidade de serviços, nos últimos seis meses (OARS - parte B) são apresentados os resultados referentes aos serviços das categorias: serviços gerais de apoio e serviços não classificados (Tabela 15). Na área dos serviços gerais de apoio são apresentados dados, dos últimos seis meses, referentes aos serviços de cuidados pessoais, supervisão contínua, serviços de monitorização, serviços domésticos, preparação de refeições e serviços administrativos, legais e de protecção (Ferreira et al., 2006).

Dos participantes, quatro (9,3%) tiveram alguém que os ajudou nos cuidados pessoais diários. Destes 75,0% ainda precisa dessa ajuda, sendo que três pagaram por esta ajuda (75,0%) e um beneficiou dos cuidados de um amigo (25,0%). Para a maioria (75,0%) o tempo despendido nesta tarefa foi de meia hora a uma hora e meia por dia. Quando questionados da necessidade de ajuda nos cuidados pessoais diários, no presente/futuro, cinco (11,6%) admitem que necessitam desta ajuda.

Tabela 15

OARS-PT - utilização de serviços (serviços gerais de apoio e serviços não classificados)

	Participantes n=43	
	n	%
Transporte		
Quem o leva às compras, médico, visitas		
Vai sozinho/a	20	46,5
Familiar	17	39,5
Amigo	3	7,0
Transporte Público	1	2,3
Outro	2	4,7
Deslocações por semana <i>M (dp)</i>	1,7 (2,1)	
Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe	27	62,8
Serviços de Cuidados Pessoais		
Teve ajuda nos cuidados pessoais	4	9,3
Quem ajudou ^{a)}		
Amigo	1	25,0
Alguém a quem paga por essa ajuda	3	75,0
Quanto tempo ^{a)}		
½ hora a 1 ½ por dia	3	75,0
Mais de ½ hora por dia	1	25,0
Ainda recebe ajuda ^{a)}	3	75,0
Considera necessitar de ajuda para os cuidados pessoais	5	11,6
Supervisão contínua		
Recebeu supervisão durante 24 horas por dia	0	0,0
Considera necessitar de supervisão 24 horas por dia	4	9,3
Serviços de monitorização		
Beneficiou de serviço de monitorização	27	62,8
Quem o fez ^{b)}		
Familiar	14	87,5
Amigo	1	6,3
Alguém a quem paga por essa tarefa	1	6,3
Ainda beneficia deste serviço ^{c)}	14	93,3
Considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado	16	37,2
Serviços de Realojamento		
Recebeu ajuda para realojamento	--	--
Acha que necessita de ajuda para realojamento	5	11,6
Serviços Domésticos		
Teve ajuda regular nas tarefas domésticas	9	20,9
Quem ajudou ^{d)}		
Familiar	6	66,7
Amigo	1	11,1
Outra pessoa paga para essa ajuda	2	22,2
Quantas horas semanais <i>M (dp)</i> ^{d)}	3,6 (3,1)	
Ainda tem ajuda ^{d)}	8	88,9
Considera necessitar de ajuda para realizar as tarefas domésticas	13	30,2
Preparação de Refeições		
Teve ajuda na preparação de refeições ou teve que comer fora de casa	4	9,3
Quem ajudou ^{e)}		
Familiar	2	50,0
Outra pessoa paga para essa ajuda	2	50,0
Ainda tem alguém que lhe prepare as refeições ^{e)}	2	50,0
Considera necessitar de ajuda para preparar refeições	5	11,6
Serviços administrativos, legais e de protecção		
Teve ajuda para questões legais, ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro	7	16,3
Quem o/a ajudou		
Familiar ^{f)}	6	100,0
Ainda tem alguém que o/a ajuda nestas questões ^{f)}	6	100,0
Considera necessitar de ajuda nas questões legais e financeiras	11	25,6

^{a)} n=4; ^{b)} n=16; ^{c)} n=15; ^{d)} n=9; ^{e)} n=4; ^{f)} n=6

Em relação à supervisão contínua, a totalidade dos participantes referiu que não teve durante algum período de tempo, alguém a tratar de si, as vinte e quatro horas do dia e apenas três participantes (9,3%) referiram que necessitavam deste tipo de apoio.

Quanto aos serviços de monitorização, 27 participantes (62,8%) tiveram alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava/como estava, para se certificar de que tudo estava bem. Destes, 16 participantes referiram que a monitorização foi realizada por familiares (87,5%), por amigos (6,3%) ou por alguém a quem pagaram (6,3%). Dos 15 participantes que responderam à pergunta de continuidade do serviço/actividade, 14 (93,3%) referiram que ainda beneficiam do mesmo. Da totalidade dos participantes, 16 (37,2%) considera que necessita do contacto de alguém para monitorização. No que se refere aos serviços administrativos, legais e de protecção, sete participantes (16,3%) tiveram alguém que os ajudaram em termos legais, com questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro. Destes, seis participantes forneceram informação adicional sobre o assunto, sendo que a totalidade foi ajudada por familiares e ainda conta com esta ajuda. Da totalidade dos participantes, 25,6% consideram que necessitariam de ajuda para tratar assuntos administrativos e legais.

Um total de nove idosos (20,9%) teve alguém, nos seis meses anteriores, que os ajudaram com tarefas domésticas. Sendo que, a maioria é ajudada por familiares (66,7%) e, em média, são despendidas quatro horas semanais ($dp=3,1$) nesta tarefa. Cerca de 89% ainda beneficia dessa ajuda. Do total dos inquiridos, 30,2% consideram necessitar de ajuda de alguém nas tarefas domésticas.

Quando questionados no que se refere à preparação de refeições, quatro (9,3%) responderam que familiares (50,0%) e outras pessoas pagas (50,0%) lhes preparavam as refeições, e que ainda têm necessidade desse serviço. No entanto, cinco participantes (11,6%) referiu que precisava de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não pode fazê-lo.

Na área dos serviços não classificados são apresentados dados referentes ao transporte e serviços de realojamento. Estes foram os itens seleccionados por estarem mais relacionados com a população em estudo.

Relativamente aos serviços de transporte, 46,5% dos participantes costuma ir sozinho às compras, ao médico ou a visitar alguém, 39,5% é levado por familiares, 7,0% por amigos, um (2,3%) utiliza transportes públicos e dois (4,7%) outros meios de transporte (vizinho e junta de freguesia). Em média, os inquiridos fazem duas deslocações por semana ($dp=2,1$) e 27 (62,8%) consideram que necessitam de transporte mais vezes do que dispõem.

No que se refere aos serviços de realojamento, nenhum dos participantes recebeu ajuda. No entanto, cinco (11,6%) admitem necessitar de ajuda para realojamento.

4. Análise da relação entre variáveis de avaliação individual

Considerando as medidas de associação entre grupos de variáveis sociodemográficas, de avaliação individual e de satisfação com a vida (Tabela 16), verifica-se uma correlação negativa entre a idade e o score no MMSE ($r_s = -0,453$; $p < 0,01$). Por seu turno, a escolaridade apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o score no MMSE ($r_s = 0,453$; $p < 0,01$) e com a escala de satisfação com a vida ($r_s = 0,423$; $p < 0,01$) e uma correlação negativa com os resultados no índice de Lawton ($r_s = -0,394$; $p = 0,01$).

Tabela 16

Correlação entre variáveis sociodemográficas, de avaliação individual e recursos sociais

	Idade	Escolaridade	Lawton	MMSE	Rec. Sociais	Satisfação
Idade	1	-0,114	0,210	-0,453**	-0,039	-0,121
Escolaridade	—	1	-0,394**	0,453**	-0,218	0,423**
Lawton	—	—	1	-0,318	0,156	-0,141
MMSE	—	—	—	1	-0,232	0,183
Rec. Sociais	—	—	—	—	1	-0,397**
Satisfação	—	—	—	—	—	1

Correlação r de Spearman; ** $p < 0,01$

A funcionalidade (AIVD) apresenta correlações negativas com todas as variáveis à excepção da idade e dos recursos sociais, não atingindo nenhuma destas correlações os valores da significância estatística para 95% de confiança. A qualidade dos recursos sociais apresenta correlações negativas com todas as variáveis, à excepção dos resultados

no índice de Lawton, tendo uma associação significativa com os resultados da escala de satisfação com a vida ($r_s = -0,397$; $p < 0,01$).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Neste espaço de discussão, surge o momento de sistematizar os principais resultados, verificando se os objectivos propostos foram atingidos. A discussão dos resultados procura fazer um ponto de situação, por comparação com alguns dos estudos que se aproximam da presente investigação, em termos de objectivos, procedimentos utilizados e resultados obtidos.

Tendo em linha de conta as diversas posições teóricas, que foram desenvolvidas no estudo do envelhecimento em ambientes específicos, neste momento analisa-se o modo como o ambiente rural afecta a vida dos mais velhos. Mais concretamente discute-se as necessidades das pessoas idosas e analisa-se as relações entre variáveis sociodemográficas e capacidades do indivíduo, assim como os recursos sociais/comunitários.

Antes de mais, importa frisar que o presente estudo se centra na população com mais de 65 anos, a residir em alojamentos unifamiliares localizados na CSIF de Serra d'Arga (Meixedo, Montaria e Vilar de Murteda), tomando como referência o último censo da população (2011). Por conseguinte, a amostra deste estudo corresponde à população total identificada. Neste sentido, é de referir que a amostra é constituída por indivíduos com média de idades de 75,3 anos ($dp=7,37$; amplitude 65-96), maioritariamente viúvos (53,5%), do sexo feminino (76,7%), com filhos (35%) e baixos níveis de escolaridade (30,2% não sabe ler, nem escrever), sendo a profissão mais comum, a de agricultor (41,9%). Nesta linha, observa-se que em Portugal (Censos, 2011), 32,5% dos agregados familiares integram, pelo menos, uma pessoa idosa e 50,5% dessas pessoas vivem sozinhas. Em Viana do Castelo, a percentagem de idosos que vive sozinho é de 15,4%, sendo relativamente semelhante em Meixedo (15,3%) e ligeiramente inferior na Montaria (13,0%) e em Vilar de Murteda (12,8%).

Esta realidade não é apenas característica da sociedade portuguesa, pois viver sozinho é uma experiência comum a nível mundial, cuja intensidade aumenta com a idade. Estudos sucessivos, realizados pela associação *Help the Aged*, revelaram que o isolamento geográfico se situa entre 5% e 20%, numa população idosa com 10 milhões. Para além disso, observa-se que, 63% das famílias rurais vivem a 4km de uma agência

bancária ou de uma instituição financeira, sendo esta percentagem de 84% no que concerne à distância até serviços médicos de clínica geral – em contraste com 99% das famílias que vivem nas zonas urbanas, sugerindo alguns dados que as redes de apoio são mais fortes nas zonas rurais (Cann, 2008).

Efectivamente, os idosos da CSIF da Serra d'Arga, quando questionados sobre o que sentem mais falta (i.e., necessidades/problemas) destacam: a necessidade de transportes (45,5%), serviços de saúde, sociais e de comércio (24,2%); a falta de companhia e de actividades de lazer (18,2%). Particularmente neste estudo, o acesso aos principais serviços (*e.g.* posto médico, posto de correios, fisioterapeuta), distam em média 15 km (Lanheses ou Vila Praia de Âncora) e aos serviços da administração central (*e.g.* centro distrital de segurança social, repartição de finanças, hospital público/privado) 27 km.

A literatura descreve uma série de características da população sénior rural, incluindo uma forte ética de trabalho e necessidade de independência, dependência dos familiares e redes informais de apoio, a desconfiança de serviços e programas formais e as barreiras à acessibilidade relacionadas com a realidade geográfica das zonas rurais. No entanto, os investigadores estão cada vez mais a destacar a heterogeneidade da população e é preciso ter cautela para evitar generalização. Há um consenso geral sobre as barreiras ao acesso e fornecimento de programas e serviços de saúde para a população rural sénior. Os obstáculos incluem: isolamento geográfico e social e problemas inerentes aos serviços, a falta de transporte, analfabetismo e baixos níveis de escolaridade, atitudes entre as famílias rurais sobre a saúde e falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis, confidencialidade, estigma, falta de comunicação entre gerações, atitudes idadistas, e um viés de percepção nas populações urbanas na prestação de serviços de saúde (AHPRC, 2004).

Embora se reconheça que a população mundial está a envelhecer rapidamente, o impacto deste em áreas rurais é mais pronunciado do que em áreas urbanas. De uma perspectiva global, a percentagem da população com 60 anos ou mais é maior nas áreas rurais, e isso pode ser atribuído às tendências na migração rural/urbana, com jovens adultos a mudarem-se para áreas urbanas, enquanto as pessoas mais velhas migram para áreas rurais ao se reformarem (United Nations, 2009; Winterton & Warburton, 2012). No

presente estudo, cerca de 43% dos inquiridos afirmam que a reforma provocou mudanças na sua vida, tais como, auferir mais rendimentos e ter melhores condições de vida desde então (uma vez que mais de 50% são viúvos e recebem pensão de viuvez), descansar mais e ter tido novas oportunidades desde a reforma (“está sossegado aqui na terra, porque morava em Lisboa”; “reiniciou actividade anterior (trabalhar numa quinta)”; “viaja mais para França”). A totalidade dos participantes recebe pensão de reforma, embora 11,6% e 7,0% recebam ainda pensão de sobrevivência e Complemento Solidário para Idosos (CSI), respectivamente. A maioria (69,8%) auferir mensalmente até 427 Euros, sendo que para 14% dos inquiridos, os rendimentos mensais são inferiores a 197 Euros.

Estes valores vêm confirmar a realidade da população portuguesa idosa que, em geral, tem rendimentos inferiores aos da população activa. Como refere Carneiro (2012) tendencialmente, a principal fonte de rendimento dos idosos é a pensão ou reforma, sendo que 84,1% dos pensionistas da Segurança Social têm uma pensão mensal de velhice inferior a 500 Euros e apenas 6% dos mesmos têm pensão superior a 1000 Euros; nos reformados da Caixa Geral de Aposentações, 21% têm reformas abaixo dos 500 Euros, enquanto 50% têm reformas acima de 1000 Euros. De acordo com o Eurostat (2012a), a população com 65 e mais anos, apresentava em 2009, uma taxa de risco de pobreza (condição considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1%, e bem acima da média comunitária (17,8%). Acresce ainda que conforme se vai avançando na idade, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população portuguesa de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge os 24,4%, em contraste com o valor registado na UE de apenas 20,3%.

A literatura no âmbito da gerontologia é consensual quando refere que os recursos pessoais e ambientais contribuem para o envelhecimento bem-sucedido. No entanto, a contribuição dos elementos-chave do ambiente envolvente, incluindo a casa, a sociedade e os ambientes comunitários, bem como a tecnologia, continua a ser largamente ignorado (Wahl et al., 2012). No que diz respeito à habitação, a grande maioria dos participantes deste estudo (86%) considera que a sua casa tem as condições necessárias ao seu dia-a-dia, referindo no entanto as escadas (no interior e exterior) e a banheira (no

interior) como os maiores obstáculos à sua mobilidade. Quando questionados relativamente à possibilidade de realizarem obras de melhoria da sua habitação, 51,1% responderam em sentido afirmativo, caso reunissem as condições necessárias. De entre as obras mencionadas, destacam-se as renovações/adaptações de algumas divisões (quartos e casa de banho) e a instalação de aquecimento.

A questão da adequabilidade da casa às necessidades dos idosos é fundamental quando pensamos numa perspectiva de *aging in place* e, tendo em consideração que a sociedade actual privilegia cada vez mais as soluções que permitam às pessoas envelhecer activamente no seu próprio espaço habitacional, contexto familiar e social, torna-se essencial conhecer o entendimento dos idosos sobre cada um destes factores. Este conhecimento permitirá (re)definir estratégias e recursos, de modo a dar resposta aos problemas reais de cada comunidade. Efectivamente, *aging in place* é a expectativa predominante em todo o mundo, mas isso implica garantir que as habitações sejam “amigas do idoso” para que a experiência nas suas casas se faça em condições de segurança e independência (Iwarsson et al., 2007).

De acordo com a investigação no domínio (Bastos, 2011; Faria et al., 2011; Moreira, et al., 2011) existe uma ligação entre a casa e a forma como nos sentimos nela, pelo que esse sentimento pode depender da facilidade com que entramos e saímos de casa, se esta é fria e pouco acolhedora e/ou difícil de aquecer, se é difícil de gerir ou se vivemos com medo da criminalidade – em casa ou na área circundante. É notório que a indústria da remodelação de habitações já identificou há algum tempo que a adaptação do espaço doméstico às necessidades específicas que decorrem do processo de envelhecimento vai ser nos próximos anos, uma das maiores áreas de expansão no mercado (Pinto & Lopes, 2012).

Para além da questão da habitação, observou-se que quando questionados sobre o significado de viver na sua freguesia, 30,2% referiram que gostam de viver neste lugar, 25,6% salientaram o facto de ser a terra onde sempre viveram e 23,3% o sossego e a paisagem. Na mesma linha, um estudo realizado por Winterton e Warburton (2012) sugere que, por um lado, existem certos aspectos da ruralidade que são significativamente positivos para a identidade das pessoas mais velhas e estes são de

suma importância no momento em que suas identidades podem ser contestadas como resultado da perda relacionada à idade; e por outro lado, identificou uma série de aspectos que potencialmente ameaçam a capacidade de zonas rurais em fornecer a diferenciação: a continuidade da auto-estima e auto-eficácia para os idosos que residem nelas.

Os lugares rurais promovem a auto-estima através do fornecimento de locais paisagísticos que fomentam o orgulho na região, através do espírito de comunidade. A auto-estima também é impulsionada pela capacidade das localidades rurais em facilitar a auto-eficácia. Isto é facilitado nas zonas rurais de acesso a grupos e actividades, ambientes mais seguros e saudáveis e comunidades de apoio. Além disso, enquanto a vinculação ao lugar desempenha um papel importante, conceitos como a dependência de lugar e sentido de comunidade também são importantes na promoção de princípios de identidade para pessoas idosas rurais. Esta importância do 'rural' na construção de identidade para pessoas mais velhas, tanto migrantes da reforma e residentes rurais de longo prazo, é significativo em relação à mudança potencial. No entanto, a diferente forma pela qual *aging in place* e os reformados constroem a sua ruralidade, as suas identidades locais também podem lançar alguma luz sobre potenciais atritos entre esses grupos (Winterton & Warburton, 2012).

No presente estudo foram identificadas como vantagens de residir "no seu lugar", o sossego, o ar saudável e a paisagem, o facto de conhecerem toda a gente ou de ser a terra onde sempre viveram e ainda o facto de gostarem de trabalhar no campo. De salientar, no entanto, que 67,4% dos participantes sabe fazer algum tipo de trabalho manual/artesanal. Dentre estes, cerca de metade (58,6%) sabe fazer crochet/renda/tricot/meia, 20,7% sabem bordar, 17,2% realizam trabalhos de carpintaria e 10,3% de pedreiro. É, pois, uma mais-valia a transmissão destes conhecimentos quer como forma de participação e manutenção de uma vida activa, quer como manutenção do património etnográfico desta região. Este aspecto deverá ser tido em conta no planeamento de programas gerontológicos.

Quase todos os países enfrentam questões sobre como a ruralidade influencia a vida das pessoas mais velhas e como responder às suas necessidades de saúde e sociais.

Seniores rurais são muito diferentes nas suas características e necessidades, e vivem numa variedade de comunidades com recursos únicos e problemas. Muitas zonas rurais sofreram recentemente uma perda de população e recursos. Idosos rurais geralmente têm acesso a um menor número e mais estreito leque de serviços de base comunitária e serviços profissionais, especialmente prejudicados em relação aos moradores urbanos. Os problemas de acesso, principalmente a escassez de opções de transporte, para os serviços prestados fora de casa e os desafios para a prestação de serviços criados pela distância e por baixas densidades populacionais, subjacentes a muitos problemas de rede de serviços rurais. É essencial não olhar para as comunidades rurais como apenas uma apresentação de obstáculos, mas vê-los como o fornecimento de recursos e soluções (Krout, 2003).

O processo de envelhecimento está também associado a declínio, muito embora não possa ser tomado como sinónimo de doença. As doenças geralmente associadas ao processo de envelhecimento provocam, segundo alguns autores (Marujo, 2004), sentimentos de vazio social, dependências - familiar, económica, social, cultural e política - e de exclusão social. Por conseguinte, a avaliação das capacidades instrumentais das pessoas mais velhas é fundamental porque nos permite conhecer as suas competências de vida autónoma, mesmo quando não se registam grandes dependências e antes de ficarem comprometidas as actividades de vida diária. No que se refere aos graus de dependência para as actividades instrumentais da vida diária (AIVD), a população em estudo é, na sua maioria, moderadamente dependente (53,5%), com uma média de 10,8 ($dp=3,68$), logo necessitando de alguma ajuda. Resultados corroborados pelas actividades de ocupação diária referidas, tais como trabalhar no quintal e cuidar dos animais (69,8%), fazer a lida da casa (23,3%) ou em actividades fora de casa (visitar os filhos, trabalhos artesanais, actividade física, ir ao café).

Em Portugal, os familiares mais próximos (cônjuges, filhos) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas actividades da vida diária. A evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas mostra o aumento das famílias unipessoais, nomeadamente dos idosos a viverem sós (cerca de 20% da população, de acordo com os Censos 2011) e o surgimento de novas

formas de conjugalidade, o que pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados se não se tomarem medidas políticas que contrariem esta tendência (Carneiro, 2012).

Segundo dados do Eurostat (2012a), Portugal aparece como o segundo país da UE com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas actividades da vida diária, percentagem com tendência a aumentar com o envelhecimento da população.

Acresce ainda que as pessoas mais velhas temem o declínio cognitivo e experienciam o preconceito de idade, com base em estereótipos em relação à perda de memória, dificuldades na resolução de problemas, e na crença de que qualquer sinal de menor comprometimento cognitivo vai evoluir para demência (Magalhães, 2012; Paúl, Ribeiro & Santos, 2010). Relativamente ao funcionamento cognitivo, os participantes deste estudo apresentam uma pontuação média no MMSE de 24,3 ($dp=4,35$) e cerca de 74,3% dos participantes não apresentam défice cognitivo. Para além disso, 25% apresenta pontuação abaixo dos 18 valores, o que indica que os participantes mais velhos apresentam nível de funcionamento significativamente mais baixo do que os participantes mais novos, resultados que vão de encontro à literatura (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009). Os resultados indicam que as mulheres atingem níveis de funcionamento cognitivo inferiores aos homens, sendo que 50% das mulheres apresentam resultados abaixo dos 24 valores.

A investigação longitudinal no campo do funcionamento cognitivo tem revelado que as capacidades cognitivas variam ao longo das trajectórias de desenvolvimento, em toda a vida adulta, como demonstrado pelo *Berlin Aging Study* (Smith & Baltes, 1999) e pelo *Seattle Longitudinal Study* (Schaie & Willis, 2005). Estes estudos demonstraram também que os baixos níveis de educação são o mais forte preditor de declínio cognitivo, em testes de memória verbal e não-verbal, conceituação e competências não-verbais, mas não na velocidade de processamento.

Num estudo realizado por Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho, Morais e Veríssimo (2010) a 2672 indivíduos, em Portugal Continental [distribuídos pelas cinco regiões NUTS II – Norte (21,5%), Centro (20,1%), LVT (19,3%), Alentejo (19,8%) e Algarve (19,2%)], concluiu-se que no sexo feminino a percentagem de indivíduos com défice cognitivo foi de 7,2%, sendo esta mais elevada que a do sexo masculino (3,9%), apresentando o grupo etário

dos 65-74 anos a menor percentagem de indivíduos com défice cognitivo (3,6%), face ao grupo etário dos 75 ou mais anos que apresentou a percentagem mais elevada de indivíduos com défice cognitivo (12,0%). O declínio no funcionamento cognitivo, em consequência da idade, pode ter efeitos profundos na vida diária dos idosos, inclusive no desempenho de tarefas de autocuidado e na participação em actividades sociais. A literatura realça que o risco de se desenvolver declínio é comumente dependente de factores, quer intrínsecos quer extrínsecos, associando-se o declínio cognitivo a factores sociodemográficos (idade, baixo nível de escolaridade, predominância no sexo feminino, actividades intelectuais pobres, inexistência de contacto social) como referem alguns autores (Carneiro, 2012; Oliveira et al., 2010). Um outro aspecto fundamental está relacionado com a “existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, sendo que esta é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e um óptimo prognóstico de bem-estar, uma vez que serve para facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacto” (Fonseca, Paúl, Martín & Amado, 2004, p. 263).

Para além das capacidades do indivíduo, é de ter em atenção o ambiente físico, social e cultural em que as pessoas se movem. Para Fernandes (2002), o ambiente não representa apenas o espaço em que a pessoa vive, mas também o meio em que evolui. Os factores ambientais podem ter efeitos sobre a idade psicológica e influir nas capacidades relacionadas com a memória, com a inteligência e com as motivações para empreender. O avanço do conhecimento e da qualidade das intervenções destinadas a promover o desenvolvimento psicológico no envelhecimento considera tanto a análise das trajectórias desenvolvimentais percorridas pelos mais idosos, como as circunstâncias ambientais em que essas trajectórias se verificaram. E porque os indivíduos idosos são tão diferenciados entre si, não se pode esperar que uma mesma intervenção possa produzir resultados idênticos quando aplicada a um idoso residente em meio rural e um residente em meio urbano, ou quando aplicada a um idoso pouco escolarizado e um muito escolarizado, por exemplo (Fonseca, 2010).

No que diz respeito ao significado de comunidade, num estudo realizado por Monreal e Del Valle (2010) em Alt Empordà (Catalunha), os resultados mostram que a

comunidade é de extrema importância para as pessoas idosas das zonas rurais, que confirmam a necessidade de um perfil profissional de carácter rural e a elaboração de propostas de acção contextualizadas que permitam reforçar a comunidade, sem urbanizá-la, através do fortalecimento de sistemas de participação social.

Para os participantes do nosso estudo, relativamente ao significado de ser pessoa idosa na sua comunidade, consideraram ser bom ser idoso nesse lugar, salientando o facto de fazerem o que querem, apesar de se sentirem isolados, e consideraram que é semelhante ser pessoa idosa naquele lugar ou noutro; apontaram como dificuldades a falta de condições, apoios e serviços à pessoa idosa. Quanto às estruturas de apoio social na zona geográfica sob investigação, observa-se que 30,2% dos participantes frequenta locais de apoio/instituições destinados às pessoas idosas, tais como a Casa das Gerações, a Junta de Freguesia. Todavia, foram identificados como necessários para a freguesia onde residem, equipamentos sociais e serviços de apoio aos idosos, destacando-se o lar de idosos (59,5%), o centro de dia (54,8%), o serviço de apoio domiciliário (50,0%), entre outros.

A promoção da acessibilidade é factor de inclusão e neste sentido é transversal a todos os territórios. Assim, tendo em conta as boas práticas já experimentadas e adoptadas em países da UE, a preferência por serviços personalizados e na casa dos idosos deve ser correspondida por serviços descentralizados e personalizados, que são os mais eficazes na melhoria da qualidade de vida dos seniores; os estudos disponíveis estimam uma população entre 2 a 4% dos idosos (65+ anos) com necessidades de apoio para a realização das actividades quotidianas, sendo a maioria dos serviços prestada pelos cuidadores familiares (Carneiro, 2012).

Quando lidamos com a população mais velha e pretendemos adequar os serviços fornecidos à necessidade real sentida, a avaliação multidimensional, utilizando instrumentos como o OARS, aplicado no domicílio pelo método de entrevista, permite a recolha de dados úteis para definir a situação funcional dos idosos e suas necessidades, tornando-se adequada para planear os serviços de cuidados.

Tomando em consideração a estrutura deste instrumento, os factores que reflectem a disponibilidade e a quantidade de contactos com amigos, a disponibilidade de

um apoio próximo e a adequação dos contactos, compõem a dimensão dos recursos sociais (Ferreira et al., 2006).

Num estudo piloto, realizado por Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (2001), sobre o processo de envelhecimento em Portugal; para estudar as redes de apoio, verificaram que houve uma diminuição significativa do tamanho da rede social, em todas as suas dimensões (familiar, amigos e confidentes), ao longo dos anos e um aumento significativo do tamanho da rede familiar com a ruralidade. Num outro estudo posterior, realizado por Fonseca e colaboradores (2004), comparando as redes sociais de idosos de áreas rurais e urbanas em Portugal, apuraram que embora o tamanho da rede social fosse maior nas zonas rurais, a sua constituição envolvia sobretudo vizinhos e o número de confidentes era menor. No entender de Paúl (2005b) as relações interpessoais (família, amigos, vizinhos), juntamente com a saúde e a autonomia têm demonstrado uma relação significativa com o envelhecimento bem-sucedido, ora emergindo como resultado, ora como variáveis mediadoras ou como determinantes.

No que se refere à interacção do apoio social (contactos), os participantes conhecem sete pessoas suficientemente para ir visitá-las nas suas casas; em média, telefonaram ou receberam chamadas de amigos, familiares ou outros, quatro vezes por semana e passaram duas vezes algum tempo com alguém com quem não vivem. A ajuda, no caso de doença ou incapacidade, é referida positivamente por 83,7% dos participantes; observa-se também, que 60,5% dos inquiridos tem alguém que pode cuidar de si, sendo os filhos (50%) os referidos como principais cuidadores, para além dos irmãos (26,3%) e outros familiares (5,3%). A maioria dos participantes tem alguém em quem pode confiar, dentre os quais os filhos (46,2%), os irmãos (17,9%), outros familiares (15,4%), os vizinhos (12,8%) e os amigos (7,7%). Cerca de 21% dos participantes admite sentir-se sozinho/a muitas vezes, 48,8% algumas vezes e 30,2% quase nunca/nunca. Neste sentido, e tendo em consideração que 44,2% vêem os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostariam, as relações interpessoais podem assumir-se neste estudo como variáveis mediadoras do envelhecimento bem-sucedido.

Quanto à utilização e necessidade de serviços (OARS), no que se refere à ajuda que recebeu (nos últimos seis meses) ou de que necessita, prestada quer por

organismos/instituições oficiais, quer pela família ou amigos, é neste momento oportuno analisar os resultados relativamente aos serviços gerais de apoio e serviços não classificados.

De uma forma geral, na área de serviços gerais de apoio, 9,3% dos participantes tiveram alguém que os ajudou nos cuidados pessoais diários, serviço este prestado na maioria (75%) por alguém a quem pagou; quanto à necessidade desta ajuda, no presente/futuro, 11,6% admitem que necessitam; a totalidade dos participantes referiu que não teve ninguém a tratar de si, mas 9,3% necessitam deste tipo de apoio; 62,8% beneficiou de serviços de monitorização, na maioria prestados por um familiar (87,5%), 37,2% considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado; 20,9% tiveram alguém que os ajudou nas tarefas domésticas, sendo que 30,2% considera necessitar de ajuda na sua realização; 9,3% teve ajuda na preparação das refeições, sendo que 11,6% refere que precisava de ajuda; 16,3% tiveram alguém que os ajudou em termos legais, com questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro e 25,6% considera necessitar deste tipo de ajuda.

Na área de serviços não classificados, no que se refere à utilização de transporte (ir às compras, ao médico ou a visitar alguém), 46,5% dos inquiridos vai sozinho, 39,5% é levado por familiares, 7,0% por amigos, 2,3% utiliza transportes públicos e 4,7% outros meios de transporte (vizinho e Junta de Freguesia) e 62,8% consideram que necessitam de transporte mais vezes do que dispõem; quanto aos serviços de realojamento, nenhum dos participantes recebeu ajuda, ainda que 11,6% admitam necessitar.

No mesmo sentido, Feldman e Oberlink (2003) identificaram os seguintes factores como sendo os necessários ao *aging in place* de forma bem-sucedida: manutenção das capacidades para as tarefas domésticas, cuidados de saúde acessíveis na zona de residência, segurança financeira, contactos sociais, existência e utilização de serviços de apoio, acessibilidade de transporte e segurança.

Assim é evidente que as pessoas mais velhas salientam factores comuns para o envelhecimento bem-sucedido em casa, nomeadamente o acesso a serviços gerais de apoio e recursos sociais.

Deste modo, fica patente que a intervenção comunitária em resposta às solicitações das pessoas mais velhas pressupõe uma avaliação integrada com abordagens não só dos aspectos de saúde mental e física, mas também da rede de apoio social com vista a uma mais efectiva afectação de serviços.

Neste sentido, devem ter-se em atenção alguns desafios nomeadamente a importância da inovação em todas as vertentes do apoio a idosos; o papel das entidades que constituem o sector solidário, designadamente as IPSS, e as alterações que as mesmas deverão ser capazes de efectuar no sentido da preparação para um novo paradigma de cliente, mais idoso, mais culto e mais preparado para participar; a criação de condições financeiras das IPSS com base em novas formas de gestão e novas fontes de receitas; a introdução de novas tecnologias no funcionamento das diferentes respostas sociais; o aumento significativo de qualificação no pessoal que trabalha nos domínios de apoio a idosos, permitindo um funcionamento de qualidade superior e com maior flexibilidade; o diálogo permanente com os produtores de equipamentos com vista aos ajustamentos às novas realidades (Carneiro, 2012).

Estes requisitos podem reflectir-se na alteração do modelo das diferentes respostas sociais privilegiando a permanência, o maior número de anos possível, dos idosos a residir em casa (*aging in place*), com apoio de sistemas cada vez mais sofisticados de teleassistência (*e.g.* rodapé inteligente - *Smart Skirting Board*) e telemedicina (*e.g.* TCare Sensor e TCare Cardio). Este conceito tem vindo a ser defendido ao longo desta dissertação, que sugere a aposta na implementação de serviços de apoio ao domicílio (*e.g.* Serviços de Apoio Domiciliário e Serviços de Apoio Domiciliário Integrados) e a promoção de uma adequação dos equipamentos sociais destinados aos seniores (*e.g.* Centros de Dia e Centros de Convívio), fomentando nestes, medidas e comportamentos preventivos, principalmente na área da saúde, com o objectivo de reduzir custos e aliviar a utilização deste grupo etário das unidades de saúde de cuidados primários.

Em suma, a saúde ou qualquer outro tipo de conduta (comportamental), pode ser explicado em função da interacção entre as condições pessoais e as circunstâncias contextuais e ambientais – características física e arquitectónicas, organizativas e sociodemográficas (Duarte & Paúl, 2006).

Aging in place pode representar não só a qualidade de vida, mas também o prolongamento do tempo de vida das pessoas idosas, desde que asseguradas as condições mínimas necessárias. Uma vez que cada vez mais a casa é um local de cuidados, devemos garantir condições necessárias a um envelhecimento digno, tais como saúde, funcionalidade física e cognitiva, quantidade e qualidade de serviços sociais e de saúde e capacitar o idoso para o autocuidado, como forma de promover a auto-estima, a autoconfiança e a auto-imagem (Marujo, 2004).

Concluindo, temos uma população, a viver na sua casa, de forma independente, embora com fraca capacidade económica, apoiada sobretudo na família e vizinhos. Estas redes sociais de apoio fornecem suporte instrumental e algum suporte emocional de forma contínua e sempre que necessário. Os resultados mostram também que, envelhecendo longe dos filhos e netos (alguns a residir no estrangeiro), estão ligeiramente satisfeitos com a vida, apesar de sentirem algumas dificuldades, no que se refere a apoios e serviços, não obstante gostam de viver na sua freguesia e consideram que é bom ser idoso no “seu” lugar.

Limitações do estudo e recomendações para a investigação

Considerando as características da amostra, a leitura contextualizada em relação ao espaço geográfico e a perda de 18.9% dos participantes, pelos motivos já apontados, bem como o (onde um) elevado número de pessoas é analfabeta (30,2%) e sendo que um quarto (25,6%) sabe ler e/ou escrever, mas não tem frequência efectiva de escolaridade formal, o protocolo de avaliação utilizado na recolha de dados poderá eventualmente subestimar as capacidades dos participantes. Pese embora o facto de o protocolo ter sido administrado por um investigador familiarizado quer com os instrumentos, quer com o contexto de vida dos participantes. De salientar ainda que o acesso à amostra foi garantido pelos Presidentes de Junta.

Por conseguinte, na prossecução de estudos sobre o envelhecimento em ambientes específicos, nomeadamente em zonas rurais isoladas, recomenda-se o uso de entrevistas a idosos e stakeholders, no sentido de compreender em profundidade os problemas e/ou dificuldades deste grupo populacional.

Relativamente à avaliação das capacidades, para além do uso dos protocolos gerontológicos habituais, será de ter em consideração as actividades da vida diária, isto é, as rotinas que as pessoas estão capazes de fazer de modo competente. Deste modo, será possível construir uma base de informação ecologicamente situada e, assim, prevenir a dependência.

Implicações para a prática gerontológica

Face aos resultados obtidos no presente estudo, parece importante delinear programas e/ou serviços que fomentem: (1) a optimização da qualidade de vida e bem-estar; (2) a promoção do compromisso social e cívico; (3) a maximização da autonomia das pessoas mais velhas, independentemente do seu nível de incapacidade, desenvolvendo actividades de acordo com as necessidades e capacidades das pessoas idosas (Oliveira et al., 2010; Carneiro, 2012; Krout, 2003). Todavia, quando se trata de projectar programas e serviços para as zonas rurais, é claro que tomar um modelo urbano e “soltá-lo” num contexto rural pode não funcionar. Programas baseados em princípios de desenvolvimento comunitário têm mais possibilidades de ser sustentados em ambiente rural, especialmente aqueles com um apoio de pares liderados por uma componente educacional (AHPRC, 2004).

Outra proposta aos problemas e necessidades já identificados seria a disponibilização de um serviço móvel do social e da saúde (já implementado em várias regiões do país). Esta solução permitirá manter pessoas isoladas geograficamente, integradas na sociedade, com acesso a serviços públicos a baixo custo. Dito de outro modo, a criação de programas e/ou serviços em lugares específicos poderão efectivamente contribuir para que as pessoas mais velhas continuem a viver em casa tanto tempo quanto possível, na linha do *aging in place*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, A. M. (2011). Pensando en rural. Global action on Aging. Retirado de <<http://www.globalaging.org/ruralaging/world/2011/pensando%20en%20rural.htm>> a 20 de Agosto de 2012.
- American Association of Retired Persons (AARP) - Public Policy Institute (2005). Livable communities: An evaluation guide. Washington, DC: AARP. Retirado de <http://assets.aarp.org/rgcenter/il/d18311_communities.pdf> a 18 de Agosto de 2012.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
- Atlantic Health Promotion Research Centre (AHPRC). (2004). *Aging Well in Rural Places: development and pilot testing of a community-based strategy for addressing depression in seniors in Atlantic Canada (literature synthesis)*. Atlantic Canada.
- Baltes, M. (1988). The etiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. *Behavior Therapy*, 19(3), 301-319.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-30). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (Vol 1, 6th ed., pp. 569-664.). New York: Wiley.
- Baltes, P., Staudinger, U.M., & Linderberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Bastos, A. (2011). Observatório para a terceira idade em Viana do Castelo: um projecto de território. In L. Araújo, I. Martin, O. Ribeiro & C. Paúl (Org.), *Livro de actas do IV Congresso de avaliação e intervenção em Gerontologia Social: Aging in place – Envelhecer na comunidade*. Guimarães: UNIFAI
- Bastos, A., Faria, C. & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In O. Ribeiro & M. C. Paúl (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lidel: Edições técnicas.
- Borglin, G., Edberg, A-K. & Hallberg, I. R. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19(2), pp. 201-220.
- Bosch, P. M. & Gómez, A. V. (2010). Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. *Athena Digital*, 17, pp. 171-187.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: experiments by nature and design. *Harvard University Press*. Cambridge. Massachusetts.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. Friedman & T. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts*. Washington, American Psychological Association, 3-28. <http://dx.doi.org/10.1037/10317-001>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development. Handbook of Child Psychology*. (Vol. 1, 6th ed., pp. 793-828). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cabral, M. V. & Ferreira, P. M. (2009). Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida (projecto). Universidade de Lisboa. Instituto do Envelhecimento.

- Cann, P. (2008). *Lidar com o isolamento e solidão das pessoas que estão a envelhecer*. Seminário "O isolamento na velhice". Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carneiro, R. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa.
- Chandler, J., Williams, M., Maconachie, M., Collett, T. & Dodgeon, B. (2004). Living alone: its place in household formation and change. *Sociological Research Online*. 9(3). Retirado de <<http://www.socresonline.org.uk/9/3/chandler.html>> a 1 de Fevereiro de 2013.
- Chaves, M. (2009). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental*. Retirado de <http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf> a 8 de Agosto de 2012.
- Couvaneiro, C. S. & Cabrera, J. P. (2009). *Este tempo de ser: concepções de espaço e tempo para um envelhecimento positivo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cross-National Report M12 (2011). *ENABLE-AGE Policy Update Review*. European Commission. Retirado de <<http://www.enableage.arb.lu.se/pub.html>> a 8 de Julho de 2012.
- Croucher, K., Hicks, L. & Jackson, K. (2006). *Housing with care for later life: A literature review*. Joseph Rowntree Foundation. University of York.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Direcção Geral de Saúde (DGS). (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde. Lisboa. Retirado em Janeiro de 2012: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/006346.pdf>
- Doblas, J. L. (2005). *Personas mayores viviendo solas - La autonomía como valor en alza*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid
- Doll, J. (2004). O campo interdisciplinar da gerontologia. In L. Py, J.L. Pacheco, J.L.M. Sá, & S.N. Goldman (Orgs.). *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU.
- Duarte, M. & Paúl, C. (2006). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. Universidade Sénior Contemporânea Ano I, Vol. I, Dezembro / Maio 2006-2007.
- Elali, G. A. (2009). Relações entre comportamento humano e ambiência: uma reflexão com base na psicologia ambiental. Retirado de <http://ambiances.grenoble.cnrs.fr/files/Colloque%202009%20Rio/Col_Rio091104_Artigo-GLEICE-ELALI-FULL.pdf> a 13 de Janeiro de 2013.
- Eurostat. (2012a). *Around 40% more women than men among the EU population aged 65 and over*. Eurostat Press Office.
- Eurostat. (2012b). *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*. European Union.
- Fänge, A. & Iwarsson, S. (2003). Accessibility and usability in housing: construct validity and implications for research and practice. *Disability and Rehabilitation* 25(23),1316-1325.
- Fänge, A. M., Oswald, F. & Clemson, L. (2012). Aging in place in late life: theory, methodology and intervention. *Journal of Aging Research*. Hindawi Publishing Corporation.
- Faria, C., Moreira, E., Melo de Carvalho, J., Silva, M. C., & Bastos, A. (2011). Aging in place: rotinas quotidianas de envelhecimento em contexto rural. In L. Araújo, I. Martin, O. Ribeiro & C. Paúl (Org.), *Livro de actas do IV Congresso de avaliação e intervenção em Gerontologia Social: Aging in place – Envelhecer na comunidade*. Guimarães: UNIFAI
- Fear, T., Carlton, N., Heywood, F., Izuhara, M., Pannell, J. & Means, R. (2004) Home or hell: Older tenants'experiences in the private rented sector. *Journal of Adult Protection*, 6(2), 15-20.
- Feldman, P. H., & Oberlink, M. (2003). The AdvantAge initiative—developing community indicators to promote the health and well-being of older people. *Community Health*, 26(4), 268-274.

- Fernandes, A. A. (2002). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*, 36(9), 42-45.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Environmental conditons, health and satisfaction among the elderly: some empirical results. *Psicothema*, 13(1), 40-49.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). Working, empirical, and lay definitions and theoretical models. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Active aging – the contribution of Psychology* (pp. 29-59). Hogret & Hubert Publichers.
- Fernández-Ballesteros, R., & Rodríguez, J. (2004). Ambiente y vejez. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 251-273). Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R., Montorio, I. & Trocóniz, M. (1998). Personal and environmental relationships among the elderly living in residential settings. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26, 185-198.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C. & Nogueira, D. (2006). *Avaliação Multidimensional em Idosos*. Coleção Qualidade de Vida, nº 1. Mar da Palavra – Edições, Lda.
- Folstein, M., 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), 189-198.
- Fonseca, A. M. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia, reflexão e crítica*, 20(2), 277-289. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000200014>
- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínic*, 3(2), 124-131. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2010.32.06>
- Fonseca, A. M., Gonçalves, D. & Azevedo, M. J. (2008). A "ligação à terra" - identidade dos idosos rurais da raia Portuguesa. Comunicação apresentada no VII CIER – Cultura, Inovação e Território. Coimbra.
- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I. & Amado, J. (2004). Condição psicológica de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal: Um estudo de caso (pp. 259-267). In T. Dentinho, O. Rodrigues (coord.), *Periferias e Espaços Rurais: Comunicações apresentadas ao II Congresso de Estudos Rurais*. Estoril: Princípiã.
- Goll, M. (2010). Ageing in the European Union: where exactly? Rural areas are losing the young generation quicker than urban areas. *Population and social conditions: Agriculture and fisheries*, 26. Eurostat European Commission.
- Gonçalves, C. & Silva, C. (2004). Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal, *Revista de Estudos Demográficos*, 35. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.
- Greenfield, E. A. (2012). Using Ecological Frameworks to Advance a Field of Research, Practice, and Policy on Aging-in-Place Initiatives. *The Gerontologist*, 52(1), 1-12.
- Guerreiro, M. (2003). Pessoas sós: múltiplas realidades. *Sociologia, problemas e práticas*, 43, 31-49.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Hidalgo, M. C. & Hernández, B. (2001). Place attachment: conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 273-281.
- Hogan, P. & Hogan, L. (2010). *Stages of Senior Care: Your Step-by-Step Guide to Making the Best Decisions*. USA: McGraw-Hill.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7). doi:10.1371/journal.pmed.1000316.

- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011*. Portugal.
- Iwarsson, S. & Stahl, A. (2003). Accessibility, usability and universal design - positioning and definition of concepts describing person-environment relationships. *Disability and Rehabilitation* 25(2), 57-66.
- Iwarsson, S., Wahl, H., Nygren, C., Oswald, F., Sixsmith, J., Széman, Z. & Tomsone, S. (2007). Importance of the Home Environment for Healthy Aging: Conceptual and Methodological Background of the European ENABLE-AGE Project. *The Gerontologist*, 47(1), 78-84.
- Junta de freguesia de Meixedo (2012). História. Retirado de <<http://www.jf-meixedo.com/?m=historia&id=72130>> a 30 de Abril de 2012.
- Junta de freguesia de Montaria (2012). História. Retirado de <<http://www.jf-montaria.com/?m=historia&id=412>> a 30 de Abril de 2012.
- Junta de freguesia de Vilar de Murteda (2012). História. Retirado de <<http://www.vilardemurteda.net/html.php?idhtml=10>> a 30 de Abril de 2012.
- Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência e saúde coletiva*, 13(4), 1107-1111.
- Kandler, U., Meisinger, C., Baumert, J. & Löwel, H. (2007). Living alone is a risk factor for mortality in men but not women from the general population: a prospective cohort study. *BioMed Central Public Health*. Retirado de <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/335>> a 27 de Abril de 2012.
- King, G. & Farmer, J. (2009). What older people want: evidence from a study of remote Scottish communities. *Rural and Remote Health*, 9, 1166-1172.
- Krout, J. A. (2003). Rural elders: meeting their needs. In Richard J. Ham, R. Turner Goins & David K. Brown. *Best practices in best practices in service delivery to the rural elderly*. West Virginia University Center on Aging.
- Lawton, M. P. (1999). Environmental taxonomy: Generalizations from research with older adults. In S. Friedman & T. Wash (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 194-215). Washington: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10317-004>.
- Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lehning, A. J. (2011). City Governments and Aging in Place: Community Design, Transportation and Housing Innovation Adoption. *The Gerontologist*. 52(3), 345-356.
- Lerner, R. M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Levet, M. (1998). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2006). Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*. 40(4), 712-719.
- Macedo, D., Oliveira, C. V., Günther, I. A., Alves, S.M. & Nóbrega, T. S. (2008). O Lugar do afecto, o afecto pelo Lugar: o que dizem os idosos? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 441-449.
- Magalhães, C. (2012). A problemática dos estereótipos acerca das pessoas idosas. In F. Pereira (Cord.). *Teoria e prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos* (1^a ed). Viseu. Psicossoma.
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S. & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Número temático: Envelhecimento demográfico, pp. 177-203.
- Marujo, J.P. (2004). *Velhos e sociedade*. Lisboa: Graal.
- Mason, A. & Lee, R. (2010). *O envelhecimento da população e a economia geracional: principais resultados*. Nações Unidas.

- Monreal, P. & Del Valle, A. (2010). Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. *Athenea Digital*, 19, 171-187. Retirado de <<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/703>> a 17 de Julho de 2012.
- Moreira, E., Faria, C., Melo de Carvalho, J. & Bastos, A. (2011). Envelhecer no seu próprio local: contribuições da investigação multimétodo para aging in place. In L. Araújo, I. Martin, O. Ribeiro & C. Paúl (Org.), *Livro de actas do IV Congresso de avaliação e intervenção em Gerontologia Social: Aging in place – Envelhecer na comunidade*. Guimarães: UNIFAI
- Morgado, J., Rocha, C., S., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I., P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Neri, A. (2001) Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. Comunicação apresentada no 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas. Retirado de <<http://www.alzheimer.med.br/mulher.pdf>> a 25 de Dezembro de 2012.
- Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura* (7ª ed). São Paulo: Papirus Editora.
- Neto, F., Barros, J. & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano e J. Marques [Eds.]. *A acção educativa: análise psico-social* (pp. 105-117). Leiria: E.S.E.L./A.P.P.O.R.T.
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A. & Veríssimo, M. T. (2010). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C. & Wahl, H. (2010). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *The Gerontologist*. Retirado de <<http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/we5/alternswissenschaft/personen/oswald/TG-Oswald-et-al-2010.pdf>> a 10 de Dezembro de 2012.
- Paixão, C. M. & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 21 (1), 7-19.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª ed.) S. Paulo: ArtMed Editora.
- Parente, M. A. M. P. & Wagner, G. P. (2009). Teorias abrangentes sobre envelhecimento cognitivo. In M. A. M. P. Parente e colaboradores (Eds.), *Cognição e envelhecimento* (pp. 30-45). Porto Alegre: Artmed.
- Pastalan, L. A. (1990). Preface. In L. A. Pastalan (Ed.), *Aging in place: The role of housing and social supports* (pp. ix-xii). New York: Haworth Press.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2008). *Tensão psicológica, solidão e incapacidade na velhice*. Seminário “O isolamento na velhice”. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paúl, C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento activo e redes de suporte social. In *Sociologia*. 275-287. Porto: UP.
- Paúl, C. (2005c). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp.1-20). Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, Lda.

- Paúl, C., Fonseca, A. M., Cruz, F. & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 415-426.
- Paúl, C., Ribeiro, O. & Santos, P. (2010). Cognitive impairment in old people living in the community. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 51(2), 121-124.
- Pavot, W. & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 137-152.
- Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto.
- Pereira, F. (2008). *Gerontólogo: a construção de uma nova profissão na área da saúde*. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia – Mundos sociais: saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa, 25 a 28 de Junho de 2008.
- Phillips, J. E., Ajrouch, K. J. & Hillcoat-Nalletamby, S. (2010). *Key Concepts in Social Gerontology*. SAGE Publications Ltd.
- Pinto, T. A. & Lopes, A. (2012). *Cidades amigas das pessoas idosas? Implicações e recomendações de um estudo nacional: o que dizem os municípios, o que pensam os especialistas e o que se vivencia nos espaços*. Associação VIDA - Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Activo.
- Pizzetti, P., Manfredini, M. & Lucchetti, E. (2005). Variations in late-age mortality by household structure and marital status in Parma, Italy. *Ageing and Society*, 25, 305-318.
- Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE). (2011). *Department of Health & Human Services - Centers for Medicare & Medicaid Services*. Retirado de <<http://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/pace/downloads/RISO.pdf>> a 12 de Março de 2013.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(2), 109-115.
- Rodríguez, T. M. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. País Vasco: Estudios Gráficos Zure.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Relógio d'Água Editores.
- Rowles, G. (2008). Place in occupational science: A life course perspective on the role of environmental context in the quest for meaning. *Journal of Occupational Science*, 15(3).
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lúcio, P.B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. (pp. 489-514). McGraw - Hill
- Schaie, K. & Willis, S. (1999). Theories of everyday competence and aging. In V. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. NY: Springer Publishing Company.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Smaldone, D. (2006). *The role of time in place attachment*. Northeastern Recreation Research Symposium. West Virginia University, p. 47-56.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*, 33, 109-122.
- Speller, G. (2000). *A community in transition: a longitudinal study of place attachment and identity processes in the context of an enforced relocation*. Thesis submitted for the degree of

Doctor of Philosophy. Department of Psychology. School of Human Sciences. University of Surrey.

- Speller, G. (2005). A importância da vinculação aos lugares. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tomasini, S. L. V. (2005). Aging and the design of the built environment: an interdisciplinary approach. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 76-88.
- United Nations. (2009). *World Population Ageing*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.
- van Baarsen, B., Snijders, T. A. B., Smit, J. H. & van Duijn, M. A. J. (2001). Lonely but not alone: emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational, and Psychological Measurement*. 61(1), 119-135. Retirado de <<http://epm.sagepub.com/content/61/1/119.full.pdf+html>> a 17 de Abril de 2013.
- 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*.
- Wahl, H-W & Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*, 43(5), 616-627.
- Wahl, H-W., Iwarsson, S. & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52(3), 306-316. doi:10.1093/geront/gnr154
- Wick, G. (2012). *The aging issue: editorial*. Karger Gazette, nº 72.
- Winterton, R. & Warburton, J. (2012). Ageing in the bush: the role of rural places in maintaining identity for long term rural residents and retirement migrants in north-east Victoria, Australia. *Journal of Rural Studies*, 1-9.
- World Health Organization (WHO). (2002). *Active ageing: a policy framework*. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. Ageing and Life Course. WHO/NMH/NPH/02.8.