



**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO**

Helena Maria Rocha Lourenço

**ENVELHECIMENTO E PRÁTICA PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA SOCIAL:**

*Contributo para a Prática Gerontológica Integrada Baseada na Evidência*

Curso de Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efectuado sob a orientação da

Professora Doutora Alice Bastos

Novembro de 2014



## RESUMO

No século XXI, as sociedades confrontam-se com um dos maiores desafios da humanidade – o envelhecimento da população. Actualmente, o número de pessoas com 65+ anos tem vindo a assumir importância estatística no total da população à escala global. Este aspecto, revela-se particularmente importante, se encararmos o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo da vida, marcado por alterações biológicas, psicológicas e sociais. Tratando-se de um processo heterogéneo, o envelhecimento é vivenciado de forma diferente por cada indivíduo e pelas sociedades. Neste sentido, e atendendo às necessidades associadas ao envelhecimento populacional e individual, a Educação/Formação de técnicos superiores capazes de avaliar e intervir junto dos mais velhos, torna-se um assunto extremamente pertinente. Tratando-se de um novo campo de Prática Profissional é relevante sustentar a decisão da intervenção no conhecimento científico estabelecido no domínio e daí a Prática *baseada na evidência*. No entanto, neste momento, não estão disponíveis instrumentos de medida que permitam avaliar, por exemplo, o papel da investigação para a Educação/Formação e Prática Gerontológica. Assim, são objectivos desta dissertação: (1) descrever as qualidades psicométricas da *Gregory Research Beliefs Scale* (GRBS; Gregory, 2010) e (2) analisar as relações entre características académicas e o valor da investigação para a Prática Profissional em Gerontologia Social.

Em termos metodológicos, a recolha de informação fez-se com recurso a uma ficha socio-demográfica e à GRBS de Gregory (2010). A informação foi recolhida em sala de aula, tendo os estudantes sido informados do objectivo do estudo. A amostra é constituída por 100 estudantes da formação pré e pós-graduada, a frequentar cursos no Ensino Superior no âmbito das Ciências Sociais e da Saúde. Quanto aos resultados observa-se que os participantes têm idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos ( $M= 25.79$ ;  $DP= 7.046$ ), sendo a amostra maioritariamente constituída por elementos do género feminino (86.0%). A análise das características psicométricas da GRBS (Gregory, 2010), nomeadamente a análise de constructo, testada via Análise de Componentes Principais (ACP), sugere que a medida em estudo apresenta características válidas. Em termos de fiabilidade, a análise da consistência interna da medida, assumiu valores adequados (*alfa de Cronbach* =.97). Relativamente à análise das características académicas e valor da investigação para a Prática Profissional em Gerontologia Social, observa-se que os estudantes do segundo ano de Mestrado em Gerontologia Social e os que frequentaram um maior número de disciplinas/cursos em metodologias de investigação apresentam valores mais altos na GRBS.

Em termos globais, considerando as características psicométricas da GRBS (Gregory, 2010), os resultados obtidos neste estudo exploratório sugerem que esta é uma medida válida e fiável. No entanto, na prossecução de estudos, e no sentido de aproximar o uso da medida ao campo profissional, recomenda-se incluir na amostra, não apenas os que estão na formação pré e pós-graduada, mas também os profissionais do âmbito do envelhecimento.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Prática Profissional; Prática *Baseada na Evidência*; Gerontologia Social.



## ABSTRACT

In the twenty-first century, societies are faced with one of the greatest humanity challenges - the aging population. Currently, the number of people with 65+ years has assumed statistical significance in the total population on a global scale. This aspect is particularly interesting, if we view aging as a process that occurs throughout life, marked by biological, psychological and societal changes. Being a heterogeneous process, aging is experienced differently by each individual and the societies. Therefore, given the needs associated with the population and individual aging, training/education of senior technicians able to assess and intervene with the older, becomes extremely relevant. In the case of a new Professional Practice course is important to support the decision of intervention in established scientific knowledge on the field, and hence the Practice based on evidence. However, currently, there are no available measurement instruments to assess the effectiveness of Gerontological Practice. Therefore, the objective of this thesis are: (1) describe the psychometric qualities of Gregory Research Beliefs Scale (GRBs; Gregory, 2010) and (2) analyze the relationship between academic characteristics and the value of research for Professional Practice in Social Gerontology.

In terms of methodology, the data collection was done using a socio - demographic sheet and the Gregory's GRBS (Gregory, 2010). The information was collected in the classroom, with the students being informed of the purpose of the study. The sample consists of 100 students from pre and post-graduation, attending courses in Higher Education in Social Sciences and Health. Within the results it is observed that the participants are aged between 20 and 49 years old ( $M = 25.79$ ,  $DP = 7.046$ ), mainly composed by female gender individuals (86.0%). The analysis of psychometric characteristics of GRBS (Gregory, 2010), including the construct analysis, tested via Main Component Analysis (PCA), suggests that the measure under consideration has valid characteristics. In terms of reliability, internal consistency analysis of the measure, took appropriate values (Cronbach's alpha = .97). Relative to analysis of academic characteristics and value of research for the Professional Practice in Social Gerontology, it is observed that second year students of Master in Social Gerontology and the students that had more number classes/courses about research methodologies have higher values in GRBS.

Overall, considering the psychometric characteristics of GRBS (Gregory, 2010), the results of this exploratory study suggest that this is a valid and reliable measure. However, in further education, and in order to approximate the use of the measure to the professional field, it is recommended to include in the sample, not just those in the pre and post-graduate training, but also the aging related professionals.

**Keywords:** Aging; Professional Practice; Evidence Based-Practice; Social Gerontology.



## Agradecimentos

Sabendo que o Mestrado em Gerontologia Social simboliza mais uma etapa importante da minha formação acadêmica e profissional, repleta de dedicação, crescimento e partilha de conhecimento, como sinal de profunda gratidão, dedico algumas palavras de agradecimento.

À Professora Doutora Alice Bastos, orientadora da Dissertação, agradeço a disponibilidade, interesse, dedicação e empenho que sempre demonstrou ao longo da elaboração desta Dissertação. Claramente, a sua experiência, conhecimento e profissionalismo, contribuíram para o enriquecimento da minha formação acadêmica e Prática Profissional.

À Professora Dr<sup>a</sup> Vera Costa, com quem tive a privilégio de trabalhar, agradeço toda a ajuda e prontidão na análise dos dados. Gratulo também, todas as palavras de amizade e de alento em todos os momentos.

Ao Doutor Diogo Lamela, reconheço toda a gentileza, disponibilidade e apoio concedido para que tudo isto fosse concretizado.

O meu agradecimento também, a Todos os estudantes da formação pré e pós-graduada, a frequentar cursos no âmbito das Ciências Sociais e da Saúde. Através da sua participação, contribuíram de uma forma fundamental para concretização deste estudo.

À Arminda Fernandes, um Muito Obrigada, por todo o carinho, amizade, ajuda e compreensão que sempre disponibilizou.

À minha grande amiga, Daniela Araújo, pelos infindáveis desabafos, apoio e incentivo. O meu Muito Obrigada!

Ao meu Namorado Carlos Castro, que sempre me apoiou a fazer mais, e melhor, estando sempre disponível para me ajudar.

E, sabendo que sozinha nada disto seria possível, agradeço à minha família, em particular, aos Meus Pais e à Minha Irmã. O vosso esforço permite-me neste momento, concluir mais uma etapa importante da minha vida. A vocês, dedico esta Dissertação.





## ÍNDICE

RESUMO.....	III
ABSTRACT .....	V
Agradecimentos.....	VII
Índice de Figuras.....	XI
Índice de Tabelas .....	XIII
Lista de Acrónimos .....	XV

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
-------------------------	-----------

<b>CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>25</b>
---	-----------

1. As Múltiplas faces do envelhecimento humano .....	25
1.1 Envelhecimento individual e colectivo .....	25
1.2 O envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido .....	28
1.3 Gerontologia Social: um campo multidisciplinar de tendência interdisciplina. ..	32
2. Prática Profissional em Gerontologia Social .....	39
2.1 Como Educar/Formar os profissionais do âmbito do envelhecimento? .....	39
2.2 A Educação/Formação em Gerontologia em Portugal .....	46
2.3 Avaliar e intervir na Gerontologia Social: o núcleo da profissão? .....	51
3. Prática Gerontológica <i>baseada na evidência</i> .....	57
4. Síntese .....	61

<b>CAPÍTULO II - MÉTODO .....</b>	<b>67</b>
-----------------------------------	-----------

1. Participantes .....	67
2. Instrumentos de recolha de dados .....	67
2.1 Ficha Socio - demográfica .....	67
2.2 <i>Gregory Research Beliefs Scale</i> .....	68

2.3 Tradução e adaptação da GRBS para a língua portuguesa .....	69
3. Procedimentos de recolha de dados .....	69
4. Estratégias de análise de dados .....	70
<b>CAPÍTULO III - RESULTADOS .....</b>	<b>73</b>
1. Descrição das características socio – demográficas dos participantes .....	73
2. Características psicométricas da <i>Gregory Research Beliefs Scale</i> .....	76
2.1 Sensibilidade dos itens .....	76
2.2 Validade de constructo .....	78
2.3 Fiabilidade da medida .....	81
3. Características académicas e valor da investigação na Prática Profissional .....	82
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>93</b>

## Índice de Figuras

Figura 1 - Uma teoria integrada da Gerontologia Social .....	37
Figura 2 - <i>Scree plot</i> dos valores próprios dos factores extraídos pela ACP .....	79



## Índice de Tabelas

Tabela 1- Licenciaturas no âmbito do envelhecimento no Ensino Superior Público e Privado.....	48
Tabela 2- Mestrados no âmbito do envelhecimento no Ensino Superior Público.....	49
Tabela 3- Mestrados no âmbito do envelhecimento no Ensino Superior Privado .....	50
Tabela 4- Descrição das características sócio – demográficas dos participantes .....	74
Tabela 5- Características relativas à Educação/Formação e profissão .....	75
Tabela 6- Estatísticas descritivas obtidas na versão portuguesa da GRBS.....	77
Tabela 7- Matrizes de estrutura para modelos de dois factores e um factor na GRBS .....	80
Tabela 8- Valores de consistência interna da GRBS na versão original e no presente estudo .....	81
Tabela 9- Características académicas e valor da investigação na Prática Profissional .....	83



## **Lista de Acrónimos**

<b>Gsw</b>	<i>Gerontological Social Work</i>
<b>Sw</b>	<i>Social Work</i>
<b>OARS</b>	<i>Older American Resources and Services</i>
<b>LCP</b>	<i>Life Course Perspective</i>
<b>SOC</b>	Seleccção, Optimização, Compensação
<b>EUMAG</b>	<i>European Master Gerontology</i>
<b>CESS</b>	<i>Certificat d'Etudes Supérieures Spécialisés</i>
<b>INTERGERO</b>	Programa Interdisciplinar para o Estudo Gerontológico
<b>UNIFAI</b>	Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos
<b>IMS</b>	<i>Institute for Evidence – Based Social Work Practice</i>





## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, representa uma das mudanças mais significativas na história recente da humanidade (Dias & Rodrigues, 2012)<sup>1</sup>. Ao longo da primeira década do século XXI, a situação demográfica em Portugal caracterizou-se por um crescimento baixo da população, pela queda acentuada da natalidade e da fecundidade, e por um aumento considerável da esperança média de vida e da longevidade (Carrilho & Patrício, 2010). Pensar e reflectir acerca do envelhecimento, remete inevitavelmente para as diferentes formas de conceptualizar este fenómeno (Dias & Rodrigues, 2012). Assim, analisar o envelhecimento sobre diversas perspectivas revela-se fundamental. De facto, o envelhecimento pode ser analisado como fenómeno individual - cronológico e biopsicológico e como um fenómeno colectivo - envelhecimento demográfico e societal (Rosa, 2012). Do ponto de vista individual, sabe-se que, o envelhecimento é um fenómeno de cariz individual que não poderá ser descrito, explicado ou optimizado sem ter em consideração a dimensão biológica, psicológica e social que lhe estão inerentes (Birren, 1995). Enquanto acontecimento colectivo, o envelhecimento encontra-se relacionado com o aumento da importância estatística dos idosos no total da população e com as implicações sociais e políticas desse fenómeno (Rosa, 2012). Relativamente a este último aspecto, o envelhecimento da população é considerado uma das mudanças mais significativas nos tempos que correm e que nos remete para as diferentes formas de envelhecer. Quando se discute o envelhecimento, é importante perceber quais os critérios ou tipologias que definem em que momento uma pessoa é considerada idosa, pois, frequentemente o envelhecimento surge associado aos 65+ anos ou à reforma. No sentido de melhor compreender este assunto proceder a uma diferenciação entre terceira e quarta idade parece ser útil. Para Baltes e Smith (2003), na terceira idade, os indivíduos vivenciam um aumento da expectativa de vida, elevado potencial latente de manutenção de boa forma física e mental, bem-estar pessoal e emocional e adopção de estratégias eficazes de gestão dos ganhos e das perdas. No que diz respeito à quarta idade, os autores referem que é evidente um declínio no nível da capacidade cognitiva e

---

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

de aprendizagem, um aumento de sintomas de *stress* crónico, maior prevalência de demências, elevados níveis de fragilidade e disfuncionalidade.

No que diz respeito a uma leitura positiva do envelhecimento, P. Baltes e M. Baltes (1990) chamam a atenção para o facto de o envelhecimento poder ser analisado em termos de envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido. Note-se que o envelhecimento bem-sucedido pode ser associado à execução óptima dos mecanismos da optimização selectiva com compensação (SOC). A concepção de envelhecimento da equipa de Berlim, no qual Paul Baltes é um dos principais mentores, está assente em processos que valorizam a plasticidade e a gestão da capacidade de reserva. Ainda relativo ao envelhecimento bem-sucedido, Rowe e Kahn (1998), consideram que há três características básicas deste modo de envelhecer: (1) ausência de doença; (2) elevado funcionamento físico e cognitivo; e (3) envolvimento com a vida. Criticando este modelo, Eve Kahana e colaboradores (2005, 2012) apresentam o modelo da pró-actividade preventiva e correctiva para lidar com a doença crónica, cuja probabilidade de aparecimento aumenta com a idade.

Actualmente, a ideia de envelhecimento bem-sucedido não está isenta de doença e a consciência da incompletude e imperfeição torna-se uma característica fundamental dos sistemas humanos como refere Baltes (1997).

No que diz respeito às ciências do envelhecimento, é de salientar que o aparecimento da Gerontologia data o final da Segunda Guerra Mundial e, desde então, tem assumido um papel primordial no estudo do envelhecimento e da velhice (Fernández-Ballesteros, 2009). Por seu turno, a Gerontologia Social aparece mais tarde – na segunda metade do século XX com Tibbitts (1960). Para Fernández-Ballesteros (2009), por Gerontologia Social entende-se “aquela especialização da Gerontologia que além de tratar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, e as consequências sociais desse processo, assim como as acções sociais que se podem interpor para melhorar o processo de envelhecimento” (p. 36). Como se pode observar a partir da citação anterior, a

Gerontologia Social, enquanto especialidade da Gerontologia, acentua os aspectos sociais e interventivos do envelhecimento humano.

Outro aspecto a considerar relativo ao fenómeno do envelhecimento humano prende-se com a Educação/Formação de profissionais no âmbito do envelhecimento. Fernandes (2007), num estudo efectuado para o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), chamou a atenção para a necessidade de formação/especialização no âmbito do envelhecimento.

No contexto europeu este assunto foi também, abordado por Meyer (2003). Segundo a autora, os planos curriculares europeus, em Gerontologia, são bastante heterogéneos devido aos diferentes sistemas educativos do Ensino Superior. A autora defende a necessidade de uma proximidade em termos do Sistema de Educação Europeu através do Mestrado Europeu em Gerontologia (EUMAG). Na mesma linha de ideias, Lowenstein e Carmel (2009), abordam a questão da Educação/Formação dos profissionais do âmbito do envelhecimento por parte das Instituições de Ensino Superior nos EUA. O objectivo das autoras é apresentar um novo paradigma de Educação em Gerontologia.

Em Portugal, a Educação/Formação dos profissionais na área do envelhecimento, cresceu na última década. O desenvolvimento de Licenciaturas e Mestrados em Gerontologia é um facto. Segundo Ramalho e Ramalho (2014), estes técnicos superiores através da sua capacidade para avaliar, intervir e estudar cientificamente o fenómeno social do envelhecimento humano contribuirão inevitavelmente para um aumento da qualidade de vida das pessoas idosas.

No que diz respeito à Prática Profissional em Gerontologia Social, Richardson e Barusch (2006), apresentam várias fases da Prática Gerontológica Integrada: (1) a fase da escuta; (2) a fase da avaliação; e (3) a fase da intervenção com pessoas idosas.

Segundo os autores, a *fase da escuta* é um aspecto importante da Prática Gerontológica Integrada na medida em que as pessoas idosas precisam de falar acerca dos seus problemas e os *Social Workers* (Trabalhadores Sociais)<sup>2</sup> precisam de criar confiança na relação com as pessoas idosas mediante uma comunicação verbal e não –

---

<sup>2</sup> Para melhor compreender este termo consultar Roberts e Yeager (2004). Nesta Dissertação usa-se indistintamente os termos “Trabalhadores Sociais” e “Trabalhadores do Social”, assumindo como Alan Walker (2009) que na Gerontologia Social são os determinantes do Social que estão em causa, muito embora outros determinantes devam ser considerados.

verbal adequadas. Para tal, os autores recomendam que os Trabalhadores do Social, partilhem as suas histórias e experiências com as pessoas idosas. No que diz respeito à segunda fase - *fase de avaliação* - os autores supracitados defendem que os profissionais incorporam perspectivas biopsicossociais e multidisciplinares acerca do envelhecimento. Para tal, existem Manuais Práticos (ver modelo A, B, C, D, E, F de Richardson & Barusch, 2006) que poderão constituir uma ferramenta indispensável na avaliação. Ainda nesta fase, os profissionais podem utilizar diferentes instrumentos de avaliação multidimensional com as pessoas idosas. Referem, entre outros, o *Older Americans Resources and Services* (OARS; Fillenbaum & Smyer, 1981), medida que foi traduzida e adaptada para Portugal por Rodrigues (2008). Relativamente à terceira e última fase - *fase de intervenção* - Richardson e Barusch (2006) consideram que os profissionais, intervêm a múltiplos níveis e usam várias estratégias de intervenção. Os autores defendem que estes profissionais podem usar Manuais Práticos de avaliação para organizar a intervenção e assegurar uma abordagem integrativa. Em termos de actuação, os autores recomendam uma intervenção do tipo colaborativa, muito embora haja circunstâncias em que o nível de directividade possa variar.

Outro aspecto a considerar na Prática Profissional é o uso dos resultados da investigação para a tomada de decisão. A Prática *baseada na evidência* (PBE) constitui-se como o uso consciente, explícito e criterioso, da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão de um profissional (Sackett, Strauss & Richardson, 1997). No caso da Gerontologia Social, e tratando-se de um novo campo de Prática, estes princípios que originariamente estão ligados à Medicina, poderão ser úteis para a tomada de decisão. Igualmente, Proctor e Rosen (2004), colocam em evidência a necessidade dos profissionais identificarem, explicarem e fornecerem um argumento válido para a sua tomada de decisão. No entender dos autores, na Prática *baseada na evidência*, estas decisões baseiam-se, tanto quanto possível, na melhor e mais apropriada evidência/prova da investigação científica. Todavia, embora a literatura das Ciências Sociais e do Comportamento articule as vantagens e a necessidade de se aplicar a investigação científica à Prática Profissional, isso não significa que os estudantes e os Profissionais do Social adoptem na Prática essa recomendação.

É evidente que uma Prática Profissional baseada na evidência exige dispor de instrumentos de medida válidos e fiáveis, não apenas para avaliar os domínios/dimensões do envelhecimento do cliente, mas também, para avaliar as capacidades e/ou recursos dos Profissionais do domínio. Daí a necessidade de avaliar de modo adequado, por exemplo, as crenças relacionadas com a importância da investigação científica na Prática Profissional no domínio do Social. No entanto, neste momento, em Portugal não estão disponíveis instrumentos de medida que permitam avaliar a eficácia da Educação/Formação e da Prática em termos da relevância do conhecimento científico. Como refere Gregory (2010), o uso da investigação na Prática Profissional está bem documentada na literatura. As vantagens do uso da investigação para orientar a Prática Profissional no Social, incluem a selecção de intervenções que tenham probabilidade de produzir resultados favoráveis, aumentar a eficácia da intervenção e a competência na gestão dos cuidados, face ao tempo e dinheiro despendidos. Por conseguinte, nesta Dissertação procura-se analisar os aspectos mais relevantes da Prática Profissional em Gerontologia Social, ligados à prestação de serviços e/ou programas de avaliação ou intervenção associados ao envelhecimento humano. Assim, são objectivos desta dissertação: (1) descrever as qualidades psicométricas da *Gregory Research Beliefs Scale* (GRBS; Gregory, 2010) e (2) analisar as relações entre as características académicas e o valor da investigação para a Prática Profissional em Gerontologia Social.

Para concretizar estes objectivos, a presente Dissertação foi organizada em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a teoria e investigação acerca do envelhecimento humano e da Prática Profissional em Gerontologia Social. No segundo capítulo, relativo a aspectos metodológicos, é apresentada a forma como o estudo foi planeado, designadamente, participantes, os instrumentos utilizados na recolha de dados, os procedimentos de recolha e as estratégias de análise da informação recolhida. O terceiro capítulo apresenta a descrição e análise dos resultados. Por último, apresenta - se a discussão dos resultados, as principais conclusões e implicações para a Prática Profissional na Gerontologia Social.



## **CAPÍTULO I**

---

### **REVISÃO DA LITERATURA**





## **CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA**

Neste primeiro capítulo é apresentada, de modo geral, uma análise à dinâmica do envelhecimento e aos principais aspectos da Prática Profissional em Gerontologia Social ligada à prestação de serviços e programas de avaliação/intervenção associados ao envelhecimento humano.

### **1. As Múltiplas faces do envelhecimento humano**

#### **1.1 Envelhecimento individual e colectivo**

No entender de Dias e Rodrigues (2012), o envelhecimento da população, representa uma das mudanças mais significativas na história recente da humanidade, existindo, por isso, várias formas de o conceptualizar.

Para Rosa (2012), na sociedade contemporânea, o envelhecimento pode ser explicado de duas formas distintas: o envelhecimento como fenómeno individual e o envelhecimento enquanto fenómeno colectivo. No que diz respeito ao envelhecimento individual, distinguem-se dois aspectos: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico. De acordo com a mesma fonte, o envelhecimento cronológico advém exclusivamente da idade. É considerado um processo universal, progressivo, inevitável, inscrito nos genes. Para a autora, envelhecemos desde que somos concebidos, tratando-se, portanto, de um processo que faz parte da transformação do ser humano. Por sua vez, o envelhecimento biopsicológico, sendo um reflexo do envelhecimento cronológico, é diferente deste, não estando dependente da idade, é vivido de forma única por cada indivíduo, portanto, cada pessoa manifesta sinais de envelhecimento únicos.

Seguindo a linha de reflexão da autora, relativamente ao envelhecimento colectivo, existem dois aspectos a considerar: o envelhecimento demográfico (ou da população) e o envelhecimento societal (ou da sociedade). Para abordar o envelhecimento demográfico é importante mencionar que existem idades, segundo as

quais, todos os indivíduos são incluídos indiferentemente em categorias fixas: idade jovem (0 – 14 anos), activa (15 – 64 anos) e idosa (65 anos ou mais). É através destas categorias que se desenvolve o conceito de envelhecimento demográfico. Considerando o envelhecimento enquanto acontecimento demográfico, Bandeira (2012), refere que este representa uma diminuição do peso das gerações mais jovens no total de uma população (envelhecimento na base da pirâmide etária), a favor das gerações mais velhas (envelhecimento no topo da pirâmide etária). Tal acontece na sequência da diminuição das taxas de natalidade e conseqüentemente de um aumento da esperança média de vida. No caso de a taxa de natalidade diminuir e de, ao mesmo tempo, o risco de mortalidade declinar de forma constante em todas as idades, o envelhecimento será um facto. As pessoas de idade avançada pertencem a gerações mais plenas e passam a ser mais numerosas, em proporção, relativamente aos jovens.

De facto, embora o processo de envelhecimento demográfico tenha adquirido uma dimensão mundial, parece manifestar-se de um modo particularmente notório na Europa, apresentando este processo um ritmo particularmente acelerado em Portugal. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2014), a taxa de natalidade, evidencia um cenário verdadeiramente preocupante. No ano 2013, Portugal registou o nascimento de 82 787 nados vivos, filhos de mães residentes em Portugal. Este valor representa uma diminuição de 7 054 (7,9%) nascimentos face ao período de 2012. Mais concretamente significa uma descida da taxa bruta de natalidade para 7,9 nados vivos por 1000 habitantes.

No que concerne à taxa de fecundidade, Dias e Rodrigues (2012), defendem que Portugal apresenta, actualmente, uma das mais baixas taxas de fecundidade da Europa, sem capacidade de renovação das gerações. Entre 2008 e 2013, existiu um declínio bastante acentuado nos grupos etários abaixo dos 35 anos, por oposição a um aumento em grupos etários mais elevados, evolução que é reveladora de um adiamento da idade para a maternidade (INE, 2014). As alterações nos padrões de fecundidade conduziram a que o índice sintético de fecundidade tenha atingido um novo mínimo em 2013 - 1,2 crianças por mulher em idade fértil. Para que a renovação das gerações seja assegurada, é essencial que cada mulher tenha em média 2,1 filhos, actualmente esse valor é inferior,

não assegurando a renovação das gerações. No que diz respeito à idade média das mulheres para a maternidade, os dados do Instituto Nacional de Estatística (2014), também dão conta de ligeiras alterações. Entre 2008 e 2013, constata-se um aumento da idade média das mulheres à maternidade. A idade média do nascimento do primeiro filho passou de 28,4 anos para 29,7 anos e a idade média ao nascimento de um filho de 30,2 para 31,2 anos.

Relativamente à taxa de mortalidade, sabe-se que se vive, em média, bem mais anos do que no passado. Os dados do Instituto Nacional de Estatística (2014), registaram 106 543 óbitos de residentes em Portugal, menos 1069 do que em 2012. Da totalidade dos óbitos registados em 2013, a maior parte – 68,9% - ocorreu em pessoas com idade igual ou superior a 75 anos. Por último, entre 2011 e 2013, a esperança média de vida à nascença para a população residente em Portugal foi estimada em 80 anos, 76,91 anos para os homens e 82,79 para as mulheres. Estes valores são ligeiramente superiores aos obtidos no período antecedente (76,67 anos para os homens e 82,59 para as mulheres) mantendo-se a tendência do aumento da longevidade.

Face ao exposto, estes dados reflectem assim, a tendência do envelhecimento demográfico, resultante, do efeito conjugado da redução da população jovem e em idade activa e do aumento do número de pessoas idosas (INE, 2014). Esta tendência reflecte ainda, a descida continuada da natalidade, o aumento da longevidade, e mais recentemente o crescimento de fluxos migratórios.

Analisar o envelhecimento societal à luz da “life course perspective” – perspectiva do curso de vida (LCP), amplamente desenvolvida por Glen Elder (1998) revela-se fundamental. O termo “life course” pode ser percebido como uma sequência de acontecimentos e papéis socialmente definidos que o indivíduo desempenha ao longo do tempo “a sequence of socially defined events and roles that the individual enacts over time” (Giele & Elder, 1998, conforme citado em Marshall, 2009, p. 575). A proposta de Elder enquadra o “life course” (curso de vida) em termos do indivíduo mais do que na “social structure” (estrutura social), mas o “individual life course” (curso de vida individual) estruturado por normas associadas à idade e a outros constrangimentos, biológicos e sociais (Elder, 1998, p. 955).

Como refere Marshall (2009), Elder ao longo da sua obra estabeleceu cinco princípios teóricos que estão na base do “life course”: (1) o desenvolvimento humano e o envelhecimento são processos que ocorrem ao longo da vida; (2) o tempo histórico e o lugar: o curso de vida individual está embutido e moldado por tempos históricos e lugares que experienciaram durante a vida; (3) momento do acontecimento: os antecedentes e consequentes das transições e acontecimentos de vida variam segundo o tempo de ocorrência na vida da pessoa; (4) vidas ligadas: as vidas são vividas de modo interdependente e as influências socioculturais tornam-se expressas através das redes de relações; (5) agência humana: os indivíduos constroem o seu próprio curso de vida através das escolhas, das acções, das circunstâncias históricas e sociais.

Contudo, no entender de Marshall (2009), estes cinco princípios podem ser utilizados tanto a nível individual como a nível colectivo. Marshall (2009), também apresenta os conceitos-chave da “life course perspective” (perspectiva do curso de vida) para a Política: (1) tempo e contexto; (2) “life course” como estrutura social; (3) biografia como transições e trajectórias; (4) diferenciação e o princípio das vantagens e desvantagens cumulativas; e (5) flexibilidade e sociedade de risco. O autor, chama ainda a atenção para o modo como a experiência de vida ao longo do tempo tem sido diferencialmente estruturado por diferentes coortes e diferentes configurações socio-demográficas na sociedade. A perspectiva do curso de vida tem sido usada na investigação para tentar compreender a vida das pessoas em sociedade ao longo do tempo e o modo como as estruturas sociais e as instituições dão forma às trajectórias de vida.

## **1.2 O envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido**

Perante o aumento da população idosa, torna-se importante compreender os factores implícitos ao processo de envelhecimento. Assim, para clarificar quais os modelos de envelhecimento, revela-se fundamental realizar uma distinção entre

envelhecimento normal ou primário, envelhecimento patológico ou secundário e envelhecimento bem-sucedido ou óptimo.

Como referem Birren e Cunningham (1985), o envelhecimento normal ou primário refere-se às mudanças normais com a idade, não implicando a ocorrência/existência de doença. Por outro lado, o envelhecimento patológico ou secundário, refere-se às mudanças relativas à presença de doença ou incapacidade, sendo a principal causa de morte. Para os autores, a ocorrência de um envelhecimento normal ou patológico reflecte o comportamento dos indivíduos ao longo da vida, ou seja, a forma como as pessoas envelhecem está relacionada com a forma como se desenvolvem.

Relativamente ao envelhecimento bem-sucedido ou óptimo, e para uma visão positiva do envelhecimento individual, no campo das Ciências do Comportamento, P. Baltes e M. Baltes (1990) apresentam um modelo de selecção, optimização e compensação (SOC). Este modelo procura explicar as adaptações que o individuo produz ao longo da sua vida em resposta às mudanças e alterações inerentes ao processo de envelhecimento. Os autores, propuseram um conjunto de princípios para envelhecer bem, sendo de salientar que: (1) há diferenças substanciais entre o envelhecimento normal, patológico ou óptimo; (2) há muita heterogeneidade (variabilidade) no processo de envelhecimento; (3) há muita reserva latente; (4) há perda na capacidade de reserva na fase final do ciclo de vida; (5) as pragmáticas baseadas no envelhecimento e na tecnologia podem retardar o declínio ligado à idade nas mecânicas cognitivas; (6) com a idade, o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez mais reduzido; e (7) o self mantém-se resiliente na velhice.

Deste modo, P. Baltes e M. Baltes (1990), enunciam um conjunto de estratégias para envelhecer bem: (1) para reduzir a probabilidade de envelhecimento patológico é necessário adoptar um estilo de vida saudável; (2) dada a existência de variabilidade intra e interpessoal, os autores recomendam evitar soluções simplistas e encorajar a flexibilidade individual e colectiva; (3) reforçar a capacidade de reserva; (5) os velhos-muito-velhos necessitam de dispositivos ou suportes compensatórios; e (5) as alterações nos ganhos/perdas e a continuada resiliência do *self* conduzem à necessidade de se facilitar o ajustamento à realidade “objectiva”, sem perda do sentido de si mesmo. Assim,

torna-se fundamental apoiar os indivíduos a adquirir estratégias que sejam eficazes e facilitar a mudança.

O modelo SOC, enquanto estratégia para o envelhecimento bem-sucedido, é conseguido através da maximização dos ganhos e minimização das perdas, mediante três processos adaptativos: (1) selecção – envolve objectivos e resultados; (2) optimização – envolve os meios para alcançar os resultados desejados; e (3) a compensação – que envolve a resposta à perda (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006).

Outra fonte de referência para o envelhecimento bem-sucedido é a abordagem proposta por Rowe e Kahn (1998). Os autores sugerem que a ausência de doença ou incapacidade facilita a manutenção do funcionamento físico e mental e consequentemente, a manutenção destes dois tipos de funcionamento permite (mas não garante) um envolvimento activo com a vida. Deste modo, a combinação dos três componentes representa o conceito mais completo de envelhecimento bem-sucedido. Este envolvimento pode assumir variadas formas, no entanto, o envelhecimento bem-sucedido preocupa-se essencialmente com duas: as relações que o indivíduo estabelece com os outros e os comportamentos produtivos. Note-se que este modelo foi alvo de crítica por autores como Kahana e colaboradores (2005, 2012) pelo facto de considerar que o envelhecimento bem-sucedido assenta na ausência de doença. À medida que se avança na idade, a probabilidade de aparecimento de doenças crónicas aumenta. No entanto, para o modelo da proactividade preventiva e correctiva de Kahana e colaboradores (2005, 2012) esta situação não é obstáculo ao envelhecer bem.

Baltes e Smith (2003) ao abordarem o envelhecimento consideram ser útil perceber quais os critérios ou as tipologias que definem em que momento, uma pessoa é considerada idosa. Proceder a uma diferenciação entre a terceira e quarta idade, devido à existência de grandes diferenças entre as várias idades da velhice parece fundamental. Os autores propõem dois critérios para efectuarem a distinção entre terceira e quarta idade: um critério de cariz demográfico/populacional e outro de cariz individual.

Relativamente ao critério demográfico/populacional, a transição da terceira para a quarta idade faz-se como sendo a idade em que 50% da coorte de nascimento já não se encontra viva, critério que situa a passagem da terceira para a quarta idade, nos países

desenvolvidos, à volta dos 75 – 80 anos de idade. No que diz respeito ao segundo critério, de cariz individual, a transição da terceira para a quarta idade ocorre a partir do ciclo de vida máximo de um dado indivíduo e não do ciclo de vida máximo da média da população, o que, tendo em consideração que hoje em dia o ciclo de vida máximo de um indivíduo pode variar entre os 80 e os 120 anos de vida, as transições demográficas individuais para a quarta idade podem ocorrer em idades muito diferentes (60 anos para algumas pessoas, 90 para outras).

Baltes e Smith (2003) consideram que, na terceira idade os indivíduos vivenciam um aumento da expectativa de vida; elevado potencial latente na manutenção de boa forma física e mental; e adopção de estratégias eficazes de gestão dos ganhos e das perdas da velhice. Por outro lado, no que diz respeito à quarta idade, as perdas começam a ser visivelmente maiores. Assiste-se a um declínio a nível da capacidade cognitiva e de aprendizagem; aumento de sintomas de *stress* crónico; considerável prevalência de demências; elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade.

No estudo de Berlim (BASE), sobre o envelhecimento, Baltes e Mayer (1999) concluem, que viver mais tempo pode ser um factor de risco acrescido para a dignidade humana. Os resultados do BASE reflectem, a necessidade de se olhar para a velhice como um período da existência humana que comporta em si mesmo desafios e dilemas. Não é praticável observar somente as boas notícias associadas à terceira idade mas também, as alterações menos positivas da quarta idade, sobretudo no que diz respeito às dificuldades crescentes que as pessoas sentem para fazer face às perdas que, inevitavelmente, se observam na fase final do ciclo de vida.

Neste sentido, Baltes e Smith (2003), consideram que não existem fases do ciclo de vida humana que possam ser consideradas prioritárias em termos de cuidados, devendo o objectivo de políticos, agentes sociais, psicólogos e outros profissionais do desenvolvimento humano concentrar-se num só objectivo: alcançar um bom funcionamento da sociedade, que envolva todas as idades do ciclo de vida.

### **1.3 A Gerontologia Social: um campo multidisciplinar de tendência interdisciplinar**

A Gerontologia Social surge como um dos ramos da Gerontologia em Fernández-Ballesteros (2009). Para a autora, por Gerontologia Social entende-se “aquela especialização da Gerontologia que além de tratar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, e as consequências sociais desse processo, assim como as acções sociais que se podem interpor para melhorar o processo de envelhecimento” (p. 36).

Para Hooyman e Kiyak (2011), o crescente interesse em conhecer o processo de envelhecimento tem dado ênfase ao campo multidisciplinar da Gerontologia e ao estudo dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento. No entanto, consideram que a Gerontologia também se tem tornado cada vez mais interdisciplinar, ao exigir que profissionais de diversas áreas (ciências clínicas, comportamentais, sociais, engenharias e design) trabalhem conjuntamente em projectos de investigação com o objectivo de melhorar o processo de envelhecimento e a qualidade de vida dos idosos. No que diz respeito à Gerontologia Social, os autores consideram que esta se preocupa com o conhecimento da população idosa e a forma como a diversidade de experiências no processo de envelhecimento afectam ou são afectadas pela estrutura social.

Para Fernández-Ballesteros (2009) a Gerontologia Social, distingue-se da Gerontologia ao desenvolver e tratar mais pormenorizadamente a sua base social. Deste modo, o Gerontólogo Social deve ter conhecimentos bio-psico-sociais da velhice e do envelhecimento, ampliando-os, tanto quanto seja necessário, para compreender o fenómeno do envelhecimento e da velhice numa perspectiva social e poder aplica-los em benefício da pessoa idosa. A autora define a Gerontologia como a ciência que se ocupa do envelhecimento, da velhice e do velho. Desde a sua concepção em 1903 a Gerontologia é um tema multidisciplinar que tem sido frequentemente associado à Medicina Geriátrica – especialidade médica (Phillips, Ajrouch & Hillcoat – Nalletamby, 2010).

Schroots (1996, conforme citado em Fernández-Ballesteros, 2009) defende que o objecto de estudo da Gerontologia é tanto o processo de envelhecimento, como o estado



chamado velhice e as condições específicas das pessoas idosas (velho). Por outras palavras, a Gerontologia preocupa-se com o estudo da própria velhice, com o que ocorre durante o processo de envelhecimento e com as alterações que ocorrem quando o ser humano envelhece.

Fernández-Ballesteros (2009), particulariza o facto de a Gerontologia abarcar um amplo âmbito de conhecimentos biológicos (biologia, medicina, enfermagem), psicológicos (psicologia do desenvolvimento, psicologia social e psicologia cognitiva) e sociais (sociodemografia, ecologia humana e interação social). Deste modo, a aproximação teórica da Gerontologia é bio-psico-social. No que concerne aos conhecimentos biológicos, estes encontram-se relacionados com a investigação sobre as mudanças que ocorrem com a idade e com o passar do tempo. Sobre os conhecimentos psicológicos, a autora refere, que estes se devem ao estudo das mudanças e/ou estabilidade que o passar do tempo provoca nas várias funções cognitivas - atenção, percepção, aprendizagem, afectividade e personalidade. Não obstante, os conhecimentos sociais referem-se à procura de mudanças relacionadas com a idade em termos de papéis sociais, estrutura social e condições culturais. Depreende-se desta forma, que ao estudar o velho, a velhice e o envelhecimento, a Gerontologia é claramente interventiva, pois pretende melhorar as condições de vida das pessoas idosas.

Face ao exposto, considera-se que a questão do envelhecimento pode ser melhor compreendida, ao abordar três perspectivas diferentes - biológica, psicológica e social.

Considerando o envelhecimento como biológico, várias são as teorias existentes. Fernández-Ballesteros (2009), relembra que Cowdry (1939) procurou explicar o envelhecimento sob o ponto de vista biológico, como um processo endógeno ou exógeno. Como processo endógeno, o envelhecimento pode ser visto como um processo involuntário que ópera de forma acumulativa e com o passar do tempo termina numa modificação adversa das células. Como processo exógeno, o envelhecimento, resulta de factores como infecções, acidentes ou influências do ambiente externo. Para Fernández-Ballesteros (2009), nas teorias biológicas existem conceitos básicos. Todas referem que o organismo individual passa por três fases essenciais: crescimento e desenvolvimento, maturidade e declínio. A existência de mortes ou acidentes pode interromper este

processo. Dentro das teorias biológicas existem as teorias genéticas, celulares, sistémicas e as teorias dos acontecimentos vitais biológicos. As teorias genéticas permitem através da observação afirmar que cada espécie alcança uma determinada idade. No que respeita às teorias celulares, estas podem estar relacionadas com os seguintes princípios: informação das células ao nível do ADN; não renovamento celular; mecanismo oxidativo celular e a consequente danificação do ADN e das proteínas; minoração da fluidez e aumento de disfunções da membrana celular; e diminuição do desempenho da função específica de cada célula e a consequente perda de diferenciação celular. As teorias sistémicas, defendem que quanto mais lento for o metabolismo do ser humano maior pode ser a sua longevidade. Baseiam-se no equilíbrio dos sistemas biológicos e dos sistemas que o compõe, tais como: o sistema nervoso, o sistema endócrino, o sistema imunológico, assim como, o equilíbrio intersistémico. No que concerne às teorias dos acontecimentos vitais biológicos, estas referem-se às dificuldades que certas acções biológicas poderão provocar nos sistemas vitais do organismo humano.

Relativamente às teorias psicológicas, a autora supracitada, refere que as teorias psicológicas sobre o envelhecimento somente clarificam as mudanças ocorridas ao longo do tempo no funcionamento psicológico das pessoas. De acordo com a autora, as teorias psicológicas, podem ser agrupadas em quatro grupos: teorias do desenvolvimento, teorias do ciclo vital, teoria da actividade e teoria da continuidade.

As teorias do desenvolvimento postulam que o desenvolvimento humano é composto por uma série de estádios ou fases. É o caso da teoria de Piaget, na qual, o desenvolvimento ocorre desde o nascimento até à morte, e da teoria de Erikson que apresenta uma visão evolutiva e psicossocial. Relativamente à teoria do ciclo de vida “Life Span”, esta foi desenvolvido por Baltes em 1987, estabelecendo uma serie de pressupostos: (1) ao longo do ciclo de vida, existe um equilíbrio entre o crescimento e declínio; (2) existem funções psicológicas que declinam com a idade e outras não; (3) ao longo do ciclo de vida vai aumentando a variabilidade interindividual; (4) ao longo do ciclo de vida existe capacidade de reserva; e (5) a variabilidade das pessoas mais velhas pode ocorrer de forma normal, patológica ou bem-sucedida. A teoria da actividade, procura explicar os problemas sociais e as causas que contribuem para a inadaptação das pessoas

idosas. Por último, a teoria da continuidade, apresenta o envelhecimento como um processo contínuo traduzindo a adaptação da pessoa a situações externas negativas.

Ainda em termos de teorias do envelhecimento, Schaie e Willis (2003) também apresentam um conjunto de teorias psicológicas que explicam o envelhecimento. É o caso da teoria psicanalítica, que se centra nos conflitos emocionais e nos processos mentais inconscientes; a teoria humanista que se centra na motivação; e as teorias distais, que atribuem o envelhecimento cognitivo a factores que influenciam os períodos anteriores da vida que afectam os níveis actuais de competência. Estas teorias são úteis para especificar por que razão, surgem diferenças com a idade. Por outro lado, as teorias proximais do envelhecimento consideram que as influências simultâneas num dado momento determinam as influências relacionadas com a idade na execução cognitiva. Estas teorias não especificam como ocorrem as diferenças de idade.

Relativamente às teorias sociopsicológicas, diferentes autores no âmbito das Ciências Sociais estabeleceram grupos teóricos distintos. Por exemplo, Fernández-Ballesteros (2009) refere que as mais importantes são a teoria de desvinculação, a teoria da continuidade, da subcultura e da modernização.

A teoria da desvinculação foi desenvolvida por Cummings (1961, conforme citado em Fernández-Ballesteros, 2009) estabelecendo uma aproximação interactiva - a sociedade e a pessoa, ao longo do processo de envelhecimento têm o mesmo objectivo ou meta: a desvinculação da pessoa com a sociedade, o que prepara o individuo para a morte e permite a substituição geracional. A teoria da subcultura tem como base o isolamento dos mais velhos, que possuem todas as características de qualquer grupo etário isolado. A teoria da modernização tem presente que a posição social das pessoas mais velhas é inversamente proporcional ao grau de industrialização da sociedade.<sup>3</sup> Como se pode observar, muitas são as teorias do envelhecimento. Talvez por isso, nos anos mais recentes tem havido a preocupação de analisar a utilidade e as comunalidades desta diversidade. Alguns autores, propõem uma teoria integrada ou integrativa da Gerontologia Social. É o caso de Bass (2009). O autor propõe uma teoria integrada da

---

<sup>3</sup> A teoria da continuidade foi anteriormente referida pelo que, se recomenda a consulta da página anterior.

Gerontologia Social, defendendo que para se avançar no conhecimento é necessário dispor de instrumentos conceituais e metodológicos que facilitem uma aproximação entre investigadores. O mesmo autor propõe que, para se pensar a questão do envelhecimento na Gerontologia Social, se utilize uma nova representação gráfica – uma torre (Figura 1).

No entender de Bass (2009), uma teoria integrada da Gerontologia Social, combina uma macroperspectiva (que avalia os contextos social, económico, ambiental, cultural e político) que influenciam o comportamento humano e a saúde com uma microperspectiva e perspectivas ao nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões. Os contextos nos quais o envelhecimento ocorre alteram ao longo do tempo e são influenciados por acontecimentos históricos. Mudam entre países e regiões geográficas. O acumular de vantagens e desvantagens ao longo do curso de vida deve ser considerado na compreensão da experiência do envelhecimento – as experiências acumulam-se e influenciam capacidades, acesso, recursos, redes (“networks”), escolhas e acções em fases posteriores da vida. Um modelo conceptual de uma teoria integrada é reflexo das consequências do tempo. Inclui a cultura, a posição social, as circunstâncias económicas, forças ambientais e atributos individuais.

Segundo Bass (2009), a teoria integrada da Gerontologia Social não é estática, e movimenta-se e altera-se com o passar do tempo. Para melhor compreendermos esta teoria a Figura 1 é descrita seguidamente.

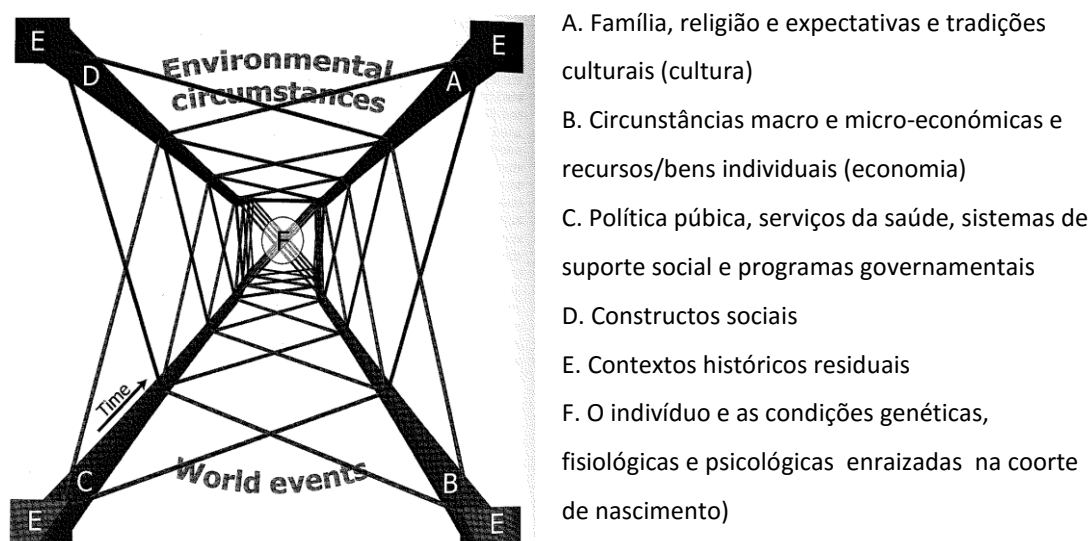


Figura 1 : Uma teoria integrada da Gerontologia Social (Bass, 2009, p. 362)

Quatro vigas suportam a torre. Cada viga reflecte os componentes principais que influenciam o curso de vida individual: cultura, economia, estado e sociedade. Cada uma das vigas encontra-se ancorada num bloco, que reflecte os acontecimentos do passado que são transportados para o presente e para o futuro. Ao olhar para cima, a partir do centro, é possível explorar as dimensões temporais experienciadas pelo indivíduo e pela sua coorte, ao longo do processo de envelhecimento. Cada degrau perto do topo da torre, está colocado um em cima do outro com um círculo no meio, representando diferentes pontos no tempo.

O indivíduo movimenta-se ao longo da estrutura (sendo que o círculo representa o indivíduo a envelhecer), rodeado pela sua coorte de nascimento. A torre não só possui quatro vigas estruturais principais, como cada viga tem apoios diagonais que estão interligados entre si. Isto serve para realçar o fluxo e interacção entre os diferentes elementos sociais, económicos, governamentais, e culturais. Adicionalmente, encontram-se circunstâncias ambientais e acontecimentos mundiais, que podem afectar dramaticamente a experiência de vida e o próprio suporte estrutural do indivíduo.

Note-se que o conceito de estrutura social é muito importante na perspectiva do curso de vida/"Life course". Remete-nos para as forças sociais (classe social) que

condicionam o acesso a recursos e como tal cria oportunidades ou constrangimentos no processo de envelhecimento.

Como descrito anteriormente, esta torre tem a particularidade de agregar uma grande multiplicidade de perspectivas, podendo o investigador/avaliador/interventor, focalizar-se num dos aspectos da torre – indivíduo, estrutura social, circunstâncias económicas, políticas governamentais ou ambiente. ´

Para melhor se compreender esta teoria, Bass (2009) faz a seguinte descrição: (1) o item F representa o indivíduo e as suas condições genéticas, fisiológicas e psicológicas ao longo da sua coorte de nascimento, suspensas entre os componentes estruturais interactivos. A infra-estrutura que rodeia o indivíduo reflecte as perspectivas desenhadas pelas diferentes disciplinas das Ciências Sociais, que possuem um efeito cumulativo sobre o envelhecimento individual e são elementares para integrar uma visão compreensiva da Gerontologia Social. Com o passar do tempo, o indivíduo vai-se movimentando ao longo da estrutura, acumulando vantagens e desvantagens durante o curso de vida; (2) o item A representa a família, a cultura, a religião, e as tradições e expectativas culturais do indivíduo. A cultura não é um elemento estático, evoluindo ao longo do tempo, e dentro de diferentes sub-populações, expectativas e normas existentes. As normas e mensagens culturais podem existir num contexto societal alargado ou dentro de uma etnia, religião, localização geográfica ou comunidades específicas; (3) o item B representa as circunstâncias micro e macro-económicas nas quais os indivíduos se encontram; (4) o item C representa o papel do Governo e dos sistemas de suporte públicos ou privados. Isto inclui políticas públicas, serviços de Saúde, programas governamentais, e sistemas de suporte social; (5) o item D representa os constructos sociais alargados que rodeiam o indivíduo como o estatuto, o poder, e a estratificação social. Os indivíduos podem descender de diferentes ambientes sociais com variados graus de influência e prestígio. Por último, (6) o item E constitui o contexto histórico residual no qual todos os elementos estão ancorados. Cada um dos itens de A a D emerge de um passado prévio ao nascimento do indivíduo, tendo influência sobre os elementos estruturais principais e, como resultado, apresenta consequências para o indivíduo.

## **2. Prática Profissional em Gerontologia Social**

A questão da Educação/Formação dos profissionais no âmbito do envelhecimento no contexto europeu é abordada por Meyer (2003). De acordo com a autora, os planos curriculares europeus em Gerontologia, são bastante heterogêneos. A sua maioria incide em programas de pós-graduação e Mestrado. No seu entender, a grande variedade estrutural de programas curriculares observados deve-se, sobretudo, aos diferentes sistemas educativos das universidades, no contexto europeu. Neste sentido, a autora defende a necessidade de alguma equivalência em termos do Sistema de Ensino Superior na Europa, podendo, o Mestrado Europeu em Gerontologia (European Master Gerontology - EUMAG) constituir o primeiro passo nesse sentido.

### **2.1 Como Educar/Formar os profissionais do âmbito do envelhecimento?**

Para Meyer (2003), a atribuição de títulos de “diploma” e “certificado” não é igual entre os vários sistemas de ensino superior: (1) no caso da Alemanha, a obtenção de um diploma em Gerontologia pode ocorrer através de uma pós-graduação; (2) na Suíça, a obtenção de um diploma em Gerontologia pode acontecer através de um programa curricular com a duração de três anos. Também na Suíça, as universidades podem desenvolver programas curriculares para licenciados com atribuição de um *Certificat de Formation Continue en Gérontologie*. Em ambos os países, Alemanha e Suíça, as universidades podem desenvolver programas para profissionais da área da Gerontologia, sem atribuírem qualquer qualificação para o ingresso na universidade mas com a atribuição de um certificado; (3) em Itália, um diploma universitário em Gerontologia pode ser obtido através de um curso ou formação com a duração de nove dias; (4) em França, o *Certificat D'Études Supérieures Spécialisés* (CESS) constitui o terceiro ciclo de estudos, com uma qualificação académica orientada sobretudo para a investigação. O programa curricular habilita os estudantes a prosseguirem estudos para obtenção do

Doutoramento. Portanto, pelo que acaba de ser descrito, existe uma grande diversidade na Europa.

O programa de Mestrado Europeu em Gerontologia (EUMAG) que Meyer (2003) aborda, está vocacionado para o acesso a estudos Gerontológicos, especialmente para os estudantes que não possuam oportunidades de qualificação nos seus países de origem, particularmente nos países da Europa do Sul, como é o caso de Portugal, e de Leste. Depois de concluído o curso, os estudantes podem contribuir para a importante tarefa de desenvolver a área da Gerontologia nos seus países.

Relativamente à constituição do programa EUMAG, os especialistas acreditam que o primeiro ano de estudos deve ser estruturado em módulos centrais que incluem, para além das disciplinas fundamentais da Gerontologia (Social, Psicologia e Saúde), um método modular contínuo, um módulo introdutório integrado, e também cursos de verão no final do primeiro ano (Meyer, 2003). Os cinco módulos nucleares do primeiro ano de estudos são estruturados de forma equivalente: possuem o mesmo número de créditos (9), e a duração é de aproximadamente dois meses. Cada módulo começa com uma semana de presença obrigatória, seguida de estudo autónomo. O segundo ano consiste em módulos obrigatórios, opcionais-obrigatórios, e opcionais, tendo em conta as diferentes necessidades dos estudantes. Estes podem escolher entre três “linhas” diferentes: estudos profissionais e do envelhecimento, estudos de administração e gestão, ou investigação sobre o envelhecimento. Cada uma destas “linhas” possui um módulo introdutório, e adicionalmente, dois módulos opcionais-obrigatórios. Os estudantes devem ter a possibilidade de escolher os módulos oferecidos pelas universidades internacionais parceiras, de acordo com os seus objectivos, quando se preparam para planear o segundo ano académico. Os últimos quatro meses estão reservados para a Dissertação do Mestrado, pelo que a primeira proposta deverá ser submetida no início do segundo ano académico (Meyer, 2003). Com o sistema modular são reveladas novas oportunidades no caminho para internacionalizar cursos Gerontológicos. A educação baseada em módulos e ECTS oferece a permutabilidade entre os cursos individuais na Alemanha e simultaneamente facilita e financia o intercâmbio de estudantes entre os diferentes países.



Para Aartsen (2009), o programa de Mestrado Europeu em Gerontologia (NorMag), implementado no Ensino Superior nos países nórdicos no campo da Gerontologia, surgiu em 2008. Encontra-se integrado num programa de Mestrado em algumas universidades e abrange temas relacionados com o envelhecimento, bem como os factores que sustentam o processo de envelhecimento. Explora questões relacionadas com o bem-estar na velhice e as formas de promover o envelhecimento bem-sucedido e saudável.

A propósito da Educação/Formação de profissionais na área do envelhecimento Sundell, Soydan, Tenvald e Anttila (2010), referem que a formação no Trabalho Social na Suécia remonta ao início do século XX, com a “Central Association for Social Work”. O objectivo era melhorar as condições de vida dos grupos mais vulneráveis (como é o caso das pessoas idosas) e desfavorecidos da sociedade, sendo que, foi sobretudo no início dos anos 70, que começou a emergir uma mudança na formação e investigação no Trabalho Social. Em 1968, o Estado defendeu uma melhoria dos pré-requisitos para o desenvolvimento de uma base de conhecimento para a profissão do Trabalhador Social. Esta base de conhecimento deveria ter uma vertente académica e a Prática deveria estar assente na investigação e avaliação. Porém, em 1974, a primeira tentativa para estabelecer uma plataforma nacional de investigação acerca da actividade do Trabalhador Social não foi bem-sucedida. Seguidamente, em 1977, surgiu uma nova proposta governamental, a qual foi bem aceite pela comunidade académica. Nesse mesmo ano, nasceu a disciplina académica de Trabalho Social na Universidade de Lund. O objectivo era orientar o ensino e investigação para a resolução e prevenção de problemas sociais a diferentes níveis da sociedade.

De acordo com os autores supracitados, o estabelecimento do “Institute for Evidence-Based Social Work Practice” – IMS, iria constituir uma nova estratégia desenvolvida pelos decisores políticos para interligarem a produção do conhecimento científico com a Prática Profissional. Segundo este Instituto, a Prática *baseada na evidência* seria um processo que envolveria a criação de respostas com base nas necessidades/problemas de um cliente, encontrando a melhor evidência disponível, avaliando a qualidade da intervenção, a sua aplicabilidade e eficácia. A missão deste

Instituto era promover a Prática do Trabalho Social *baseado na evidência*, abrangendo todo o campo de serviços do Social. Assim, em Abril de 2004, foi criado o “Institute for Evidence-Based Social Work Practices”.

Em primeiro lugar, o “Institute for Evidence-Based Social Work Practices” tem como propósito assumir um papel de liderança no discurso internacional sobre conhecimento científico e evidência nos serviços relacionados com o Trabalho Social. Isto é conseguido através da organização de conferências internacionais e da realização de publicações que poderão contribuir para a melhoria do discurso internacional (Cheetham, Mullen, Soydan & Tengvald, 1998, conforme citado em Sundell, Soydan, Tenvald & Anttila, 2010). Em segundo lugar, o “Institute for Evidence-Based Social Work Practices”, é considerado um apoiante activo da Campbell Collaboration, uma rede de investigadores, médicos, e patrocinadores que desenvolvem, mantêm, e disseminam revisões sistemáticas de estudos efectivos sobre o bem-estar social, educação, crime e justiça. Por último, o “Institute for Evidence-Based Social Work Practices”, continua a apoiar uma rede internacional de centros de investigação em Trabalho Social, essencialmente composta por centros europeus, à excepção de dois, situados nos Estados Unidos. O “Institute for Evidence-Based Social Work Practices”, beneficia cada vez mais de um aumento de consciencialização no seio dos clientes, das suas famílias, e das redes de protecção do cliente, nomeadamente acerca do valor e mérito da utilização da Prática *baseada na evidência* para benefício dos clientes, e a dimensão moralmente incorrecta de expor os clientes e as suas famílias a Práticas do Trabalho Social baseadas na opinião e que não foram testadas (Sundell, Soydan, Tenvald & Anttila, 2010). Como desafios destacam-se: (1) a falta de interesse por parte dos académicos do Trabalho Social para desenvolver e apoiar esforços no sentido de promover a Prática *baseada na evidência* e dar formação adequada a gerações futuras do Trabalho Social; (2) alcançar um consenso nacional e internacional relativamente a como classificar a evidência; (3) possibilitar que os países partilhem entre si intervenções *baseadas na evidência*; (4) falta de fiabilidade e validade na avaliação da qualidade dos serviços a um nível local; e (5) estabelecimento de uma infra-estrutura para a difusão de inovações e transferência de conhecimento.

Acerca da transferência de conhecimento teórico acumulado no âmbito do envelhecimento, Lowenstein e Carmel (2009), abordam a questão da Educação/Formação dos profissionais do âmbito do envelhecimento por parte das Instituições de Ensino Superior nos Estados Unidos da América (EUA). Seguindo a linha de Hyman (1979), defendem que as instituições responsáveis pela Educação/Formação desempenham um papel fundamental em facilitar a adaptação social necessária aos desafios do envelhecimento global da população e às necessidades sociais e de saúde. Para ter impacto nas sociedades envelhecidas as autoras consideram que é necessário desenvolver conhecimento e programas de educação em Gerontologia. Foi sobretudo no início dos anos 80, que surgiram nos EUA, recomendações acerca desta mesma necessidade.

Assim, tornou-se claro, segundo as autoras, que para desenvolver conhecimento Gerontológico e construir um paradigma de Educação/Formação Gerontológica, as sociedades necessitavam de atravessar três fases inter-relacionadas: (1) uma nova e crescente necessidade social, (2) o reconhecimento da necessidade, e (3) a actuação sobre essa mesma necessidade. Ainda de acordo com a mesma fonte, a revolução demográfica que as sociedades tecnologicamente avançadas atravessam – aumento da população idosa e novas e complexas necessidades sociais e de saúde - consciencializou os investigadores, os profissionais e o público em geral das necessidades das pessoas mais velhas, reconhecendo também, a necessidade de criação de bases de conhecimento Gerontológico específico e único (Lowenstein & Carmel, 2009). Nesta linha de ideias, o conhecimento Gerontológico e as bases de dados de investigação proliferaram nas últimas décadas, que se reflectem no aumento de Mestrados e Doutoramentos, sobretudo nos EUA, em resposta à necessidade de formar investigadores, educadores e profissionais.

A percepção de que a Gerontologia como disciplina possui um vasto corpo de conhecimento, que pela sua natureza “embraces, incorporates, and integrates knowledge from a variety of disciplines” (Lowenstein & Carmel, 2009, p.709) é reflectida por autores como Rosenberg (1979, conforme citado em Lowenstein & Carmel, 2009), segundo o qual existe um conjunto de elementos-chave a considerar. O primeiro elemento é o conteúdo

da investigação científica e a Educação/Formação em Gerontologia. Os conteúdos reflectem os dilemas sociais face à velhice e ao envelhecimento a nível do indivíduo, família e sociedade. O segundo elemento é a estrutura da disciplina, a qual está reflectida no “outcome” dos instrumentos intelectuais usados a disseminar o conhecimento. O terceiro elemento é compreender a organização do conhecimento, ou seja, onde é que o conhecimento é produzido e para quem se destina.

Para Lowenstein (2001, conforme citado em Lowenstein & Carmel, 2009) a Gerontologia atingiu um estágio de transformação que é o de uma disciplina académica distinta. Bramwell (1985, conforme citado em Lowenstein & Carmel, 2009), apresenta quatro critérios para uma disciplina académica: (1) ter um fenómeno para investigar. Actualmente, na Gerontologia o tema é o estudo do envelhecimento humano, a partir da perspectiva “life course”/“Life Span” perspective com ênfase no tempo (“time”) como elemento-chave, assim como a integração de elementos estruturais e contextuais com a agência humana; (2) na Gerontologia recorre-se a biomarcadores de idade, a uso de critérios fenomenológicos e métodos qualitativos, e a promoção e triangulação de dados e investigação longitudinal; (3) organizações Gerontológicas como a *American Gerontological Society* (estabelecida em 1945), a *International Association of Gerontology* (estabelecida em 1949), e a *Gerontology Association of Higher Education* (estabelecida em 1974) representam actualmente mais de 1000 programas gerontológicos académicos; e (4) um corpo de bases fundamentais de conhecimento com uma perspectiva filosófica e a sua própria terminologia distintiva.

No entanto, Lowenstein e Carmel (2009), referem que, tal como acontece aquando a emergência de novas disciplinas, falta estabelecer a ponte entre os seguintes três elementos: (1) desenvolvimento teórico; (2) proliferação de programas de Educação/Formação; e (3) institucionalização da disciplina. Partindo do objectivo das autoras, o novo paradigma de educação Gerontológico deve ser desenvolvido para atingir os seguintes fins: (1) estabelecer verdadeiramente programas académicos interdisciplinares orientados para a investigação, na Gerontologia, com ênfase na excelência. Promover o estudo científico do envelhecimento e desenvolver bases de conhecimento novas, inovadoras e únicas para as necessidades das sociedades

envelhecidas, educando assim um novo quadro de líderes académicos e profissionais. Com o intuito de atingir a interdisciplinaridade, os programas devem ser desenhados em colaboração com investigadores de outros departamentos e escolas; (2) actualizar em termos de formação, os diversos profissionais, gestores, e administradores que trabalham nos Serviços de Saúde e do Social para os mais velhos. Isto pode ser alcançado através da provisão de várias técnicas de investigação e treino em Gerontologia destinado aos especialistas académicos e prestadores de serviços, tomando especial atenção aos grupos populacionais únicos com os quais estão a trabalhar, como minorias étnicas, grupos de imigrantes, ou os doentes crónicos; (3) alcançar uma maior integração entre a investigação e a Prática a todos os níveis.

Ainda segundo Lowenstein e Carmel (2009), os programas devem basear-se nas seguintes premissas: 1) multidimensionalidade da Educação/Formação, investigação e treino em Gerontologia. O programa deve ser flexível e orientado para as necessidades individuais dos alunos; e 2) educar e treinar profissionais e potenciais quadros académicos e de investigação para responder às crescentes e complexas necessidades de uma população diversa e heterogénea, baseando-se numa abordagem holística. Desta forma, é fundamental a ênfase na investigação, na política e gestão, de maneira a promover a compreensão de assuntos como a autonomia dos mais velhos e a qualidade de vida.

Ainda relativamente à Educação/Formação na Europa e Estados Unidos, a Comissão Europeia conjuntamente com o departamento de Educação dos Estados Unidos, concederam apoios para a implementação de um Programa Internacional e Interdisciplinar para o ensino em Gerontologia na Europa e nos Estados Unidos (Meyer, 2003). Este programa designado de INTERGERO (Programa Interdisciplinar para o Ensino Gerontológico) integra três universidades europeias e três universidades americanas. As universidades europeias envolvidas neste programa são: a Universidade de Salamanca (Espanha), Universitat Heidelberg: Institut fur Gérontologie (Alemanha) e a Vrije Universiteit Amsterdam (Holanda). No que diz respeito às universidades americanas, enunciam-se: a University Miami, a Universidade do Estado de Oregon e San Francisco State University. O programa INTERGERO disponibiliza apoio financeiro aos estudantes

das universidades para permanecer no exterior por um período de quatro meses para aprender a língua do país de acolhimento, adquirir experiência profissional através de estágios em centros qualificados no campo da Gerontologia.

## **2.2 A Educação/Formação em Gerontologia em Portugal**

Uma vez descrita a situação vivenciada na Europa e nos EUA, importa neste momento, conhecer o que se passa em Portugal. Óscar Ribeiro e colaboradores (2010), referem que em Portugal, para responder aos desafios do envelhecimento global da população, é fundamental melhorar a investigação, a educação e a Prática com o objectivo de responder às crescentes necessidades colocadas pelos serviços de cuidados psicogeriátricos. Os autores mencionam que actualmente estão disponíveis em diversas universidades e politécnicos, cursos de pós-graduação em Gerontologia Social, Geriatria e Gerontologia, com duração de um a três anos. Estes cursos não se centram exclusivamente nos aspectos clínicos de Psiquiatria Geriátrica e Psicologia, mas tendem a abranger as questões mais importantes da saúde mental dos idosos através da Geropsicologia e/ou outras disciplinas de Psicopatologia, nos planos de estudo.

Sobre este assunto, Ramalho e Ramalho (2014) também referem que o Ensino Superior Público e Privado em Portugal, conscientes do crescente envelhecimento populacional, verificaram a necessidade de criação de estudos superiores que habilitassem e capacitassem os prestadores de serviços da área do Social para a sua Prática Profissional. Assim, o desenvolvimento de Licenciaturas e Mestrados na área da Gerontologia e da Gerontologia Social foram crescendo na última década, com o objectivo de formar Técnicos Superiores aptos a intervir com a população envelhecida.

Segundo os autores supracitados, com a entrada no mercado de trabalho destes Técnicos Superiores, enquanto membros de equipas multidisciplinares que avaliam, intervêm e estudam cientificamente o fenómeno social do envelhecimento humano se obterá um aumento da qualidade de vida das pessoas idosas, através de acções comunitárias de natureza social, educativa e cultural, utilizando instrumentos e técnicas

de investigação e de intervenção para o desenvolvimento de projectos e actividades Gerontológicas. O apoio social prestado será promovido por prestadores de serviços tecnicamente habilitados, pelas Instituições de Ensino Superior Públicas e Privadas, Universidades e Escolas Politécnicas.

Em Portugal pode-se realçar a importância do programa *European Master Gerontology* (EUMAG), tendo como entidade responsável a Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos – UNIFAI. Encontra-se sediada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), desde 2004, e desenvolve trabalho especializado na área do envelhecimento através do projecto “Centro de Atendimento 50+”. Trata-se de uma resposta da UNIFAI e da Universidade do Porto às necessidades da comunidade, decorrentes de problemas cognitivo-comportamentais de saúde e bem-estar das pessoas. O atendimento é realizado por Técnicos especializados nos domínios da Psicologia, Gerontologia e da Saúde, assim como, por estudantes de doutoramento do Programa Doutoral em Gerontologia e Geriatria da Universidade do Porto e Universidade de Aveiro. Note-se que, a Geriatria é uma especialidade da Medicina dedicada ao envelhecimento patológico, enquanto a Gerontologia é uma ciência que estuda o envelhecimento normal (Hooyman & Kiyak, 2011).

Os dados apresentados seguidamente, permitem de facto, um novo olhar sobre esta nova realidade que é o envelhecimento da população. Este fenómeno que todos nós falamos tem sido tema de interesse e preocupação por parte do estado e dos sistemas de Ensino Superior. Segundo Ramalho e Ramalho (2014), a preocupação passa essencialmente pela melhoria dos serviços de apoio aos idosos. Esta situação remete-nos para a relevância da formação dos profissionais no âmbito da Gerontologia Social, neste caso em particular, ao nível da Licenciatura e Mestrado.

Tabela 1.

*Licenciaturas no âmbito do envelhecimento no Ensino Superior Público e Privado*

<b>Ensino Superior Público</b>				
<b>Designação estabelecimento de ensino</b>	<b>Escola</b>	<b>Licenciatura</b>	<b>Entrada em funcionamento</b>	<b>Duração</b>
Instituto Politécnico de Bragança	Escola Superior de Saúde de Bragança	Gerontologia	2004	3 Anos
Instituto Politécnico de Coimbra	Escola Superior de Educação de Coimbra	Gerontologia Social	2009	3 Anos
Instituto Politécnico de Viana do Castelo	Escola Superior de Educação de Viana do Castelo	Educação Social Gerontológica	2006	3 Anos
Instituto Politécnico de Aveiro	Escola Superior de Saúde	Gerontologia	2003	3 Anos
<b>Ensino Superior Privado</b>				
Instituto Superior de Serviço Social do Porto	Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.RL	Gerontologia Social	2008/2009	3 Anos
Instituto Politécnico de Lisboa	Escola Superior de Educação de João de Deus	Gerontologia Social	2007	3 Anos
Instituto de Estudos Superiores de Fafe	Escola Superior de Educação de Fafe	Educação Social Gerontológica	2012	3 Anos

**Fonte:** Consulta do site da Direcção Geral do Ensino Superior; Consulta dos sites das Universidades/Politécnicos.

Na Tabela 1, é possível observar que relativamente às Licenciaturas, desde o ano 2003 que se verifica um aumento considerável de cursos no âmbito do envelhecimento por parte das instituições de Ensino Superior. Constata-se a existência de sete instituições com formação na área do envelhecimento e é sobretudo no Ensino Superior Público que esse crescimento é mais evidente.



Tabela 2.

*Mestrados no âmbito do envelhecimento no Ensino Superior Público*

<b>Ensino Superior Público</b>				
<b>Designação estabelecimento de ensino</b>	<b>Escola</b>	<b>Mestrado</b>	<b>Entrada em funcionamento</b>	<b>Duração</b>
Universidade da Beira Interior	Faculdade de ciência da Saúde	Gerontologia	2007/2008	2 Anos
Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro	Escola de Ciências da Vida e do Ambiente	Gerontologia: Actividade Física e Saúde no Idoso	2009/2010	2 Anos
Universidade da Madeira	Escola Superior de enfermagem da Madeira	Gerontologia: especialização em Gerontologia Social	2009/2010	2 Anos
Universidade de Aveiro	Escola Superior de Saúde	Gerontologia: especialização em intervenção comunitária; Gerontologia: especialização em Gestão de equipamentos	2007/2008 2004/2005	2 Anos
Instituto Politécnico de Viana do Castelo	Escola Superior de Educação	Gerontologia Social	2010/2011	2 Anos
Instituto Politécnico de Beja	Escola Superior de Educação	Psicogerontologia Comunitária	2014/2015	3 Semestres
Instituto Politécnico de Castelo Branco	Escola Superior de Educação	Gerontologia Social	2011/2012	3 Semestres
Instituto Politécnico de Portalegre	Escola Superior de Educação/ Escola Superior de Saúde	Gerontologia, ramo Gerontologia e Saúde Gerontologia, ramo Gerontologia Social	2012/2013	2 Anos
Universidade do Algarve	Escola Superior de Educação e Comunicação/Escola Superior de Saúde de Faro	Gerontologia Social	2008/2009	2 Anos
Instituto Politécnico de Leiria	Escola Superior de Saúde	Intervenção para um envelhecimento activo	2011/2012	3 Semestres
Instituto Politécnico de Bragança	Escola Superior de Saúde	Envelhecimento Activo	2011/2012	2 Anos

**Fonte:** Consulta do site da Direcção Geral do Ensino Superior; Consulta dos sites das Universidades/Politécnicos.

Na Tabela 2, é possível observar o número de Mestrados na área do envelhecimento no Ensino Superior Público. Desde o ano lectivo 2004/2005 até ao ano lectivo 2014/2015 (informação mais recente) foram identificadas 11 Instituições de Ensino Superior com Mestrados na área do envelhecimento. A informação obtida também permite observar que é no Ensino Superior Politécnico que existe mais formação nesta área, sendo que em termos de duração predominam os dois anos.

Tabela 3.

*Mestrados no âmbito do envelhecimento no Ensino Superior Privado*

<b>Ensino Superior Privado</b>				
<b>Designação estabelecimento de ensino</b>	<b>Escola</b>	<b>Mestrado</b>	<b>Entrada em funcionamento</b>	<b>Duração</b>
Instituto Superior Miguel Torga-Coimbra	Escola Superior de Altos Estudos	Gerontologia Social	2009/2010	2 Anos
Instituto Superior Bissaya Barreto Coimbra	Instituto Superior Bissaya Barreto Coimbra	Gerontologia Social	2008/2009	3 Semestres
Instituto Superior de Serviço Social do Porto	Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social	Gerontologia Social	2007/2008	3 Semestres
Universidade Lusíada de Lisboa	Instituto Superior de Serviço Social	Gerontologia Social	2008/2009	2 Anos
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Lisboa	Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração	Gerontologia Social	2009/2010	2 Anos
Universidade Católica Portuguesa	Faculdade de Ciências Sociais Humanas (Braga)	Gerontologia Social Aplicada	2007/2008	2 Anos

**Fonte:** Consulta do site da Direcção Geral do Ensino Superior; Consulta dos sites das Universidades/Politécnicos.

Observando as Tabelas anteriores é possível observar que das 6 Instituições do Ensino Superior Privado, 5 instituições adoptam a designação de Gerontologia Social (Tabela 3). No entanto, no Ensino Superior Público as designações do Mestrado são mais diversas (Tabela 2), sendo que a designação se faz entre Gerontologia (com os ramos da Saúde e do Social), surgindo também a Gerontologia Social, para além de outras designações mais abrangentes.

### **2.3 Avaliar e intervir na Gerontologia Social: o núcleo da profissão?**

Como referido anteriormente, na introdução deste trabalho, a avaliação e a intervenção são duas das fases da Prática Gerontológica (Richardson & Barusch, 2006). Também Bastos, Faria, Amorim e Carvalho (2013), a propósito da Prática Gerontológica, começam por situar o território da Gerontologia Social: Ciência que utiliza vários métodos para investigar, avaliar e intervir junto de populações específicas. Note-se que na investigação, o indivíduo parte dos conhecimentos existentes numa determinada área do saber, para definir hipóteses ou questões de investigação e estabelecer um plano, que orienta a recolha, o tratamento e a análise dos dados. De acordo com López (2009), a técnica de investigação ou avaliação integram procedimentos utilizados pelo investigador, e que lhe permitem, recolher ou obter informação, de acordo com as características da população. Além disso, aquando a selecção da técnica a utilizar existem uma série de critérios a considerar: (1) aplicabilidade – a investigação seleccionada deve facilitar tanto o avaliador como o avaliado. Por vezes, o instrumento de recolha de dados pode não ser o adequado para a população em estudo, sendo necessário, modificar ou adaptar o instrumento de recolha de dados, ou, elaborar um novo instrumento que preencha os critérios do estudo; (2) rigor – o investigador deve ter conhecimento suficiente sobre as características da técnica escolhida e experiência suficiente na sua aplicação; e (3) competência técnica – para poder usar uma técnica ou um procedimento de recolha de informação é necessário saber utiliza-la.

Para Moraes (2012), a avaliação em Gerontologia Social, tem como objectivo a identificação de problemas que até então, eram atribuídos ao processo de envelhecimento. Trata-se de um processo que envolve o idoso, a família, e que tem como principal objectivo a avaliação funcional e multidimensional para depois delinear um plano de intervenção.

Phillips, Ajrouch e Hillcoat-Nalletamby (2010), referem a existência de protocolos Gerontológicos que avaliam a triologia do envelhecimento em termos bio-psico-sociais. Acerca deste assunto, Reig e Fernández-Ballesteros (1994, conforme citado em Fernández-Ballesteros, Merita & Hernández, 2009), referem que a avaliação na velhice e a investigação em Gerontologia Social devem seguir um modelo multidimensional, no qual incluem variáveis do próprio indivíduo - biológicas e pessoais ou psicológicas e no qual o mesmo se desenvolve - variáveis ambientais e sociais. São estes mesmos autores que propõem sete áreas essenciais para avaliar a velhice, de acordo com uma perspectiva multidimensional: actividades de vida diária, saúde mental, funcionamento psicossocial ou bem-estar emocional no contexto social e cultural, saúde física, recursos sociais, recursos económicos e ambientais.

Relativamente à intervenção, são referidas sete etapas que concretizam esta fase: (1) análise de necessidades ou definição do problema; (2) definição de objectivos a atingir; (3) pré-avaliação ou análise das causas do problema e qual a melhor forma de o resolver; (4) desenho do programa; (5) implementação; (6) avaliação dos resultados e (7) tomada de decisão acerca do programa implementado (Ander-Egg, 1978; Brikenhorff et al., 1983; Chalip, 1985; Fernández-Ballesteros, 1985; Meltsner, 1972; Palumbo, 1987, conforme citado em Fernández-Ballesteros, Merita & Hernández, 2009).

A propósito deste assunto, Richardson e Barusch (2006), no seu livro *Gerontological Practice*, apresentam as várias fases na Prática Gerontológica: (1) a fase da escuta; (2) a fase da avaliação; e (3) a fase da intervenção com pessoas idosas. Dada relevância desta matéria para o tema desta Dissertação, apresenta-se em seguida cada uma das fases.

A *fase da escuta* é um aspecto importante na Prática dos *Gerontological Social Workers* (GSW), que sumariamente podemos traduzir por Trabalhadores Sociais

Gerontológicos. As pessoas idosas precisam de falar acerca dos seus problemas e os Trabalhadores Sociais Gerontológicos precisam de criar confiança na relação com as pessoas idosas mediante uma comunicação verbal e não-verbal adequada. Para tal, os autores recomendam que os Trabalhadores Sociais Gerontológicos partilhem as suas histórias e experiências com as pessoas idosas. A distância, a objectividade e neutralidade são muitas vezes desnecessários e anti-terapêuticos na Prática do Trabalho do Social. Ao estabelecerem confiança com as pessoas idosas, estes profissionais podem conseguir que as mesmas verbalizem os seus sentimentos mais facilmente. Nesta fase, os Trabalhadores do Social também podem ajudar os mais velhos a encontrar significado ou sentido para as suas vidas, o que na opinião dos autores, se revela importante na vida adulta.

Segundo a mesma fonte, as pessoas idosas que encontram sentido para as suas vidas, lidam melhor com o envelhecimento. Quando perdem alguém que é próximo, conseguem encontrar mais facilmente força para superar a perda, através do significado que dão às suas vidas. Os Trabalhadores Sociais Gerontológicos devem facilitar o desenvolvimento de significado, integridade e sabedoria, incentivando os idosos a reverem os seus sentimentos, pensamentos e a partilharem as suas experiências através de palavras. Estes técnicos, também devem ajudar as pessoas idosas a identificarem os factores que causam *stress* nas suas vidas. Note-se que alguns modelos de envelhecimento bem-sucedido como é o caso de Eve Kahana e colaboradores (2005, 2012) acentuam a importância do *stress* no envelhecimento colocando em destaque a adaptação proactiva. Relativamente a este último aspecto, os autores atribuem o termo *life stressors* aos factores que se encontram relacionados com as transições difíceis da vida, aos acontecimentos de vida traumáticos, ambientes sociais e físicos dolorosos e processos interpessoais disfuncionais. Para compreenderem quais os factores que causam *stress*, os Trabalhadores Sociais Gerontológicos devem realizar uma avaliação do contexto social e a análise de interações com os membros da família, amigos, grupos e instituições. Os autores, enunciam algumas técnicas específicas, para encorajar as pessoas idosas a partilharem e a reflectirem sobre os seus sentimentos. Em primeiro lugar, durante a fase de avaliação, os Trabalhadores Sociais Gerontológicos devem demonstrar que escutam a pessoa idosa. Existem várias formas de o demonstrar,

nomeadamente, através da postura corporal, expressões faciais, tom de voz, gesticulação da cabeça e contacto visual. Estes comportamentos ajudam a estabelecer confiança com as pessoas idosas porque transmitem envolvimento, preocupação e compaixão. Além de expressar comportamentos não-verbais adequados, os profissionais da Gerontologia Social devem estabelecer empatia com o idoso. Em segundo lugar, devem expressar sensibilidade e empatia cultural com os mais velhos.

No que diz respeito à segunda fase - *fase de avaliação* - Richardson e Barusch (2006), defendem que, os Trabalhadores Sociais Gerontológicos devem incorporar perspectivas biopsicossociais e multidisciplinares acerca do envelhecimento. Para tal, existem Manuais Práticos que poderão constituir uma ferramenta indispensável na avaliação. Os autores fazem referência ao Manual Prático A,B,C,D,E,F. A letra (A) refere-se às acções ou comportamentos. Os profissionais devem avaliar como os indivíduos ocupam o seu tempo, se participam em actividades significativas e se comem e dormem bem. De uma forma geral, devem avaliar as actividades da vida diária (AVD), bem como, as actividades instrumentais da vida diária (AIVD). A letra (B), refere-se aos factores biológicos e de saúde. Inclui informação acerca da saúde dos indivíduos. A letra (C), diz respeito ao funcionamento cognitivo. Normalmente, neste tipo de avaliação, são incluídas perguntas sobre a memória e orientação. Aqui pode-se realizar um mini – exame para avaliar as funções cognitivas (ex: MMSE). Seguidamente, a letra (D), refere-se aos dados demográficos do individuo, nomeadamente: recursos económicos, situação profissional e estado civil. Os recursos ambientais/sociais (E), revelam informação acerca das redes de apoio do individuo, incluindo relações com a família, amigos e vizinhos. Por último, a letra (F), encontra-se relacionado com os sentimentos do indivíduo.

Ainda nesta fase, os profissionais podem utilizar diferentes instrumentos de avaliação multidimensional com as pessoas idosas. É o caso do *Older Americans Resources and Service* (OARS; Fillenbaum & Smyer, 1981), desenvolvido para avaliar a capacidade física, psicológica, social e funcionamento económico dos idosos.

Segundo Geron (1997, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006), um bom instrumento de avaliação é sensível às diferenças culturais, linguísticas e outras formas de expressão. De acordo com Yee (1997, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006), “

a cultura afecta a forma como os indivíduos encaram a doença e a incapacidade, como procuram ajuda e percebem os mecanismos de avaliação e aquisição de serviços, e como eles atribuem significado a interacções com representantes de um sistema de serviço” (p.26).

No que diz respeito ao grau de directividade do processo, Richardson e Barusch (2006), afirmam que a avaliação da situação dos idosos, nomeadamente a gravidade/severidade da situação, a natureza dos seus problemas, os recursos pessoais e sociais, contexto cultural e eficácia de intervenções específicas afectam a intervenção que os Trabalhadores Sociais Gerontológicos utilizam com os idosos: colaborativa, centrada no cliente, ou dirigida pelo profissional.

Assim, relativamente à terceira e última fase - *fase de intervenção* - Richardson e Barusch (2006) consideram que os Trabalhadores Sociais Gerontológicos, intervêm a múltiplos níveis e usam várias estratégias de intervenção. Os autores defendem que estes profissionais podem usar Manuais Práticos de avaliação para organizar a intervenção e assegurar uma abordagem integrada. Em termos de actuação, os autores recomendam uma intervenção do tipo colaborativa, muito embora haja circunstâncias em que o nível de directividade possa variar.

Simon (1994) recomenda que os Trabalhadores Sociais Gerontológicos implementem uma intervenção colaborativa. Rowles e Reinharz (1988, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006), referem-se a essa Prática como o diálogo cooperativo conseguido quando os profissionais evitam relações autoritárias ou dominantes com os idosos. A este propósito, Germain e Gitterman (1996, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006), consideram que, enquanto os Trabalhadores Sociais Gerontológicos partilham as suas experiências e histórias de vida, uma intervenção colaborativa, não hierárquica, é consistente como uma orientação capacitada que se esforça para apoiar a participação do idoso no processo de ajuda. Quando os idosos têm recursos estáveis, os Trabalhadores Sociais Gerontológicos podem reforçar os seus sistemas de apoio no sentido de ajudar na resolução dos seus problemas – capacidade de resolução.

Na abordagem colaborativa, é necessário um trabalho mútuo com os idosos para identificar problemas, avaliar possíveis soluções e implementar mudanças. Os

Trabalhadores Sociais Gerontológicos devem intervir rapidamente quando os idosos têm problemas graves e se sentem incapazes de resolver os seus problemas (Richardson & Barusch, 2006).

A abordagem centrada no cliente, geralmente é recomendada quando os idosos possuem bons recursos pessoais e a comunidade apoia na resolução dos seus problemas (Richardson & Barusch, 2006). Alguns idosos preferem tomar as suas próprias decisões e iniciar uma intervenção, enquanto o Trabalhador Social Gerontológico oferece apoio e encoraja a pessoa. Os Trabalhadores Sociais Gerontológicos facilitam ao escutar o idoso, colocando questões que ajudam a clarificar os sentimentos, pensamentos, dificuldades e a decidir acerca do tipo de intervenção a seguir. Os Trabalhadores Sociais Gerontológicos que utilizam uma abordagem centrada no cliente fornecem uma escuta reflexiva e empática e colocam questões que incentivem os idosos a compartilharem sentimentos e a identificarem soluções.

Relativamente à abordagem dirigida pelo profissional, Gilliland e James (1988, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006), acreditam que os Trabalhadores Sociais Gerontológicos devem utilizar uma abordagem dirigida pelo profissional com os idosos que: (1) necessitam de hospitalização imediata devido ao uso de produtos químicos ou disfunção orgânica; (2) sofrem de depressão grave; (3) estão a passar por um episódio psicótico grave; (4) estão a passar por uma fase de perda; (5) elevada ansiedade; (6) encontram-se fora do contacto com a realidade ou (7) são um perigo para os próprios ou para os outros.

Richardson e Barusch (2006), defendem que os Trabalhadores Sociais Gerontológicos embora possam seleccionar a estratégia/abordagem de intervenção mais adequada para um determinado individuo, necessitam de saber quais as mudanças normais, ou não, com a idade e saber quando e como intervir para ajudar. Dito de outro modo, o profissional precisa de ser capaz de discriminar quando estamos perante o envelhecimento normal, patológico ou óptimo. Além disso, Dannefer (1988, conforme citado em Richardson & Baruch, 2006), defende que os Trabalhadores Sociais Gerontológicos necessitam de respeitar as várias formas de envelhecer, pois, à medida



que as pessoas envelhecem vão-se tornando cada vez mais diferentes entre si em termos de saúde, capacidades intelectuais, funcionamento psicológico e estilo de vida.

Assim, para Germain e Gitterman (1996, conforme citado em Richardson & Barusch, 2006), os Trabalhadores Sociais Gerontológicos devem familiarizar-se com as necessidades e preocupações das pessoas idosas, de forma a conseguir a melhor estratégia de intervenção face a um problema particular.

Para Lopez (2009), avaliar e intervir, parecem constituir dois elementos - chave para a Prática Gerontológica. Todavia, decidir sobre qual a técnica ou instrumento de avaliação utilizar pode, em certa medida, depender dos objectivos e das próprias características da população - alvo.

Numa breve abordagem, parece também pertinente focar a atenção sobre o processo de planificação e avaliação de programas ou serviços Gerontológicos, assim como, a sua importância para a Gerontologia Social. Fernández-Ballesteros, Merita e Hernández (2009) consideram que qualquer intervenção social em Gerontologia Social se realiza de acordo com um complexo ciclo de intervenção. Em primeiro lugar deve ter-se em conta as necessidades da população, os objectivos que se pretende atingir e realizar uma pré-avaliação do problema. Após estes procedimentos, o programa deve ser desenhado e implementado. Por último, é necessário avaliar os resultados e decidir quanto ao porvir do programa, meio ou acção implementado. Neste sentido, e face ao exposto, a planificação e avaliação de programas constituem um recurso metodológico para a maioria das acções sociais.

### **3. Prática Gerontológica baseada na evidência**

Segundo Roberts e Yeager (2004), a história do **Trabalho Social** (Social Work) e a sua relação com a Prática *baseada na evidência* remonta ao ano de 1970 e aos trabalhos de autores como Mullen e Dumpsom (1972), Fischer (1973), Jayaratne e Levy (1979). Teve como ponto de partida o livro de Mullen e Dumpsom's, *Evaluation of Social Intervention* (1972).

Para Roberts e Yeager (2004) a “ prática do Trabalho Social/”Social Work” inclui uma infinidade de áreas de serviços e modalidades de tratamento, incluindo terapia comportamental, aconselhamento, tratamento conjugal ou familiar, serviços à família e às crianças, tratamento de doença mental, cuidados de saúde, **Gerontologia**, e muitos outros – o que levou à dificuldade na definição de Prática *baseada na evidência* no Trabalho Social “ (p. 10).

Uma vez que os autores supracitados incluem a Gerontologia dentro do “Social Work”/Trabalho Social, no sentido de contribuir para a delimitação do campo profissional no âmbito da Gerontologia Social, numa primeira abordagem poderá ser útil usar a designação de Trabalho Social – Gerontologia. No entanto, tratando-se de um novo campo de Prática Profissional, e considerando a posição de alguns autores no âmbito da Gerontologia Social (por exemplo, Walker, 2009), parece-nos que poderá ser mais adequado usar os termos de **Trabalho do Social-Gerontologia**, na mesma linha do campo da Saúde ou o campo da Educação.

Uma vez que, os profissionais do Social têm uma contribuição única na abordagem holística dos cuidados, esta situação levou à necessidade da **Prática baseada na evidência**. Na década passada, os profissionais do Social foram incumbidos de responsabilidades sob a forma de gestão de cuidados, comunicação interdisciplinar, planeamento de intervenções e gestão de recursos. Estas tendências têm destacado a necessidade de os profissionais do Social utilizarem na Prática protocolos de intervenção recomendados nos manuais e planos estratégicos que devem atender às múltiplas e complexas necessidades dos indivíduos, famílias, grupos, programas e organizações/instituições.

Sobre este assunto, Cournoyer e Powers, (2002, conforme citado em Roberts & Yeager, 2004) referem que “ o *Trabalho Social baseado na evidência*, os julgamentos e comportamentos dos profissionais devem ser orientados por dois princípios distintos, mas interdependentes. Em primeiro lugar, sempre que possível, a Prática deve basear-se em estudos anteriores que demonstrem empiricamente que certas acções/intervenções realizadas com um determinado tipo de cliente ou sistema são susceptíveis de produzir resultados previsíveis, benéficos e eficazes. Em segundo lugar, cada sistema/cliente, ao

longo do tempo, deve ser avaliado individualmente para determinar a extensão em que os resultados previstos foram atingidos, como uma consequência directa das acções/intervenção profissional “ (p.799). Ou seja, é necessário monitorizar o processo para ir personalizando o próprio tratamento/intervenção.

O campo do Trabalho do Social, onde se inclui a Gerontologia como referem Roberts e Yeager (2004), e por consequência a Gerontologia Social, enquanto ramo da Gerontologia (Fernández-Ballesteros, 2009), é extremamente vasto e um dos aspectos a ter em consideração na Educação/Formação, investigação e Prática Profissional é a questão da evidência que está na base da intervenção. Por conseguinte, a Prática *baseada na evidência* define-se como o uso consciente, explícito e criterioso, da melhor evidência científica disponível para a tomada de decisão de um profissional (Sackett, Strauss & Richardson, 1997). Nesta linha de ideias, o melhor cuidado prestado baseia-se na integração dos melhores resultados científicos procedentes da investigação, atendendo ao tempo, custo e benefício.

Nesta lógica, Coleman e Jerrome (1999) defendem que a formação dos profissionais da área do Social pode beneficiar do conhecimento estabelecido ao nível da Saúde sendo que a base de actuação dos profissionais da Saúde e do Social se resume a duas acções básicas: diagnóstico/avaliação e tratamento/intervenção.

Proctor e Rosen (2004) colocam em destaque a necessidade de os profissionais identificarem, explicarem e fornecerem um argumento válido para as suas decisões na Prática Profissional. No entender dos autores, na Prática *baseada na evidência*, estas decisões têm de se basear, tanto quanto possível, na melhor e mais apropriada evidência/prova da investigação. Os autores apresentam quatro passos para desenvolver a Prática *baseada na evidência*: (1) encontrar intervenções baseadas na evidência relevantes para os resultados a obter. Na Prática *baseada na evidência*, um dos desafios é identificar e obter informação sobre intervenções que tenham sido empiricamente testadas e com suporte empírico; (2) seleccionar a melhor intervenção e os melhores resultados com vista aos problemas/situações de um cliente em particular; (3) complementar e modificar a intervenção mais adequada e o melhor suporte, com base na

experiência e conhecimento profissional; (4) monitorizar e avaliar a eficácia da intervenção.

Relativamente a este último aspecto, importa referir que a Prática *baseada na evidência* deve basear-se na melhor prova da investigação. Existem dois tipos de evidência a considerar: (i) a evidência com base na qual o profissional avalia e selecciona a intervenção mais adequada a usar; e (ii) a evidência na qual, o profissional decide se deve implementar uma intervenção como prevista nos resultados, se deve proceder a modificações, abandonar a intervenção; ou então, se a intervenção alcançou os resultados previstos. Isto sugere que, a prática no **Trabalho do Social-Gerontologia** deve basear-se em resultados/“outcomes”, o que significa que uma intervenção tem sucesso caso se consigam obter os resultados desejados. Existe assim, uma relação entre intervenção e resultados. De acordo com o anteriormente exposto, saber analisar de modo crítico os resultados da investigação científica, ou seja, avaliar o que está na base da evidência/prova, torna-se nuclear, independentemente da abordagem adoptada.

Para os profissionais, problemas adicionais decorrem das circunstâncias difíceis do exercício da profissão. Em termos legislativos, a ênfase tem sido colocada na avaliação de necessidades e não nos resultados a obter. O processo de avaliação decorre da própria noção do que significa ser um Trabalhador do Social. Proctor e Rosen (2004) referem que estamos num território profundamente cruzado, onde os resultados da investigação servem para tomar decisões na Prática Profissional. Partir dos resultados para orientar a Prática e partir da Prática para delinear novos planos de investigação é nuclear para o desenvolvimento da Prática *baseada na evidência*. Os autores afirmam ainda, que embora os profissionais do campo do Social necessitam de consumir investigação, precisam de “saber ler”/interpretar a investigação, ou seja, proceder a uma apreciação crítica do triângulo: objectivos, método e resultados nos artigos de investigação científica.

De facto, existem diversas perspectivas sobre a importância da investigação na Educação/Formação e Prática Profissional. Compreende-se que existem vantagens na utilização da investigação para orientar a Prática do Trabalhador Social. Esta necessidade é ainda mais acentuada pelo código de ética, adoptado pela “National Association of Social Workers” (NASW). Entrou em vigor a 1 de Janeiro de 1997, como referem

Richardson e Barusch (2006), enfatizando a necessidade de investigação para a Prática do Trabalhador do Social. O código supracitado é constituído por quatro secções: “Preâmbulo”, que aborda a missão do profissional do Social e os valores fundamentais da profissão; “Objectivo do código de ética NASW”, que oferece uma visão geral sobre como abordar questões ou dilemas éticos na Prática do Trabalhador Social; “Princípios éticos”, descrevendo as grandes questões éticas da profissão; e “Normas éticas”, que oferece padrões éticos específicos para os Trabalhadores Sociais que enfrentam dilemas morais ou questões legais na sua Prática. O código lembra os profissionais do Social da importância de identificar e defender as pessoas contra as Práticas sociais opressivas que impedem o alcance da liberdade, igualdade e justiça.

Face ao exposto, se atendermos à posição de Richardson e Barusch (2006) relativamente à *Prática Gerontológica Integrada* (“Integrated Gerontological Practice”), observa-se que do ponto de vista teórico esta posição é partilhada por Bass (2009), a propósito da Gerontologia Social enquanto disciplina de carácter integrativo ou integrador. Igualmente, Lowenstein e Carmel (2009) chamam a atenção para o facto de a Gerontologia já ter atingido um novo estado de transformação que faz com que a mesma seja uma disciplina distinta das demais ciências, apesar da necessidade de se estabelecerem algumas pontes. No meu entender, um dos grandes desafios é estabelecer a ligação entre a teoria, investigação e Prática Profissional.

#### **4. Síntese**

Ao longo deste capítulo procedeu-se à Revisão da Literatura sobre aspectos do envelhecimento e Prática Profissional em Gerontologia Social. De facto, ficou clara a ideia do envelhecimento enquanto acontecimento individual (relacionado com a idade e marcado por alterações biológicas, psicológicas) e colectivo (marcado por alterações profundas em termos demográficos e sociais).

Relativamente ao envelhecimento individual, a posição de Baltes e Baltes (1990) acerca deste assunto procurou dar ênfase à questão do envelhecimento enquanto

fenómeno normal, patológico, bem-sucedido ou óptimo. Os autores defendem que para o envelhecimento bem-sucedido ocorrer são necessários mecanismos de optimização selectiva com compensação (SOC). Estas estratégias ou mecanismos de acção permitem gerir a oscilação entre ganhos e perdas, sabendo nós que, à medida que a longevidade aumenta as perdas predominam sobre os ganhos.

Paralelamente, encontramos na literatura outros modelos de envelhecimento bem-sucedido como é o caso de Rowe e Kahn (1998). Segundo estes autores, o envelhecimento bem-sucedido assenta na ausência de doença; elevado funcionamento físico e cognitivo e envolvimento [social] com a vida.

Enquanto acontecimento colectivo, a teoria “Life Course”/Curso de Vida de Glen Elder (1998), acentua a relevância dos papéis sociais e acontecimentos sociais no processo de envelhecimento ao longo da vida. Igualmente, os contributos da demografia permitem observar o aumento da importância estatística dos idosos no total da população.

A Gerontologia Social enquanto ciência que estuda as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, assim como, o impacto que o ambiente e o contexto podem ter no processo do envelhecimento, tem dado ênfase à Educação/Formação de profissionais na área do envelhecimento. Todavia, como foi possível evidenciar ao longo da Revisão da Literatura, a formação na área do envelhecimento, no contexto europeu é muito diversa existindo a necessidade de introduzir alguma homogeneidade no Sistema de Ensino Superior Europeu como recomenda Meyer (2003).

A este propósito, convém salientar que nos EUA as Instituições de Ensino Superior desempenham um papel importante na adaptação aos desafios do envelhecimento, assim como, aos novos desafios sociais e de saúde (Lowenstein & Carmel, 2009). Foi perante a consciencialização desta necessidade que, nas últimas décadas, se constatou um aumento de Mestrados e Doutoramentos na área da Gerontologia com o objectivo de formar investigadores, docentes e profissionais nesta área.

Para Oscar Ribeiro e Colaboradores (2010), em Portugal, é fundamental melhorar a investigação, a educação e a Prática com o objectivo de responder às crescentes

necessidades colocadas pelo envelhecimento da população. Estão actualmente disponíveis em diversas universidades e politécnicos, cursos de pós-graduação em Gerontologia Social, Geriatria e Gerontologia que não se focam exclusivamente nos aspectos clínicos de Psiquiatria Geriátrica e Psicologia, mas tendem a abranger as questões mais importantes da Saúde Mental dos idosos através da Geropsicologia e/ou outras disciplinas de Psicopatologia.

Sobre este assunto, Ramalho e Ramalho (2014) referem que em Portugal, o envelhecimento da população tem originado um crescimento acentuado de Licenciaturas e Mestrados na área da Gerontologia, tanto no Ensino Superior Público como Privado.

No que diz respeito à Prática Gerontológica, vários aspectos foram destacados ao longo deste capítulo de Revisão de Literatura. Tratando-se de um tema extremamente complexo e novo, tentou-se analisar aspectos essenciais do domínio Profissional, colocando em destaque a posição de Richardson e Barusch (2006) que defende um faseamento da Prática Gerontológica na seguinte sequência: escutar, avaliar e intervir.

A Prática Gerontológica *baseada na evidência*, foi outro dos aspectos abordados ao longo da Revisão da Literatura. Neste ponto, recorreu-se à opinião de Roberts e Yeager (2004) bem como de Proctor e Rosen (2004). Sackett, Strauss e Richardson (1997) definem a Prática *baseada na evidência* como o uso consciente, explícito e criterioso, da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão de um profissional. Analisar de forma crítica os resultados da investigação é central na Prática do Trabalhador do Social - Gerontólogo. Partir dos dados para orientar a Prática e partir da Prática para delinear novos planos de investigação é nuclear.

Concluindo, o envelhecimento é uma realidade inevitável em todos os seres humanos e a sua importância para as comunidades é cada vez maior. A formação nesta área tem contribuído para o surgimento de profissionais associados à área da Gerontologia, sobretudo no contexto europeu. Porém, várias diferenças são observadas no Sistema de Ensino Superior. No que diz respeito à Prática Profissional, é evidente que para os profissionais do Social, onde se incluem os profissionais da Gerontologia, inúmeras dificuldades surgem relativamente à intervenção a adoptar com os mais velhos. É neste sentido que a Prática *baseada na evidência* poderá ajudar os profissionais do

Social a desenvolverem intervenções susceptíveis de produzir resultados eficazes. Partir dos dados e dos resultados para delinear planos de intervenção pode ser uma mais-valia para obter resultados favoráveis, no entanto, esta não é, de todo, uma Prática muito recorrente no dia-a-dia, atendendo às dificuldades na gestão tempo e recursos.



## **CAPÍTULO II**

---

### **MÉTODO**



## **CAPÍTULO II – MÉTODO**

Neste capítulo dedicado ao método são apresentadas as opções metodológicas que estão na base do presente estudo. Retomam-se aqui os objectivos do estudo: (1) descrever as características psicométricas da GRBS (Gregory, 2010); e (2) analisar as relações entre as características académicas e o valor da investigação para a Prática Profissional em Gerontologia Social.

### **1. Participantes**

A selecção dos participantes foi efectuada de modo não probabilístico recorrendo a estudantes da formação pré e pós-graduada que frequentavam Cursos do Social (Gerontologia Social) e da Saúde (Enfermagem), na medida em que o “Social Work” é um grande chapéu que abriga Profissionais do Social e da Saúde (Roberts & Yeager, 2004).

Estimou-se uma dimensão amostral de cerca de 100 participantes, dada a natureza correlacional do estudo (Mertens, 2009). Os participantes deram o seu consentimento informado.

### **2. Instrumentos de recolha de dados**

O protocolo, sobre o qual foram recolhidos os dados é constituído por: (i) ficha socio - demográfica; (ii) e escala de medida *Gregory Research Beliefs Scale* (Gregory, 2010; versão portuguesa de: Bastos, Faria, Lamela, & Lourenço, 2014).

#### **2.1 Ficha Socio - demográfica**

A ficha socio - demográfica foi elaborada de forma a obter informação relativa a aspectos socio - demográficos pertinentes para o estudo. Inclui informação socio -

demográfica geral, tal como: género, idade e estado civil. Informações académicas, como: estatuto estudante, curso, ano do curso, número de anos de frequência do Ensino Superior e média de acesso ao curso que frequenta. Foi também incluída informação sobre experiência profissional, experiência profissional no âmbito do envelhecimento, anos de experiência no âmbito do envelhecimento e tipo de serviço/organização que trabalha/trabalhou.

No sentido de analisar o peso relativo da frequência de cursos e/ou disciplinas de investigação para a Prática *baseada na evidência* foram introduzidas questões sobre: (a) educação/formação no âmbito das metodologias de investigação; e o (b) “consumo” de artigos de investigação científica (Anexo 1).

## **2.2 Gregory Research Beliefs Scale**

A *Gregory Research Beliefs Scale* (GRBS; Gregory, 2009, 2010) é uma escala de medida que pretende avaliar de forma fiável e válida as crenças, atitudes e percepções dos estudantes do “Social Work” acerca da importância da investigação na Prática Profissional. Trata-se de uma escala com um formato de resposta tipo Likert, constituída por 27 afirmações, nas quais, cada participante pode escolher uma das sete opções de resposta, “discordo fortemente”, “discordo”, “discordo ligeiramente”, “não concordo nem discordo”, “concordo ligeiramente”, “concordo” e “concordo fortemente”. Para cada item na GRBS, o respondente atribui uma pontuação que varia de 1 a 7. Pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de concordância com as afirmações, pontuações mais baixas sugerem um menor nível de concordância. Na versão original americana, a validade da medida foi testada com recurso à análise factorial, apresentando uma solução de 1 e 2 factores, solução que será também testada no presente estudo.

### **2.3 Tradução e adaptação da GRBS para a língua portuguesa**

Após a autorização do autor para a tradução e validação da GRBS (Gregory, 2009, 2010) para Portugal, foram seguidas as orientações da *Internacional Test Commission* (Hambleton, 1994; Hambleton, Merenda & Spielberger, 2005) para a tradução e adaptação de instrumentos psicométricos. Para a tradução e adaptação portuguesa da GRBS foi adoptado o método de *traduções independentes* (Gudmundsson, 2009).

Em conformidade com o recomendado procedeu-se a duas traduções independentes. De acordo com as orientações documentadas na literatura, os tradutores qualificados são aqueles que apresentam fluência em língua portuguesa e língua inglesa e/ou conhecimento especializado no conteúdo científico do constructo avaliado pela medida. Estas traduções foram posteriormente comparadas para avaliar o seu grau de consistência. Após a discussão e avaliação das inconsistências entre as traduções, foi criada uma versão única da escala. Por último, a escala foi administrada aos participantes (Anexo 2).

### **3. Procedimentos de recolha de dados**

O projecto de investigação foi apresentado à Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Após a sua aprovação, foram elaborados os procedimentos de recolha de dados, designadamente, o consentimento informado, a ficha socio - demográfica (geral e específica) e a versão portuguesa da GRBS. A recolha de dados realizou-se durante o ano lectivo 2013/2014. O protocolo de recolha de dados foi auto-administrado, cada participante leu o consentimento informado e, mediante o grau de concordância, rubricou o mesmo e preencheu-o. Importa também referir que os dados foram recolhidos em contexto de sala de aula.

#### 4. Estratégias de análise de dados

Neste estudo, para medir a sensibilidade dos resultados foram realizadas análises estatísticas com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS - Versão 20.0). Para agregar a informação recolhida foi utilizada uma análise das estatísticas descritivas, a qual permitiu apresentar os resultados em tabelas e gráficos. Os dados obtidos possibilitaram informação/valores acerca da tendência central e dispersão dos dados através do valor mínimo e máximo, média, moda, mediana, variância e desvio padrão.

A fiabilidade da escala foi avaliada através da consistência interna, medida pelo *alfa de Cronbach* e pela correlação item – total da escala. Relativamente à consistência interna, o valor de *alfa de Cronbach* foi de .97. Como refere Nunnally e Bernstein (1994), valor igual ou superior a .70 assegura boa fiabilidade da escala.

Com o objectivo de avaliar a validade de constructo foi efectuada uma Análise Factorial de Componentes Principais (ACP) e rotação *Promax* (oblíqua), tal como a versão original americana (Gregory, 2010). Realizou-se também, o teste de esfericidade de Bartlett ( $p < .001$ ) e a medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0.93) que conduziram à factoriabilidade da matriz de correlações.

Com o intuito de analisar a importância ou valor da investigação para a Prática Profissional, foram analisadas diferenças de grupo (pré e pós-graduação) bem como a quantidade de “consumo”/leitura de artigos de investigação científica. Uma vez que a amostra não segue uma distribuição normal ( $p < 0,05$ ), foram utilizados testes não paramétricos: *teste de Mann Whitney*, para comparação de dois grupos independentes e *teste de Kruskal Wallis*, para comparação de mais de dois grupos independentes. Para todos os procedimentos estatísticos, o valor de significância fixado foi .05

## **CAPÍTULO III**

---

### **RESULTADOS**





## CAPÍTULO III – RESULTADOS

O presente capítulo é especificamente dedicado à apresentação dos resultados obtidos no presente estudo. Começamos por apresentar a descrição das características sociodemográficas dos participantes. Segue-se a análise das características psicométricas da *Gregory Research Beliefs Scale* (Gregory, 2010; versão portuguesa de: Bastos, Faria, Lamela, & Lourenço, 2014). Finalmente apresenta-se a análise do valor da investigação para a Prática Profissional em função das características académicas dos participantes.

### 1. Descrição das características socio - demográficas dos participantes

Como se pode observar na Tabela 4, a mostra total do estudo é constituída por 100 indivíduos, 86 do género feminino (86.0%) e 14 do género masculino (14.0%), com idades compreendidas entre 20 e os 49 anos ( $M= 25.79$ ;  $DP= 7.046$ ). Dos 99 participantes que responderam à questão relacionada com o estado civil, verifica-se que, a maioria são solteiros (82.8%) ou vivem em união de facto (14.1%).

Em termos do número de anos de frequência no ensino superior, constata-se que este varia entre 3 e 5 anos ( $M= 3.73$ ;  $DP=.700$ ). Da amostra total, a maioria dos participantes são estudantes (74.2%) e pertencem ao primeiro e segundo ciclo de estudos (55.0% e 45.0% respectivamente). Frequentam o curso de Educação Social Gerontológica 26.0% dos participantes. Seguidamente, 29.0% frequentam o curso de Enfermagem e 45.0% o Mestrado em Gerontologia Social. Importa também referir que do total da amostra, 26.0% dos participantes frequentavam o terceiro ano da Licenciatura em Educação Social Gerontológica, 29.0%, frequentavam o quarto ano da Licenciatura em Enfermagem, 21.0% o primeiro ano de Mestrado em Gerontologia Social e 24.0% o segundo ano de Mestrado em Gerontologia Social. Na Tabela 4, é também possível evidenciar que a maioria dos participantes (67.4%), ingressou no ensino superior com uma média de acesso entre 14 e 15 valores ( $M= 14.19$ ;  $DP= 1.153$ ). A nota mais baixa de ingresso no ensino superior situou-se nos 11 valores e a mais alta nos 18 valores.

Tabela 4.

*Características Socio - demográficas dos participantes*

	<b>N=100</b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Género</b>	N=100	
Feminino	86	86.0%
Masculino	14	14.0%
<b>Idade M(DP)</b>	25.79 (7.046)	
Min-Max	20 – 49	
<b>Estado civil</b>	N= 99	
Solteiro (a)	82	82.8%
Casado (a)/União de facto	14	14.1%
Divorciado (a)/ Separado	3	3.0%
<b>Número de anos de frequência no ensino superior</b>	N=90	
M (DP)	3.73 (0.700)	
Min – Max	3 – 5	
<b>Estatuto do Estudante</b>	N=97	
Estudante	72	74.2%
Estudante – Trabalhador	25	25.8%
<b>Ciclo de estudos</b>	N=100	
1ºCiclo (Licenciatura)	55	55.0%
2º Ciclo (Mestrado)	45	45.0%
<b>Curso</b>	N= 100	
Educação Social Gerontológica	26	26.0%
Enfermagem	29	29.0%
Mestrado em Gerontologia Social	45	45.0%
<b>Ano Curricular</b>	N= 100	
3 Ano de Licenciatura em ESG	26	26.0%
4 Ano de Licenciatura em Enfermagem	29	29.0%
1 Ano de Mestrado em Gerontologia Social	21	21.0%
2 Ano de Mestrado em Gerontologia Social	24	24.0%
<b>Média de acesso ao curso que frequenta</b>	N= 86	
10 a 13	17	19.8%
14 a 15	58	67.4%
16 a 17	10	11.6%
18 a 20	1	1.2
M (DP)	14.19 (1.153)	
Min – Máx	11 – 18	

Tabela 5.

*Características relativas à educação/formação e profissão*

	<b>N=100</b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Educação/Formação em metodologias de investigação</b>		
Quantas disciplinas /UC ou cursos de metodologias de investigação frequentou/frequenta	N=95	
M(DP)	3.95 (2.219)	
Min – Max	1 – 9	
<b>Número de artigos de investigação que leu nos últimos 3 meses</b>		
M(DP)	12.21 (9.381)	
Min – Max	0 – 35	
<b>Experiência profissional</b>		
Sim	34	34.0%
Não	64	64.0%
Se sim, qual a área?*	N=32	
Educação	10	31.3%
Social	15	46.9%
Saúde	7	21.9%
Outro	5	15.6%
Número de anos de experiência	N= 26	
M(DP)	8.4296 (6.74)	
Min – Máx	0.17 – 25.00	
<b>Experiência profissional no âmbito do envelhecimento</b>		
Director (a) Técnico (a)	3	3.0%
Técnico do Serviço Social	3	3.0%
Auxiliar de Acção Médica, Enfermeiro (a) e Fisioterapeuta	4	4.0%
Educação Social Gerontológica, Educadora Social e animadora	5	5.0%
Trabalhador (a) em equipas de RSI em IPSS	1	1.0%
Número de anos de experiência?	N= 12	
M(DP)	7.42 (5.79)	
Min – Máx	1 – 16	

\*Há 5 participantes que possuem experiência profissional em duas áreas diferentes

Na Tabela 5, é possível observar as características da amostra relativamente à educação/formação e profissão. Em média, os 95 participantes que responderam à questão, frequentaram até ao momento da recolha de dados 4 unidades curriculares ou cursos de metodologias de investigação ( $DP=2.219$ ). Em média, os participantes ( $N=91$ ), nos últimos três meses leram 12.21 artigos ( $DP=9.381$ ).

Os resultados também permitem constatar que, a maioria dos participantes não possuem experiência profissional (64.0%). No entanto, dos que possuem experiência profissional (34.0%) e responderam à questão, a maioria exerce funções relacionadas com a área do Social, sendo esta, a mais predominante (46.9%), seguindo-se a área da educação (31.3%) e da saúde (21.9%). Em média, os participantes possuem 8.4 anos de experiência profissional ( $DP=6.74$ ). No que diz respeito à experiência profissional no âmbito do envelhecimento, dos 16 participantes que responderam à questão, 3.0% desempenhavam funções como Directores técnicos, 3.0% eram Técnicos de Serviço Social, 4.0% Auxiliares de Acção Médica, Enfermeiros ou Fisioterapeutas, 5.0% desempenhavam funções de Educador (a) Social Gerontológico (a), Educador (a) Social ou animador (a) e 1.0% dos participantes desempenhavam funções na equipa de RSI em IPSS.

Relativamente ao número de anos de experiência no âmbito da profissão, os 12 participantes que responderam à questão, possuem, em média, 7.42 anos de experiência ( $DP=5.79$ ). O tempo mínimo e máximo de experiência profissional varia entre 1 e 16 anos.

## **2. Características psicométricas da Gregory Research Beliefs Scale**

### **2.1 Sensibilidade dos itens**

Para avaliar a sensibilidade dos resultados, realizou-se uma análise da distribuição das frequências de resposta aos itens da *Gregory Research Beliefs Scale* (GRBS; Gregory, 2010).

Tabela 6.

*Estatísticas descritivas obtidas na versão portuguesa da GRBS*

Escala	N	M (DP)	Mediana (DIQ)	Min – Máx	Amplitude
G1	100	5.07 (1.174)	5.00 (2.00)	3 – 7	1 – 7
G2	100	5.68 (1.024)	6.00 (1.00)	3 – 7	1 – 7
G3	100	5.72 (1.006)	6.00 (1.00)	3 – 7	1 – 7
G4	100	5.21 (1.066)	5.00 (2.00)	3 – 7	1 – 7
G5	100	5.10 (1.106)	5.00 (2.00)	3 – 7	1 – 7
G6	100	5.72 (1.303)	6.00 (2.00)	1 – 7	1 – 7
G7	100	5.57 (1.057)	6.00 (1.00)	3 – 7	1 – 7
G8	100	5.34 (1.094)	5.00 (1.00)	3 – 7	1 – 7
G9	100	5.74 (1.088)	6.00 (2.00)	3 – 7	1 – 7
G10	100	5.74 (1.021)	6.00 (2.00)	3 – 7	1 – 7
G11	100	5.40 (1.247)	6.00 (1.00)	2 – 7	1 – 7
G12	100	5.48 (1.314)	6.00 (3.00)	2 – 7	1 – 7
G13	100	5.76 (1.111)	6.00 (2.00)	3 – 7	1 – 7
G14	100	5.26 (1.194)	5.00 (1.00)	2 – 7	1 – 7
G15	100	5.65 (1.058)	6.00 (1.00)	2 – 7	1 – 7
G16	100	5.45 (1.114)	6.00 (1.00)	2 – 7	1 – 7
G17	100	5.53 (1.159)	6.00 (1.00)	2 – 7	1 – 7
G18	100	5.64 (1.202)	6.00 (2.00)	2 – 7	1 – 7
G19	100	5.35 (1.114)	6.00 (1.00)	2 – 7	1 – 7
G20	100	5.37 (1.041)	5.00 (1.00)	3 – 7	1 – 7
G21	100	5.29 (0.946)	5.00 (1.00)	2 – 7	1 – 7
G22	100	5.29 (1.028)	5.00 (1.00)	3 – 7	1 – 7
G23	100	5.55 (1.234)	6.00 (2.00)	2 – 7	1 – 7
G24	100	5.45(1.123)	6.00 (1.00)	2 – 7	1 – 7
G25	100	5.54 (1.058)	6.00 (1.00)	3 – 7	1 – 7
G26	100	5.65 (1.175)	6.00 (2.00)	2 – 7	1 – 7
G27	100	5.53 (1.141)	6.00 (1.00)	1 – 7	1 – 7

A análise descritiva apresentada na Tabela 6, pretende transpor informação sobre a tendência central e a dispersão dos dados. Para tal, é evidenciada: a média, mediana, desvio padrão, distância entre quartis, valor mínimo e máximo, observado face ao teoricamente estabelecido (de 1 a 7).

É de referir que na Tabela 6, os itens apresentam valores de média elevados (valores entre 5.07 e 5.76), não se verificando grande variabilidade entre os resultados.

Os valores de desvio padrão são homogêneos em todos os itens da escala, não se verificando a existência de valores elevados. A dispersão dos dados não é considerável relativamente à média, apresentando valores que variam entre 0.946 e 1.314. No que concerne aos valores obtidos na mediana, também não são notórias grandes assimetrias entre os resultados. Os valores da mediana variam entre 5 e 6, nos vários itens da escala. A distância entre quartis varia entre 1 e 3.

## 2.2 Validade de constructo

Para avaliar a replicabilidade do modelo factorial da versão original da GRBS, procedeu-se a uma Análise de Componentes Principais (ACP), seguida de rotação *Promax* (oblíqua), procedimento adoptado pelo autor da GRBS (Gregory, 2010). O teste de esfericidade de Bartlett ( $p < 0.01$ ) e a medida de Kaiser-Meyer-Olkin – KMO- (0.93) atestaram a factoriabilidade da matriz de correlações na presente amostra.

Seguindo as orientações aplicadas nos estudos de validação da GRBS original (Gregory, 2010), utilizaram-se os seguintes critérios para apurar o número de factores a reter da Análise de Componentes Principais: (1) o critério de Kaiser (1960) de valores próprios (eigenvalues) superiores a 1 para determinar o número de factores a reter; (2) a quantidade de variância explicada por cada factor; (3) a interpretabilidade conceptual e teórica dos factores (DeVellis, 2003).

A Análise de Componentes Principais evidenciou três factores com valor próprio superior a 1. O primeiro factor apresentou um valor próprio de 14.392. Por seu lado, os outros dois factores extraídos de acordo com o critério de Kaiser (1960), apresentaram valores próprios de 1.895 e 1.246. O primeiro factor explicou 53.3% da variância, enquanto 7.01% e 4.61% da variância foi explicada pelos factores 2 e 3, respectivamente. Os três factores extraídos explicam uma maior percentagem da variância da escala quando comparados com os três primeiros factores extraídos na versão original (factor 1 = 37.9%; factor 2 = 6.5%; factor 3 = 4.8%).

De acordo com os valores de variância explicada obtidos na versão portuguesa, constata-se que o primeiro factor explica 7.6 vezes mais variância da escala do que o factor 2. À semelhança dos estudos de validação psicométrica da versão original

(Gregory, 2010), não existe nenhum ponto de corte quantitativo de variância explicada por um factor para que esse factor seja retido (Nunnally & Berstein, 1994). Assim, considerando o *scree plot* (Figura 2), observa-se que o cotovelo (Russell, 2002) no *scree plot* está localizado no segundo factor, pelo que indica que deverá ser adoptada uma estrutura factorial de um factor, tal como foi decidido na análise da estrutura factorial da versão original (Gregory, 2010).

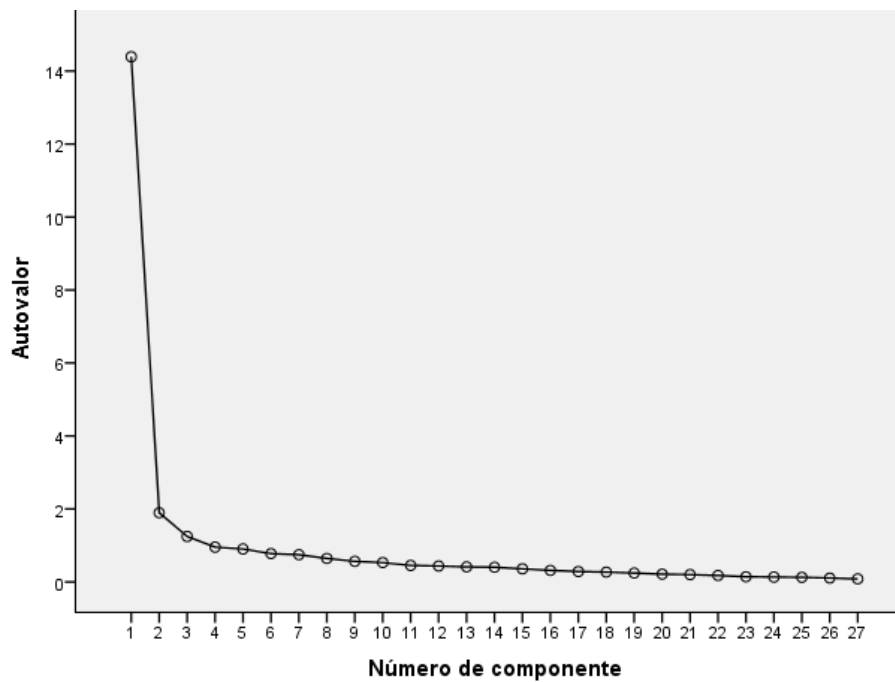


Figura 2: *Scree plot* dos valores próprios dos factores extraídos pela ACP.

Tabela 7.

*Matrizes de estrutura para modelos de dois e um factor na GRBS*

Itens	Modelo – Dois Factores		Modelo - Um Factor
	Factor 1	Factor 2	Valor geral da investigação para a prática do Social Work
18	.835		.835
17	.816		.816
13	.807		.807
16	.805		.805
23	.802		.802
25	.788		.788
5	.783		.783
12	.781		.781
11	.774		.774
22	.772		.772
21	.766		.766
7	.758		.758
15	.742		.742
20	.740		.740
26	.740		.740
19	.729		.729
14	.727		.727
3	.721		.721
2	.692		.692
27	.678	-.412	.678
10	.662	.346	.662
8	.653	.470	.653
9	.835	.651	.651
24	.632	-.372	.632
6	.610	.304	.610
4	.580	.560	.580
1	.570		.570



Todos os itens apresentam saturações acima de 0.30 (Tabela 7), quer no primeiro e no segundo factores, sendo que os factores tinham um coeficiente de correlação de .70. Assim, de acordo com as recomendações de Nunnally e Berstein (1994), tal como sublinhado por Gregory (2010), se dois factores apresentam uma correlação maior ou igual a .50 deverão ser considerados como um único factor.

Deste modo, considerando o *scree plot*, dada a quantidade da variância explicada pelo factor 1, a saturação acima .30 de todos os itens nos dois factores e a elevada correlação entre o factor 1 e factor 2, optou-se pela adopção de uma estrutura factorial de 1 factor, à semelhança da estrutura factorial da versão original (Gregory, 2010). Por conseguinte, procedeu-se a uma nova ACP, com rotação *Promax*, forçada à extracção de 1 factor. Na Tabela 7, estão apresentadas as saturações dos itens, quer para uma estrutura factorial de 2 factores, quer para a estrutura factorial (final) de 1 factor. Na estrutura factorial de 1 factor, as saturações dos itens variaram entre .835 e .570, valores superiores aos encontrados na versão original, que variaram entre .704 e .488 (Gregory, 2010).

### 2.3 Fiabilidade da medida

Para avaliar as propriedades da escala de medida GRBS foi avaliada a consistência interna através do *alfa de Cronbach*.

Tabela 8.

*Valores de consistência interna da GRBS na versão original e no presente estudo*

<i>Alfa de Cronbach</i> (versão original)	<i>Alfa de Cronbach</i> (versão portuguesa)	Número de itens
.93	.97	27

Na Tabela 8, é possível observar o valor de *alfa de Cronbach* obtido na versão original da GRBS e na versão portuguesa. Analisando os valores, verifica-se que no presente estudo o valor de *alfa de Cronbach* é ligeiramente superior ao obtido por Gregory (2010) na versão americana.

### **3. Características académicas e valor da investigação na Prática Profissional**

Com o objectivo de analisar as relações entre as características académicas e o valor da investigação para a Prática Profissional, foi utilizado o teste de *Mann Whitney*, para comparação de dois grupos independentes e *teste de Kruskal Wallis*, para comparação de mais de dois grupos independentes. Para todos os procedimentos estatísticos, o valor de significância fixado foi de 0.05.

A Tabela 9, permite observar os resultados obtidos relativamente à análise das características académicas face ao valor da investigação na Prática Profissional. Como se pode constatar, existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de disciplinas que os estudantes frequentaram ( $p < 0.05$ ). Comparando os valores obtidos, consegue observar-se que os estudantes que frequentaram quatro ou mais disciplinas tenderam a pontuar mais alto na GRBS ( $M=154.12$ ;  $DP=16.26$ ), comparativamente com os participantes que frequentaram três ou menos disciplinas ( $M=143.88$ ;  $DP=24.42$ ). Além disso, quando se compara na pós-graduação, designadamente, o 1º com o 2º ano de Mestrado em Gerontologia Social, também se observam diferenças significativas ( $p < 0.05$ ). Perante os valores obtidos, verifica-se que os estudantes do segundo ano do Mestrado em Gerontologia Social tenderam a pontuar mais alto na GRBS ( $M=157.13$ ;  $DP=16.38$ ) do que os estudantes do primeiro ano ( $M=141.76$ ;  $DP=25.16$ ).

Dito de outro modo, observa-se que o avanço na Educação/Formação está associado a um aumento do valor da investigação na Prática Profissional bem como, à frequência de cursos e/ou disciplinas de metodologias de investigação.

Tabela 9.

*Características acadêmicas segundo o valor da investigação na Prática Profissional*

		<b>N</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Mediana (DIQ)</b>	<b>Valor do teste</b>	<b>P</b>
<b>Ciclo de Estudos</b>	Licenciatura	55	146.55 (21.92)	151.00 (32.00)	1086.00	0.3
	Mestrado	45	149.96 (22.09)	157.00 (34.00)		
<b>Licenciatura do Social VS Saúde</b>	3º Ano da Licenciatura em Educação Social Gerontológica	26	148.73 (18.57)	154.00 (30.75)	343.50	0.6
	4º Ano de Enfermagem	29	144.59 (24.71)	144.00 (35.00)		
<b>Final da Licenciatura VS Mestrado</b>	3º Ano da Licenciatura em Educação Social Gerontológica	26	148.73 (18.57)	154.00 (30.75)	220.50	0.07
	2º Ano de Mestrado em Gerontologia Social	24	157.13 (16.38)	161.50 (29.75)		
<b>Pós – Graduação</b>	1º Ano de Mestrado em Gerontologia Social	21	141.76 (25.16)	146.00 (46.00)	156.50	0.03
	2º Ano de Mestrado em Gerontologia Social	24	157.13 (16.38)	161.50 (29.75)		
<b>Disciplinas de investigação</b>	Até 3 Disciplinas	59	143.88 (24.42)	146.00 (35.00)	899.00	0.03
	4+ Disciplinas	41	154.12 (16.26)	157.00 (21.50)		
<b>Número de Artigos de Investigação</b>	Até 10 artigos	50	149.96 (20.86)	155.00 (35.50)	1037.00	0.4
	10+ Artigos	50	146.20 (23.05)	154.50 (33.00)		
<b>Experiência Profissional</b>	Sim	34	146.44 (22.77)	150.00 (36.75)	1019.50	0.6
	Não	64	149.34 (21.80)	156.00 (30.25)		

Como se pode observar na Tabela 9, não foram encontradas diferenças significativas entre: (1) Ciclos de estudo (Licenciaturas vs Mestrado;  $p=0.3$ ); (2) Licenciaturas do Social e da Saúde (ESG vs Enfermagem;  $p=0.6$ ); (3) Final da Licenciatura vs Final de Mestrado ( $p=0.07$ ); (4) Número de artigos lidos ( $p=0.4$ ); e (5)

Experiência profissional ( $p=0.6$ ). Estes dados sugerem que os participantes tenderam a pontuar de forma semelhante nos parâmetros mencionados.

---

## **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**



## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Embora no capítulo III fossem introduzidos alguns comentários aos resultados obtidos neste estudo, este espaço é particularmente dedicado à sua discussão. Assim, será realizada uma análise e reflexão acerca dos principais resultados, limitações do estudo e implicações para a *Prática Gerontológica Integrada Baseada na Evidência*.

Considerando a literatura apresentada neste estudo, sobre os contributos da evidência para a *Prática Gerontológica Integrada Baseada na Evidência* e a que demos destaque na Revisão da Literatura, torna-se importante retomar a posição de Gregory (2010), acerca deste assunto. O autor coloca em destaque os benefícios da investigação científica para a Prática Profissional e reclama a selecção de intervenções que são susceptíveis de produzir resultados desejados, um aumento da eficácia da intervenção no que diz respeito ao tempo e dinheiro despendidos (Dawes, Faust & Meehl, 1989, conforme citado em Gregory, 2010) bem como, uma maior competência profissional na prestação de cuidados do Social (Franklin, 2002, conforme citado em Gregory, 2010). Nesta linha, Gregory (2010) defende que o conhecimento da investigação e as capacidades subjacentes ao processo investigativo podem auxiliar os estudantes que estão a realizar a sua Educação/Formação nesta área.

Relativamente à *Prática baseada na evidência*, Roberts e Yeager (2004), consideram que é fundamental avaliar o problema, reunir evidência e avaliá-la de modo crítico e aplicar os resultados obtidos à Prática Profissional. Neste sentido, para a base de actuação dos profissionais em Gerontologia Social, avaliar e intervir são dois aspectos nucleares no exercício da Profissão, de tal modo que saber analisar de modo crítico a produção científica neste domínio é central. Se a intervenção do Social privilegia uma abordagem holística aos cuidados, a *Prática baseada na evidência* pode acrescentar novos dados para melhor planear a intervenção (Bastos et al. 2013).

Para fazer uso da *Prática baseada na evidência*, os profissionais da Gerontologia Social precisam de saber interpretar, analisar e criticar a investigação produzida no domínio. É com base na adopção destes procedimentos, que se pode discutir a questão das “boas-práticas”, as que evidenciam eficácia dos ganhos, ou então, aquelas que tendo uma boa base de investigação descritiva conduzem ao ensaio de novos

procedimentos, para testar a possibilidade de manutenção ou melhoria do funcionamento humano evitando assim, o declínio associado ao envelhecimento humano (Willis, 2001).

No entanto, em Portugal, observa-se uma ausência de instrumentos/escalas de medida capazes de avaliar a importância da investigação na Prática Profissional. Assim, na presente Dissertação estabeleceu-se como objectivos: (1) descrever as qualidades psicométricas da *Gregory Research Beliefs Scale* (GRBS; Gregory, 2010) e (2) analisar as relações entre características académicas e o valor da investigação para a Prática Profissional em Gerontologia Social.

Para concretizar estes objectivos, foi considerada uma amostra constituída por 100 participantes, estudantes da formação pré e pós- graduada a frequentar Cursos do Social (N=71) e da Saúde (N=29).

Relativamente às características psicométricas, os participantes tinham idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos ( $M= 25.79$ ;  $DP= 7.046$ ), a maioria (86.0%) constituída por elementos do género feminino, além disso, 82.8% dos participantes eram solteiros e frequentavam o Ensino Superior há pelo menos 3 anos ( $M=3.73$ ;  $DP=0.700$ ), 67.4% dos participantes ingressou no Ensino Superior com uma média de acesso de 14 valores ( $M=14.19$ ;  $DP=1.153$ ) e 74.2% dos participantes eram estudantes a tempo inteiro. No que diz respeito às características relativas à Educação/Formação e Profissão, observou-se que em média os participantes frequentaram até ao momento da recolha de dados 4 disciplinas/unidades curriculares/cursos breves em metodologias de investigação e leram, em média, nos últimos três meses 12 artigos de investigação. Em termos de experiência profissional, observou-se que o número de participantes envolvidos em trabalho remunerado no âmbito do envelhecimento era muito reduzido: apenas 16% dos participantes tinham experiência profissional.

Relativamente às qualidades psicométricas da GRBS, para analisar a validade de constructo e a consistência interna da escala de medida foram seguidas as recomendações de Gregory (2010) relativamente à versão original desta medida.

No que diz respeito à validade de constructo foi realizada uma análise de componentes principais (ACP), seguida de rotação *Promax*. Também à semelhança do que aconteceu na versão original da GRBS, para apurar o número de factores a reter da ACP foram considerados os seguintes critérios: o critério de Kaiser (1960),



quantidade de variância explicada por cada factor e interpretação conceptual e teórica dos factores (DeVellis, 2003). Como recomendado por Moreira (2008), foi também utilizado o *scree plot*.

Em termos de resultados, a Análise de Componentes Principais permitiu identificar três factores com valor próprio superior a 1. Comparando o grau de variância dos três factores extraídos neste estudo (factor 1= 53.3%; factor 2= 7.01%; factor 3= 4.61%) com os da versão original (factor 1= 37.9%; factor 2= 6.5%; factor 3= 4.8%), observou-se que o primeiro apresenta uma maior percentagem de variância.

De seguida, a análise foi forçada para dois factores, percorrendo o caminho já explorado pelo autor na versão original. Nessa altura, observou-se que os itens da escala apresentavam saturações acima de .30, quer no factor 1 quer no factor 2. Todavia, a elevada correlação entre os dois factores bem como o *scree plot* conduziu à adopção de uma estrutura factorial de apenas 1 factor, tal como aconteceu na versão original americana (Gregory, 2010).

No que diz respeito à fiabilidade da medida, os valores de *alfa de Cronbach* obtidos revelaram-se adequados, aproximando-se globalmente dos valores de consistência interna obtidos na versão original, .93 e .97 respectivamente. Por seu lado, ao analisar as características académicos e o valor da investigação na Prática Profissional, observaram-se diferenças significativas entre o número de disciplinas frequentadas pelos alunos e, entre os estudantes do primeiro e segundo ano de Mestrado em Gerontologia Social.

Assim, considerando os resultados obtidos na GRBS, as características psicométricas obtidas sugerem que esta é uma medida válida e fiável na avaliação da opinião dos estudantes acerca da importância da investigação para a Prática Profissional do Social. Tal como afirma Gregory (2010), a GRBS apresenta uma estrutura factorial válida, testada via Análise de Componentes Principais e um elevado *alfa de Cronbach*.

Considerando as qualidades psicométricas obtidas na GRBS, procedeu-se à análise exploratória de algumas características académicas dos participantes face ao valor da investigação na Prática Profissional. Relativamente a este assunto, observou-se a existência de diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) na RGS em função do número de disciplinas/cursos em metodologias de investigação frequentados. Assim, os

estudantes que frequentaram quatro ou mais disciplinas/cursos tenderam a pontuar mais alto na GRBS ( $M=154.12$ ;  $DP=16.26$ ), comparativamente com os participantes que frequentaram três ou menos disciplinas ( $M=143.88$ ;  $DP=24.42$ ). Paralelamente, quando se compara na pós-graduação, designadamente, o 1º com o 2º ano de Mestrado em Gerontologia Social, também se observam diferenças significativas ( $p<0.05$ ). Perante os valores obtidos, verifica-se que os estudantes do segundo ano de Mestrado em Gerontologia Social tenderam a pontuar mais alto na GRBS ( $M=157.13$ ;  $DP=16.38$ ) do que os estudantes do primeiro ano ( $M=141.76$ ;  $DP=25.16$ ).

Muito embora a investigação seja escassa neste domínio, os resultados aqui apresentados parecem apoiar a ideia de que a progressão na formação pós-graduada está associada a um aumento da importância da investigação. Uma tendência similar também se observa relativamente ao número de disciplinas/cursos de metodologias de investigação frequentados. Portanto, em termos de futuro a escala de medida em estudo nesta Dissertação (GRBS) poderá ser utilizada na Educação/Formação pré e pós-graduada na medida em que poderá ser usada como instrumento de monitorização da capacidade de reconhecimento do valor da investigação científica para a Prática.

Apesar dos resultados anteriormente apresentados, é possível assinalar neste estudo algumas limitações: (1) a não existência de instrumentos da natureza da GRBS disponíveis em Portugal para testar a validade concorrente desta medida; (2) a dimensão amostral – neste estudo a amostra foi constituída por 100 participantes, número bastante inferior ao da versão original, não sendo possível usar uma amostra probabilística; (3) o número reduzido de participantes em contexto profissional – neste estudo apenas 16% dos participantes tinham experiência profissional; (4) os participantes pertenciam apenas a uma única instituição de Ensino Superior muito embora estivesse assegurada alguma variabilidade dado que os participantes se encontravam a frequentar cursos no âmbito das Ciências Sociais e da Saúde.

Em termos de orientações futuras e considerando que neste momento não existe outro tipo de instrumento adequado para a população portuguesa, que meça o valor da investigação para a Gerontologia Social recomenda-se, no sentido de aproximar o uso da medida ao campo profissional, incluir em investigações futuras uma amostra não apenas constituída por estudantes mas também por profissionais. Considera-se também, que possam ser utilizados outros procedimentos de recolha de

dados para além do preenchimento em sala de aula, por exemplo via *online*. Incluir estudantes de outras áreas para além da Social e da Saúde, e de outros estabelecimentos de Ensino Superior, também se pode revelar fundamental para determinar diferenças mais significativas nos resultados.

De facto, revela-se um trabalho árduo, o envelhecimento acarreta consigo novos desafios e dilemas exigindo tendencialmente profissionais especializados neste domínio. Como refere Fernandes (2007), os processos de envelhecimento são complexos, os percursos do envelhecer heterogéneos, os problemas são diversos, constituindo um desafio constante à formação contínua e à especialização. Para a autora, no âmbito do cuidar são exigidas “aptidões técnicas não apenas no campo biomédico como nos campos psicológico, espiritual, antropológico, social e ético, o que constitui um enorme desafio para as escolas de saúde e de acção social que têm a responsabilidade de formar e actualizar profissionais que pretendam trabalhar ou trabalhem nesta área das ciências humanas, que ultrapassa as fronteiras das ciências da saúde” (p. 217). Na profissionalização da intervenção de âmbito Gerontológico, seja qual for o nível de qualificação devem ser considerados estes critérios.

Na linha do sugerido pela autora, assume-se que para uma intervenção de âmbito Gerontológico, a investigação na incrementação das boas práticas é aspecto central. À semelhança de Bengston e colaboradores (1997) e Alley e colaboradores (2010), existem uma série de razões para se avançar com uma nova estratégia de acção, quer na Prática quer na investigação em Gerontologia Social. Partir dos resultados para orientar a Prática e partir da Prática para delinear novos planos de investigação e/ou intervenção, é seguramente traçar novos caminhos face ao envelhecimento da população. Aprender a consumir investigação é fundamental para o desenvolvimento da Prática *baseada na evidência*. Os resultados da investigação são úteis para a tomada de decisão na Prática Profissional mas, ao mesmo tempo, a investigação precisa de ser doseada pela “expertise”, decorrente da experiência profissional em domínios específicos, bem como como pela ética e valores associados ao exercício da profissão (Sackett, Strauss & Richardson, 1997).

Compreende-se assim que o contínuo desenvolvimento da Gerontologia Social envolva o conhecimento da investigação produzida no domínio do envelhecimento humano, minimizando assim a distância entre os avanços científicos e a Prática

Profissional em Gerontologia Social. Uma Prática *baseada na evidência* poderá contribuir para que os cuidados sejam prestados mediante evidência científica válida e relevante, o que poderá levar a uma avaliação e intervenção mais eficaz.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aartsen, M. (2009). European Region. In E. Palmore, F. Whittington, & S. Kunkel, *The International handbook on aging* (pp. 55-64). Califórnia: Praeger.
- Alley, D., Putney, N., Rice, M. & Bengston, V. (2010). The increasing use of theory in Social Gerontology; 1990-2004. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (5), pp. 583-590.
- 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- 34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. In W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (6th ed.). New York: Wiley.
- Baltes, P., Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging. From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, pp. 123 - 135.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist*, 52 (4), pp. 366-380.
- Baltes, P., Mayer, K. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandeira, M. L. (2012). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: evolução e perspectivas*. Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bass, S. A. (2009). Toward an Integrative Theory of Social Gerontology. In V. L., Bengston, D., Gans, N. M., Putney & M. Silverstein (eds.), *Handbook of Theories of Aging*. (pp. 347-374). New York: Springer Publishing Company.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Carvalho, J. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: contributos para a prática baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia*, pp. 1-10.
- Bengston, V., Burgess, E., & Parrott, T. (1997). Theory, explanation and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, pp. 72-88.
- Birren, J. (1995). New models of aging: Comment on need and creative efforts. *Canadian Journal on Aging*, 14(1), pp. 1-3.
- Birren, J., Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. IN. J. Birren & K. W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48, pp. 101-145.
- Centro de Atendimento Cinquenta Mais (Universidade do Porto). Acedido em 24 de Maio de 2014 em <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/>
- Coleman, P. & Jerrome, D. (1999). Applying theories of aging to gerontological practice through teaching and research. In V. Bengtson & K. W. Schaie (eds.). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.

- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- Dias, I. & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (coord.). (2012). *Manual de gerontologia*. (pp. 179-201). Lisboa: Lidel.
- Direcção Geral de Ensino Superior (DGES). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/OfertaFormativa/CursosConferentesDeGrau/CiclosAutorizados/>
- Elder, G.H. (1998). *Children of the great depression. Social change in life experience*. 25th. Anniversary Edition, Boulder, CO: Westview Press.
- Fernandes, A. M. (2007). *Envelhecimento, perspectivas de criação de emprego e necessidades de formação para a qualificação dos recursos humano* (pp. 217-226). Edição do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP).
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Gerontologia Social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp. 31-54). Madrid: Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R., Merita, M., & Hernández, J. (2009). Planificación y evaluación de programas gerontológicos. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp. 401-434). Madrid: Pirâmide.
- Fillenbaum, G.G. & Smyer A. M. (1981). The development, validity, and reliability of the Oars multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36(4), pp. 428-34.
- Gudmundsson, E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychologi*, 65(2), pp. 29-45.
- Gregory, J. (2010). Gregory Research Beliefs Scale: factor structure and internal consistency. *Research on Social Work Practice*, pp. 641-650.
- Gregory, J. (2009). *Gregory Research Beliefs Scale: Factor Structure and Psychometric Properties*. Tese de Doutoramento em Filosofia, Faculdade Social Work, Universidade Indiana.
- Hambleton, R. K. (1994). The Rise and Fall of Criterion Referenced Measurement? *Educational Measurement: Issues and Practice*, 13, 21–26.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D., (2005). Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment. *Psychometrika*, 72(4), pp. 649-651.
- Hooyman, N., & Kiyak, H. (2011). The growth of social gerontology. Em N. Hoyman, & H. Kiyak, *Social Gerontology* (pp. 3-4). Boston: Pearson.
- INE. (2014). *Estatísticas Demográficas - 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [http://www.ipcb.pt/images/IPCB/pdfs/academicos/reg/Reg\\_IPCB\\_SA\\_01\\_regulamento\\_mestrados.pdf](http://www.ipcb.pt/images/IPCB/pdfs/academicos/reg/Reg_IPCB_SA_01_regulamento_mestrados.pdf)
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESE). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://www.ipvc.pt/mestrado-gerontologia-social>
- Instituto Superior Bissaya Barreto (ISBB). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [http://www.fbb.pt/isbb/wp-content/uploads/sites/8/2014/02/mest\\_gersoc\\_v4.pdf](http://www.fbb.pt/isbb/wp-content/uploads/sites/8/2014/02/mest_gersoc_v4.pdf)
- Instituto Politécnico de Portalegre (Escola Superior de Saúde) . Acedido em 23 de Julho de 2014 em



- [http://www.ipportalegre.pt/html1/3Cursos/Cursos/Editais2014\\_15/M\\_Gerontologia.PDF](http://www.ipportalegre.pt/html1/3Cursos/Cursos/Editais2014_15/M_Gerontologia.PDF)
- Instituto de Estudos Superiores de Fafe (ESEF). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [http://www.iesfafe.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=176%3Aeducacao-social-gerontologica&catid=5%3Alicenciaturasasesef&Itemid=106&lang=pt#plano](http://www.iesfafe.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=176%3Aeducacao-social-gerontologica&catid=5%3Alicenciaturasasesef&Itemid=106&lang=pt#plano)
- Instituto Politécnico de Lisboa (Escola Superior São João de Deus). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [http://www.joaodedeus.pt/curso/index.asp?id\\_cnt=22](http://www.joaodedeus.pt/curso/index.asp?id_cnt=22)
- Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde de Bragança). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [http://www.essa.ipb.pt/portal/page?\\_pageid=335,249979&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.essa.ipb.pt/portal/page?_pageid=335,249979&_dad=portal&_schema=PORTAL)
- Instituto Politécnico de Coimbra (Escola Superior de Educação de Coimbra). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://www.esec.pt/pagina.php?id=105>
- Instituto Superior de Serviço Social do Porto (Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [https://www.issp.pt/si/cursos\\_geral.FormView?P\\_CUR\\_SIGLA=LGS](https://www.issp.pt/si/cursos_geral.FormView?P_CUR_SIGLA=LGS)
- Instituto Superior Miguel Torga (Escola Superior de Altos Estudos). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://www.ismt.pt/index.jsp?hm=0&vm=1x2>
- Instituto Politécnico de Leiria (Escola Superior de Saúde). Acedido em 25 de Agosto de 2014 em <http://www.ipleiria.pt/cursos/course/mestrado-em-intervencao-para-um-envelhecimento-ativo/>
- Instituto Politécnico de Beja (Escola Superior de Educação de Beja). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <https://www.ipbeja.pt/cursos/Paginas/Mestrados2oCicloBolonha.aspx>
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, pp. 141-151.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J. & Kahana, B (2012). Proactive aging. *Ageing & Mental Health*, 16 (4), pp. 438-451.
- Kahana, E et al. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. Wykle, P. Whitehouse & D. Morris (eds). *Successful aging through the life span* (pp. 101-129). New York: Springer.
- López, J. M. (2009). Técnicas de investigación y evaluación. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp. 355-382). Madrid: Pirâmide.
- Lowenstein, A. & Carmel, S. (2009). The Construction of Knowledge: A New Gerontological Education Paradigm. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silversytein (eds.). *Handbook of Theories of Aging*, (pp. 707-719), New York: Springer.
- Marshall, V. (2009). Theory informing public policy: The life course perspective as a policy tool. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silversytein (eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 573-593). New York: Springer.
- Meyer, M. (2003). The Current state and Developments in Gerontology in European Higher Education. *Educational Gerontology*, 29, pp. 55-69.
- Mertens, D. M. (2009). *Transformative research and evaluation*. New York: Guildford Press.
- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à Saúde do Idoso*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil.
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Proctor, E. & Rosen, A. (2004). Concise standards for developing evidence – based practice guidelines. In A. Roberts & K. Yeager (eds.), *Evidence - based practice manual: Research and outcome measures in health and human services* (pp. 193 - 199). Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, Ajrouch e Hillcoat-Nalletamby (2010). *Key concepts in social gerontology*. Los Angeles: Sage.
- Ramalho, A. P., & Ramalho, J. G. (2014). A relevância da formação em gerontologia social na implementação das políticas sociais em Portugal. In H. R. Luz, & I. Miguel, *Gerontologia Social: Perspetivas de Análise e Intervenção* (pp. 39-50). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional (CIS) do Instituto Superior Bissaya Barreto (ISBB).
- Ribeiro, O., Fernandes, L., Firmino, H., Simões, M., & Paúl, C. (2010). Geropsychology and psychogeriatrics in Portugal: research, education and clinical training. *International Psychogeriatrics*, pp. 854-863.
- Richardson, V., & Barusch, A. (2006). Integrated Gerontological Practice. In *Gerontological Practice for the Twenty - first century* (pp. 48-63). Columbia: University Press.
- Richardson, V., & Barusch, A. (2006). Stages in Gerontological Practice. In *Gerontological Practice for the Twenty-first century* (pp. 64-87). Columbia: University Press.
- Roberts, A. & Yeager, K. (2004). Systematic reviews of evidence-based studies and practice-based research: How to search for, develop, and use them. In A. Roberts e K. Yeager (eds.), *Evidence-Based Practice Manual* (pp. 3-14). Oxford: Oxford University Press.
- Rodrigues, R. M. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos . *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 23(2), pp. 109-115.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J.W., Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books
- Russell, D, W. (2002). In search of underlying dimensions: The use (and abuse) of factor analysis in personality and social psychology bulletin. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, pp. 1629-1646.
- Sackett, D.L., Strauss, S.E., & Richardson, W.S. (1997). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBP*. London: Churchill Livingstone.
- Schaie, W., & Willis, S. (2003). Desarrollo adulto y envejecimiento. In W. Schaie, & S. Willis, *Psicología de la edad adulta y vejez* (pp. 1-31). Madrid: Pearson Education.
- Sundell, K., Soydan, H., Tenvald, K. & Anttila, S. (2010). From Opinion-Based to Evidence-Based Social Work: The Swedish Case. *Research on Social Work Practice*, 20 (6), 714-722.
- Universidade Lusíada de Lisboa (ISSS). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [http://old.lis.ulusiada.pt/old/cursos/bolonha/ciclos\\_2007\\_2008/gerontologiasocial/2\\_ciclo/default.htm](http://old.lis.ulusiada.pt/old/cursos/bolonha/ciclos_2007_2008/gerontologiasocial/2_ciclo/default.htm)

- Universidade do Algarve (ESEC). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://esec.ualg.pt/home/pt/curso/1582>
- Universidade Instituto Politécnico de Aveiro (ESSUA). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <https://www.ua.pt/essua/PageText.aspx?id=17257>
- Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro (Escola de Ciências da Vida e do Ambiente). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [http://www.utad.pt/vPT/Area2/estudar/oferta\\_educativa/2ciclo/Paginas/geront\\_ativid\\_fis\\_saude\\_doso\\_2ciclos.aspx?pagenr=2&lst=1](http://www.utad.pt/vPT/Area2/estudar/oferta_educativa/2ciclo/Paginas/geront_ativid_fis_saude_doso_2ciclos.aspx?pagenr=2&lst=1)
- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (FCSEA). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://www.ulusofona.pt/escolas-e-faculdades/fcsea/mestrados/mestrado-em-gerontologia-social-2-ciclo.html>
- Universidade de Aveiro (ESSUA). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <https://www.ua.pt/essua/PageText.aspx?id=17257>
- Universidade da Beira Interior (Faculdade de Ciência da Saúde). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://www.ubi.pt/Curso/928>
- Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro (Escola de Ciências da Vida e do Ambiente). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [http://www.utad.pt/vPT/Area2/estudar/oferta\\_educativa/2ciclo/Paginas/geront\\_ativid\\_fis\\_saude\\_doso\\_2ciclos.aspx?pagenr=2&lst=1](http://www.utad.pt/vPT/Area2/estudar/oferta_educativa/2ciclo/Paginas/geront_ativid_fis_saude_doso_2ciclos.aspx?pagenr=2&lst=1)
- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (FCSEA). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://www.ulusofona.pt/escolas-e-faculdades/fcsea/mestrados/mestrado-em-gerontologia-social-2-ciclo.html>
- Universidade do Algarve (ESEC). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://esec.ualg.pt/home/pt/curso/1582>
- Universidade Lusíada de Lisboa (ISSS). Acedido em 23 de Julho de 2014 em [http://old.lis.ulusiada.pt/old/cursos/bolonha/ciclos\\_2007\\_2008/gerontologiasocial/2\\_ciclo/default.htm](http://old.lis.ulusiada.pt/old/cursos/bolonha/ciclos_2007_2008/gerontologiasocial/2_ciclo/default.htm)
- Universidade Católica Portuguesa (FCSH). Acedido em 23 de Julho de 2014 em <http://www.braga.ucp.pt/site/custom/template/ucptplfac.asp?SSPAGEID=1912&lang=1&artigoID=1360>
- Walker, A. (2009). Aging and social policy: theorizing the social. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, & M. Silverstein, *Handbook of theories of aging* (pp. 595-613). New York: Springer.
- Willis, S. (2001). Methodological issues in behavioral intervention research with elderly. In V. Bengtson & K. W. Schaie (eds.), *Handbook of psychology of aging*. New York: Academic Press.



---

## **ANEXOS**

ANEXO 1 – Consentimento Informado

ANEXO 2 – Ficha Sociodemográfica

ANEXO 3 – *Gregory Research Beliefs Scale*