

Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida?

Alice Bastos

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação
Unifai, Cintesis

Carla Faria

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação
Unifai, Cintesis

Daniela Gonçalves

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação

Helena Lourenço

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação

In *EXEDRA, Revista Científica* (2015)



Resumo

O presente artigo tem por objetivo contribuir para a análise e discussão da Educação e Formação dos profissionais do envelhecimento, em particular a prática gerontológica. Contrariamente ao que acontece nos EUA, a Educação e Formação no âmbito do envelhecimento tem sido muito menos sistemática na Europa, em particular nos países do Sul, o que pode parecer um paradoxo dado que a Europa é uma das regiões mais envelhecidas do mundo. O envelhecimento é hoje encarado como um processo dinâmico complexo, multidimensional e multidirecional, influenciado por fatores normativos (ligados à idade e à história) e não normativos. Centrar a questão do envelhecimento em termos de processo e não de resultados, é uma das questões nucleares para a criação de um quadro de referência capaz de orientar a Educação e a prática gerontológica. As perspetivas teóricas *lifespan* e *life course* oferecem uma grelha de análise extremamente rica e robusta para construir um quadro de referência para a Educação no âmbito do envelhecimento e instalar a prática gerontológica. No que se refere à prática gerontológica, defende-se a opção por uma abordagem simultaneamente multidisciplinar e biopsicossocial, o que implica assumir a prática gerontológica integrada como um processo faseado, dada a complexidade e multiplicidade dos problemas do ir envelhecendo. Quanto ao uso da investigação na prática gerontológica, autores ligados à prática baseada-na-evidência colocam em destaque a necessidade de os profissionais da área do social fornecerem um argumento válido para a tomada de decisão relativamente aos planos de intervenção. Atualmente assiste-se à necessidade de basear a intervenção da área do social não em opiniões, mas sim em procedimentos empiricamente sustentados. Neste sentido, considera-se que a eficácia da intervenção corresponde à obtenção de benefícios claros, num curto espaço de tempo, e a baixo custo. Daí, a nossa proposta de prática gerontológica integrada baseada na evidência.

Palavras - chave: Envelhecimento / Educação e Formação / Prática Gerontológica / Gerontologia / Gerontologia Social

Abstract

This paper aims to contribute to the analysis and discussion of Education and Training in Gerontology. Unlike the USA, in Europe this Education and Training seems to be much less systematic, particularly within the Southern countries. This situation may seem paradoxical, given that Europe is one of the most aged region of the world. Today aging is seen as a complex dynamic, multidimensional, and multi-directional process, influenced by normative and non-normative factors. Focusing on aging in terms of process rather than results is one core issue to develop a framework in order to guide the Education and gerontological practice. The lifespan and life course theoretical perspectives offer an extremely rich and powerful analytical tool to guide Education and gerontological practice. In what concerns the gerontological practice, we advocate the adoption of a simultaneous biopsychosocial multidisciplinary approach, which involves taking the integrated gerontological practice as a progressive process, given the complexity and multiplicity of aging. Regarding the use of research in professional practice, researchers that study evidence-based practice highlight the need for professionals to provide a valid argument for decision-making in intervention. Currently it is demanding to ground social intervention in empirically studies, rather than in opinions. This way, the intervention efficacy may show significant results and good cost-benefits. Hence our proposal on integrated gerontological evidence-based practice.

Key-words: Aging / Education and Training / Gerontological Practice / Gerontology / Social Gerontology

Introdução

O envelhecimento é um dos fenómenos que está na ordem do dia, quer em termos académicos, quer ao nível da investigação científica. De acordo com Sowers e Rowe (2007), o envelhecimento é um processo progressivo de mudança a nível biológico, psicológico e ao nível da estrutura social dos indivíduos. No entanto, como referem os autores, em termos mundiais a população não está a envelhecer de modo uniforme: Europa – 20%; EUA – 16%; Oceânia – 13%; América Latina e Caraíbas – 8%; Ásia 9%; África – 5%. Segundo a mesma fonte, estimativas da ONU para 2050 apontam que 21% da população terá 60+ anos. Ou seja, dentro de poucas décadas, 1 em cada 5 pessoas terá 60 ou mais anos.

Do ponto de vista teórico, há consenso sobre o entendimento de que o envelhecimento é um *processo ao longo da vida (lifelong process)*, como alertam alguns dos autores de referência na Sociologia *Life-course* e na Psicologia *Life-span* (e.g., Bengtson, Gans, Putney, & Silverstein, 2009; Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006). Ao longo deste processo, diferentes experiências de vida, influenciadas pela Biologia e pela Cultura, vão contribuindo para a capacidade de reserva cognitiva, emocional e relacional nos últimos anos da vida.

Além disso, é preciso ter em atenção que a capacidade funcional dos sistemas biológicos aumenta durante os primeiros anos de vida, atinge um pico no *início da vida adulta (early-adulthood)* e, naturalmente, declina a partir daí. Na maior parte dos países (mas não em todos), as pessoas passam por uma longa infância e uma longa velhice. A nível mundial, as mulheres vivem mais tempo, portanto, na maior parte dos países, há um predomínio de mulheres. Devido à sua longevidade, as mulheres têm maior probabilidade de ter doenças crónicas.

A propósito das tendências atuais e desenvolvimentos futuros da *Gerontologia*, Paul (2012) afirma o seguinte:

“A Gerontologia é uma nova área científica dedicada ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas. Corresponde a uma visão integrada do envelhecimento que agrega os contributos de várias áreas científicas, como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, para citar apenas algumas, mas que se constitui como novo campo do saber, ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida” (p. 1)

De acordo com Jamieson (2002), a *Gerontologia* é um campo de estudo multidisciplinar do envelhecimento. Constrói-se com base nas Ciências Físicas e nas Ciências Sociais, mas também inclui as Artes e as Humanidades. Enquanto as Ciências Físicas, com uma longa tradição, estão focalizadas nos aspetos biológicos do envelhecimento, a *Gerontologia Social* desenvolveu-se em meados do século XX como campo de estudo do *envelhecimento em contexto social*. É neste sentido que Jamieson (2002) defende a necessidade de um quadro de referência teórico que seja sensível ao *ageing* em vez de *the aged*. Dada a relevância deste assunto, analisaremos ao longo deste trabalho a questão do envelhecimento como processo ao longo da vida.

Relativamente à prática gerontológica, Richardson e Barusch (2006) consideram que, embora a nomenclatura varie, genericamente a prática gerontológica ocorre num processo faseado: *escuta, avaliação e intervenção*. Em termos genéricos, a *fase inicial de escuta* é entendida pelos profissionais como sendo da ordem da construção de uma relação de confiança entre profissional e cliente. Por seu turno, a *fase da avaliação* engloba o uso do guia prático ABCDEF (a desenvolver mais adiante), que se baseia numa perspetiva multidisciplinar e biopsicossocial. Finalmente, a fase da intervenção

incorpora aspetos micro e macro, conjuntamente com intervenções básicas e especializadas. No entanto, a este faseamento é necessário acrescentar outros parâmetros, de modo a tornar este campo de prática mais robusto face à complexidade e multiplicidade dos problemas das pessoas idosas.

Um dos aspetos relevantes relativamente ao campo da prática profissional prende-se com a diversidade de termos usados para fazer referência aos profissionais envolvidos, cenários/*settings* de atuação ou ainda serviços prestados. Por conseguinte, no presente texto e sempre que se justificar, manteremos no original os termos. É nosso entendimento que esta opção poderá mais facilmente abrir a discussão entre aqueles que neste momento têm a responsabilidade da Educação e Formação dos profissionais de âmbito gerontológico. Assim, ao longo do presente texto vamos: (1) analisar algumas das tendências no exercício da Gerontologia e a questão da qualificação de recursos humanos para lidar com o fenómeno do envelhecimento humano; (2) defender a necessidade de um quadro de referência teórico sensível ao *ageing* em vez *the aged*; (3) propor um modelo de Prática Gerontológica Integrada baseada na evidência.

Tendências no Exercício da Gerontologia e a Qualificação de Recursos Humanos para Lidar com o Fenómeno do Envelhecimento

Relativamente às tendências no exercício da Gerontologia, Sowers e Rowe (2007) identificam duas tendências a nível mundial: (1) *cuidados de base comunitária (community based care)* e (2) *suporte filial (filial support)*.

Cuidados de base comunitária. Este tipo de cuidados usa uma abordagem integrada e compreensiva “*to the special needs of olders persons, their families, and the community*” (Sowers & Rowe, 2007, p. 8). Este tipo de abordagem envolve e exige a colaboração inter-organizacional e cooperação interdisciplinar. A este propósito, os autores supracitados afirmam o seguinte:

“A community-based approach in social services and health care is a strategic approach to meet the mounting demands for integrated health and social services to the elderly. (...) Typically, self-care, informal care, and formal care are provided within this approach and the care often includes prevention, curative care, rehabilitation, palliative care, and terminal care. These integrated services may be delivered in a variety of settings including home or residential care settings” (p. 8, sublinhado nosso).

Dito de outro modo, os cuidados de base comunitária (auto-cuidado, cuidado informal e cuidado formal) podem desenvolver-se com metas muito diversas que vão desde a prevenção, tratamento, cuidados paliativos, entre outros.

Suporte/apoio filial. De acordo com Sowers e Rowe (2007), em muitos países, as famílias confrontam-se “*with increasing pressure to provide care for their elderly family members*” (p. 8). Como consequência, alguns países legislaram no sentido de orientar a prestação de cuidados aos mais velhos no seio da família. Na China, por exemplo, esta obrigatoriedade está estabelecida na “*Marriage Law*” e o Governo de Singapura fornece incentivos às famílias que cuidam dos seus idosos.

No entanto, de acordo com a investigação, as políticas que obrigam os familiares a prestar cuidados aos seus idosos parecem levar a consequências nefastas. Como alertam Sowers e Rowe (2007), deixar que as famílias escolham o melhor para os mais velhos dentre um leque de cuidados

possível, poderá ser uma abordagem mais eficaz do que legislar sobre o assunto como se pode observar pelo extrato seguinte:

“As a result, it appears that policies and interventions that provide universal access to a continuum of care alternatives that facilitate rational health care decision making by families and that empower and sustain family members who choose to care for elderly relatives may be a more effective approach than legislating caregiving. In fact, a new approach that gives the elderly or their family members the power to hire, train, supervise, and fire workers assigned to them for home or community-based services may provide better quality of life care for the elderly” (pp.8-9).

Considerando que o envelhecimento da população é um fenómeno que se observa à escala mundial, importa atualmente, com base na teoria e investigação produzidas no domínio, orientar as políticas e as práticas de modo a garantir qualidade de vida e bem-estar na velhice.

Qualificação de recursos humanos em Portugal. Relativamente a este assunto, Fernandes (2007) desenvolveu um estudo com o objetivo de: (1) definir de um quadro conceptual com vista à compreensão do envelhecimento; (2) caracterizar os serviços disponibilizados aos mais velhos e a procura de serviços, identificando necessidades não satisfeitas, (3) identificar as necessidades existentes e emergentes deste grupo populacional, (4) identificar oportunidades de criação de empresas e de emprego neste âmbito e (5) caracterizar as políticas e instrumentos de intervenção.

Assim, o estudo descreve, por um lado, os serviços disponibilizados às pessoas mais velhas no nosso país e os recursos humanos associados com base em dados recolhidos via questionário junto de 340 “entidades prestadoras de serviços à população sénior” (Fernandes, 2007, p. 136) e, por outro, as necessidades e aspirações de pessoas com mais de 50 anos identificadas com recurso a um questionário. A partir deste conhecimento, a autora identificou e caracterizou *perfis profissionais* considerados necessários para responder às exigências decorrentes do envelhecimento populacional e individual.

No que às instituições com serviços para os mais velhos se refere, foi possível constatar que apresentam constrangimentos de inovação, qualificação dos serviços e diversificação da oferta. Especificamente foram identificados constrangimentos financeiros, de contratação de recursos humanos técnicos, e de qualificação dos recursos humanos e das direções. Além disso, estas instituições parecem conhecer as necessidades/problemas das pessoas mais velhas a quem prestam serviços, destacando-se como mais salientes a solidão/isolamento (decorrentes da redução das redes sociais) e a escassez de respostas ajustadas às condições de saúde e de dependência. Em termos de visão estratégia estas instituições orientam-se para a melhoria dos serviços que prestam e para o desenvolvimento de novos serviços em que o desenvolvimento pessoal parece ter um destaque acentuado. Em termos de recursos humanos, os resultados evidenciaram ainda “um peso significativo das direções (segmento mais envelhecido)” (Fernandes, 2007, p. 239) e um reduzido número de técnicos que contrasta com um número elevado de pessoal não técnico, o que contribui para a escassez de diversificação dos recursos humanos técnicos e a impossibilidade da multidisciplinaridade. Globalmente, existe uma baixa qualificação dos recursos humanos, baixos níveis salariais, reduzidas possibilidades de progressão profissional e acesso muito limitado a formação que aumente o nível de qualificação profissional.

Apesar destes serviços terem vindo a crescer nos últimos anos, não apresentam especialização, não revelam capacidade para responder à cada vez maior heterogeneidade característica deste grupo populacional, e não se mostram capazes de orientar a sua intervenção numa linha preventiva,

“não integrando uma perspectiva mais ampla, sustentada no conhecimento gerontológico” (Fernandes, 2007, p. 239). Neste sentido, “as necessidades de formação das diferentes categorias são indicativas da ausência de especialização na área gerontológica” (idem, p. 239). Este cenário, isto é, a indiferenciação dos recursos humanos, tende a comprometer a qualidade dos serviços e dos cuidados proporcionados, assim como a capacidade destas instituições diversificarem e qualificarem os serviços que prestam e inovarem.

Em termos das necessidades e aspirações das pessoas com mais de 50 anos, foram identificadas as dificuldades de saúde (51,6%), dificuldades financeiras (26,1%) e solidão (25%) como as mais prevalentes. Já ao nível das aspirações, os participantes apontaram a manutenção da saúde (35,6%) e o convívio com a família e melhoria destas relações (18,3%). A maioria das pessoas avaliadas mostra preferência por envelhecer em casa (42,1%), considera prioritário em termos de prevenção a vigilância periódica da saúde (96,7%), e em termos de serviços destacam os serviços no/ao domicílio (68,8%), serviços de saúde de proximidade (49,5%) e transporte coletivo facilitado (41,3%). Além disso, os resultados mostram que este grupo reconhece a necessidade de novas tipologias de serviços, mas tem dificuldade em concretizar o tipo ou natureza dos mesmos, mostrando, no entanto, preferência por acompanhamento, atividades físicas e atividades informativas/formativas que podem, na sua opinião, ajudar a envelhecer com mais qualidade.

Da articulação dos resultados relativos às instituições com os resultados relativos às pessoas com mais de 50 anos é possível verificar que se destacam três domínios: (1) melhoria das instalações e diversificação dos serviços, (2) diversificação das atividades de ocupação dos clientes de modo a promover e estimular o convívio e (3) aumentar o pessoal técnico com formação específica no domínio do envelhecimento, particularmente ao nível da capacidade de escuta e relação interpessoal.

Tendo em conta este cenário, Fernandes (2007) admite que os serviços se estruturam em torno de quatro eixos: (1) promoção da autonomia/desenvolvimento pessoal, (2) melhoria da casa e da acessibilidade, (3) serviços de proximidade polivalentes que respondam a problemas que limitam a autonomia, e serviços especializados (temporários ou de longa duração) para situações de maior complexidade e/ou limitação. Em termos profissionais destacam-se as “funções de cuidar, de acompanhar, de reabilitar” (Fernandes, 2007, p. 244).

Face a este contexto, a autora assume que “Os resultados apresentados permitem admitir o aumento no emprego em todas as profissões ligadas a esta área, em especial em serviços de proximidade, polivalentes, facilitadores da resolução de problemas redutores da autonomia e da promoção da inserção social. Podemos considerá-los como verdadeiros “nichos” de oportunidades, tanto para o terceiro sector como para o setor privado lucrativo” (Fernandes, 2007, p. 222) pelo que a necessidade de formação e qualificação dos profissionais das instituições com serviços para os mais velhos, assim como o desenvolvimento de novos perfis profissionais no âmbito gerontológico se assumem como preponderantes. Na mesma fonte, a autora defende mesmo que a “qualificação constitui a chave do sucesso da sua continuidade ou da sua implementação, no caso das novas respostas” (p. 222).

Em termos da qualificação profissional, a autora aponta dois grupos: (i) “pessoal que se relaciona com os clientes, que intervém, que cuida”; e (ii) dos que gerem as instituições, sabendo que o “centro” é o cliente, a pessoa e o seu projecto” (Fernandes, 2007, p. 245).

Já em termos da educação/formação “dos recursos humanos nos serviços de âmbito gerontológico” (Fernandes, 2007, p. 222) considera que a oferta educativa/formativa deve ser

diversificada nos vários níveis de educação/formação e em termos da especialização e/ou da formação continuada (ao longo da vida). Especificamente defende que a “formação exige a definição de referenciais programáticos, a adequar em função do tipo de formação – inicial, contínua, especializada ou pós-graduada – e em função do perfil, funções e competências/capacidades a adquirir pelos profissionais através do processo formativo.” (Fernandes, 2007, p. 225), sendo que a educação/formação neste domínio é indissociável do ensino e da investigação. Note-se que em Portugal, é na última década que a educação e a formação no âmbito do envelhecimento tem vindo a aumentar no Ensino Superior Público e Privado. Actualmente, ao nível do 1.º Ciclo de Estudos existem sete licenciaturas no âmbito do envelhecimento, das quais quatro se situam no ensino público e três no ensino privado, e a grande maioria (n = 6) no ensino superior politécnico. Já ao nível do 2.º Ciclo de Estudos, existe um número muito superior de formações de âmbito gerontológico quando comparados com a formação de licenciatura.

Da Necessidade de um Quadro de Referência Teórico Sensível ao “Ageing” em vez “The Aged”

Centrar a questão do envelhecimento em termos de processo e não de resultados, é uma das questões nucleares na análise do fenómeno do envelhecimento humano. Kahana e colaboradores (2005, 2012), na sua análise crítica dos modelos de envelhecimento bem-sucedido, separam os modelos orientados para resultados (e.g. Rowe & Kahn, 1998), dos modelos centrados no processo (e.g. P. Baltes & M. Baltes, 1990).

Do ponto de vista teórico e empírico podemos encontrar em Paul Baltes e na sua equipa (1987, 1990, 1997, 2000, 2003, 2006) material suficientemente robusto para pensar o envelhecimento do ponto de vista individual. Já no que ao envelhecimento coletivo se refere, os trabalhos de Glen Elder (1974/1998) em termos da perspectiva *life course*, bem como os de Dannefer (2003, 2009), entre outros, podem ser úteis para pensar os efeitos da estrutura social e as (des)vantagens cumulativas ao longo do curso de vida, sendo que a estrutura social coloca um sério limite à *agency* individual. Mas não sendo este o lugar para discutir esse assunto, e conscientes de que para dançar o tango são precisos dois, como alerta Settersten (2010), para efeitos desta análise vamos nos focalizar num dos pares desta dança e adoptar uma perspectiva *life-span*, na linha do Grupo de Berlim.

A ideia de desenvolvimento e envelhecimento como estando sujeito a múltiplas influências está claramente expressa nos trabalhos iniciais de Baltes e seus colaboradores, como se pode observar pela sua biografia académica (Baltes, 2000). Adoptando uma posição de desenvolvimento contrária ao que vigorava na época, sendo um bom conhecedor dos trabalhos de Piaget e dos modelos de processamento da informação, Baltes constrói uma nova visão do desenvolvimento e do envelhecimento, elaborando um modelo específico (modelo de Otimização Seletiva com Compensação, SOC) que engloba aspectos gerais e domínio específico, para ilustrar o processo adaptativo ao longo da vida.

Neste processo adaptativo há três elementos e processos que interatuam (Baltes, 1987). Primeiro há um elemento de *seleção (S)*, que se refere a um aumento na restrição decorrente do leque de potencial adaptativo. O segundo elemento corresponde à *otimização (O)*, sendo que as pessoas se envolvem em comportamentos, aumentam as suas reservas gerais e maximizam as suas escolhas em termos qualitativos e quantitativos. O terceiro elemento, *compensação (C)* resulta (tal como a

seleção) do leque de plasticidade ou potencial adaptativo. Este modelo é ilustrado com o pianista Rubinstein, que aos oitenta e tal anos continuava a dar concertos em público. Numa entrevista Rubinstein explicava como procedia para continuar em palco: (a) reduziu o número de peças que tocava (seleção), (b) tocava muitas vezes as peças escolhidas (otimização) e, finalmente (c) inventou uma estratégia pessoal que consistia em abrandar antes dos rápidos, de forma a acentuar os contrastes entre acordes rápidos e lentos (compensação). A individualização destas estratégias é fundamental, pois é preciso atender aos *interesses, saúde, preferências e recursos* das pessoas. Este exemplo é particularmente ilustrativo do envelhecimento bem-sucedido.

Para elaborar uma nova perspetiva acerca do envelhecimento bem-sucedido (EBS), P. Baltes e M. Baltes (1990) inspiram-se em Cícero (106-43 a. C.), homem de Estado e filósofo da Roma antiga, que escreveu um ensaio – *De Senectute* - por volta dos seus 60 anos, para demonstrar que a velhice não é uma fase de declínio e perda. Se o processo for bem conduzido, defende Cícero (1998), a velhice pode ser uma fase de mudança positiva e de funcionamento produtivo. No seu ensaio, Cícero tenta explanar o seu raciocínio, num diálogo imaginário com Catão-o-Velho – em torno de quatro pressupostos centrais, que vão ser contraditados ao longo do dito ensaio: (1) a velhice afasta as pessoas dos negócios; (2) o vigor da juventude está ausente na velhice; (3) a velhice está privada de prazeres; (4) a velhice significa proximidade da morte. Cícero defende uma visão otimista da condição humana e do processo de envelhecimento, o que P. Baltes e M. Baltes (1990) designam por uma “visão otimista, uma utopia psicológica baseada no poder da mente humana para desenhar e controlar os pensamentos, os sentimentos e as aspirações para além dos constrangimentos da Biologia” (p. 3). É nesta linha de pensamento que os autores ao apresentar o modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC), fazem uma chamada de atenção para o facto de “*um corpo que envelhece, com as suas capacidades de reserva reduzidas e um aumento de vulnerabilidade face à doença, é apenas uma parte da história*” (p. 3).

Em termos de critérios para o envelhecimento bem-sucedido, P. Baltes e M. Baltes (1990) consideram que é necessário tomar em consideração *critérios múltiplos* (i.e., *multicriteria approach*), dentre os quais se destacam: duração da vida (longevidade); saúde física; saúde mental; eficácia cognitiva; competência social e produtividade; controlo pessoal; satisfação com a vida. Na ausência de consenso quanto à inter-relação e relativa importância de cada um dos critérios anteriormente enunciados, os autores mencionados apresentam *sete proposições* que remetem o EBS para um processo ao longo da vida.

Partindo deste quadro de proposições sobre o processo de envelhecimento, P. Baltes e M. Baltes (1990) derivam uma série de *guidelines* para orientar o envelhecimento bem-sucedido em termos individuais e coletivos, sendo que esta ideia vai surgir mais tarde a propósito da sabedoria, *life longings* e desenvolvimento ótimo (Scheibe, Kunzman, & Baltes, 2007). Pela relevância destas ideias para a intervenção gerontológica, apresentamos em seguida, as principais recomendações de P. Baltes e M. Baltes relativamente ao EBS, numa época em que a investigação empírica era ainda muito escassa.

Em primeiro lugar, parece ser desejável que as pessoas se *envolvam num estilo de vida saudável*, de modo a reduzir a probabilidade de condições patológicas do envelhecimento (Proposição 1). Em segundo lugar, devido à heterogeneidade, direção e diversidade no processo de envelhecimento, é importante *evitar soluções simplistas* e encorajar a flexibilidade dos indivíduos e das sociedades (Proposição 2). Em terceiro lugar, é desejável *aumentar as capacidades de reserva* (Proposição 3), através de atividades educativas, motivacionais e atividades ligadas à saúde, bem como à formação e

alimentação dos *social convoys*. No entender de P. Baltes e M. Baltes (1990), quanto maior for a capacidade de reserva, seja ela física, mental ou social, maior a probabilidade de o envelhecimento bem-sucedido ocorrer. No que diz respeito aos limites das capacidades de reserva (Proposição 4) e ao enriquecimento e papel compensatório do conhecimento e da tecnologia (Proposição 5), devido à perda de capacidade adaptativa, em particular nos limites da capacidade, *as pessoas idosas necessitarão de suportes compensatórios especiais*. É necessário, por isso, uma busca criativa para conseguir criar estilos de vida adequados à idade, próteses e outros dispositivos, ambientes amigos dos idosos (sobre este assunto consultar os trabalhos da FCG sobre as Cidades Amigas dos Idosos, na linha das Políticas de Saúde da OMS). Esta é talvez a parte menos desenvolvida da nossa cultura, sendo possível identificar um conjunto de situações nas mais diversas áreas da vida, nomeadamente a falta de suportes ambientais para as pessoas com incapacidades no tráfego, edifícios públicos, nas unidades de saúde, entre outros. *O equilíbrio dinâmico no ratio ganhos/perdas (Proposição 6) e a resiliência do self (Proposição 7)* sugerem a necessidade de pensar em estratégias que facilitem os ajustamentos à realidade “objetiva” sem perda do *self*. A tarefa central neste caso será apoiar os indivíduos a adquirir estratégias efetivas que envolvam mudanças nas aspirações e no leque de objetivos. No entanto, o facilitar de mudanças nas aspirações e objetivos é difícil, devido à questão de quando é que uma pessoa aceita o facto de estar a perder em capacidade e a sentir necessidade de reorientar a própria vida. Alguns autores recomendam que se utilize um *ratio* entre “*performance standard/ capacity ratio*”, associado à noção de “*just manageable difficulty*” (consultar P. Baltes & M. Baltes, 1990, p. 20). Através desta estratégia pode-se reunir informação em que a realidade objetiva exigirá a aceitação da perda. Esta estratégia é consistente com a posição de que a dependência na velhice pode ser uma estratégia efetiva para evitar sobrecarregar ou esgotar a própria reserva, como observa mais tarde M. Baltes (1996) nos seus estudos empíricos a propósito das múltiplas faces da dependência.

Posteriormente, P. Baltes vai rever algumas das ideias aqui defendidas, sobretudo face aos resultados da investigação empírica relativamente à 4.^a idade, que se mostrou a forma mais incompleta da arquitetura humana (Baltes, 1997; Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 2003; Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006). A sua entrada no estudo sistemático da sabedoria – construto nuclear nas pragmáticas da mente – não é mais do que a tentativa de reunir evidência sobre a utopia do ideal de funcionamento da orquestração perfeita da mente e virtude (Bastos, Faria, & Moreira, 2012; Gonçalves, 2012). Dada a complexidade deste processo, retomamos aqui as palavras cautelosas de P. Baltes e M. Baltes (1990, p. 21): “*É provável que não haja um conjunto único de condições, nem uma trajectória única de envelhecimento que possa ser classificada como a forma de envelhecimento bem-sucedido ou óptimo.*”

Em síntese, a perspectiva *Life-span* de Baltes e colaboradores (1990, 1997, 2003, 2006) mostra-se extremamente útil para pensar quer a formação dos gerontólogos quer para orientar a prática profissional, na medida em que assumindo a incompletude da ontogenia humana apresenta um conjunto de princípios e evidência empírica, que não se pode ignorar.

Prática Gerontológica Integrada Baseada na Evidência: Uma Abordagem Simultaneamente Multidisciplinar e Bio-Psico-Social

Antes de mais, importa situar a prática profissional do âmbito do envelhecimento. Considerando que a Gerontologia, como refere Paúl (2012, p. 1), “é uma nova área científica dedicada ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas” e assumindo que a Gerontologia Social foi o “termo usado por Clark Tibbits em 1954 para descrever a área da Gerontologia que se ocupa das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo”, como refere Neri (2008, p. 96), na linha de Fernandez-Ballesteros (2004), importa neste momento situar o campo de ação dos novos profissionais de âmbito gerontológico.

Relativamente a este assunto, Naleppa e Reid (2003), a propósito de “*The continuum of care*”, apresentam as várias opções de serviços “*to assist a person with social, financial, medical, and personal care services*” (p. 20), que pela relevância da informação aqui se transcreve no original: “*senior centers*”, “*telephone reassurance*”, “*nonmedical home care*”, “*nutritional services*”, “*personal care*”, “*skilled home health care*”, “*hospice*”, “*respite and adult day care*”, “*housing and senior living arrangements*”, “*hospitals*”, “*nursing homes*”. Como se pode observar da listagem anterior, no “*continuum of care*” estão serviços muito diversos que são prestados por profissionais das áreas do social e da saúde.

No que à prática Gerontológica diz respeito, na mesma fonte (Naleppa & Reid, 2003), numa secção intitulada “*Human service professions in gerontological practice*” pode ler-se que vários são os profissionais que prestam serviços neste âmbito, designadamente: “*social worker*”, “*nurse*”, “*case manager*”, “*discharge planner*”, “*therapist*”, “*home health care worker*”, “*physical therapist*”, “*occupational therapist*”. De todas as profissões listadas, há uma que tem vindo a ser associada à prática gerontológica – o *case manager / gestor de caso*. Marisa Accioly (2015), a propósito da educação e formação dos gerontólogos no Brasil, e no caso particular da USP, referiu que a formação na licenciatura em Gerontologia está orientada para a Gestão de Caso. Mas se pensarmos na formação pós-graduada, o que se acrescenta à Gestão de Caso? Novos modelos? Acréscimo de procedimentos no planeamento da intervenção? Procedimentos para investigar a eficácia da intervenção?

Mantendo estas questões presentes, atente-se nas recomendações de McInnis-Dittrich (2002), a propósito de uma *abordagem biopsicossocial da avaliação e intervenção com pessoas mais velhas*. Num capítulo introdutório, esta autora apresenta os “*Settings for Gerontological Social Work*”, que tal como anteriormente, apresentamos no original: *social service agencies, home health care agencies, congregate living centers, adult day health care, assisted-living centers and continuum of care facilities, hospitals, nursing homes* (pp.10-16). Novamente aqui, se tomarmos em consideração os profissionais que atualmente prestam serviços aos mais velhos, claramente estamos no campo da Saúde e do Social. No entanto, esta é apenas uma parte da história, na medida em que face aos custos dos serviços, não é viável um sistema de serviços profissionalizados sem *sistemas informais de suporte / informal support systems*, o que segundo Naleppa e Reid (2003) inclui aspetos tais como: *families and caregiving, caregiving and institutionalization, friends, neighbors, and community groups*. Perante esta situação, estamos claramente nas duas linhas de exercício da Gerontologia como referem Sowers e Rowe (2007): (1) *cuidados de base comunitária (community based care)* e (2) *suporte filial (filial support)*.

Partindo desta análise, centremos agora a nossa atenção na Prática Gerontológica Integrada. Relativamente a este assunto, Richardson e Barusch (2006) consideram que, embora a nomenclatura varie, genericamente a prática gerontológica ocorre num processo faseado: “*listening, assessment, and intervention stages*”. Em termos genéricos, a *fase inicial de escuta* - “*listening stage*” -, é entendida pelos profissionais como sendo da ordem do “*establishing rapport, building trust, showing support when they first meet the clients*”. A *fase da avaliação* – “*the assessment stage*” – engloba o uso do guia prático ABCDEF (ver mais adiante), que se baseia em perspetivas biopsicossocial e multidisciplinares. A *fase da intervenção* - “*the intervention stage*” - incorpora aspetos micro e macro, conjuntamente com intervenções básicas e especializadas.

(1) Fase da Escuta Ativa

Esta fase, de acordo com Richardson e Barusch (2006), pode ser entendida como a base para uma análise compreensiva dos múltiplos e complexos problemas do cliente. Nesta fase o profissional procura estabelecer uma relação de confiança com os clientes idosos mostrando-se capaz de gerir, aceitar e controlar os sentimentos, o que implica desenvolver a capacidade de busca do significado na conversação para identificar stressores na vida das pessoas idosas. Do ponto de vista das estratégias, o trabalho assenta na escuta empática com as pessoas idosas e em expressar sensibilidade cultural e empatia cultural com as pessoas idosas.

(2) Fase de Avaliação

Durante a fase da avaliação, segundo Richardson e Barusch (2006), os profissionais continuam a *escutar*, simplesmente colocam questões mais específicas. O Guia Prático de Gerontologia – baseado no modelo ABCDEF – ajuda os profissionais a aplicar na prática profissional uma abordagem multidisciplinar e bio-psico-social com os clientes, que tipicamente apresentam problemas de saúde física e mental, estados subjetivos e sociais, desigualdades, entre outros.

O modelo integrado de prática gerontológica tem 6 facetas ou dimensões a que correspondem 6 letras (A+B+C+D+E+F), serve como uma espécie de *caixa de ferramentas* de avaliação e intervenção. Note-se que a avaliação gerontológica multidimensional surge como uma espécie de *pronto a vestir da profissão*, com protocolos internacionais mais ou menos *standardizados* que permitem proceder a um *screening* do problema do cliente e a uma análise compreensiva da situação (análise de capacidades e necessidades do cliente) para depois traçar um plano de intervenção, ou seja, um fato à medida do cliente.

Pela sua relevância, apresenta-se em seguida a descrição sumária destas dimensões do modelo: *ações ou comportamentos* (A) dos clientes, *funcionamento biológico* (B), *cognições* (C), *recursos demográficos* (D), *suportes ambientais* (E) e *sentimentos* (F). Mantemos as letras correspondentes ao modelo original.

(A) A avaliação da ação e comportamentos do cliente (A – Ações, comportamentos) envolve proceder à avaliação sistemática do comportamento dos clientes, ou seja, como reagem aos problemas que apresentam. Com clientes deprimidos, por exemplo, os profissionais determinam como é que os seus clientes gastam o tempo, a sua participação em atividades gratificantes, quando dormem ou comem, ou então, quando ficam em letargia. Eles avaliam também as *atividades básicas da vida diária* (ADL), assim como as *atividades instrumentais da vida diária* (AIDL). Na Prática

Gerontológica é importante ter em conta que as pessoas idosas a viver de modo independente devem estar capazes de executar quer as atividades básicas (ver medidas), quer as instrumentais da vida diária (ver medidas).

(B) A avaliação do **funcionamento biológico e físico (B - Biologia, fatores)** inclui aprender acerca da saúde física dos clientes idosos e predisposições biológicas. Isto requer, por vezes, contacto com o médico de família do cliente para obter informação acerca das condições de saúde e medicação atual do cliente. A avaliação do funcionamento físico tipicamente inclui diagnóstico, sintomas, *report* de saúde, dias de cama durante um período específico, recurso ao hospital ou a médico durante um período de tempo específico, e expressões de medo e desconforto.

(C) A avaliação **cognitiva (C - Cognição**, i.e., funcionamento cognitivo, incluindo saúde mental e estilos de *coping*) habitualmente inclui questões acerca da memória de curto e longo prazo, orientação no tempo, lugar e pessoas. O profissional habitualmente realiza o Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliar os *skills* cognitivos do cliente. Muitas vezes o *social worker* solicita uma avaliação especializada do funcionamento cognitivo do cliente, incluindo diagnóstico de demência. O profissional deve ter em atenção o estilo de *coping* do cliente, para compreender como é que ele lida com as situações de stress. Uma avaliação adequada do funcionamento cognitivo do cliente deve-lhe permitir discriminar quando está perante um cliente com demência ou depressão, por exemplo. Esta avaliação também visa averiguar dos pontos fortes e fraquezas do cliente.

(D) A avaliação do **Perfil Demográfico** do cliente (**D – características demográficas**, i.e., idade, género, estatuto conjugal) revela informação importante acerca do cliente, incluindo recursos económicos, estatuto no trabalho, e situação conjugal. O **Perfil Demográfico** de um cliente idoso é importante por diversas razões. Por exemplo, os homens têm mais probabilidade de cometer suicídio do que as mulheres. O estatuto conjugal e de saúde é outra das características a considerar, uma vez que ser homem e não casado aumenta a probabilidade de sofrer de doença física ou depressão.

(E) Avaliar os **recursos ambientais (E - Ambiente**, i.e., forças do ambiente, que inclui influências culturais e étnicas, bem como recursos comunitários) dos clientes idosos é fundamental porque nos pode dar informação sobre as redes de suporte, incluindo as suas relações com a *família, amigos e vizinhos*. Esta avaliação deve ter em conta não apenas a quantidade, mas também a qualidade das redes de suporte social das pessoas idosas, incluindo que recursos e serviços estão disponíveis para apoiar o cliente idoso. Inclui a avaliação das condições da casa, dos rendimentos, assim como o uso e acesso a serviços. A avaliação ambiental inclui identificar e compreender as normas culturais e comportamentos que aumentarão a compreensão do contexto e circunstâncias únicas do cliente, designadamente a visão do mundo do cliente, estilos de vida e valores.

(F) A avaliação dos **sentimentos (F - Sentimentos** - estados afetivos e visões do mundo) das pessoas idosas revela a extensão do seu sofrimento psicológico. Por exemplo, muitas pessoas das atuais coortes têm dificuldades em expressar os seus sentimentos e tentam evitar as “queixas”, embora isto varie segundo o grupo étnico e o *background* cultural.

Em síntese, este modelo de prática integrada encoraja os profissionais a ter em conta múltiplas fontes dos problemas das pessoas idosas. Trata-se de uma visão holística e sinérgica, que protege de uma Prática Gerontológica fragmentada exigindo dos profissionais da Gerontologia uma avaliação compreensiva que considera múltiplas dimensões.

(3) Fase da Intervenção

Tal como acontece com as *fases da escuta e da avaliação*, na *fase da intervenção* os profissionais intervêm a vários níveis e usam várias estratégias (Richardson & Barusch, 2006). Podem, por exemplo, usar o Guia Prático da Gerontologia (ver modelo ABCDEF) para organizar a sua intervenção e assegurar uma *abordagem integrativa (integrative approach)*. Partindo da avaliação, podem aplicar técnicas específicas de intervenção micro e macro que induzirão mudanças nas *ações ou comportamentos* (A) dos clientes, no *funcionamento biológico* (B), *cognições* (C), *recursos demográficos* (D), *suportes ambientais* (E) e *sentimentos* (F).

Uma abordagem integradora da prática gerontológica que incorpore uma estratégia de intervenção multinível é o caminho mais eficaz para lidar com as *influências múltiplas, simultâneas e interativas*. Portanto, uma intervenção pode fazer-se simultaneamente a nível *individual e ambiental*. O profissional pode usar uma *“colaborative intervention approach”* (Richardson & Barusch, 2006, p. 82), o que significa que cliente e profissional acordam em conjunto quer o *plano de intervenção (treatment plan)* quer o modo acerca de *como proceder*. Dito de outro modo, profissional e cliente chegam a acordo acerca de *O quê?* (i.e., plano de intervenção/tratamento) e *Como?* (i.e., o caminho a percorrer ou como fazer para levar a bom porto o plano de intervenção / tratamento).

Para além do que foi abordado a propósito da intervenção, é de considerar outros aspetos designadamente a modalidade de intervenção a adotar (por exemplo, gestão de caso, prática centrada na tarefa, entre outros), o nível de diretividade ou ainda o lugar da evidência / prova resultante da investigação científica relativamente a aspetos específicos do envelhecimento. No presente artigo, abordaremos aspetos ligados à diretividade do processo de intervenção, bem como o lugar da evidência na tomada de decisão relativamente ao processo de intervenção.

(3.1) O nível de diretividade

A avaliação da situação dos clientes idosos – a severidade e a natureza dos seus problemas, os seus recursos pessoais e sociais, o contexto cultural e a eficácia de determinadas intervenções – afeta a decisão pelo tipo de abordagem a ser utilizada na fase da intervenção: abordagem *client-centered*, *collaborative* ou *practioner-directed*. Há situações em que está em causa a segurança dos clientes (por exemplo, numa situação de crise) em que se pode recomendar um elevado nível de *diretividade* na intervenção. Alguns autores defendem nesta fase da intervenção uma *prática colaborativa*, uma vez que a relação entre cliente e profissional muda de *“subordinate recipient and superior to a relationship characterized by mutuality and reciprocity”* (Richardson & Barusch, 2006, p. 83). Segundo estes autores enquanto os profissionais trazem o *conhecimento profissional e skills* para a relação de ajuda à intervenção, os clientes trazem a sua *experiência única e histórias de vida*. Uma *abordagem de intervenção colaborativa, não hierárquica*, é consistente com uma orientação de *empoderamento / empowerment* que se esforça por apoiar a participação dos clientes no processo de ajuda. Quando os clientes idosos têm recursos estáveis, os profissionais podem reforçar os sistemas de suporte e os *skills* de resolução de problemas. Isto reforça os sentimentos de auto-eficácia e auto-determinação dos clientes.

(3.2) A prática baseada na evidência

Nos últimos anos assiste-se a um esforço a nível mundial para implementar a prática baseada na evidência (PBE) nas mais diversas áreas dos serviços, com o objetivo de adequar a melhor técnica da avaliação e intervenção a um cliente em particular, assegurando a sua satisfação.

No campo do Trabalho Social / “Social Work” o uso da prática baseada na evidência tem sido marcado por algumas tensões, como referem Roberts e Yeager (2004). O ponto de partida para esta abordagem reporta-se aos anos 70, com a obra de Mullen e Dumpson (1972) intitulada “Evaluation of social interventions”. No entanto, é a partir dos anos 90 que se assiste a um retomar da necessidade de basear a intervenção do Social não em opiniões, mas sim em procedimentos empiricamente sustentados. Todavia, as dificuldades de implementação de uma prática gerontológica baseada na evidência são grandes, como alertam Roberts e Yeager (2004):

“However, is the scope of social work practice – which spans a multitude of service areas and treatment modalities including behavioral therapy, supportive counseling, marital and family treatment, family and children services, mental illness treatment, health care, gerontology, and many more – that has led to difficulties in defining contemporary evidence-based treatment in social work” (p. 10, sublinhado nosso).

Segundo os autores supra-mencionados, os profissionais que operam no âmbito do *Trabalho Social*, onde está incluída a *Gerontologia*, dão uma contribuição única para a abordagem holística aos cuidados. Foi a consciência desta situação que levou à necessidade de prática baseada-na-evidência no Trabalho Social. Estando a Gerontologia incluída nesta área de serviços, pela mesma ordem de ideias é defensável que possa beneficiar deste tipo de abordagem. A prática baseada-na-evidência pode ser compreendida como o uso consciente, explícito e criterioso, da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão de um profissional (Bastos, Faria, Amorim, & Melo de Carvalho, 2013). Nesta linha de ideias, o melhor serviço prestado baseia-se na integração dos melhores resultados procedentes da investigação científica (Lofqvist, Eriksson, Svensson, & Iwarsson, 2012). Sobre este assunto, Cournoyer e Powers (2002) referem que no *Trabalho Social baseado-na-evidência*, os julgamentos e os comportamentos dos profissionais devem ser orientados por dois princípios distintos, ainda que interdependentes. Em primeiro lugar, e sempre que possível, a Prática deve fundamentar-se em estudos empíricos, que demonstrem que certas ações realizadas com um determinado tipo de cliente ou sistema do cliente são suscetíveis de produzir resultados previsíveis, benéficos e eficazes. Em segundo lugar, cada sistema do cliente deve ser avaliado individualmente ao longo do tempo para determinar a extensão em que os resultados previstos estão a ser atingidos, como consequência direta das ações dos profissionais.

De facto, partir da investigação para orientar a Prática e partir da Prática para delinear novos planos de investigação é fundamental no estado do conhecimento científico atual. Procter e Rosen (2004) colocam em destaque a necessidade de os profissionais identificarem, explicarem e fornecerem um argumento válido para as suas decisões na prática profissional. Na prática baseada na evidência as decisões profissionais baseiam-se, tanto quanto possível, na melhor e mais apropriada evidência/prova da investigação. Isto sugere que a prática gerontológica deve ser sensível à eficácia da intervenção, o que significa que uma intervenção tem sucesso se conseguir obter os resultados estabelecidos. Significa isto que os planos de intervenção precisam de ser investigados, cumprindo os requisitos internacionalmente estabelecidos.

Igualmente, Coleman e Jerrome (1999) defendem que embora os profissionais da Gerontologia necessitem de consumir investigação, precisam de “saber ler” a investigação. Porém, é evidente que uma Prática de intervenção baseada na avaliação / medida 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 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 em geral e da Gerontologia em particular.

Algumas Notas Finais

Se considerarmos o tema deste trabalho, relativamente à proposta apresentada por Richardson e Barusch (2006), há um aspeto que se destaca: a fase relativa à avaliação está muito mais desenvolvida do que a fase da intervenção. Em nosso entender não é por acaso. O difícil é conseguir passar da avaliação multidimensional para uma análise compreensiva do problema do cliente (que apresenta múltiplos e complexos problemas) e traçar um plano de intervenção orientado para objetivos específicos, bem como monitorizar o processo com vista aos resultados a obter. Nessa altura, em termos do Plano, que modalidade de intervenção adotar? Gestão de Caso? Prática-centrada-na-tarefa? Outra?

Atualmente, na literatura é possível encontrar uma grande diversidade de modalidades de intervenção. Por exemplo, Joyce Lishman (2007) apresenta várias propostas de intervenção, embora nem todas destinadas a populações idosas: *cognitive behavioural social work, task-centred practice, crisis intervention, family therapy and practice systemic, group care*, entre outros. Por seu turno, Robert e Yeager (2004) apresentam uma grande diversidade de modelos de intervenção mas, à partida, operam dentro de uma perspetiva *evidence based*. Note-se que esta mesma ideia levou alguns autores a construírem escalas de medida, como por exemplo a *Gregory Research Beliefs Scale* (GRBS; Gregory, 2010) para avaliar o valor da investigação na prática profissional, sendo que neste momento existe já um estudo piloto com a GRBS para Portugal (Lourenço, 2014). Como vimos anteriormente, Naleppa e Reid (2003), consideram que vários são os profissionais que prestam serviços no âmbito gerontológico, designadamente: *social worker, nurse, case manager, discharge planner, therapist, home health care worker, physical therapist, occupational therapist*.

Face ao exposto, é nosso entender que há algumas opções a tomar em termos da Educação e Formação dos novos profissionais do envelhecimento – os gerontólogos. Em primeiro lugar, indicar claramente os cenários / *settings* onde estes profissionais vão atuar. Por exemplo, considerando os *settings* enunciados por McInnis-Dittrich (2002), cada Escola com base nos Protocolos estabelecidos com as instituições parceiras, onde se posiciona: predominantemente num território do Social ou da Saúde?

Em termos do perfil profissional e das funções a executar, tomando em conta por exemplo, a classificação de Naleppa e Reid (2003) ou Lishman (2007), que modalidades de intervenção usam estes novos profissionais que sejam distintas de profissionais já estabelecidos? Como vimos inicialmente, Fernandes (2007) considera que a “formação exige a definição de referenciais programáticos, a adequar em função do tipo de formação – *inicial, contínua, especializada ou pós-graduada* – e em função do *perfil, funções e competências/capacidades* a adquirir pelos profissionais através do processo formativo” (p. 225).

Se tivermos em atenção, os *cenários* / "*settings*" para o exercício da profissão apresentados por McInnis-Dittrich (2002), observa-se que os locais de exercício profissional são também eles muito diversos, sendo que alguns deles parecem mais adequados do que outros para o exercício da prática profissional em Gerontologia: *social service agencies, home health care agencies, congregate living centers, adult day health care, assisted-living centers and continuum of care facilities, hospitals, nursing homes*.

Se tomarmos em consideração o que fazem estes profissionais, e tivermos como referência o modelo de prática gerontológica integrada baseada-na-evidência, com as três fases (escuta, avaliação e intervenção), sendo que a avaliação compreensiva multidimensional compreende seis dimensões (modelo ABCDEF), e que a isto ainda acresce a uma prática de intervenção baseada-na-evidência, é evidente que o nível de competências exigido (entendendo competência como uma espécie de chapéu que abriga conhecimento científico no domínio, capacidades simples e complexas, bem como atitudes comportamentais e éticas ligadas ao exercício da profissão) observamos que esta situação é incompatível com uma formação de curta duração. Nesse caso, o que se recomenda?

Antes de mais, proceder ao levantamento do que se está a fazer em Portugal a nível pré e pós-graduado. Neste sentido, foi já realizado por nós um primeiro *Seminário sobre Avaliação e Acreditação dos Cursos do âmbito do Envelhecimento* no IPVC-ESE de Viana do Castelo (Bastos, Faria, Moreira, & Gonçalves, 2015) onde se deu início a uma discussão e reflexão conjunta e à definição de três linhas de actuação: (1) análise a partir de referenciais nacionais e internacionais dos Planos de Estudos da formação de 1.º Ciclo de Estudos no âmbito de envelhecimento; (2) clarificação do perfil profissional e diferenciação do nível de competências profissionais entre a formação de 1.º e 2.º Ciclos de Estudos; e (3) criação da rede nacional de Instituições de Ensino Superior com Educação e Formação no âmbito do envelhecimento. A ver vamos o que o futuro nos reserva.

Referências Bibliográficas

- Accioly, M. (2015). Formação Profissional: A experiência da graduação. Conferência apresentada no *Ciclo de Conferências Envelhecimento Demográfico e Prática Gerontológica*, Escola Superior de Educação do Instituto politécnico de Viana do Castelo.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U., & Staudinger, U.M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. In R.M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development: Vol.1. Handbook of child psychology* (pp. 569-664). New York: Wiley.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.

- Baltes, P.B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123-135.
- Bastos, A., Faria, C., Moreira, E., & Paul, C. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: Dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paul & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-128). Lisboa: Lidel.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Melo de Carvalho, J. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia*, 1 (1), 1-12.
- Bastos, A., Faria, C., Moreira, E., Morais, D., Melo de Carvalho, J., & Paul, M. C. (in press). The importance of neighborhood ecological assets in community dwelling old people aging outcomes: A study in Northern Portugal. *Frontiers in Aging Neuroscience – Research Topic: Aging and Mental Health*.
- Bastos, A., Faria, C., Moreira, E., & Gonçalves, R. (2015, Maio). *Seminário sobre Avaliação e Acreditação dos Cursos do âmbito do Envelhecimento* no IPVC-ESE. Viana do Castelo, 8 de Maio.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 2-24). NY: Springer.
- Cícero, M. T. (1998). *Da velhice*. Lisboa: Livros Cotovia.
- 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* (pp. 379-398). New York: Springer.
- Cournoyer, B. R., & Powers, G. T. (2002). Evidence-based social work: The quiet revolution continues. In A. R. Roberts & G. J. Greene (Eds.), *Social workers' desk reference* (pp. 798-807). New York: Oxford University Press.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *Journal of Gerontology*, 58b, S327-S337.
- Dannefer, D. (2009). Stability, homogeneity, agency: Cumulative dis/advantage and problems of theory. *Swiss Journal of Gerontology*, 35, 193-210.
- Fernandes, A. (2007). *Envelhecimento, perspectivas de criação de emprego e necessidades de formação para a qualificação dos recursos humanos*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2004). Una introduccion. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Gerontologia social* (pp.31-54). Madrid: Pirâmide.
- Gonçalves, G. (2012). *Envelhecimento e sabedoria: Validação da escala de medida 3D-WS*. Dissertação de mestrado em Gerontologia Social não publicada, Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Gregory, J. (2010). Gregory Research Beliefs Scale: Factor structure and internal consistency. *Research on Social Work Practice*, 641-650.

- Holton, V., & Walsh, J. (2013). Case management. In B. Thyer, C. Dulmus, & K. Sowers (Eds.), *Developing evidence-based generalist practice skills* (pp. 93-121). NJ: John Wiley & Sons.
- Hooyman, N. & Kiyak, H. A. (2011). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective* (9th ed.). Boston: Pearson.
- Jamieson, A. (2002). Theory and practice in social gerontology. In A. Jamieson & C. Victor (Eds.), *Researching ageing and later life* (pp. 7-15). Buckingham: Open University Press.
- Jayarathne, S., & Levy, R. L. (1979). *Empirical Clinical Practice*. New York: Columbia University.
- Kahana, E. et al. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. Wykle, P. Whitthouse & D. Morris (Eds.), *Successful aging though the life span* (pp. 101-129). New York: Springer.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging. *Aging & Mental Health*, 16 (4), 438-451.
- Lishman, J. (2007). *Handbook for practice learning in Social Work and Social Care: Knowledge and theory*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lofqvist, C., Eriksson, S., Svensson, T., & Iwarsson, S. (2012). First steps towards evidence-based preventive home visits: Experiences gathered in a Swedish municipality. *Journal of Aging Research*, 11, 213-221.
- Lourenço, H. (2014). *Envelhecimento e Prática Profissional em Gerontologia Social*. Dissertação de mestrado em Gerontologia Social não publicada, Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Mullen, E. J., & Dumpson, J. R. (Eds.) (1972). *Evaluation of social intervention* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Naleppa, M.J. & Reid, W. (2000). Integrating case management and brief-treatment strategies: A hospital-based geriatric program. *Social Work in Health Care*, 31(4), 1-23.
- Naleppa, M.J. & Reid, W. (2001). Home-based practice with older adults: Challenges and opportunities in the home environment. *Journal of Gerontological Social Work*, 35 (1), 71-88
- Naleppa, M.J. & Reid, W. (2003). *Gerontological social work: A task centered approach*. New York: Columbia University Press.
- Neri, A. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia* (3.^a ed.). Campinas, SP: Alínea Editora.
- McInnis-Dittrici (2002). *Social work with elders: a biopsychosocial approach to assessment and intervention*. Boston: Allyn & Bacon.
- Orellano, E., Colón, W.I., & Arbesman, M. (2012). Effect of occupation-and activity-based interventions on instrumental activities of daily living performance among community-dwelling older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 292-300.
- Paul, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paul & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-20). Lisboa: LIDEL.
- Phillips, J. E., Ajrouch K. J., & Hillcoat-Nalletamby, S. H. (2010). *Key concepts in Social Gerontology*. Los Angeles: Sage.

- 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.
- Richardson, V., & Barusch, A. (2006). *Gerontological practice for the twenty-first century*. New York: 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 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.
- Rowe, J.W., & Kahn R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Random House.
- Scheibe, S., Kunzmann, U., & Baltes, P. B. (2007). Wisdom, life longings, and optimal development. In J. A. Blackburn & C. N. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 117–142). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sowers, K., & Rowe, W. (2007). Global aging. In J. Blackburn & C. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 3-16). New York: John Wiley & Sons.