



Eunice Soraia Sambú Baldé

Qualidade de Vida dos idosos na cidade de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, orientada pela Professora Doutora Anabela Mota Pinto e Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre.

Maio 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Mestrado em Saúde Pública

Eunice Soraia Sambú Baldé

**Qualidade de Vida dos Idosos na cidade de
Coimbra**

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, orientada pela Professora Doutora Anabela Mota Pinto e Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre.

Maio 2018

Dissertação de Mestrado

Título | Qualidade de Vida dos Idosos na cidade de Coimbra

Ano | 2018

Autor | Eunice Soraia Sambú Baldé

Orientação | Professor Doutora Anabela Mota Pinto | Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

Área de especialização | Saúde Pública

Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina

Dedicatória

À minha Mãe por me ter dado a oportunidade de evoluir no meu
percurso académico.

Agradecimentos

Sozinha, não teria iniciado esta caminhada e muito menos alcançado a meta da chegada.

Um agradecimento especial para a Professora Doutora Anabela Mota Pinto, pela sua orientação, apoio e força, sobretudo nos momentos em que eu duvidei da concretização desta dissertação.

Ao Marco Carreira pela presença, persistência e apoio incondicionais.

Ao amigo Castro Ferreira pelo apoio e incentivos dados durante a elaboração deste trabalho.

A todos os meus Professores agradeço os *inputs* recebidos.

Aos meus familiares e amigos, o meu sincero obrigado.

Índice

Lista de Abreviaturas e Acrónimos	vii
Índice de Figuras	viii
Índice de Tabelas	viii
Introdução	1
Estado de Arte.....	7
1.1 O processo de Envelhecimento	7
1.2 Alterações Fisiológicas/ Biológicas	8
1.3 Alterações Psicológicas.....	11
1.4 Alterações Sociais	13
Envelhecimento Demográfico e Principais causas do envelhecimento	16
2.1 Envelhecimento em Portugal	16
2.2 Principais causas do envelhecimento	20
2.3 Aumento da longevidade.....	21
2.4 Consequências do Envelhecimento Demográfico.....	21
2.5 Insustentabilidade da segurança social.....	22
Políticas Sociais de Cuidados aos Idosos	23
3.1 Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas	25
3.2 Políticas/Programas nacionais de envelhecimento ativo.....	27
Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo	29
4.1 Qualidade de Vida.....	29
4.2 Qualidade de Vida no Idoso	30
4.3 Qualidade de Vida e Saúde Pública	32
4.4 Envelhecimento Ativo.....	34
Funcionalidade e Dependência	36
5.1 Capacidade funcional	36
5.2 Dependência e doença crónica	38
Caracterização da cidade de Coimbra.....	41
6.1 Caracterização Geográfica e população	41
6.2 Respostas Sociais	42
Cidades Amigas dos Idosos.....	43
7.1 Cidade Amiga dos Idosos.....	47
7.2 Identificação das características amigas das pessoas idosas	46
7.3 Características fundamentais das cidades amigas das pessoas idosas.....	47
7.4 Coimbra Cidade Amiga dos Idosos.....	47
Metodologia.....	50
8.1 Instrumentos.....	50
8.2 A metodologia de grupos focais no WHOQOL-OLD.....	52

8.3 Caracterização dos equipamentos selecionados para a amostra.....	53
8.3.1 Centro de Dia 25 de Abril do Ateneu de Coimbra	53
8.3.2 Junta de Freguesia Santo António dos Olivais.....	53
8.3.3 Casa de Saúde "Coimbra"	54
8.3.4 Escola de Educação Sénior.....	55
8.4 Análise de Dados.....	55
<i>Discussão dos Resultados</i>	62
<i>Conclusão</i>	64
<i>Referências Bibliográficas</i>	66
<i>Anexos</i>	73

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

AVD - Atividades de Vida Diária

CE - Comissão Europeia

EA- Envelhecimento Ativo

HRQL - *Health related quality of life*

INE - Instituto Nacional Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

LNES - Linha Nacional de Emergência

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNSPI - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

QV - Qualidade de Vida

QVLS - Qualidade de vida ligada à saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

WHO - *World Health Organization*

WHOQOL-100 - *World Health Organization Quality of Life - 100*

WHOQOL-BREF - *World Health Organization Quality of Life - abbreviated version*

Índice de Figuras

Figura 1 - Mapa do Concelho de Coimbra _____	41
Figura 2 - Determinantes do envelhecimento ativo (Imagem retirada do Guia Global da Cidade Amiga do Idoso) _____	44
Figura 3 - Manutenção da capacidade funcional ao longo da vida _____	44
Figura 4 - Áreas a considerar numa cidade amiga do idoso _____	46

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Estrutura da População por grandes grupos de idade (%), Portugal 1970-2014 _____	16
Gráfico 2 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal, 1970-2014. _____	17
Gráfico 3 - Estrutura etária da população residente por género, 2001 e 2011 _____	18
Gráfico 4 - Distribuição da idade dos inquiridos _____	56
Gráfico 5 - Distribuição da idade dos inquiridos _____	57
Gráfico 6 - índice de satisfação global _____	57
Gráfico 7 - Relação entre as facetas e as habilitações literárias _____	57
Gráfico 8 - Relação entre as facetas e o género _____	61

Índice de Tabelas

Tabela 1 - WHOQOL-OLD: Facetas e conteúdo dos itens _____	51
Tabela 2 - Distribuição frequencial em função do género _____	56
Tabela 3 - Distribuição frequencial em função da idade _____	56
Tabela 4 - Relação entre habilitações literárias e facetas _____	59
Tabela 5 - Relação entre o Género e Facetas _____	61

Resumo

A nível mundial, incluindo Portugal, o envelhecimento populacional é uma evidência e o acentuado crescimento do número de idosos continuará a aumentar, de acordo com todas as projeções. Para além do triunfo que representam o envelhecimento, a esperança média de vida e a longevidade da população humana, estes assumem-se também como vetores de desafio, em termos de incontornáveis exigências socioeconómicas, de saúde, científicas e éticas. Neste contexto, é assumidamente valorizado o objetivo de, nesse processo, não acrescentar apenas anos à vida, mas acrescentar vida aos anos, colocando a questão da promoção da Qualidade de Vida (QdV), à medida que as pessoas vão envelhecendo. Tal exige que previamente se estabeleça um referencial de conceptualização e de avaliação da QdV. Neste âmbito, destaca-se o contributo da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) /Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group), que tem vindo a desenvolver um conjunto de estudos, visando estabelecer um paradigma de referência conceptual, a definição do constructo QdV e a respetiva operacionalização.

Qualidade de vida é uma definição que resulta de um consenso internacional, representando uma perspetiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998).

É sobre esta premissa que se desenvolve este trabalho de dissertação, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos idosos na cidade de Coimbra. O estudo é sustentado por uma amostra de 60 idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Observou-se que as opiniões quanto ao conceito de qualidade de vida por parte dos idosos são muito convergentes. Notaram-se preocupações por parte desta faixa etária com a sua saúde, com a solidão e com a ausência da família. Apesar destas preocupações grande parte dos inquiridos neste estudo avaliam a sua saúde como sendo de razoável a boa.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Idosos; Envelhecimento.

Abstract

Population ageing is evident worldwide, including in Portugal, and the sharp increment in the proportion of elderly will continue to rise, according to projections. Despite the triumph that aging represents, the average life expectancy and the longevity of human population, these are assumed to be challenge vectors as well, in terms of the unavoidable socioeconomic, health, scientific and ethic demands. In this context, the objective of not only adding years to the life, but also adding life to the years, is outspokenly valued, while raising the question of promoting Quality of Life (QoL), as people age. This requires a previous establishment of a conceptualization benchmark and evaluation of the QoL. In this scope, it is pertinent to highlight the contribution of the World Health Organization (WHO) / WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group), which has been developing a set of studies with the objective of establishing a paradigm of conceptual reference, the definition of the QoL construct and the respective operationalization.

Quality of Life as a definition is the result of an international consensus, representing a cross-cultural perspective, as well as a multidimensional one, which contemplates the complex influence of physical and psychological health, degree of independence, social relationships, personal beliefs and how they relate to prominent characteristics of the respective environment in the subjective evaluation of individual quality of life (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998).

It is about this premise that this dissertation is developed, whose objective is to evaluate the quality of life of elderly people in the city of Coimbra. The study is sustained by a sample of 60 seniors, both institutionalized and not institutionalized.

It was observed that the opinions on the concept of quality of life in the perspective of elderly are greatly convergent. A concern from people in this age bracket was also noted, regarding their health, loneliness and family presence. Despite this concern, a broad part of the respondents of these studies grade their health from “reasonable” to “good”.

Key words: Quality of life; Elderly; Aging.

Introdução

O presente estudo foi elaborado no âmbito da dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A dissertação assenta na temática Qualidade de Vida dos idosos na cidade de Coimbra.

O envelhecimento da população é apontado como um dos problemas cruciais do século XXI (Cabral *et al.*, 2013). As alterações demográficas e o aumento da esperança média de vida da população, impõem diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, traduzindo-se, a nível individual, no aumento da longevidade, e a nível coletivo, nas mudanças e deficiências das relações sociais e familiares, bem como nas implicações económicas (Pocinho, 2014).

As alterações demográficas mostram um aumento progressivo da população idosa, devido ao aumento da esperança média de vida que nos últimos anos se tem vindo a verificar. A redução das taxas de mortalidade infantil, a melhoria das condições de vida e os avanços da medicina nas últimas décadas, são fatores que têm contribuído para este aumento. O envelhecimento das populações acarreta implicações sociais, económicas e políticas, a uma sociedade em constante mudança e desenvolvimento (Coimbra & Brito, 1999).

O envelhecimento demográfico e as suas alterações no padrão epidemiológico são, nos dias de hoje, uma realidade indiscutível no contexto português, sendo o nosso País um dos mais envelhecidos do continente Europeu e do Mundo (Rosa, M. J. V. 1993). Porém, não se deve olhar para este cenário como um problema, mas sobretudo como um desafio e uma oportunidade. Hoje, é possível chegar a uma maior longevidade de forma saudável, ativa e consciente, algo impensável num passado não muito longínquo.

Para ilustrar estas alterações e o porquê deste trabalho, sublinha-se que, em Portugal, a esperança média de vida evoluiu de 35,6 anos em 1920 para 80,4 anos em 2014, situando-se a esperança média de vida nos 65 anos. No último século a população residente em Portugal quase que duplicou e o envelhecimento continua a aumentar (PORDATA 2012).

“Atualmente, com 10.356 milhões de habitantes, Portugal tem um total de 1,479 milhões de jovens com menos de 15 anos de idade (14.3%) e 1,693 milhões de pessoas com mais de 65 anos (16,4% da população total).” (Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2012).

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

Paúl (1992, cit. por Coimbra & Brito, 1999) reforça a ideia de que o aumento do tempo de vida que se tem vindo a verificar nem sempre é acompanhado” (...) por um aumento da qualidade

de vida que, antes pelo contrário, tende mesmo a degradar-se com o envelhecimento, quer do ponto de vista socioeconómico, quer psicológico”.

Socialmente, verifica-se uma reduzida existência de organizações de apoio a idosos e dificuldades cada vez maiores das famílias nucleares para desempenharem a função de cuidar dos “seus idosos”. Esta falta de estruturas familiares, conforme refere (Seabra, 1995), conduz ao “aumento dos idosos sem suporte familiar, com repercussões afetivas e sociais para os próprios, bem como para a comunidade”.

Economicamente, este aumento do número de idosos, ao exigir mais cuidados de saúde e recursos (quer na prevenção, quer no tratamento e reabilitação), traduz-se numa sobrecarga para a economia nacional, obrigando deste modo ao desenvolvimento de políticas concertadas capazes de dar respostas às necessidades pessoais e sociais deste grupo etário.

O facto de grande parte dos idosos terem fracos recursos económicos, com reformas limitadas, baixos níveis de instrução, deficientes condições habitacionais, deficientes apoios familiares, comportamentos e estilos de vida incorretos e estados precários de saúde, constituem alguns dos fatores facilitadores do aparecimento de grupos desfavorecidos e vulneráveis (Ministério da Solidariedade Social, 1995). Torna-se, pois, fundamental a identificação e a avaliação de qualidade de vida, que não se pode associar apenas às condições que os idosos dispõem no momento e que lhe são propostas pela sociedade. Não se pode pensar em “qualidade de vida”, quando o idoso não é respeitado e lhe são negados os direitos fundamentais à sua existência.

Estas preocupações, estão contempladas na Constituição da República desde a sua primeira versão (1976), que no Artº 72 referia que: “As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento e a marginalização social”. Na sua última revisão (7ª de 2005) o Artº 72 manteve-se, mas foi enriquecido com o seguinte texto “... e comunitário, que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem...”

Apesar das medidas que têm sido implementadas, Fernandes (1999) descreve nomeadamente, “...a criação de estruturas de apoio ao idoso, no seu domicílio, em centros de dia, em lares de idosos ou em organizações de outro tipo”, estas são ainda “insuficientes” e apenas “vão respondendo aos problemas mais prementes”.

Coloca-se a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de atividade física, uma alimentação saudável, a promoção de fatores de segurança e a manutenção da participação social são aspetos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e coletivas dos idosos e do seu meio envolvente.

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos conduziram a uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a

importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida está relacionado com a autoestima e bem-estar pessoal, abrange uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Falar de qualidade de vida, implica falar de saúde. A Organização Mundial de Saúde - OMS (1947) definiu saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade. Repetem-se os argumentos quando a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1994, anuncia a qualidade de vida como sendo a perceção que o indivíduo tem da sua atitude perante a vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta a cultura, os valores, os objetivos de vida, as relações sociais e as perspetivas de vida

Com o presente estudo pretende-se - Definir o perfil de envelhecimento da população residente na cidade de Coimbra; Avaliar a qualidade de vida desta população e a sua perceção da realidade; diagnosticar, de maneira flexível, as necessidades e preferências relacionadas com o envelhecimento.

Os dados populacionais foram recolhidos na Escola Superior de Educação de Coimbra, na Universidade Sénior e no Ateneu de Coimbra e foi realizado com base numa abordagem qualitativa.

Participaram neste estudo 60 idosos. Os dados foram obtidos através do Questionário WHOQOL- OLD.

A recolha dos dados ocorreu no mês de março de 2016.

Estrutura do trabalho

O trabalho procura dar resposta às questões de investigação, de acordo com os objetivos previamente definidos. Relativamente aos aspetos que se relacionam com o tema investigado, procuramos fornecer alguma consistência teórica através da revisão da literatura e apresentar os resultados, discussões e conclusões do estudo efetuado.

O corpo do trabalho apresenta-se composto por conclusões do estudo, as referências bibliográficas e uma secção de anexos, obedecendo à seguinte estrutura:

Introdução

Estado de Arte

Neste capítulo apresentamos uma revisão da literatura relacionada com a temática em estudo. Procuramos fundamentação teórica para sustentação deste trabalho, começando por conhecer a realidade ao nível do envelhecimento demográfico, passando pelo conceito de envelhecimento, tipos de envelhecimento, todas as alterações que daí advém e terminando com a definição de políticas/programas de envelhecimento ativo.

Caracterização da população

Metodologia

Neste capítulo apresentamos uma revisão crítica das várias metodologias possíveis para a investigação em causa e determinamos a opção da metodologia que melhor se adequa à nossa proposta de trabalho.

Definimos as variáveis e apresentamos o instrumento utilizado na recolha dos dados e o protocolo utilizado na sua aplicação. Por fim definimos e caracterizamos a amostra do estudo.

Apresentação dos resultados

Neste capítulo faremos a apresentação dos resultados do estudo.

Discussão dos resultados

Neste capítulo será realizada a discussão dos resultados recolhidos da investigação.

Conclusões do Estudo

Neste capítulo serão apresentadas as principais conclusões do estudo, com base nos resultados obtidos na investigação e as hipóteses formuladas. Ainda neste capítulo e tendo em conta as naturais limitações deste estudo e o nosso espírito crítico apresentamos linhas futuras para novos desenvolvimentos desta temática.

Referências Bibliográficas

Apresenta a bibliografia consultada para a realização do estudo.

Anexos

Em anexo temos toda a informação adicional de suporte ao trabalho.

Na elaboração desta dissertação utilizamos para citações e referências bibliográficas as Normas de Vancouver.

Importância do Estudo

A importância deste estudo será tanto maior quanto maior for a consciencialização que dele resultar. Com este estudo, pretende-se contribuir para uma melhoria do processo de envelhecimento e sublinhar a importância que uma boa qualidade de vida representa no bem-estar do idoso.

Durante as últimas décadas, com o aumento da população idosa, nomeadamente nos países desenvolvidos, os crescentes gastos com a saúde e a constatação dos inconvenientes dos internamentos prolongados, em instituições hospitalares ou de assistência prolongada, como referem Marin, Caetano e Palasson, (2001), que se tornam desagradáveis para o idoso, dado que favorecem alterações nos hábitos de vida, afastamento dos familiares e amigos, afastamento dos objetos pessoais, dificuldade de adaptação a novas situações. Atualmente, em certos contextos rurais e urbanos encontramos “formas de solidariedade baseadas em relações comunitárias (...) a família e a comunidade continuam a desempenhar um papel importante na prestação de cuidados aos idosos (...) integrados no seu contexto familiar e social” (Pimentel, 2001). A problemática do envelhecimento deve ser refletida e equacionada de uma forma integrada e sistémica. Atualmente, as famílias confrontam-se com um leque alargado de transformações sociais complexas e problemáticas que se assumem como obstáculos para assegurar os cuidados necessários (sistemáticos) aos idosos.

A questão central que orienta este trabalho diz respeito à qualidade de vida dos idosos na cidade de Coimbra, sendo que para que tal se verifique, seja necessário que haja um equilíbrio entre o bem-estar e a cidade onde se reside.

Objetivos

Os objetivos enunciados são o resultado das reflexões que surgem a partir da revisão da literatura, mas também e sobretudo da motivação que este tema me suscita.

Objetivo Geral da Investigação

Definição do perfil de envelhecimento da população residente na cidade de Coimbra para determinação da qualidade de vida desejável para esta população e a sua perceção da realidade.

Objetivos específicos

Na sequência do objetivo geral acima enunciado, surge a necessidade de testar hipóteses no sentido de analisar se a cidade de Coimbra promove uma boa qualidade de vida aos Idosos; Reconhecer a ampla gama de capacidades e recursos entre os Idosos; Prever e responder, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas com o envelhecimento.

Estado de Arte

1.1 O processo de Envelhecimento

O processo de envelhecimento da população e as consequências daí resultantes para as famílias, a segurança social e a saúde, provavelmente acentuadas por efeitos não pretendidos da vulgarização fora do campo científico da metáfora da “sociedade de risco” utilizada para caracterização de algumas das tendências de transformação das sociedades de capitalismo tardio (Beck, 1992), podem ter acentuado o sentido negativo da noção de risco de envelhecimento.

Não é aceitável que o envelhecimento seja considerado como um risco. Pelo contrário, é um bem, em resultado da melhoria das condições de vida induzidas pelo sucesso de políticas sociais públicas como a saúde, o trabalho e a redistribuição de rendimentos. O risco existe, por um lado porque os últimos anos de vida, podem ser vividos sem a qualidade a que o cidadão tem direito e, por outro lado, porque a gestão das políticas sociais pode revelar-se ineficaz para evitar roturas nos equilíbrios geracionais.

O envelhecimento das populações é uma realidade característica das sociedades economicamente desenvolvidas, resultando da conjugação do aumento da esperança média de vida e da diminuição da natalidade (Sequeira, 2007). Destaca-se o contributo de diversos fatores para a alteração da pirâmide etária das sociedades, tais como os progressos da medicina e o desenvolvimento socioeconómico (Agin & Perkins, 2008; Sequeira, 2007).

O envelhecimento populacional não se verifica somente pelo aumento da população acima dos 65 anos, mas também pelo aumento dos indivíduos muito idosos.

O envelhecimento populacional implica novos desafios. Viver mais tempo nem sempre significa viver com qualidade de vida, sendo comum associar uma perspetiva negativa ao envelhecimento. Na verdade, o envelhecimento populacional coloca novos problemas, a vários níveis, principalmente na esfera social, económica e individual. Marquez, Bustamante, Blissmer e Prohaska (2009) referem que os custos, nomeadamente os relacionados com a saúde, inerentes ao envelhecimento populacional serão incontroláveis caso não se desenvolvam medidas proactivas para promover o envelhecimento bem-sucedido.

Consequentemente é necessário estudar o envelhecimento, de forma a permitir a reunião de conhecimentos válidos e úteis para o desenvolvimento de respostas adequadas à terceira idade e promotoras de qualidade de vida (Fontaine, 2000; Sequeira, 2007).

O envelhecimento sempre foi um assunto pelo qual o Homem se interessou. Por exemplo, o filósofo Platão (427-347 a.C.) já apresentava uma perspetiva atual, opinando que o envelhecimento decorre da continuidade da vida, sendo que se envelhece de acordo com a forma como se viveu (Paúl, 2005). Por sua vez, Hipócrates (460-377 a.C.) foi o primeiro a tentar explicar o

envelhecimento numa perspetiva médica, defendendo que consiste num fenómeno natural, físico e irreversível (Paúl, 2005; Sequeira, 2007).

1.2 Alterações Fisiológicas/ Biológicas

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o nascimento até à morte. Este é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, ou seja, que varia de indivíduo para indivíduo e que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Jacob 2013; Sequeira, 2010).

Seguindo estes pensamentos, Laganière (*cit. in* Berger e Poirier, 1995) diz que os indivíduos de um mesmo grupo demográfico apresentam muitas vezes um caminho variável no horário de envelhecimento podendo mesmo, certos idosos conservar níveis de desempenho semelhantes aos dos grupos mais jovens. O conceito de idoso é diferenciado para países em vias de desenvolvimento e países desenvolvidos. Nos países em vias de desenvolvimento, é considerada idosa a pessoa com 60 anos e mais, enquanto que nos países desenvolvidos são idosas as pessoas com 65 ou mais anos. Estas definições foram estabelecidas pela ONU, em 1982, através da resolução 39/125, durante a primeira assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a esperança de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações proporcionam aos seus cidadãos.

Apesar de ser menos preciso, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer a fronteira entre o indivíduo idoso e o indivíduo jovem, até na delimitação da população de um determinado estudo, ou análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos ou legais voltados para o desenho de políticas públicas e para o planeamento ou oferta de serviços.

Os fenómenos do envelhecimento e a determinação de quem é idoso, muitas vezes são restringidos às modificações que ocorrem no organismo humano a nível físico. Mas é desejável que se perceba que com o envelhecimento, se verificam mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos. Lembra-se ainda que no idoso coexistem várias dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual entre outras, que necessitam ser consideradas para a aproximação a um conceito que o perceba como ser complexo.

Considerando a relação do todo com as partes e vice-versa, o indivíduo idoso não pode ser definido só pelo plano cronológico, pois outras condições, tais como físicas, funcionais, mentais e de saúde, podem influenciar diretamente a determinação de quem é considerado idoso. Fala-se correntemente de envelhecimento como tratando-se de um estado tendencialmente classificado de “terceira idade” ou ainda “quarta idade”. No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de desgaste progressivo e diferencial que afeta todos os seres vivos sendo o seu termo natural a morte do organismo. Nestes termos, é assim, impossível datar o seu começo

porque, de acordo com o nível no qual o situamos (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo. Assim, podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e, a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes idade cronológica (Fontaine,2000).

Existem dois tipos de envelhecimento: o primário (senescência) e o secundário (patogénico). O primário assenta nas mudanças provocadas pela idade não considerando a influência das doenças e dos fatores ambientais. Para Netto (2002), o envelhecimento primário é geneticamente determinado ou pré-programado, estando presente em todas as pessoas (universal). O secundário refere-se à aceleração do processo de envelhecimento como resultado da influência de doenças e de fatores ambientais. Para Birren e Schroots (1996) no envelhecimento secundário ou patológico, consideram-se as doenças que não se confundem com o processo normal de envelhecimento.

Os aspetos biológicos não atuam de forma igual em todos os seres humanos uma vez que nem todas as pessoas reagem de igual forma às mudanças e transformações do seu próprio corpo.

Deste modo, os indivíduos que atingem 65 anos, idade definida como a fronteira do início do envelhecimento propriamente dito, devem consciencializar-se das transformações mais acentuadas que podem vir a sofrer. Hoje em dia a medicina e o avanço tecnológico contribuem para melhorar e otimizar as perdas a nível físico e psíquico. Contudo, as alterações a nível genético ou adquirido serão sempre uma inevitabilidade.

Os aspetos biológicos do envelhecimento são:

- A senescência
- O envelhecimento diferencial

A senescência ou envelhecimento primário já acima referidos, é o período em que os declínios físicos e mentais são lentos e graduais, podendo ocorrer em alguns indivíduos na casa dos 50 e noutros, depois dos 60 anos.

Trata-se de uma fase normal da vida de um indivíduo saudável; inicia-se em média depois dos 65 anos e não é uma manifestação de doença; na senescência não ocorrem distúrbios de condutas, amnésias, ou perda do controlo de si mesmo; por outras palavras na senescência estamos perante um indivíduo que é o idoso saudável. Contudo, o envelhecimento biológico depende muitas vezes das opções de vida de cada ser humano. Aspetos como os vícios, a alimentação e o meio onde se mora e convive podem fragilizar e/ou fortalecer aspetos biológicos diferentes de outros seres humanos. É importante ter em consideração as alterações consideradas normais e relacionadas com o processo de envelhecimento para que não sejam confundidas com o estado de saúde nos outros estádios da vida. Para Pikunas (1979), no envelhecimento biológico todos os sistemas do corpo se deterioram tanto na eficiência estrutural quanto na funcional. As mudanças

estruturais dão-se sobretudo aos níveis metabólico, celular e na distribuição dos componentes corporais produzindo alterações no funcionamento e na aparência corporal.

No envelhecimento diferencial, de acordo com Weineck (1991), o organismo envelhece como um todo, mas os seus órgãos, tecidos, células e estruturas subcelulares têm envelhecimentos diferenciados, fenómeno que parece ser determinado basicamente pela hereditariedade. As alterações estruturais ocorrem fundamentalmente ao nível metabólico e celular e condicionam o funcionamento do organismo, e a aparência do corpo.

A diminuição do número de células e a perda das reservas fisiológicas atinge todos os órgãos, originando a deterioração da maior parte das respetivas funções. As principais alterações anatómicas e funcionais foram esquematizadas por Spar e La Rue (2005) e referidas por Sequeira (2010), da seguinte forma:

- no sistema cardiovascular, o coração tem uma menor eficácia e as artérias um estreitamento que origina um menor desempenho cardíaco;
- o sistema respiratório sofre atrofia e rigidez, perdendo elasticidade e diminuindo a capacidade respiratória;
- no sistema renal verifica-se uma diminuição do peso e do tamanho dos rins tornando-os menos eficiente a eliminar toxinas, diminuindo também a capacidade de esvaziamento da bexiga;
- relativamente ao sistema gastrointestinal é menos eficaz na absorção dos nutrientes, ao mesmo tempo que se verifica uma atrofia da mucosa gástrica;
- no sistema músculo-esquelético dá-se uma redução da massa muscular e óssea, perda da elasticidade das articulações e perda da força muscular;
- por último, o sistema nervoso apresenta degenerescência neurofibrilar de neurónios, acumulação de placas senis e diminuição dos neurotransmissores, entre outros.

1.3 Alterações Psicológicas

O envelhecimento é um processo dinâmico e complexo, com alterações a vários níveis que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos. O envelhecimento psicológico “depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida” (Sequeira, 2010, p. 23).

Para Zimerman (2000), com o envelhecimento o ser humano apresenta uma série de mudanças psicológicas, que resultam da dificuldade de adaptação a novos papéis sociais, falta de motivação, baixa-estima, autoimagem baixa, dificuldade de mudanças rápidas, perdas orgânicas e afetivas, hipocondria, paranoia, suicídios e depressão.

Nas pessoas idosas os distúrbios psíquicos de maior incidência são os síndromas depressivos e as alterações cognitivas e demenciais.

O desempenho cognitivo que representa a capacidade de o indivíduo adquirir e usar a informação a fim de se adaptar às demandas do meio onde vive (Tamai; Abreu, 2011) pode manter-se inalterável em grande parte das pessoas idosas, embora a funcionalidade intelectual, (definida pela Organização Mundial de Saúde [OMS] (2004), como um termo que engloba funções do corpo, atividades e participação social) independentemente da idade, seja influenciada por situações de doença ou *stress*.

Neste âmbito, Salthouse (1998, cit. por Paúl e Fonseca 2005) conclui que existem ainda poucas respostas para as razões de um declínio cognitivo associado à idade, no entanto “*sabe-se que um certo tipo de memória, raciocínio abstrato e resolução de problemas novos declinam com a idade*”. Também Denney (1982, citado por Fonseca, 2004), depois de analisar diversos trabalhos publicados, concluiu que na generalidade dos estudos, se constatava a existência de diferenças nas capacidades cognitivas entre adultos jovens e idosos, sendo que os primeiros eram favorecidos, embora não sendo fácil distinguir os efeitos da idade.

Com estudos estatísticos longitudinais, realizados posteriormente, foi possível concluir que apesar de o padrão mencionado anteriormente se manter, a idade em que o declínio se inicia e a sua extensão, são diferentes. A aprendizagem associada à memória pode também vir a declinar por alteração de fatores como a motivação, a interferência de dados, o sentimento de impotência e o estado depressivo, assim como a perda de interesse pelos acontecimentos, a lentidão generalizada e os problemas de percepção (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Spar e La Rue (2005) mencionam a existência de algumas variáveis que influenciam o grau de alteração cognitiva que as pessoas manifestam com a idade. Na literatura, algumas destas variáveis mais citadas são as seguintes: a) os fatores genéticos que explicam cerca de 50% da variabilidade cognitiva na chamada terceira idade; b) a saúde, uma vez que as pessoas saudáveis apresentam menos alterações cognitivas; c) o nível de instrução, pois é sabido que um nível de literacia mais elevado funciona como um fator protetor das funções cognitivas; d) a atividade

mental, visto que as atividades mentalmente estimulantes apresentam uma correlação com melhor desempenho cognitivo; e) a atividade física, pois a boa forma aeróbica está relacionada com uma melhor preservação das aptidões cognitivas e f) a personalidade e o humor podem também influenciar positiva ou negativamente áreas como a memória e a atenção.

Estudos há que têm demonstrado que indivíduos portadores de limitações cognitivas leves apresentam maior risco de evoluir para demência.

Segundo a OMS, a demência define-se como “uma alteração progressiva da memória e da ideiação, suficientemente graves para limitar as atividades da vida diária, que dura por um período mínimo de seis meses e está associada à perturbação de pelo menos uma das funções seguintes: linguagem, cálculo, julgamento, alterações do pensamento abstrato, praxia, gnosia ou modificação da personalidade” (Fontaine, 2000).

As demências podem ser agrupadas nas seguintes categorias: demência de tipo Alzheimer, que é a mais comum; demência vascular, que é a segunda mais frequente; demências por traumatismo craniano; demências induzidas pela doença de Parkinson, Huntington e de Creutzfeld-Jacob (Sales & Cordeiro, 2012).

Sendo as demências uma das perturbações de saúde mais habituais decorrentes do processo de envelhecimento, parece-nos importante destacar que se tratam de doenças de foro neurológico e acarretam uma série de consequências psicológicas e sociais. Tal deve-se ao facto de gerarem um quadro de diminuição progressiva da função cognitiva, isto é, de perda da memória, da capacidade de abstração e de juízo, (entenda-se como juízo a capacidade de raciocinar de modo sensato, com discernimento, bom senso e responsabilidade) com consequências na alteração de personalidade e da estrutura psicológica. Quanto às consequências sociais, estas são maioritariamente resultantes das incapacidades para as atividades da vida diária (AVD) geradas por estas doenças, e por outro lado e pelas repercussões sociofamiliares que geram (Sales & Cordeiro, 2012).

A Doença de Alzheimer que é uma das doenças que mais tem contribuído para a diminuição das capacidades dos idosos e que se vem revelando como imparável e para a qual ainda não há medicamentos que a travem, surge na maioria das vezes depois dos 65 anos e é caracterizada por lapsos de memória, esquecimento de pessoas e lugares e perda progressiva de competências sociais e quotidianas. Por fim, os doentes tornam-se completamente dependentes de terceiros (*in jornal Público ciência 6-1-2017 cit. por Teresa Serafim*).

Outro quadro clínico comum nos idosos é a depressão. São muitas as perdas e muitas as mudanças na vida dos idosos. Segundo Ballone (2002, cit. por Martins, 2008) do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas, como sejam a diminuição do apoio sociofamiliar, a perda do *status* ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente. Estas perdas provocam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por gerar síndromes depressivas.

Os sintomas de depressão na velhice apresentam características distintas de acordo com as especificidades da idade e expectativa de vida, podendo aparecer em situações de luto, de mudanças adaptativas, de autoestima, pessimismo, falta de interesse, lentificação motora, isolamento e diminuição da expectativa e da construção de objetivos e sonhos (Aguilar & Dunningham, 1993; Brink, 1983; Busse & Blazer, 1992; Léger, Tessier & Mouty, 1994 cit. Por Pasqualotti, Barone & Doll, 2008).

1.4 Alterações sociais

Simultaneamente às alterações do foro biológico, psicológico e cognitivo, detetam-se com o envelhecimento, transformações a nível dos papéis sociais, laboral, familiar e ocupacional, que impõe reajustes às novas situações. A reforma é um marco decisivo na perda de papéis ativos, nomeadamente o profissional, implicando também a diminuição de rendimentos económicos e contactos sociais, e um aumento do tempo livre, o que leva a que o indivíduo reveja os seus valores, rotinas e objetivos. Perante esta nova etapa da vida, é fundamental “reorganizar o quotidiano, descentrar a profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de utilidade” (Figueiredo, 2007).

A participação social por parte do idoso tende a ser circunscrita a redes sociais mais pequenas, sendo habitualmente eleitos os mais chegados, como a família e os amigos. Todavia, em alguns casos esta participação social pode estar comprometida, e apresentar algum tipo de dependência, conjuntamente com a limitação cognitiva e funcional que poderão apresentar. Tais situações poderão despoletar no idoso sentimentos de medo, inutilidade e abandono, acabando por adquirir um comportamento de isolamento e solidão, que tantas vezes colmata com a depressão, e que leva por vezes a desenvolver uma imagem negativa da velhice (Imaginário, 2004; Sequeira, 2007).

Segundo Fernandes (1997) “a atual organização económica das sociedades modernas tem contribuído para tornar obsoleto o trabalho dos mais velhos que são precocemente retirados para uma inatividade de pensionista. Vive-se durante mais tempo, com mais saúde e vitalidade e fica-se reformado mais cedo”.

Nas sociedades ocidentais a emergência da velhice enquanto problema social, está fortemente relacionada não só com a institucionalização das reformas, mas também com as alterações ao nível da estrutura das relações familiares que contribuíram para que se agravasse o problema social da velhice.

Para Fernandes (1997), “a institucionalização dos sistemas de reformas é o primeiro passo para a autonomia económica dos mais velhos e a emergência da velhice enquanto categoria social. A velhice pensionada é uma situação nova nas sociedades desenvolvidas, e envolve alterações e inovações nos modos de vida das gerações mais velhas”. Szinovacz (2001, cit. por Paúl & Fonseca,

2005), sustenta que “apesar de ser um fenómeno recente, reformar-se constitui hoje um aspeto estrutural do curso de vida humana nas sociedades industrializadas, consistindo num acontecimento que se traduz essencialmente pelo abandono da atividade profissional, em troca do direito a receber uma pensão e, acima de tudo, pela identificação de um novo papel, o de reformado”.

Partindo do pressuposto que o momento da passagem à reforma, é uma (re) adaptação a uma nova realidade, esta pode ser encarada sob duas perspetivas, negativa e positiva.

Segundo Paúl e Fonseca (2005),” a verificação de um estado de espírito negativo associado à condição de reformado só se compreende, pois, na medida em que estamos perante uma situação que envolve diversas mudanças em simultâneo muitas vezes dificilmente conciliáveis entre si. Mesmo quando as mudanças trazem benefícios, também implicam perdas (ligação a lugares familiares, a pessoas, a hábitos, a rotinas) pelo que o aparecimento de sentimentos ora de frustração, ora de tristeza, ora de neura, torna-se efetivamente uma possibilidade real”.

O envelhecimento social da população traz uma modificação no *status* do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas em função de uma crise de identidade provocada pelas mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade, o que levará a uma perda do poder económico, do poder de decisão e diminuição dos contactos sociais, que se tornam reduzidos em função das suas possibilidades, o que poderá ter repercussões negativas na saúde e no bem-estar do idoso.

De um modo geral, com o passar da idade, as relações sociais e as trocas de apoio social diminuem. Deste modo, o sentimento de solidão surge associado à diminuição das redes sociais. Este é um conceito que se encontra fortemente relacionado com o isolamento social e com o viver só (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). As próprias transformações económicas, sociais e familiares em conjunto com as mudanças e/ou perdas de competências intelectuais e funcionais, têm repercussões na autoestima, no bem-estar e na qualidade de vida (Parente *et al.*, 2006 cit. por Santos, 2008).

1.5 O Processo do envelhecimento

Para que haja um envelhecimento ativo, será necessário que se verifiquem, em simultâneo, as seguintes condições: diminuição da probabilidade de doenças ou limitações decorrentes de patologias; manutenção das capacidades cognitivas e físicas, e ter uma relação ativa com a vida. Esta a última condição indica que o envelhecimento ativo não está associado somente à ausência de prejuízos e nem se dá de forma passiva, mas é determinado ativamente pela postura do idoso (Rowe; Kahn, 1998). Estes autores sugerem três possibilidades para o envelhecimento: normal, patológico e saudável (ou bem-sucedido). O envelhecimento normal seria marcado pelos eventos físicos, cognitivos e sociais para cada fase da vida.

Assim, alterações como pressão arterial elevada, défices visuais e auditivos, mudanças de papéis sociais e diminuição da velocidade das tarefas seriam eventos normais. O envelhecimento patológico seria resultante de alterações globais com presença de síndromes e doenças crônicas.

O envelhecimento saudável seria situado acima das expectativas do envelhecimento normal, ou seja, aquele em que as alterações decorrentes do envelhecimento ocorrem mais lentamente, de tal forma que os funcionamentos físicos, sociais e cognitivos nesses idosos são melhores que o da maioria das pessoas de mesma faixa etária. Motta (2005) traz-nos ainda outros conceitos do campo da geriatria como envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento produtivo. O envelhecimento bem-sucedido pode ter três conotações: 1) a ideia de realização do seu potencial na busca do bem-estar físico, social e psicológico, dado como adequado para a respetiva faixa etária; 2) a ideia de funcionamento semelhante às das populações mais jovens e 3) a ideia da manutenção das competências em domínios pré-estabelecidos por compensação ou otimização. O envelhecimento ativo está ligado à ideia de envelhecimento bem-sucedido e contrapõe-se à ideia de velhice como inatividade, afastamento e improdutividade. Incorpora questões como trabalho remunerado, ou não, atividades de lazer, contribuição para a economia pela criação de áreas de consumo e contribuições para a melhoria da saúde, da capacidade funcional e da satisfação.

Os níveis de sedentarismo tornam-se cada vez mais preocupantes quando se leva em consideração a população em geral. No último século, os comportamentos sociais conduziram a população a adotar estilos de vida menos ativos.

Nesse sentido, alguns fatores como trabalho sedentário e má qualidade na alimentação, aliados ao tabagismo, alcoolismo e sedentarismo no tempo de lazer, são um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e degenerativas (Karini, 2009). Por tudo isto, importantes estudos têm sido desenvolvidos a fim de compreender melhor esta população e de proporcionar um envelhecimento ativo, no qual a autonomia e, principalmente, a dignidade do idoso deva ser sempre respeitada, para se poder garantir uma melhor qualidade de vida (QV), reduzindo os impactos deletérios do envelhecimento (Ishizuka, 2003; Freitas, 2006).

Envelhecimento Demográfico e Principais causas do envelhecimento

2.1 Envelhecimento em Portugal

O envelhecimento demográfico da sociedade não é, tal como o envelhecimento biológico do ser humano, um processo inevitável. O aumento do peso relativo dos indivíduos com idades mais avançadas (envelhecimento no topo) e a diminuição da importância relativa dos indivíduos nas idades mais jovens (envelhecimento na base) apresentam-se como uma evolução indiscutível da estrutura etária da população portuguesa, como aliás se verifica em quase todo o gráfico 1.

Neste gráfico os autores concluem que em resultado da queda da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos, verificou-se em Portugal o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade). Entre 1970 e 2014, a proporção da população jovem diminuiu 14 pontos percentuais (p.p.), passando de 28,5% do total da população em 1970 para 14,4% em 2014. Por sua vez, o peso relativo da população idosa aumentou 11 p.p., passando de 9,7% em 1970 para 20,3% em 2014. A população em idade ativa aumentou 3 p.p. entre estes anos: 61,9% em 1970 para 65,3% em 2014.

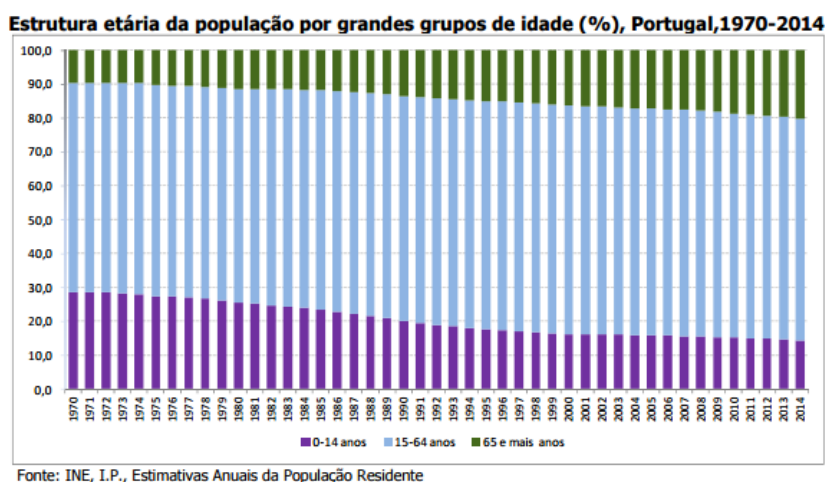
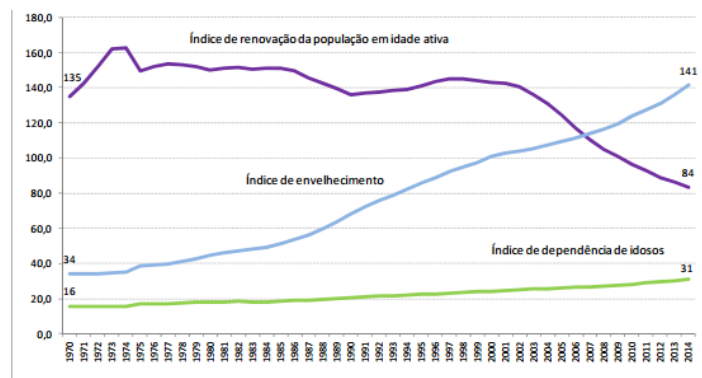


Gráfico 1 - Estrutura da População por grandes grupos de idade (%), Portugal 1970-2014
Gráfico retirado do PORDATA (<https://www.pordata.pt>)

No gráfico 2, as conclusões vão no sentido de que o número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez, em Portugal, em 2000, tendo o índice de envelhecimento¹, que traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens, atingido os 141 idosos por cada 100 jovens em 2014. Também o índice de dependência de idosos², que relaciona o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos de idade), aumentou continuamente entre 1970 e 2014, passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1970, para 31 em 2014 (INE, julho 2015).

Por sua vez, o índice de renovação da população³ em idade ativa, que traduz a relação entre o número de pessoas em idade potencial de entrada no mercado de trabalho (20 a 29 anos de idade) e o número de pessoas em idade potencial de saída do mercado de trabalho (55 a 65 anos de idade), tem vindo a diminuir, com maior incidência nos últimos quinze anos: desde 1999 que este índice tem diminuído continuamente, tendo-se situado em 2010 abaixo de 100, para atingir 84 em 2014 (INE, julho 2015).



Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente

Gráfico 2 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal, 1970-2014. Gráfico retirado do PORDATA (<https://www.pordata.pt>)

¹ Índice de envelhecimento - Relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos. (<https://www.pordata.pt/>)

² Índice de dependência de idosos- Relação entre o número de idosos e a população em idade ativa. Definido habitualmente como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 15-64 anos. (<https://www.pordata.pt/>)

³ Índice de renovação da população - número médio de filhos que cada mulher devia ter durante toda a sua vida para que as gerações pudessem ser substituídas. Aparentemente seria de 2, para que, morrendo os pais, estes possam ser numericamente substituídos. Contudo, atenta a mortalidade, esse valor tem que rondar 2,15. (<https://www.pordata.pt/>)

Portugal, à semelhança dos outros países da União Europeia tem apresentado um aumento significativo no número de idosos, sendo o envelhecimento da população considerado como “um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas” (INE, 2012).

A sociedade portuguesa é atualmente considerada como uma sociedade envelhecida, sendo as características demográficas da população reveladoras do agravamento do envelhecimento da mesma na última década. Em 2011, Portugal tinha cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade em comparação com 16% em 2001 (INE, 2012).

Portugal é o 4.º país da União Europeia (entre 28 países) com maior percentagem de pessoas idosas (European Commission, 2015), ultrapassado apenas pela Grécia, Alemanha e Itália.

No ano de 2015, em Portugal, a população residente era de 10.358.076 habitantes, dos quais 20,5% tinha 65 ou mais anos de idade e 14,2% tinha menos de 15 anos (PORDATA, 2016). A tendência para o envelhecimento da população na última década é clara ao compararmos com os dados relativos ao ano de 2004, quando os dois grupos representavam 16% e 16,9% da população, respetivamente (Eurostat, 2015).

A distribuição da população por género e por grupos etários demonstra que, nos grupos mais jovens predominam os homens, enquanto nos grupos etários mais velhos a tendência inverte-se passando a prevalecer as mulheres, representando cerca de 21% da população comparativamente com 16% dos homens (Perista e Perista, 2012).

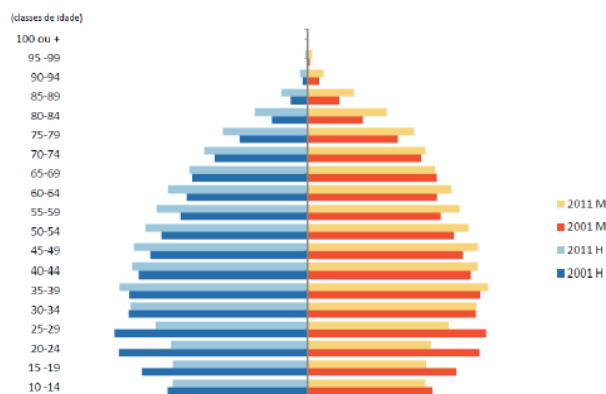


Gráfico 3 - Estrutura etária da população residente por género, 2012 Gráfico retirado do INE (Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal)

A estrutura etária da população, em 2001, acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década anterior, como é possível visualizar no gráfico 3 tendo diminuído a base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem e alargando-se no topo com o crescimento da população idosa. Assim, o índice de envelhecimento também se acentuou, subindo de 102 em 2001 para 128 em 2011, o que indica que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2012).

Por outro lado, também se verifica um aumento da esperança média de vida, que de acordo com o PORDATA (2014) aumentou em Portugal entre 2001 e 2011, 3.5 anos para a população geral, (3.7 anos para os homens e 2.9 anos para as mulheres), situando-se em 80.7 anos, (77.3 e

83.6, respetivamente). Consequentemente, o índice de longevidade⁴ também aumentou, passando de 41 em 2001, para 48 em 2011, o que indica que por cada 100 pessoas com 65 e mais anos, 48 têm idade igual ou superior a 75 anos (INE, 2012). Neste sentido, quanto mais alto é o índice, mais envelhecida a população idosa.

Os fenómenos acima descritos resultam de diversos fatores, nomeadamente dos avanços tecnológicos e médicos, do melhor acesso aos cuidados de saúde, da extensão dos sistemas de proteção social e da mudança nos hábitos alimentares (Cabral *et al.*, 2013; Pocinho, 2014).

No entanto, em contraposição à positividade dos fenómenos referentes ao aumento da longevidade e da esperança de vida, o declínio das taxas de natalidade pode ser interpretado como um desafio que surge como resultado da contraceção, da maior igualdade na distribuição dos papéis de género, particularmente no acesso das mulheres à educação e ao mercado de trabalho (Pocinho, 2014).

De outro modo, a esperança média de vida aos 65 anos também se acentuou em Portugal entre 2001 e 2011, aumentando 2,2 anos para a população geral, (2.1 anos para os homens e 2.3 anos para as mulheres), situando-se em 19,9 anos, (17.8 anos e 21.6 anos, respetivamente) (PORDATA, 2014a). No entanto, este ganho de longevidade não é acompanhado por uma esperança de vida saudável (sem incapacidade física), ou seja, uma vida mais longa não significa um aumento de tempo vivido com saúde e qualidade.

O número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável sem limitações funcionais e incapacidade, decresceu na década acima evidenciada. Em 2011 os homens de 65 anos esperavam viver 7,8 anos com saúde (43.8% do seu tempo restante de vida) e as mulheres 6.3 anos com saúde (29.2% do seu tempo restante de vida). Consequentemente, o número de anos de vida não saudável, ou seja, com limitações funcionais aumentou na mesma década. Em 2011 os homens tenderiam a viver 10 anos (56.2%) com incapacidade e as mulheres 15.3 anos (70.8%) (PORDATA, 2014a).

Nesta perspetiva, como expressão do envelhecimento populacional, foi verificado um agravamento do índice de dependência de pessoas idosas, que aumentou de 24 em 2001 para 29 em 2011, ou seja, por cada 100 pessoas em idade ativa 29 são idosos dependentes (inativos). Perspetiva-se que este índice continue a aumentar, podendo atingir 57.2 em 2060 (Perista, 2012; Gráfico 3).

⁴Índice de longevidade- Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida como o quociente entre o número de pessoas com 80 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 65 ou mais anos). (www.pordata.pt)

A dinâmica populacional faz, assim, antever uma sociedade cada vez mais envelhecida, com diversas implicações económicas, sociais e de saúde, prevendo-se um aumento considerável do peso relativo da população com 65 ou mais anos de idade, que quase duplicará para 32.2% em 2060 (Almeida, 2012; INE, 2009).

2.2 Principais causas do envelhecimento

Considerando que a população com mais de 65 anos cresce a um ritmo superior, em comparação às gerações mais jovens e visto que a população ativa está a ser cada vez menor, enumero algumas das causas que considero influenciar a existência deste fenómeno. São elas: baixos índices de fecundidade, aumento da esperança média de vida, emigração e mortalidade infantil. Contudo, abordarei nesta análise apenas os primeiros dois fatores, respetivamente. Em relação aos baixos índices de fecundidade, começo por distinguir taxa de natalidade e taxa de fecundidade, conceitos que se revelam necessários para a compreensão deste ponto. Considera-se taxa de natalidade o total de nados vivos no universo global. O número médio de filhos que tem cada mulher, designa-se taxa de fecundidade. É óbvio que a taxa de fecundidade influencia diretamente a taxa de natalidade. Introduzidos estes conceitos básicos, passo agora a explicitar os baixos índices de fecundidade, que se devem a um nível cada vez maior de instrução da mulher, isto é, estudando até mais tarde e apostando na sua carreira. Só depois de se sentirem realizadas nesse campo decidem avançar para um projeto de vida mais pessoal (ter filhos). Este facto aumenta também a idade de casamento e do nascimento do primeiro filho.

Outro dos fatores, embora relativamente recente, que influencia os níveis reduzidos de fecundidade é a revolução contraceptiva que veio diminuir para metade a procriação das mulheres portuguesas, visto existir cada vez mais planeamento por parte dos casais, uma consequência que provém em certa medida do progresso. Também a instabilidade no trabalho e a insegurança em relação ao futuro (num cenário de crise cada vez mais acentuado) tem um efeito contraproducente na natalidade – evita-se ter filhos ou retardam-se os nascimentos pela incerteza de os poder sustentar e educar (Prof2000, 2008).

2.3 Aumento da longevidade

O papel do recuo da mortalidade no envelhecimento é um aspeto que contribui para a problemática que tenho vindo a falar ao longo deste trabalho. A esperança média de vida está relacionada com o grau de desenvolvimento dos países pois existe uma grande diferença nas condições de vida entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que significa que quanto mais desenvolvido for um país, maior será a longevidade das pessoas.

Como já referi anteriormente, ao longo dos anos, o nosso país tem vindo a registar uma evolução ao nível da esperança média de vida (EMV), sendo sempre superior nas mulheres, devido à sobremortalidade masculina⁵.

O aumento da longevidade deve-se essencialmente a 3 fatores:

- Uma melhoria das condições de vida; as pessoas hoje em dia possuem melhores condições de habitação, educação e saneamento básico.
- Progressos da medicina; com o passar dos tempos têm-se feito descobertas importantes no campo das doenças, da sua prevenção e terapêutica.
- Melhoria da assistência médica e política de saúde; a população hoje em dia usufrui de um sem número de valências tais como: hospitais, médicos de todas as especialidades, maternidades, entre outros (Rosa, 2012).

2.4 Consequências do Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento demográfico é cada vez mais um problema social e económico visto afetar todas as gerações. Com o envelhecimento da população existe um consequente aumento da dependência de idosos. Enumero agora algumas das consequências do envelhecimento, tais como: impacto no desenho das políticas sociais e de saúde, risco de insustentabilidade de sistemas financeiros, maior taxa de abandono de idosos pelas famílias, baixa produtividade, fraca inovação tecnológica e diminuição do espírito empreendedor. Neste trabalho focar-me-ei no risco de ineficiência da segurança social e no abandono dos idosos pelas famílias, situações que no meu ponto de vista se podem revelar mais gravosas a curto prazo e com impacto na Qualidade de Vida dos Idosos.

⁵ Relação entre as taxas específicas de mortalidade de homens e mulheres. Embora nasçam mais homens do que mulheres, morrem menos mulheres do que homens (www.pordata.pt)

2.5 Insustentabilidade da segurança social

Segundo (Mendes, 1995), o objetivo da segurança social passa pela "...garantia de recursos, o que subentende quer a substituição do rendimento, quer o rendimento de compensação e as prestações não pecuniárias, segundo uma lógica da satisfação das necessidades básicas." Sintetizando, o objetivo primordial da segurança social é ajudar os mais desfavorecidos e aqueles que de certa maneira já deram o seu contributo ao país. Na sociedade portuguesa, o que permite aos idosos terem uma reforma são os descontos da população que se encontra em situação ativa. Portanto, com o agravamento do envelhecimento ao longo dos anos, os encargos com pensões, reformas e subsídios de desemprego são cada vez maiores, pois há um número cada vez maior de cidadãos inativos sobretudo nas áreas mais rurais (Rosa, 1993).

Este contexto, coloca a segurança social em dificuldades financeiras e faz emergir um sentimento de receio das gerações mais novas face ao futuro. Uma solução para o envelhecimento poderia passar pelo regresso a níveis de fecundidade mais elevados, mas para isso seriam necessárias políticas de incentivo à natalidade, o que acarreta um investimento por parte do estado, cenário este que não parece muito viável, atendendo ao atual cenário de crise. A população pode estar assim perante o desmoronamento de um modelo de proteção social.

A longevidade é um fator positivo, na medida em que se vive mais tempo, mas, por vezes, pode ter contrapartidas negativas. São exemplos: a perda da capacidade de memória, dificuldades físicas, entre outras. Isto traduz-se normalmente numa perda de autonomia. Enquanto há saúde, existe maior probabilidade de manutenção da independência, que proporciona às pessoas mais facilidade e disposição para preencher seu tempo, manter relações sociais e realizar diversas atividades.

O abandono dá-se mais facilmente na velhice, quando o idoso deixa de poder trabalhar. Para muitos idosos esta fase é encarada com revolta porque perdem o seu papel e a sua autonomia tendo que recorrer à família ou amigos mais próximos para procurar ajuda. Por isso correm o risco de ser excluídos, desvalorizados e desrespeitados (Teixeira, 2010). Algumas famílias não possuem laços afetivos e, para além de tudo há casos de violência a idosos, deixando os idosos sem apoio e a passar necessidades.

É certo que os filhos e familiares têm a sua profissão e encargos diários, mas isso não invalida de maneira nenhuma o mínimo de auxílio para com os pais ou família. Portanto, está dependente da população contrariar estes indicadores, prestando auxílio aos mais velhos. Segundo o diário de notícias, "Numa lista de 53 países europeus, da OMS, Portugal está no grupo dos cinco piores no tratamento aos mais velhos: 39% dos nossos idosos são vítimas de violência." (Diário de Notícias, 2011).

Políticas Sociais de Cuidados aos Idosos

Os princípios das Nações Unidas para os Direitos dos Idosos baseiam-se na independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 16 de dezembro de 1991 (Resolução 46/91).

Segundo a constituição da República Portuguesa no seu Artigo 72.º Terceira idade, nº1- utilizou a 7ª revisão 2005: “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social; nº2 - a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade”.

As pessoas idosas possuem direitos constitucionalmente reconhecidos, sendo que para a maioria a prestação social é a principal forma de apoio.

O envelhecimento populacional cuja tendência é para aumentar, coloca diversos problemas aos idosos, forçando os Estados a um papel fundamental na planificação e gestão das respostas, programas e medidas a eles direcionadas, sendo de reconhecer que o terceiro setor e as famílias têm exercido um apoio fundamental na prestação de cuidados a estas pessoas.

Em Portugal existem três tipos de medidas de políticas de apoio às pessoas idosas e em situação de dependência: as prestações sociais, as respostas sociais e os programas e medidas.

Estes apoios são assegurados pela Segurança Social que em Portugal, abrange três sistemas, nomeadamente o Sistema de Proteção Social de Cidadania, o Sistema Complementar e o Sistema Previdencial. O primeiro engloba três subsistemas, o da Ação Social, o da Solidariedade e o da Proteção Familiar, os quais estão direcionados à população idosa.

As prestações sociais, no âmbito de subsistemas de Solidariedade englobam várias prestações, nomeadamente: a) a pensão por invalidez (pensão por incapacidade permanente para o trabalho- DL nº187/07 de 10 de maio); b) a pensão de velhice (pensão atribuída ao beneficiário que tenha atingido a idade mínima legalmente presumida como adequada para a cessação do exercício da atividade profissional- DL nº 187/07 de 10 de maio); c) pensionistas que estejam numa situação, que se torne necessário a assistência de terceiros, para assegurar as necessidades básicas- DL nº265/99 de 14 de julho e o DL nº 309-A/2000 de 30 de novembro).

Como respostas sociais, no âmbito do subsistema da Ação Social, ao nível da institucionalização a população idosa tem ao seu dispor as Residências e os Lares de Idosos.

As Residências sem fins lucrativos, (Despacho Normativo 12/1998 de 25 de fevereiro) geralmente pertencentes a instituições privadas de solidariedade social (misericórdias, associações mutualistas, fundações ou instituições semipúblicas) são equipamentos coletivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a fornecer respostas a idosos que se encontram em risco,

com perda de independência e/ou autonomia. Têm como objetivos, proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática do idoso; contribuir para a estabilização ou atraso do processo de envelhecimento; desenvolver apoios necessários às famílias dos idosos e fortalecer a relação intrafamiliar. Os serviços oferecidos são: alojamento, alimentação, cuidados de saúde e higiene e conforto, convívio, ocupação, animação e recreio.

A insuficiência de respostas estatais em termos de lares de idosos, tem-se vindo a notar pela proliferação de lares de idosos com fins lucrativos (DL nº 64/2007 de 14 de março).

Segundo o Relatório de 2009 da Carta Social (Rede de Serviços e Equipamentos) entre 1998 a 2009 verificou-se um crescimento acentuado nas Valências Residenciais e Lar de Idosos 27%, resultado do forte investimento público com o objetivo da expansão da capacidade instalada e melhoria da qualidade das respostas existentes.

Relativamente à capacidade, e tendo por referência o ano 2009, Residência e Lar de idosos registaram um crescimento de 40%, o que representa a criação de mais de 20 000 lugares, desde 1998 (MTTS,2009).

Os Lares de idosos são a resposta com maior incidência no apoio a dependentes ou grandes dependentes (cerca de 50%). O motivo principal de entrada no lar parece estar diretamente relacionado com a incapacidade do idoso, num determinado momento da sua vida, gerir as suas AVD, coexistindo esta incapacidade com a impossibilidade da família em garantir o apoio necessário neste sentido (MTSS, 2009).

Relativamente aos Programas e Medidas evidenciam-se: a Linha Nacional de Emergência Social (LNES), que é um serviço público gratuito, de âmbito nacional, com funcionamento contínuo e ininterrupto para proteção e salvaguarda da segurança dos cidadãos em situação de Emergência Social - 24 horas por dia, 365 dias por ano - disponível através do número de telefone 144. Tem como principal objetivo acionar uma resposta social imediata às situações de emergência social, numa perspetiva de inserção e autonomia.

O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), é um programa que foi instituído através do despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Solidariedade Social, publicado em 20 de julho de 1994, DL nº 412/93. Pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no domicílio e no seu meio habitual de vida, através de projetos desenvolvidos, quer a nível central quer a nível local.

Estes projetos são os seguintes: Serviços Tela Alarme (STA), Passes de Terceira Idade, Termalismo Sénior, Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) e Formação de Recursos Humanos (FORHUM).

3.1 Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

Tendo em vista enquadrar, legalmente, os cuidados de saúde dirigidos aos idosos o Ministério da Saúde aprovou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), criado por Despacho Ministerial de 8 de janeiro de 2004, publicado na Circular Normativa nº 13/DGS, de 2 de julho de 2004. Este quadro legal fez parte integrante do Plano Nacional de Saúde de 2004 a 2010.

Em matéria do envelhecimento ativo e saudável, Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), que contemplam a promoção do envelhecimento ativo e estão refletidos em iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Decisão n.º 940/2011/U, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro).

À semelhança de outros organismos públicos, o Ministério da Saúde, através da Direção-Geral da Saúde (DGS), tem, no âmbito do Envelhecimento Ativo e Saudável, um assinalável historial no desenvolvimento de programas, de que é exemplo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004). A continuidade do desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, que permitam que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável, é um imperativo ético.

Importa, ainda, dar substância e coerência à ação no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e saudável, em consonância com os compromissos assumidos com a OMS e a União Europeia, designadamente no que se refere à adoção de estratégias e de indicadores comuns que permitam a comparação internacional e inter-regional. Aumentar a capacidade funcional das pessoas idosas é um ponto de referência para a formulação de um modelo orientador de intervenção que defina prioridades, parâmetros de monitorização e avaliação, e imprima dinâmicas e sinergias de cooperação entre interventores e instituições no âmbito dos diversos Programas Prioritários e outros Programas e projetos da saúde e vários parceiros empenhados na melhoria dos padrões de saúde, de participação, de segurança e de investigação. Assim, nos termos do Despacho n.º 12427/2016, de 17 de outubro e em cumprimento com os objetivos definidos, num trabalho de parceria interministerial e intersectorial o Grupo de Trabalho propõe a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, de ora em diante designada por ENEAS.

O programa destinava-se a ser aplicado pelos profissionais da Rede de Centros de Saúde, Rede Hospitalar e Rede de Cuidados Continuados de Saúde e foi objeto de orientações técnicas emanadas pela Direção Geral de Saúde. O programa foi operacionalizado a nível regional e local pelas Administrações Regionais de Saúde que definiram os respetivos Planos de Ação, tendo em conta as linhas de orientação deste programa.

O PNSPI foi criado como um modelo consubstanciado na Rede de Cuidados Continuados de Saúde, que se propõe criar sinergias entre diversas experiências anteriores, designadamente “(...) recomendações sobre a política para a população idosa, propostas por organizações internacionais, nomeadamente no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento 2002 e por experiências nacionais com êxito confirmado, como é o caso do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII). Teve o apoio do Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade e contou com a aprovação científica da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (Seção da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa)” (DGS, Circular Normativa, 2004).

O programa pretendeu contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. Pretendeu ainda que fossem estimuladas as capacidades das pessoas idosas assim como a participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.

No programa (DGS, Circular Normativa 2004) foi atribuída particular relevância à necessidade das condições de saúde e bem-estar dos idosos, afirmando que “pensar o envelhecimento ao longo da vida (...) implica necessariamente que todos os setores sociais sejam envolvidos na (...) implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária”.

O PNSPI visa, ainda, informar sobre o envelhecimento ativo e sobre as situações suscetíveis de influenciar a autonomia e independência das pessoas idosas.

São observados no programa os princípios definidos pelas Nações Unidas, sobre os direitos das pessoas idosas, nomeadamente da independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade. Para além do respeito pelos direitos acima mencionados, prevê-se ainda que o idoso deva ser respeitado, no que concerne ao seu reconhecimento como grupo heterogéneo mantendo a sua integridade e preservando a sua intimidade.

O conceito de “terceira idade” começa a desaparecer do léxico terminológico dos vários profissionais de saúde e a longo prazo da população em geral, pois não há uma terceira idade, mas sim uma população idosa, de idades diferentes, com características e personalidades próprias e inalienáveis.

O PNSPI assentou em três pilares fundamentais: promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida, maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e promoção e desenvolvimento intersensorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

O programa tem como finalidade atingir a população com 65 anos e mais e pretende contribuir para um conceito de envelhecimento ativo, promovendo a longevidade com qualidade. Nestes termos “pretende contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a atuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objetivo geral: obter ganhos em anos de vida com independência” (DGS, Circular Normativa, 2004).

Para além dos cuidados de saúde, deve incluir a promoção de atividades físicas e desenvolvimento das funções cognitivas, gestão do sono e vigilância, cuidados e noções de nutrição adequadas à idade e à manutenção de uma velhice bem-sucedida. Para os idosos a viverem nas suas próprias habitações, prevê-se a recuperação da saúde oral, melhoria nos cuidados de saúde e abordagem sobre os perigos da automedicação e apoio psicológico a idosos com companheiros com doença de Alzheimer, Parkinson ou outras doenças degenerativas.

Recomenda igualmente, uma atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, considerando como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação.

O PNSPI foi importante não só pelos cuidados prestados à população idosa, mas também por inculcar nas diversas faixas etárias e gerações que a velhice é uma fase da vida a que ninguém tem a certeza de chegar, mas que chegando deve ser vivida da melhor forma possível e com toda a dignidade que merece a pessoa humana.

3.2 Políticas/Programas Nacionais de Envelhecimento Ativo

Em Portugal, a promoção do envelhecimento ativo, bem como a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e a promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores, constituíam as estratégias de intervenção do Programa publicado em 2014 pela Direção Geral de Saúde, tendo sido elaborado com aval científico da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.

Este Programa visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, pelo que “exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde...” (DGS, 2004, P.2).

O conceito de envelhecimento ativo foi referenciado pela primeira vez em 1998, numa publicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (Moulaert e Paris, 2013) tendo, posteriormente, evoluído para a defesa de uma política para o “envelhecimento ativo”, no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS). A ONU, através da ação conjunta da OMS, da Comissão Europeia (CE) e da OCDE, promoveu iniciativas destinadas a alertar as sociedades para os problemas do envelhecimento e a definir políticas públicas que respondam a esses desafios (Cabral *et al.*, 2013). Nesta linha, em 2012 foi celebrado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, a nível da União Europeia, que visa combater a discriminação com base na idade (idadismo) e promover a sustentabilidade entre gerações, incentivando os países a promoverem o envelhecimento ativo atuando no domínio do emprego, participação social e autonomia. Neste documento refere-se ainda que:

“Uma resposta fundamental a esta rápida mudança na pirâmide etária consiste em promover a criação de uma cultura de envelhecimento ativo ao longo da vida, garantindo assim que a população com perto de sessenta anos ou mais, em rápido crescimento, que, em geral, é mais saudável e mais instruída do que a de qualquer outro grupo etário precedente do mesmo tipo, tenha boas oportunidades de emprego e de participação ativa na vida social e familiar, nomeadamente através de atividades de voluntariado, da aprendizagem ao longo da vida, da expressão cultural e do desporto (Decisão nº 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de setembro de 2011:246/5) ”.

Portugal associou-se a esta iniciativa através da Resolução do Conselho de Ministros 61/2011, de 22 de dezembro, assumindo que o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações “pretende contribuir para promover uma cultura de envelhecimento ativo na Europa convocando valores europeus como a solidariedade, a não discriminação, a independência, a participação, a dignidade, os cuidados e a auto realização das pessoas idosas, concorrendo para o desenvolvimento harmonioso das sociedades europeias”.

Neste sentido, embora as organizações acima supracitadas tenham em comum o paradigma do envelhecimento da população, regendo-se pelo envelhecimento ativo, na prática, o tipo de abordagem de cada uma reflete preocupações e soluções distintas no âmbito da intervenção que caracteriza cada organização.

Em Portugal, as políticas sociais dirigidas às populações mais velhas, vão ao encontro das linhas que têm orientado a generalidade das políticas sociais em contexto europeu, tendo o conceito de envelhecimento ativo sido difundido de acordo com as orientações estratégicas traçadas pela Comissão Europeia. No entanto, estas políticas de acordo com Silva (2009) ignoram todo um quadro de referências culturais e sociais, que, no passado recente, ajudaram a construir, como as medidas de apoio à reforma antecipada, tornando assim o discurso do envelhecimento ativo, simultaneamente, pragmático e ideológico, em que recomendações indiscutivelmente vantajosas para os indivíduos, independentemente da sua condição social, se misturam com recomendações ditadas por considerações e interesses económicos alheios aos da maioria dos idosos (Cabral *et al.*, 2013:16).

Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo

4.1 Qualidade de Vida

Segundo Paschoal (2000), o tema da Qualidade de Vida emergiu a partir da Segunda Grande Guerra Mundial quando passou a usar-se o conceito de “boa vida” para se designar a conquista de bens materiais. Em seguida, o conceito foi ampliado e passou a avaliar o quanto uma sociedade se tinha desenvolvido economicamente. A criação de indicadores económicos passou a permitir comparar a QV entre diferentes países e culturas. Depois o termo passou a designar, além do crescimento económico que é um conceito quantitativo, o desenvolvimento social que é um conceito qualitativo.

O termo Qualidade de Vida (QV) é uma noção eminentemente humana e que tem sido relacionada com o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, ambiental e na própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas (Minayo; hártz; Buss, 2000).

De acordo com Rebelatto e Morelli (2004):

“Nos países desenvolvidos, a emergência da preocupação com o tema qualidade de vida ocorreu depois da segunda grande guerra mundial e coincidiu com o desenvolvimento de procedimentos e técnicas destinadas à manutenção da vida de enfermos crónicos e terminais, avanços esses que decorreram, em parte, das oportunidades geradas por aquele conflito. Tais progressos geraram discussão sobre a relação custo-benefício, considerando tanto o bem-estar do indivíduo como os interesses da sociedade. Foi nesse contexto que se começou a falar em qualidade de vida em saúde”.

A partir da década de 60, percebeu-se que embora os indicadores socioeconómicos fossem importantes (qualidade de vida objetiva), era necessário ainda avaliar a qualidade de vida percebida pelas pessoas, o quanto elas estavam ou não satisfeitas com a qualidade das suas vidas (qualidade de vida subjetiva) (Paschoal, 2000; Neri, 2004). O indivíduo deveria julgar a qualidade da sua vida, e não apenas avaliar como se enquadrava ou não no modelo de qualidade de vida que o investigador julgava ser boa. De acordo com diferentes perspetivas, o termo qualidade de vida representa a sensação subjetiva de sentir-se bem. Devido às escassas discussões sobre o tema até à década de 1980, o termo era usado como sinónimo de satisfação com a vida, autoestima, bem-estar, felicidade, saúde, valor e significado da vida, habilidade de cuidar de si mesmo e independência funcional (Gomes, 2010).

A partir dos anos 80 do século XX, o conceito de qualidade de vida começa a ganhar uma importância crescente no domínio da saúde e dos cuidados de saúde, aumentando a sua relevância no discurso e prática médica (Lowy e Bernhard, 2004; Naughton e Shumaker, 2003; Ribeiro, 1994;

Stenner, Cooper, e Skevington, 2003). Para esse facto contribuíram o aumento da esperança de vida, em virtude do progresso tecnológico da medicina (Fleck, 2008; Han, Lee, Lee, e Park, 2003), a mudança nas características das doenças, de predominantemente infecciosas a predominantemente crónicas (Bowden e Fox-Rushby, 2003; Lowy e Bernhard, 2004), a insuficiência das medidas médicas objetivas e tradicionais na avaliação das limitações impostas pela doença e seus tratamentos nas diferentes dimensões de vida da pessoa doente (Bonomi, Patrick, Bushnell, e Matin, 2000; Ribeiro, 1994) e, por último, o movimento de humanização da medicina (Fleck, 2008). Todos estes fatores conduziram a que a qualidade de vida começasse a ser introduzida na investigação da área da saúde com o principal objetivo de avaliar o impacto específico, não médico, da doença crónica e como um critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos (Bowling, 1995; Ebrahim, 1995, cit. por Kilian, Matschinger, e Angermeyer, 2001).

Na década de 90, parece chegar-se ao consenso entre os investigadores acerca de dois aspetos relevantes no conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. Atualmente, a maioria das definições de qualidade de vida enfatiza a sua natureza subjetiva (a percepção individual) (Gaspar, *et al.*, 2005). Ainda na década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) constatou que as medidas de QV se revestem de particular importância na avaliação da saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social. A OMS define Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e percepções” (WHO, 1994).

Em 2002, a OMS, apontou a qualidade de vida não só como a tônica dominante no conceito de envelhecimento ativo, mas também como um dos objetivos primordiais do mesmo. Nesta perspectiva, torna-se imperativo que as políticas públicas atuais e futuras estejam focadas na qualidade de vida das pessoas idosas (Bowling *et al.*, 2002).

Este é um conceito amplo que incorpora de um modo complexo aspetos como a saúde física e psicológica, as crenças pessoais, o nível de dependência, as relações sociais, e a relação com características marcantes no ambiente. A dificuldade de conceptualizar a qualidade de vida na terceira idade, foi reforçada por Llobert *et al.* (2011) que referem o conceito como complexo, uma vez que a idade influencia a percepção e o bem-estar devido às alterações das necessidades e das aspirações.

4.2 Qualidade de vida no idoso

As múltiplas facetas do processo de envelhecimento apontam para a necessidade de uma atenção abrangente à saúde do indivíduo idoso. Esta forma de atuação está implícita no preconizado pela Organização Mundial da Saúde, ao estabelecer que saúde não é meramente

ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, o que coloca em relevo a melhoria da qualidade de vida (Papaléo Netto, 2007).

A busca por uma boa qualidade de vida é um dos principais objetivos da vida humana, especialmente nas idades mais avançadas. O aumento da longevidade é um avanço civilizacional na medida em que oferece oportunidades para o prolongamento de uma vida saudável e produtiva. Com a chegada da velhice, a debilidade física, a dependência, a perda de papéis, os estereótipos e preconceitos, enfim as inevitáveis perdas decorrentes do processo de envelhecimento podem levar à diminuição da qualidade de vida dos idosos. Surge então a preocupação em transformar a sobrevida aumentada do ser humano numa etapa significativa da vida (Paschoal, 2000).

A qualidade de vida na velhice é frequentemente associada a questões de saúde (Llobet *et al.*, 2011) e de dependência e autonomia (OMS, 2002; Sousa *et al.*, 2003). A forte interligação da saúde com a qualidade de vida leva a que esta seja muitas vezes utilizada como sinónimo da mesma, no entanto apesar de estes conceitos apresentarem uma grande relação entre si, Bradley *et al.* (2002) distingue-os, referenciando estado de saúde como uma dimensão com a qual o indivíduo sente que a sua saúde está bem ou mal e qualidade de vida, como uma dimensão com a qual a pessoa avalia a sua vida como sendo boa ou má. Assim este autor refere que a saúde é apenas um dos muitos componentes da qualidade de vida e não um sinónimo desta.

Para Castellón (2003, cit. Por Paúl & Fonseca, 2005), a associação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. O conceito qualidade de vida é, aliás, considerado por muitos autores como um conceito nuclear na hora de avaliar a condição de vida dos idosos.

Segundo Catellón (2003, cit. por Paúl & Fonseca, 2005), existem várias formas de concetualizar a qualidade de vida na velhice: “a) como qualidade em termos das condições de vida (seria a componente objetiva); b) como satisfação pessoal com as condições de vida e a satisfação, d) combinando as condições de vida e a satisfação pessoal segundo os critérios do próprio sujeito, em função da sua escala de valores e aspirações pessoais”.

Nesta definição cruzam-se os parâmetros de ordem objetiva (serviços sociais, apoio social, ambiente em que se vive, ofertas culturais e recreativas, etc.) com a avaliação e valorização que os sujeitos fazem de tais parâmetros, onde desempenham necessariamente um papel importante nas características de ordem pessoal (expectativas, valores, níveis de aspiração, grupos de referências, necessidades pessoais).

Trabalhos levados a cabo por Castellón e colaboradores no âmbito do Grupo de Investigação de Gerontologia sobre Qualidade de Vida têm proporcionado contributos que possibilitam a identificação de quatro grandes eixos de análise da qualidade de vida na velhice: i) qualidade de vida e residência (institucionalização *versus* meio familiar); ii) qualidade de vida e exercício físico; iii) qualidade de vida e estilos de vida; iv) qualidade de vida e saúde.

Em termos gerais, Castellón (2003, cit por Paúl & Fonseca, 2005) sinaliza aqueles que são os indicadores geralmente mais usados para avaliação da qualidade de vida associada ao envelhecimento: bem-estar subjetivo, autonomia, atividade, índices materiais e recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, lugar na comunidade e relações pessoais.

Bowling, Banister e Sutton (2003, cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p.77) a partir da análise de dados de um rastreio sobre a qualidade de vida da população idosa no Reino Unido, concluíram que os aspetos valorizados pelos idosos a residir na comunidade são: ter boas relações com a família e os amigos; desempenhar papéis sociais como voluntariado; ter boa saúde e funcionalidade; viver numa boa casa numa zona simpática e de boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e a independência.

A avaliação da qualidade de vida da população idosa implica, pois, a consideração de medidas materiais, sociais, bio comportamentais, emocionais e de saúde. A compreensão de como e quais os aspetos psicológicos, sociais e outros que fazem variar, e que variam, com a qualidade de vida para os idosos, influenciam e condicionam as políticas de intervenção preventivas e otimizadas de envelhecimento bem-sucedido (Paúl & Fonseca, 2005).

4.3 Qualidade de Vida e Saúde Pública

O tema da influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida, e vice-versa, tem ocupado políticos e pensadores ao longo da história. Já no século XVIII, quando ocupava as funções de diretor geral de saúde pública da Lombardia austríaca o Professor da Faculdade de Medicina, Johann Peter Frank escreveu, no seu célebre livro "A miséria do povo, mãe das enfermidades", que a pobreza e as más condições de vida, trabalho, nutrição etc. eram as principais causas das doenças, preconizando, mais do que reformas sanitárias, amplas reformas sociais e económicas (Sigerist, 1956).

Chadwick, na primeira metade do século passado, referindo-se à situação de saúde dos ingleses, afirmava que a saúde era afetada – para o melhor e para o pior – pelo estado dos ambientes sociais e físico, reconhecendo, ainda, que a pobreza era muitas vezes a consequência de doenças pelas quais os indivíduos não podiam ser responsabilizados e que a doença era um fator importante no aumento do número de pobres (Rosen, 1979). Segundo Sigerist (1956), Chadwick não queria apenas aliviar os efeitos das más condições de vida e saúde dos pobres ingleses, mas sim melhorar as suas causas económicas, sociais e físicas. Da mesma forma, de há muito tempo que tem sido questionado o papel da medicina, da saúde pública e, num sentido mais geral, do setor saúde na análise do que seriam as causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde, aquelas que fugiriam ao objeto propriamente médico da questão saúde.

Virchow, na Alemanha, por exemplo, nos anos que precederam a revolução de 1848, liderou um poderoso movimento de reforma médica, através do qual defendia que a medicina é uma ciência social e a política não é mais do que a medicina em grande escala (Sigerist, 1956).

Os conceitos de saúde, saúde pública e qualidade de vida estão intimamente relacionados, e a concretização de medidas efetivas que permitam a aplicação dos mesmos é de alta relevância para toda a população. É cada vez mais forte a ideia de promover saúde, não apenas curar doenças, através de políticas de saúde pública, saneamento básico e melhoria das condições de vida da população (Coelho e Almeida Filho, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) descreve que saúde pode ser definida como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Deliberato (2002) apresenta um conceito mais dinâmico de saúde e sugere que seja o mais apropriado à realidade sociocultural dos tempos atuais: “Saúde é um estado relativo de equilíbrio da forma e função do organismo, que resulta do seu ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo.” Considera ainda que a saúde não é um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta ativa do organismo no sentido de um reajustamento adequado.

Pereira (2003) refere que as práticas de saúde não implicam somente a utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída. Sugere processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão também implicados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais. Saúde pública tem sido definida como um conjunto de ações para prevenir doenças e prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária, utilizando medidas de alcance coletivo e de motivação da população (Merhy e Queiroz, 1993).

Especialistas no assunto diferem quanto ao conceito de QV, o que implica que não haja um consenso sobre o que constitui QV. Uma tentativa de definição, engloba desde estado de saúde, até um conjunto de outros domínios como meio-ambiente, recursos econômicos, relacionamentos sociais, tempo para trabalho e lazer. São identificadas duas tendências na concetualização do termo QV: um conceito genérico e outro ligado à saúde. No primeiro caso, QV apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Quando a QV é relacionada à saúde, engloba dimensões específicas do estado de saúde. Na concetualização recente adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV foi definida como “ [...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Um aspeto importante que caracteriza os estudos que partem de uma definição genérica do termo QV é que as amostras estudadas também incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de doenças específicas.

Um outro conceito de qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) diz-nos que, é o “[...] valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e económica do sistema assistencial”. A versão inglesa do conceito de *health related quality of life* (HRQL), exposto por Gianchello, é similar: “[...] é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos.” O HRQL, é considerado o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções. Para Auquier, Simeoni e Mendizabal e também Gianchello, 1996 os conceitos fundamentais de HRQL seriam igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados.

A promoção de saúde passou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública a partir da década de 1980. O seu marco concetual e a sua prática foram desenvolvidos predominantemente por Organizações Internacionais e por estudiosos da Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos. A Carta de Ottawa foi um marco importante, inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, instituída na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986. Num dos primeiros documentos fundadores da promoção da saúde atual, a Carta de Ottawa, a expressão promoção de saúde está associada a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, retidão, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de capacidades e habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas.

4.4 Envelhecimento Ativo

A segunda metade do século XX foi marcada por diversos paradigmas relativos à construção social do envelhecimento na sociedade contemporânea. Neste contexto, surgiram diversos conceitos para definir envelhecimento, tais como envelhecimento “bem-sucedido”, “produtivo”, “saudável” e por fim “ativo”, sendo este último o utilizado atualmente.

Walker (2006) refere que o conceito de envelhecimento ativo, apesar de ser relativamente recente na Europa, remonta ao início de 1960 nos Estados Unidos da América. Surgiu como uma resposta de oposição à teoria influente na altura – teoria do *disengagement*, que defendia que a velhice era um período inevitável de retirada de papéis e relacionamentos.

Neste sentido, o autor supracitado refere que a chave para um envelhecimento bem-sucedido, era a continuação de uma vida ativa na velhice, ou seja, a substituição das relações, funções e atividades de meia-idade que foram perdidas, a fim de manter atividades que permitam prolongar a vida. No entanto, esta abordagem era baseada em objetivos reducionistas que colocavam uma expectativa irrealista em indivíduos idosos para manter os mesmos níveis de atividade que tinham anteriormente (meia-idade), independentemente de limitações funcionais, não reconhecendo a heterogeneidade dos mesmos.

O conceito de “Envelhecimento Ativo” foi introduzido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que o definiu como o “processo de otimização das oportunidades para a saúde e participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”. Este deve ser promovido quer ao nível individual, quer ao nível coletivo. O incremento da qualidade de vida preconizado como objetivo fulcral do envelhecimento ativo, contempla não unicamente indivíduos saudáveis e ativos, mas também indivíduos mais frágeis, fisicamente incapacitados ou que necessitem de cuidados.

Este conceito é mais abrangente que o conceito de envelhecimento saudável, pois para além da saúde são tomados em conta os aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais (Ribeiro & Paul, 2011). Num projeto de envelhecimento ativo, para além das políticas e programas que incrementam a saúde física, são igualmente importantes aquelas que promovem as relações sociais e a saúde mental.

O envelhecimento ativo está dependente de fatores (determinantes) que se incluem: na esfera pessoal (biologia, genética e fatores psicológicos); na esfera comportamental (estilos de vida saudáveis e participação ativa no cuidado da própria saúde); na esfera económica (rendimentos, proteção social e, oportunidades de trabalho digno); na esfera do ambiente físico (serviços de transporte público de fácil acesso, habitação e vizinhança seguras e adequadas, água limpa, ar puro e segurança alimentar); na esfera do ambiente social (apoio social, prevenção de violência, educação e alfabetização); na esfera da disponibilização dos serviços sociais e de saúde (direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, de acesso equitativo e de qualidade). Quer o género, quer a cultura, constituem fatores transversais neste processo, pois têm influência sobre todos os determinantes. A forma como a sociedade encara o processo de envelhecimento, bem como os seus idosos, é deveras influenciada pelos seus valores culturais e tradicionais. Em muitas sociedades, atribui-se um estatuto social inferior e de acesso restrito a bens e serviços, por parte das mulheres. Por outro lado, os homens assumem mais comportamentos de riscos relacionados com o alcoolismo, tabagismo e consumo de drogas (Ribeiro & Paul, 2011). O envelhecimento pode constituir um processo positivo, se acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança.

A análise dos determinantes do envelhecimento ativo, tem contribuído para a implementação de políticas e programas que obtenham êxito nesse âmbito. Desta forma, o

envelhecimento ativo visa a manutenção da autonomia e da independência, a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida.

Nestes termos, o envelhecimento ativo, passa a ser resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária e integração social. O bem-estar na velhice ou saúde em sentido amplo, parece resultar do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional sem que isso queira significar, no entanto ausência de problemas nessas dimensões.

Funcionalidade e Dependência

5.1 Capacidade funcional

A capacidade funcional surge como um novo conceito em saúde, particularmente relevante no âmbito de um novo paradigma trazido pelo envelhecimento da população.

Segundo Fillenbaum (1986, cit. Por Paúl & Fonseca, 2005) “A noção de funcionalidade, ou capacidade funcional, está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de prática frequentes e necessárias a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio. A sua perturbação é consequência de uma situação patológica (OMS, 1980)”.

O conceito de funcionalidade consta também da alínea I do Artigo 3.º do D.L. 101/2006 de 6 de junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social. Esta legislação dá continuidade e complementa a que se refere no início do Capítulo/Secção 3.1 – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

Da leitura deste D.L. resulta que a RNCCI visa implementar políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde, desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência e investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração com respostas equitativas a nível territorial. Tudo isto qualificando, humanizando e criando serviços comunitários de proximidade.

O Art.º 3.º acima referido, intitulado “Definições”, procede, como se depreende, à definição de 14 conceitos utilizados ao longo do D.L., entre eles os relativos a Dependência (alínea h), Funcionalidade (alínea i) e Doença crónica (alínea j).

Sublinhando que estas são definições para os efeitos legais nele previstos, vejamos então a respetiva definição de Funcionalidade: “a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente” (Alínea I do Artigo 3.º do DL n.º.101/2006 de 6 de junho).

Para classificar a funcionalidade, a incapacidade e a saúde surgiu a Classificação Internacional da Funcionalidade - CIF (MEES,2003, cit. Por Paúl & Fonseca, 2005) que sublinha

que, a avaliação da funcionalidade tem como objetivos identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais e, contribuir para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades.

A opção pela prática habitual da avaliação da funcionalidade tem condições para permitir: a uniformização do conceito de autonomia; a pesquisa e eventual correção de fatores de dependência, como a morbidade física e mental ou isolamento social; a promoção de fatores de independência, como a atividade física; a implementação de fatores de autonomia, nomeadamente, apoios técnicos ou adaptações ambientais (Paúl & Fonseca, 2005).

De acordo com Paúl e Fonseca (2005), a capacidade funcional deve ser classificada de acordo com o grau de autossuficiência nesse desempenho (Botelho, 2000), o que, em termos dicotómicos, se pode manifestar como independência (quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas) ou dependência (quando há a necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade). De acordo com uma possível progressão da disfunção pode ser vantajoso graduar a dicotomia em quatro níveis: i) independência- ausência de recurso a qualquer apoio; ii) autonomia-recurso a apoio mecânicos; iii) dependência- recurso a apoio de terceiros; iv) incapacidade – em que o apoio a terceiros substitui a função.

As atividades de autocuidado englobam, habitualmente, tarefas como lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, tarefas de posição, controlar os esfíncteres e comer. Ao conjunto destas tarefas dá-se o nome de Atividades de Vida Diária (AVD), já abordadas anteriormente neste trabalho. Para sua medição um dos instrumentos utilizados é o Índice de Kartz, que foi desenvolvido para ser utilizado em doentes institucionalizados, sendo frequentemente utilizado para avaliação das AVD em idosos. O índice de Kartz (Karzt e col, 1963) é constituído por seis atividades de vida diária: banho (com esponja, duche ou banheira), vestir-se, ir à casa de banho, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação. Em cada atividade, podemos avaliar se o idoso é independente, necessita de supervisão, necessita de ajuda ou é dependente.

As atividades de integração dos indivíduos no meio ambiente como, utilizar o telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte e algumas tarefas domésticas, têm como designação Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). A Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody, é a referência para a sua medição, e permite avaliar o grau de dependência dos idosos em sete grupos de atividades (Lawton & Body, 1969). Uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global. O interesse neste instrumento reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de atividades: cuidados pessoais (autocuidado), cuidados domésticos, trabalho, recreação/lazer, compras e gestão do dinheiro, locomoção, comunicação e relações sociais.

Em 2009, o INE realizou um estudo sobre a população portuguesa com dificuldades nas AVD. De acordo com os resultados do Inquérito às Condições de Vida 39,1% da população portuguesa com 65 a 74 anos tinha algumas dificuldades nas AVD e 19,8% dessa população tinha dificuldades sérias nessas atividades. Para a população com mais de 75 anos, 38,9% tinha algumas dificuldades e 37,9% dificuldades sérias nas AVD (Carneiro *et al.*, 2012, p123).

De acordo com OCDE (2011), Portugal é o segundo país da UE com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas AVD (Carneiro *et al.*, 2012).

É de referir que a qualidade de vida varia de forma significativa consoante a maior ou menor capacidade dos idosos na realização das suas AVD.

5.2 Dependência e doença crónica

Porque estas duas realidades estão intimamente ligadas, iniciamos a abordagem destas fragilidades humanas, retomando o DL. 101/2006 de 6 de junho antes referido, para transcrever as respetivas definições.

Dependência (alínea h): situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar atividades de vida diária” (Alínea H do Artigo 3.º do DL n.º 101/2006 de 6 de junho).

Doença Crónica (alínea j) “doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitantes, que afeta, de forma prolongada as funções psicológicas, fisiológica ou anatômica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta e tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute, de forma acentuadamente negativa, no contexto social da pessoa por ela afetada” (Alínea J do Artigo 3.º do DL n.º 101/2006 de 6 de junho).

As modificações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, nomeadamente as interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos de cada pessoa, manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais do quotidiano. Muitas vezes, estas mudanças só são percecionadas negativamente, sendo a pessoa idosa encarada como vulnerável, não só na dimensão física, mas também mental sendo então considerada socialmente como dependente.

Os avanços na medicina permitiram o aumento da esperança média de vida, que, contudo, não é sinónimo de eliminação de situações de dependência e incapacidades decorrentes do processo de envelhecimento. As doenças crónicas que têm maior incidência junto da população idosa são a diabetes, osteoporose, asma, hipertensão arterial, neoplasias, doenças renais e reumáticas (DGS, 2010).

As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais (DGS, 2004).

Em Portugal no período de 2004 a 2009, mais de metade dos óbitos resultou de doenças do aparelho circulatório e de neoplasias, que representam, respetivamente, a primeira e segunda causa de morte em Portugal (*in Jornal Diário de Notícias*). Em 2009, estes dois grupos de doenças (aparelho circulatório e neoplasias) foram responsáveis, respetivamente, por 31,9% e 23,7% dos óbitos de residentes em Portugal (INE, 2012).

Em terceiro lugar apareceram as doenças do aparelho respiratório (11,7%), sendo a quarta posição ocupada pelos sintomas, sinais e resultados anormais dos exames clínicos e de laboratório classificados em “outra parte”, com 9,4% em 2009 (INE, 2012).

A mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, nomeadamente diabetes *mellitus*, doenças do aparelho digestivo e as causas externas de mortalidade representavam em 2009, respetivamente, 5,2%, 4,4% e 4,2% das causas de morte de residentes (INE, 2012).

A dependência é um dos grandes problemas prementes no processo de envelhecimento, resultante do declínio e de uma deterioração, com perda de capacidades mentais e físicas.

No âmbito da União Europeia a recomendação da Comissão aos Ministros dos Estados Membros, relativamente à Dependência, define-a como um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária (AVD). As AVD e as AIVD estão relacionadas com a capacidade de autonomia do indivíduo, não só ao nível dos autocuidados como também na participação na sociedade enquanto cidadãos de plenos direitos (MTSS, 2009). Existem várias classificações da dependência do idoso. A mais conhecida é a que as divide em duas categorias: dependência devida a limitações físico-funcionais *versus* dependência devida a limitações cognitivas.

Constatando que não existe apenas um grau de dependência, José São José e Karin Wall (2006, cit. por MTSS, 2009) classificaram a dependência de acordo com a seguinte graduação: baixa, média e elevada. “ (...) os idosos com baixa dependência necessitam apenas de alguma supervisão pois possuem alguma autonomia no que respeita à mobilidade e à realização das AVD.

Os idosos com média dependência não necessitam apenas de supervisão, mas também do apoio de terceiras pessoas para o desempenho de algumas atividades diárias. Os idosos com elevada dependência: “não têm capacidade para desempenhar um conjunto de tarefas “básicas”: são pessoas que estão acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades associadas como, por exemplo, a diminuição de aptidões cognitivas e do controlo esfíncteriano (...)”, pelo que requerem apoio extensivo e intensivo.

Não ousando descurar ou negligenciar as tipologias, graus, ou níveis de dependência operacionalizadas por outros autores, alguns deles já referidos no âmbito deste trabalho, consideram-se para efeitos da presente análise, os seguintes conceitos que têm sido utilizados ao nível da Carta Social (MTSS,2009): a) autónomo – capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica; b) parcialmente dependente – necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação; c) dependente – não pode praticar, com autonomia, os atos relativos à alimentação, locomoção/ou cuidados de higiene pessoal; d) grande dependente – acumula as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave.

Nos estudos preparatórios da Carta Social relativamente à população idosa, observou-se em 2007, que um em cada três clientes das respostas sociais estudadas (Lar de Idosos, Residência, Centro de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário), são dependentes ou grandes dependentes.

No âmbito da legislação em vigor, para efeitos de benefícios provenientes de prestações sociais, o Complemento por Dependência (DL nº 256/99 de 14 de julho), estabelece dois graus de dependência: 1º grau - indivíduos que não possam praticar com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiano, designadamente atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; 2º grau – indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1º grau e que se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave.

Em relação à dependência, o 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, mostra que 18,05% tem incapacidade física de longa duração “sozinho, mas com dificuldades”, 3,59% “só com ajuda” e 2,81% da população encontra-se sempre acamada ou sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar (Nogueira, 2009).

Estamos perante um ciclo em que, normalmente, quanto maior é a gravidade da doença, mais graves são as sequelas por elas provocadas e conseqüentemente, maior é o grau de dependência com que a pessoa tem de viver, o que se reflete negativamente na autoestima e no bem-estar de cada indivíduo. É este, o quadro presente em grande parte dos idosos, o que implica que sejam criadas medidas que permitam diminuir o período de fragilidade das pessoas, proporcionando-lhes maior dignidade, maior bem-estar e uma vida longa com qualidade.

Caracterização da cidade de Coimbra

6.1 Caracterização Geográfica e população

O concelho de Coimbra ocupa uma área de 319,4 Km² e tem uma população de 143.396 habitantes (CLASC, 2010). Localiza-se na região centro (NUT II) e pertence à sub-região do Baixo Mondego (NUT III), da qual também fazem parte os concelhos de Cantanhede, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mira, Montemor-o-Velho, Penacova e Soure. O distrito de Coimbra tem como distritos limítrofes Aveiro, Viseu, Guarda,



Figura 1 - Mapa do Concelho de Coimbra

Castelo Branco e Leiria. A cidade de Coimbra é banhada pelo rio Mondego, situando-se no centro do país, entre as metrópoles de Lisboa e Porto. A Lei n.º 22/2012, de 30 de maio consagrou a obrigatoriedade da reorganização administrativa do território das freguesias e regulou e incentivou a reorganização administrativa do território dos municípios. Por força desta reorganização, que consistiu na aglutinação de algumas freguesias, que passaram a designar-se UF (união de freguesias), o concelho de Coimbra passou a contar com 18 destas autarquias (anteriormente 31): 1-JF de Almalaguês, 2-JF de Brasfemes, 3-JF de Ceira, 4-UF Antuzede e Vil de Matos, 5- UF Assafarge e Antanhol, 6- JF Cernache, 7-JF Santo António dos Olivais, 8-UF Eiras e São Paulo de Frades, 9-JF São João do Campo, 10-JF S. Silvestre, 11-JF Torres do Mondego, 12-UF Coimbra, 13-UF Lamarosa e S. Martinho de Árvore, 14-UF Ribeira de Frades e S. Martinho do Bispo, 15-UF Castelo de Viegas e Santa Clara, 16-UF Botão e Souselas, 17-UF Taveiro, Ameal e Arzila, 18- UF Trouxemil e Torre de Vilela. Segundo dados dos censos de 2011, a freguesia com maior número de pessoas com mais de 60 anos é a freguesia de Santo António dos Olivais. A freguesia com menos população envelhecida é a de Arzila.

Coimbra tem um elevado número de instituições de ensino superior, o que implica que durante a maior parte do ano exista um aumento de população transitória de estudantes. O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra foi, em 2012 o primeiro classificado no *ranking* do Desempenho dos Hospitais Públicos (em regime de internamento) em Portugal Continental (Costa & Lopes, 2014). Neste centro desenvolve investigação que decorre em parceria com a universidade.

O concelho de Coimbra tem 143.396 habitantes (66 941 do género masculino e 76 455 do género feminino). Segundo o Censos 2011 (FFMS, 2014), a densidade populacional é de 449 indivíduos por Km². O índice de dependência de idosos é de 29,7% e o índice de envelhecimento situa-se nos 161,4%. O número de indivíduos em idade ativa por idoso (índice de sustentabilidade potencial) é 3,4 e o índice de longevidade de 48,2%. Considerando ainda os dados dos censos de

2011, a população residente por grupo etário é de 9.713 habitantes com idades compreendidas entre os 60 aos 64, 7.847 dos 65 aos 69, 7.067 dos 70 aos 74 e 13.872 habitantes com idade igual ou superior a 75 anos. (in <https://www.cm-coimbra.pt/>)

A população idosa (com mais de 60 anos) representa 20,4% da população Conimbricense. A caracterização desta população idosa poderá ainda ser complementada com dados da operação Censos Sénior 2014, realizada pela Guarda Nacional Republicana (GNR), que visava identificar situações de risco (determinadas pelo contexto residencial). Nesta operação foram sinalizados, nas zonas policiadas pela GNR, um total de 1.565 idosos, dos quais 1 176 viviam sozinhos, 144 isolados, 170 sozinhos e isolados e 75 que se enquadram noutras situações que constituíam algum risco apesar de não se enquadrarem nas categorias anteriores. Quanto ao tipo de habitação existiam na totalidade 79.455 alojamentos, sendo 79.193 alojamentos familiares clássicos, 56 familiares não clássicos (incluem-se a barraca, o alojamento móvel, a casa rudimentar de madeira e o alojamento improvisado, entre outros não destinados à habitação) e 206 alojamentos coletivos (por alojamento coletivo entende-se os estabelecimentos hoteleiros e similares e os alojamentos de convivência). (in <https://www.cm-coimbra.pt/>)

6.2 Respostas Sociais

De acordo com o Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2012), as respostas sociais dirigidas a pessoas idosas (com idade superior a 65 anos), comparativamente às dirigidas a outras faixas etárias, são as que apresentam maior número, ao longo do período de análise da Carta Social (2000-2012). O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) constitui a resposta com maior crescimento entre 2000 e 2012 (62%), seguindo-se a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) (44%) e o Centro de Dia (31%). A natureza jurídica das entidades que as fornecem é variável, sendo que a maioria dos Serviços de Apoio Domiciliário são garantidos por entidades não lucrativas. Importa, contudo, salientar que a nível nacional se tem verificado uma tendência para o aumento das respostas sociais de residência para idosos prestadas por entidades lucrativas. (in <https://www.cm-coimbra.pt/>)

Em 2014, no concelho de Coimbra, e segundo os dados do *link* da Carta Social, as respostas sociais à população idosa eram as seguintes: 5 Centros de Convívio com um total de 355 utentes para uma capacidade de 359; 30 Centros de Dia com um total de 735 utentes para uma capacidade de 960; 3 Centros de Noite, com 25 utentes e uma capacidade para 40; 19 Estruturas Residenciais para idosos (Lares e Residências), com 661 utentes e uma capacidade para 742 e 37 Serviços de Apoio Domiciliário que servem 1.054 utentes para uma capacidade máxima 1.314.

Estes resultados sugerem que, apesar do crescimento da população idosa acima referenciado, existem ou estão a ser desenvolvidas medidas de apoio para lidar com as

necessidades emergentes e que, à exceção dos Centros de Convívio, todos os outros equipamentos têm lugares disponíveis.

Cidades Amigas dos Idosos

7.1 Cidade Amiga dos Idosos

O envelhecimento populacional e a urbanização são duas tendências mundiais que, em conjunto, representam as maiores forças que moldam o século XXI. Ao mesmo tempo que as cidades crescem, aumenta, cada vez mais, o seu contingente de residentes com 60 anos ou mais. Os idosos são um recurso para as suas famílias, comunidades e economias, desde que em ambientes favoráveis e propícios. A OMS considera o envelhecimento ativo como um processo de vida moldado por vários fatores que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança dos idosos. Seguindo a abordagem da OMS para o envelhecimento ativo, há que mobilizar as cidades para que, tornando-se mais amigas dos idosos, estes possam usufruir do potencial que representam para a humanidade. Uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança e para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Em termos práticos, uma cidade amiga do idoso adapta as suas estruturas e serviços para que sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade. Para entender as características de uma cidade amiga do idoso é fundamental que os próprios interessados – os habitantes idosos da cidade – sejam ouvidos e participem na elaboração das medidas a implementar.

O envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para que a saúde, a participação e a segurança, já atrás referidas, possam melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Numa cidade amiga do idoso, políticas, serviços, ambientes e estruturas dão apoio e capacitam as pessoas a envelhecer ativamente quando:

- reconhecem a ampla gama de capacidades e recursos entre os idosos;
- preveem e respondem, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento;
- respeitam as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram;
- protegem aqueles que são mais vulneráveis;
- promovem a sua inclusão e contribuição em todas as áreas da vida comunitária.

O envelhecimento ativo depende de uma gama de influências ou determinantes que regulam indivíduos, famílias e países. Inclui condições materiais e fatores sociais que afetam tipos individuais de comportamento e sentimento. Todos esses fatores, individualmente e/ou combinados

uns com outros, exercem um papel importante sobre o envelhecimento de cada indivíduo. Muitos aspetos do ambiente urbano e dos serviços refletem esses determinantes e fazem parte das características de uma cidade amiga do idoso (Fig.2).



Figura 2 - Determinantes do envelhecimento ativo
(Imagem retirada do Guia Global da Cidade Amiga do Idoso)

Esses determinantes têm de ser compreendidos sob uma perspetiva do curso de vida, que reconhece que os idosos não formam um grupo homogéneo e que a diversidade individual aumenta com a idade. Isso está representado na Fig.6, que mostra que a capacidade funcional (como a força muscular ou débito cardiovascular) aumenta na infância, atinge o seu valor máximo na idade adulta jovem e depois declina de forma progressiva.

A taxa de declínio é amplamente determinada por fatores relativos ao estilo de vida, bem como por fatores sociais externos, ambientais e económicos. Sob uma perspetiva individual e social, é importante ter-se em mente que a velocidade do declínio pode ser influenciada, e pode ser parcialmente reversível em qualquer idade, por meio de ações individuais e políticas públicas, como a promoção de um ambiente amigável do idoso.

A figura 3 permite visualizar que, com o início da vida adulta, a função capacidade funcional começa a regredir, podendo tal declínio ser atenuado por efeito de programas de reabilitação.

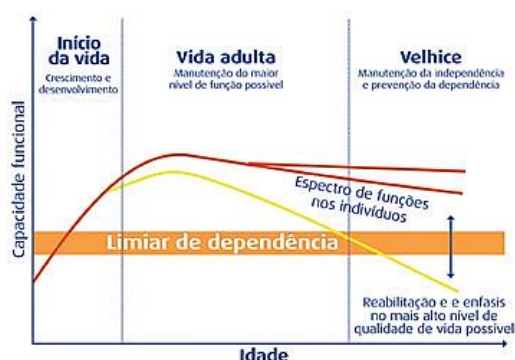


Figura 3 - Manutenção da capacidade Funcional ao longo da vida
(Imagem retirada do Guia Global da Cidade Amiga do Idoso)

Como o envelhecimento ativo é um processo que dura toda a vida, uma cidade amiga do idoso não se limita a ser “amigável com os velhos”. Prédios e ruas sem obstáculos propiciam a

mobilidade e independência de pessoas com deficiências, sejam elas jovens ou velhas. Vizinhanças seguras permitem que crianças, mulheres jovens e pessoas idosas tenham confiança em sair, seja para atividades de lazer ou sociais. As famílias têm menos *stress* quando os seus membros idosos contam com o apoio comunitário e os serviços de saúde de que necessitam. Toda a comunidade beneficia da participação dos idosos em trabalho voluntário ou remunerado. Por fim, a economia local beneficia por ter idosos como consumidores. A palavra-chave para um ambiente urbano amigo do idoso, tanto no aspeto social como no físico, é a capacitação., entenda-se por capacitação como a preparação da pessoa para enfrentar-se a situações derivadas da função que exerce.

Segundo a OMS, em 2007, mais da metade da população mundial passou a morar em cidades e, em 2030, cerca de três em cada cinco pessoas viverão em áreas urbanas. Ao mesmo tempo que as cidades apresentam um crescimento acelerado, a proporção de pessoas idosas aumenta rapidamente: a população de cerca de 600 milhões de pessoas de 60 anos ou mais que temos hoje, vai duplicar, chegando a 1,2 bilhões em 2025. E essas duas tendências ocorrem a um ritmo muito mais acelerado nos países em desenvolvimento. Em ambientes urbanos favoráveis e estimulantes, os idosos constituem um recurso para as suas famílias, comunidades e economias.

Para ajudar as cidades, a aproveitarem mais das suas populações idosas à medida que crescem em tamanho e em número, a OMS lançou o Guia Global das Cidades Amigas do Idoso, por ocasião do Dia Internacional do Idoso, a 1º de outubro de 2007. (http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_brochure_Portuguese.pdf)

Uma cidade amiga do idoso adapta as suas estruturas e serviços para que sejam acessíveis e incluam as pessoas idosas, com diferentes necessidades e capacidades.

O projeto Cidade Amiga do Idoso foi lançado pela OMS no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG) no Rio de Janeiro, Brasil, em junho de 2005. Com uma verba inicial proporcionada pelo governo do Canadá e pela *Help the Aged*, Reino Unido, a OMS e seus parceiros, pediram a cerca de 1500 idosos de 33 cidades de 22 países, que apontassem os aspetos positivos e os obstáculos que eles encontram na cidade em que vivem, relativamente a oito requisitos:

1. Prédios públicos e espaços abertos
2. Transportes
3. Habitação
4. Participação social
5. Respeito e inclusão social
6. Participação cívica e emprego
7. Comunicação e informação
8. Apoio comunitário e serviços de saúde.

Os problemas, as preocupações e as sugestões que foram expressas pelos idosos foram complementadas pelas informações de cerca de 750 cuidadores de idosos e/ou prestadores de

serviços. A partir dessas consultas, feitas em todo o mundo, a OMS identificou as características-chave de uma cidade amiga do idoso e preparou uma checklist para cada um dos oito quesitos identificados.

“Uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem”. Dr. Alexandre Kalache, Diretor Programa Envelhecimento e Curso de Vida da OMS.



Figura 4 - Áreas a considerar numa cidade amiga do idoso
(Imagem retirada do Guia das cidades amigas dos idosos)

Tal como acontece com os determinantes do envelhecimento ativo, estes oito aspetos da vida na cidade sobrepõem-se e interagem. O respeito e a inclusão social refletem-se na acessibilidade aos espaços ao ar livre e aos edifícios, e no leque de oportunidades que a cidade oferece às pessoas idosas, em termos de participação social, entretenimento e emprego. A participação social, por sua vez, influencia a inclusão social, bem como o acesso à informação. A habitação afeta a necessidade de serviços comunitários de apoio, enquanto a participação social, cívica e económica depende em parte da acessibilidade e segurança dos espaços ao ar livre e dos edifícios públicos. Os transportes, a comunicação e a informação, em especial, interagem com as restantes áreas: sem transportes ou sem os meios adequados para a obtenção de informação que permita que as pessoas se encontrem e estabeleçam ligações, as outras infraestruturas e serviços urbanos que poderiam apoiar o envelhecimento ativo são inacessíveis.

7.2 Identificação das características amigas das pessoas idosas

Para cada um dos tópicos, as informações relativas aos aspetos amigos das pessoas idosas existentes na cidade, os obstáculos e as lacunas, bem como as sugestões de melhoramentos dadas pelos participantes nos grupos de discussão em todas as cidades foram transcritos e agrupados segundo temas. Os temas mencionados em cada uma das cidades foram registados, no sentido de permitirem uma visão do que era mais importante em termos gerais e em diferentes regiões e cidades. Com base nos temas, foi elaborada uma *checklist* das características fundamentais de uma cidade amiga das pessoas idosas, para cada um dos aspetos da vida na cidade. A *checklist* que a

OMS redigiu com o Guia (Organização Mundial de Saúde. (2009a). Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. consiste num resumo fiel das opiniões expressas pelos participantes nos grupos de discussão em todos os continentes.

7.3 Características fundamentais das cidades amigas das pessoas idosas

O guia acima referido da Organização Mundial de Saúde (2009a), Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (2007) tem por finalidade ajudar as cidades a olharem para si mesmas do ponto de vista das pessoas mais velhas a fim de identificarem onde e como poderão tornar-se mais amigas das pessoas idosas. As *checklists* que se seguem, descrevem, para cada aspeto da vida na cidade, as vantagens e os obstáculos com que as pessoas idosas se deparam em cidades com diferentes níveis de desenvolvimento. A *checklist* que se encontra no final de cada parte contém as características fundamentais, amigas dos idosos, e aplica-se de igual modo a cidades mais e menos desenvolvidas.

O seu objetivo consiste em proporcionar um padrão universal de cidades amigas dos idosos. A *checklist* de características amigas dos idosos não é um sistema de classificação e comparação de cidades; é, pelo contrário, uma ferramenta que permite às cidades procederem à sua autoavaliação e registarem os progressos efetuados. Todas as cidades têm a possibilidade de efetuar algumas melhorias significativas com base na lista de verificação.

Esta *checklist*, não é uma lista fechada, pelo que é possível ir além dela, havendo na realidade algumas cidades que já acrescentaram características consideradas fundamentais, para além das indicadas. Sublinhe-se que estas boas práticas, proporcionam ideias que outras cidades podem adaptar e adotar. Contudo, é quase impossível que uma cidade tenha todos os requisitos em todas as áreas.

7.4 Coimbra Cidade Amiga dos Idosos

O envelhecimento da população e a crescente urbanização são duas realidades do século XX, em particular da sua 2ª metade. Juntas, representam um duplo desafio que as cidades têm de enfrentar (Santinha & Marques, 2013). A busca de modalidades de organização coletiva com vista à promoção de um envelhecimento ativo com qualidade de vida tem pautado o desenvolvimento de medidas legislativas e programas políticos de ação (Lopes & Gonçalves, 2012). Nas cidades surgem alguns aspetos negativos associados às sociedades desenvolvidas, como por exemplo, a exclusão social e a degradação ambiental (Santos, Martins & Brito, 2004). O novo panorama demográfico incita à criação, desenvolvimento e implementação de novos serviços capazes de responder, não só às necessidades, como também aos recursos emergentes (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006). "Cidades amigas dos idosos" é um conceito desenvolvido pela OMS para lidar com este duplo desafio. Uma cidade amiga do idoso reforça a sua qualidade de

vida, criando condições de saúde, segurança e participação social e comunitária. Adapta estruturas e serviços tendo em conta as diferentes necessidades e capacidades dos idosos.

Proporciona apoio e capacitação para compensar as mudanças físicas e sociais associadas ao envelhecimento, contrariando o estereótipo de que as pessoas mais velhas já não podem contribuir para a comunidade (WHO, 2007), evitando aquilo que Alexandrescu (2012) refere como discriminação com base na idade, ainda presente, principalmente nos centros urbanos do nosso País (Pinto & Lopes, 2012). Para que isto aconteça é necessário reconhecer que as pessoas mais velhas têm várias capacidades, e podem ser flexíveis quanto às necessidades e preferências relacionadas com o envelhecimento, assim como respeitar as decisões e escolhas do seu estilo de vida. Emerge, neste contexto, a necessidade de proteção dos mais vulneráveis e da sua inclusão em todos os aspetos da vida comunitária.

Em Portugal já foram realizados alguns estudos que tomam como ponto de partida as recomendações da OMS. Os estudos de Viana (2010) e Centeio e colaboradores (2010) utilizaram a metodologia de *focus group* proposta no protocolo de Vancouver delineado pela OMS para a avaliação das cidades amigas dos idosos. Entende-se por *focus group* ou grupo de discussão, uma técnica que visa a recolha de dados, podendo ser utilizada em diferentes momentos do processo de investigação. Morgan (1996, 1997, citado por Isabel s Silva e outros, *in* (Revista Lusófona de Educação, 26, 2014) define *focus group* como uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador. Tal definição, segundo o autor, comporta três componentes essenciais: investigação dirigida à recolha de dados; localização da interação na discussão do grupo como a fonte dos dados; e, reconhecimento do papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeitos de recolha dos dados. Krueger e Casey (2009), para além das características anteriores, salientam também a focalização da discussão num dado assunto, o seu contributo para a compreensão do tópico de interesse e o facto dos participantes que os compõem terem alguma característica em comum e relevante face ao tema em discussão.

Os idosos da cidade do Porto (Viana, 2010) referem negativamente aspetos dos espaços exteriores que interferem com a mobilidade dos mais velhos, assim como a antiguidade e más condições das habitações e edifícios. Consideram as atividades dirigidas à população geral como desajustadas aos seus interesses, e como tal expressam uma grande dependência em relação às atividades proporcionadas pelas instituições de apoio aos idosos. Quanto à “Participação Cívica e Emprego”, existe uma falta de oportunidades e um excesso de barreiras no acesso ao trabalho remunerado, voluntário, e um défice de iniciativas específicas para os idosos. Sobre a dimensão “Transportes” foram referidos aspetos tanto positivos (modificações nas zonas de embarque e redução dos custos dos transportes para idosos) como negativos (alteração dos percursos normais, falta de sensibilidade dos condutores e criminalidade). Predominantemente positivos, surgem os domínios “Comunicação e Informação” e “Serviços Comunitários e de Saúde”. O primeiro, sem

aspectos negativos referidos, o segundo tendo como aspectos negativos o preço da medicação e o pagamento de consultas médicas, emergindo um grau de satisfação elevado com as instituições de apoio social e com as entidades religiosas. Os idosos da cidade de Aveiro (Centeio *et al.*, 2010) identificaram como aspectos positivos a acessibilidade de alguns edifícios públicos, a comunicação e informação o respeito e inclusão social. Como aspectos a melhorar referenciaram o mau estado dos passeios e o ambiente físico dos transportes. A acessibilidade a informação acerca de atividades e eventos, assim como os espaços exteriores e edifícios, surgem tanto como fatores positivos como negativos. Apesar de apontarem aspectos positivos em todos os tópicos, referem mais aspectos negativos, o que indicia maior apetência para referir aspectos negativos, pois os positivos não causam transtorno. Os tópicos mais referidos centraram-se no “ambiente físico” (transporte, espaços exteriores e edifícios) e “ambiente social” (comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde). Menos referidos foram a participação social e cultural (respeito e inclusão social, participação social, participação cívica e emprego). A dimensão menos referida foi a “habitação” que parece ser encarada como uma responsabilidade individual.

A cidade de Coimbra, em particular no seu centro histórico, tem assistido ao envelhecimento da sua população com a conseqüente degradação de infraestruturas e do ambiente social. Este fenómeno não é exclusivo dos centros urbanos. No meio rural, especialmente no interior, o envelhecimento das populações, a par de movimentos de migração e emigração, tem levado à degradação das aldeias e ao abandono das terras.

A região Centro de Portugal, centralizada em Coimbra enquanto principal pólo português de inovação e de saúde, possui características sociais e ambientais que lhe conferem um valor único, no contexto nacional, para a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Esta região oferece um clima temperado, o acesso a espaços verdes de grande dimensão e qualidade ambiental, grande diversidade de ofertas no domínio do termalismo, roteiros de natureza, montanhas, praias, cultura e excelência dos serviços de saúde. Este microclima socioambiental pode, e deve ser colocado ao serviço das suas populações, através do turismo de saúde e do turismo do idoso.

A Universidade de Coimbra, em colaboração com outras escolas da região, possui, no domínio do envelhecimento, uma riqueza interdisciplinar e uma qualidade reconhecida em diversos domínios de investigação, desenvolvimento de serviços, inovação e transferência de tecnologia. No âmbito do envelhecimento ativo e saudável, o desenvolvimento de projetos interdisciplinares integrados na área da saúde, das neurociências, da psicologia, das ciências do desporto, da engenharia de materiais, e das tecnologias de informação e comunicação entre outras, constitui um reservatório de competências geradoras de inovação e serviços. A par com a Universidade, a cidade encontra-se virada para os seus cidadãos e vocacionada para inovar, criar novas ofertas no domínio da assistência social ao idoso e do diálogo intergerações, com novas ofertas culturais, ofertas no domínio da mobilidade e acessibilidade, entre outras. Coimbra, é uma cidade de cultura e uma cidade inteligente. A Região Centro oferece um pólo de saúde, em Coimbra, com concentração de

recursos, competência profissional e qualidade de serviços, única em Portugal e muito rara no. Em 2012, Coimbra foi considerada como a Região Europeia de Referência para o Envelhecimento Ativo e Saudável (projeto Ageing@Coimbra). O reconhecimento deste estatuto está ligado a projetos de efetiva intervenção social com impactos demonstrados no terreno. (<http://ageingcoimbra.pt/>)

Pelo exposto, constata-se o enorme potencial de Coimbra e da Região Centro de Portugal no domínio de intervenção social, cuidados de saúde, inovação tecnológica e políticas de urbanismo amigas do idoso. Identificam-se inúmeros programas no terreno que levam assistência e inovação às populações idosas. Os recursos são muitos e muito ricos.

Metodologia

8.1 Instrumentos

O Grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group/World Health Organization Quality of Life Group) tem desenvolvido um conjunto sistemático de investigações sobre Qualidade de Vida (QdV), visando estabelecer um paradigma de referência e de enquadramento teórico, a delimitação conceptual do constructo, a sua operacionalização e a elaboração, metodologicamente fundamentada, de instrumentos de avaliação, transculturalmente válidos e fiáveis. O Grupo WHOQOL define QdV como “aperceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p.1405). Neste âmbito, e refletindo a multidimensionalidade do constructo, foram primeiramente construídas as medidas genéricas de QdV: o WHOQOL-100 e a versão breve WHOQOL-BREF instrumentos já validados para a população portuguesa (cf. Cannavarro *et al.*, 2006, 2009; Vaz Serra *et al.*, 2006a, 2006b).

Posteriormente, e tendo em conta que a QdV é um conceito dinâmico ao longo do ciclo vital, foi considerada a necessidade de estudar as medidas genéricas em amostras representativas de adultos idosos e a possibilidade de elaborar um módulo específico para a avaliação da QdV desse grupo etário. A crescente importância que este grupo adquire atualmente, (considerando o progressivo envelhecimento populacional, o aumento do número de idosos, da esperança média de vida e da longevidade) e os desafios que coloca (em termos económicos, sociais, de saúde e inclusive éticos, exigem uma resposta em que a questão da QdV é relevante. Assim, com início em 1999 e envolvendo inicialmente 22 centros de estudo a nível mundial foi criado, no âmbito da Organização Mundial de Saúde o Grupo/ Projeto WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of life- OLD module*, tendo como principais objetivos adaptar as medidas genéricas de QdV à população idosa e desenvolver um módulo adicional, a ser utilizado com adultos idosos,

conceitualizado como complementar aos instrumentos gerais referidos (Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-OLD Group, 2005).

O módulo WHOQOL-OLD utilizado na investigação, é constituído por 6 facetas, num total de 28 itens, 4 por cada faceta, com escala de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (1-5): **Funcionalidade sensorial** (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação); **Autonomia** (avalia a capacidade para viver de forma autónoma/ independente e tomar decisões); **Atividades passadas, presentes e futuras** (avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar); **Participação social** (avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade); **Morte e morrer** (avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer) e **Intimidade** (avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas).

O WHOQOL-OLD permite obter um resultado global e um resultado por faceta, correspondendo a valores mais elevados, uma QdV mais elevada (Chachamovich, Trentini, Fleck, Schmidt, & Power, 2008; Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006; Power *et al.*, 2005).

Tabela 1 - WHOQOL-OLD: Facetas e conteúdo dos itens

Facetas	Conteúdo dos Itens
<p>Faceta I: Funcionamento sensorial</p> <p>Avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na qualidade de vida (itens 1, 2, 10, 20).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades sensoriais afetam a vida diária; - Avaliação do funcionamento sensorial; - Dificuldades sensoriais interferem na participação em atividades; - Funcionamento sensorial afeta a capacidade de interagir/ conviver.
<p>Faceta II: Autonomia</p> <p>Avalia a capacidade para viver de forma autónoma e tomar decisões (independência) (itens 3, 4, 5, 11).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Liberdade para tomar (as suas próprias) decisões; - Sentir que pode determinar o (seu) futuro; - Fazer as coisas que quer/gostaria de fazer; - Os outros respeitam a sua liberdade.
<p>Faceta III: Atividades passadas, presentes e futuras</p> <p>Avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar (itens 12, 13, 15, 19).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feliz com o que pode esperar daqui em diante; - Satisfeito com as oportunidades de realização; - Recebeu o reconhecimento que merece na vida; - Satisfeito com o que alcançou na vida.
<p>Faceta IV: Participação social</p> <p>Avalia a participação em atividades do quotidiano/ da vida diária, especialmente na comunidade (itens 14, 16, 17, 18).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfeito com o modo como ocupa o (seu) tempo; - Satisfeito com o envolvimento nas atividades; - Atividades suficientes para ocupar o dia-a-dia; - Satisfeito com as oportunidades para participar na comunidade.

<p>Faceta V: Morte e morrer</p> <p>Avalia preocupações e medos acerca de morte e morrer (itens 6, 7, 8, 9).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupado com a maneira como irá morrer; - Medo de não poder controlar a sua morte; - Medo de morrer; - Receio de sofrer antes de morrer.
<p>Faceta VI: Intimidade</p> <p>Avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas (itens 21, 22, 23, 24).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de companheirismo na (sua) vida; - Sentir amor na (sua) vida; - Oportunidades para amar; - Oportunidades para ser amado.

8.2 A metodologia de grupos focais no WHOQOL-OLD

Os grupos focais dizem respeito a um método qualitativo de investigação, tendo constituído uma etapa importante no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação de QdV do Grupo WHOQOL. Consistem, usualmente, num procedimento exploratório inicial que sustenta as fases posteriores de análise quantitativa. No caso particular de adaptação e validação de instrumentos do Grupo WHOQOL, por um Centro de investigação que não tenha integrado estudos originais, é estabelecido um protocolo metodológico, que inclui a tradução de materiais/instrumentos segundo diretivas estabelecidas (cf. Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; Sartorius & Kuyken, 1994), a implementação de grupos focais e a realização de estudos quantitativos, como referido anteriormente. O recurso à metodologia de grupos focais é justificado, já que se considera que a validação transcultural preconizada pressupõe que a estrutura-base do modelo e o constructo de QdV da OMS (considerando domínios e facetas dos instrumentos) seja aceite e compreensível na cultura a que se destina; ainda, que cada cultura possa, caso se revele pertinente, acrescentar facetas e/ou itens ao instrumento em estudo, de forma a melhor representar a QdV e a sua avaliação nesse contexto. Neste sentido, a implementação de grupos focais é o procedimento metodológico estabelecido/sugerido para o efeito. No caso concreto do WHOQOL-OLD, o recurso a grupos focais tem como objetivo principal evidenciar a perspetiva subjetiva dos idosos face à temática da QdV.

Adicionalmente, esta perspetiva é complementada com as perceções/indicações recolhidas junto de cuidadores (informais) e de profissionais de saúde que desenvolvam atividades com aquela população, solicitando-lhes que se expressem em referência à QdV de adultos idosos e de aspetos que considerem que estes valorizam. Particularmente, a participação de cuidadores e profissionais é relevante tendo em conta as suas experiências específicas de contacto com adultos idosos (no âmbito da prestação de cuidados informais, de processos de avaliação e de intervenção, por exemplo), que podem enriquecer e permitir aprofundar a análise da problemática da QdV naquele grupo etário.

8.3 Caracterização dos equipamentos selecionados para a amostra

8.3.1 Centro de Dia 25 de Abril do Ateneu de Coimbra

O Centro de Dia 25 de Abril do Ateneu de Coimbra foi fundado em maio de 1977. É considerado, ao nível da sua natureza jurídica, uma Instituição Particular de Solidariedade Social. Rege-se, na ação com os idosos, por uma política de intervenção “reduzindo assim o internamento e a dependência, oferecendo uma terapia de base e técnicas de reeducação e de readaptação na vida coletiva”. Apresenta como preocupação “orientar as ações no sentido de facultar aos idosos a sua reinserção no meio social, familiar e comunitário, tendo sempre em vista o idoso como um todo e não um grupo de idosos da população em geral”.

Atualmente fornece duas respostas sociais dirigidas à população idosa: o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário. O Centro de Dia destina-se a idosos das freguesias da Sé Nova, Almedina, São Bartolomeu e Santa Cruz (UF de Coimbra) apoiando um total de 55 clientes. Os clientes podem usufruir dos serviços de alimentação, atividades socioculturais e de convívio, recreio, animação e ocupação. Para além desta resposta o Ateneu de Coimbra presta também o Serviço de Apoio Domiciliário que engloba a prestação de serviços no âmbito dos cuidados de higiene e conforto; trabalho de limpeza e arrumação habitacional; confeção e distribuição de refeições; serviço de lavandaria; administração terapêutica, acompanhamento externo (consultas, compras...).

8.3.2 Junta de Freguesia Santo António dos Olivais

Criada em 1855, e contrariando as leis da natureza, a Freguesia de Santo António dos Olivais já nasceu crescida. Considerada desde logo como sendo a maior de Coimbra e uma das maiores de Portugal, tem atualmente cerca de 60 mil habitantes. É possível nesta freguesia encontrar duas áreas distintas: a urbana e a rural.

A sua urbanização é muito marcada pelo casario das zonas residenciais que desde muito cedo se terão começado a desenvolver. Tal se deve, em parte, à presença do antigo Mosteiro de Celas que, situado numa área erma de Coimbra, onde a paisagem se caracterizava pela existência de pinhais e olivais, foi permitindo as construções em seu redor.

Atualmente, porém, não é apenas junto a este mosteiro que podemos encontrar bairros habitacionais. As zonas da Solum, Vale das Flores, Tovim ou Chão do Bispo são exemplos do grande crescimento da freguesia. Picoto, Vale de Canas, Casal do Lobo, Cova do Ouro, Alto de S. João, Pinhal de Marrocos ou Portela compõem o panorama rural da freguesia de Santo António dos Olivais. (*in* <https://jfsao.pt/freguesia/historia/>)

8.3.3 Casa de Saúde "Coimbra"

A partir do *site* desta instituição (site da net) apresentamos os seus objetivos, as suas valências e as suas capacidades técnicas. A Casa de Saúde "Coimbra", situada na Rua da Sofia, nº 158, constitui a secção hospitalar da fundação particular de solidariedade social, Casa de Repouso de Coimbra, na qual, aliás, se integra orgânica e funcionalmente a fim de preencher os seguintes objetivos:

- A prestação de serviços médicos, médico-cirúrgicos e de enfermagem, de quaisquer especialidades, quer em regime de internamento, quer em regime de assistência ambulatória;
- A participação em programas de pesquisa médica, farmacêutica e de educação sanitária;
- A colaboração em ações de medicina preventiva.

A Casa de Saúde "Coimbra", instalada em edifícios próprios, possui 72 camas de internamento, sendo 15 em quartos semiprivados e 57 em quartos particulares de elevada qualidade, possuindo ar condicionado, rádio e TV multicanal (*in* <http://casasaudecoimbra.pai.pt/>) Dispõe ainda de um Bloco Cirúrgico com 4 salas operatórias, equipadas, designadamente, com armamentário para cirurgia geral e para todas as especialidades cirúrgicas, designadamente, urologia, ginecologia, obstetrícia, otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia, cirurgia estética e ortopedia. No âmbito da oftalmologia, possui o mais completo equipamento de tratamento laser argon e laser excimer, bem como equipamento de diagnóstico, nomeadamente, angiografia, perimetria, avaliação sensoriomotora, visão cromática e topografia da córnea.

Possui serviços de radiologia e ecografia e serviços de medicina física e de reabilitação. Mantém, ainda, serviços de urgência, designadamente, a vítimas de acidentes de trabalho, os quais funcionam de segunda a sexta-feira, entre as 8 e as 20 horas, e ao sábado entre as 8 e as 12 horas. (*in* <http://casasaudecoimbra.pai.pt/>)

Intervenção Social

A Casa de Repouso de Coimbra dispõe de uma valência destinada à proteção social da população idosa e dependente, apoiada na atividade de um conjunto de equipamentos e serviços sociais.

Serviços de Apoio à Saúde

A Casa de Saúde "Coimbra" disponibiliza serviços técnicos de suporte à prestação de cuidados (bloco operatório, farmácia, etc.), serviços de apoio (transporte, alimentação e lavandaria) e acordos e convenções com diversas entidades da área da saúde.

Cuidados continuados integrados

São garantidos por uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Saúde e Apoio Social, tipologicamente enquadrada nas unidades de internamento de média duração e reabilitação previstas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

8.3.4 Escola de Educação Sénior

A Escola de Educação Sénior - IHSénior, é um projeto de animação socioeducativa desenvolvido no âmbito de uma parceria do Instituto Humanus (IHUMANUS) e a Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC), tendo iniciado as atividades no ano letivo de 2012-2013.

A IHSénior, destina-se principalmente a todos os cidadãos da cidade de Coimbra com mais de 60 anos de idade, estando, no entanto, aberta a todos os adultos com mais de 50 anos de idade sem distinção de género, nível de escolaridade, raça/etnia, religião ou ideologia política.

Tem como missão, ser um pólo de ensino e de aprendizagens significativas através de atividades socioeducativas alternativas para o tempo-livre da população sénior, contribuindo não só para a sua autorrealização mas, sobretudo, para o seu desenvolvimento social e cultural, facilitando a sua integração social e impulsionando uma melhoria da sua participação cívica.

Os alunos da Escola de Educação Sénior, além de frequentarem as disciplinas criadas especificamente para ir ao encontro das suas necessidades e aspirações, podem ainda frequentar disciplinas das licenciaturas e mestrados da ESEC no âmbito do Programa 50 PLUS que visa promover o intercâmbio intergeracional num estabelecimento de ensino superior público. (*in* <https://www.esec.pt>)

8.4 Análise de Dados

Para o tratamento estatísticos dos dados recolhidos utilizou-se o *software* informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0.

A amostra foi obtida, por conveniência, na Instituição Ateneu de Coimbra e na Escola Superior de Educação de Coimbra (n=60). Definiram-se como critérios de inclusão na amostra que os participantes tivessem idade igual ou superior a 65 anos e ausência de défice cognitivo.

Tabela 2 - Distribuição frequencial em função do género

	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Masculino	36	60
Feminino	24	40
Total	60	100

Os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos, sendo que a média de idades é de 76,22 anos, a moda 75 anos e a mediana 75,5 anos. Deste modo, 50% dos inquiridos têm a idade máxima 75,5 anos sendo a idade mais frequente os 75 anos. O desvio padrão situa-se nos 7,27 anos, o que, significa uma alta concentração das idades em torno da média.

Tabela 3 - Distribuição frequencial em função da idade

	n	Mínimo	Máximo	Moda	Mediana	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	60	65	91	75	75,5	76,22	7,27

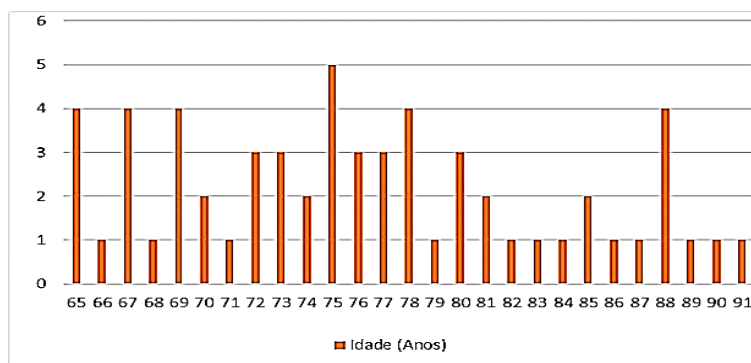


Gráfico 4 - Distribuição da idade dos inquiridos

Da amostra recolhida, a maioria dos inquiridos (,62%) é casada, 8% são solteiros, 27% viúvos e 3% divorciados. Quanto às habilitações literárias, como se refere no gráfico nº 5, dos 60 idosos que compõem a amostra, 25% não têm qualquer tipo de escolaridade, 42% têm o ensino primário, 18% o ensino básico e 15% o ensino universitário.

Constata-se assim que a maioria destes idosos têm pouca escolaridade.

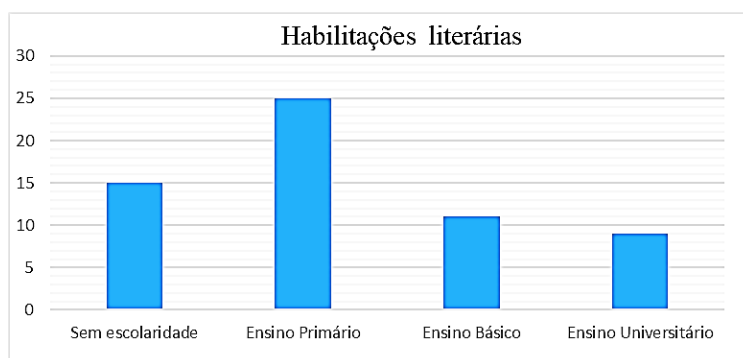


Gráfico 5 - Habilitações literárias dos inquiridos

Aos 60 inquiridos foi feita uma apreciação global do seu índice de satisfação com a qualidade de vida, constatando-se que 58,18% demonstram um índice satisfatório que avaliam como “Satisfeito” ou “Muito Satisfeito”. Os restantes, 41,82% consideram-se como “Nem muito satisfeito/Nem pouco Satisfeito”, “Insatisfeito” e “Muito Insatisfeito”.

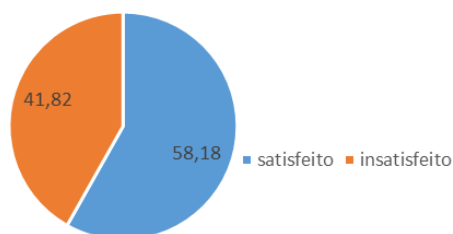


Gráfico 6 - índice de Satisfação

No que respeita ao impacto da variável habilitações literárias na qualidade de vida, os resultados são concordantes com os de investigações já efetuadas (Gameiro *et al.*, 2010); González-Celis & Gomez-Benito, 2013; Lucas-Carrasco *et al.*; 2011; Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005; Skevington, 2010; Treatini *et al.*, 2011; Wang, Yao, Tsai, Wang & Hsieh, 2006), em que pessoas com níveis de escolaridade mais elevados apresentam melhor Qualidade de Vida.

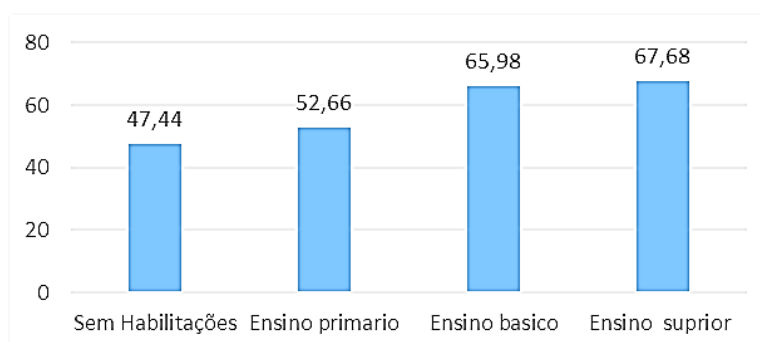


Gráfico 7 - Relação entre Habilitações Literárias e Qualidade de Vida

No presente estudo, o reflexo das diferenças entre os níveis de escolaridade mais elevados e menos elevados na QdV, são significativas para todos os parâmetros do WHOQOL-OLD.

Na investigação de Skevington (2010), a autora conclui que a Qualidade de Vida aumenta positiva e sequencialmente desde o nível de ausência de escolaridade formal até aos níveis superiores de educação, com este padrão a ser mais marcado até ao nível básico. Estes resultados podem constituir-se como base para (re) pensar as perspetivas/iniciativas de intervenção psicossocial, dado que parece evidente a necessidade de investir na educação para a velhice (ex; formação ao longo da vida, contrariando o idadismo) e, obviamente, na educação de crianças, jovens e adultos (que um dia se tornarão idosos), não apenas porque integra os Direitos Humanos, mas porque constitui um fator de desenvolvimento social, pessoal, de bem-estar e de Qualidade de Vida. No que concerne à variável *estado civil*, o padrão geral é indicador de melhor Qualidade De Vida para *casado* e *viúvo*, comparativamente a *solteiro* e *divorciado*. As diferenças são significativas para todos os parâmetros do WHOQOL-OLD, com maior magnitude para as facetas *Intimidade, Participação social e Família/Vida familiar*.

Tabela 4 - Relação entre habilitações literárias e facetas

Facetas	Habilitações literárias	Índice de Qualidade de vida (%)	Índice geral da faceta
Faceta 1. - Dificuldades sensoriais afetam a vida diária - Avaliação do funcionamento sensorial - Dificuldades sensoriais interferem na participação em atividades - Funcionamento sensorial afeta a capacidade de interagir/ conviver	S/ habilitações	20,3	48,185
	Ensino primário	48,2	
	Ensino Básico	68,2	
	Ensino Universitário	70,6	
Faceta 2. - Liberdade para tomar (as suas próprias) decisões - Sentir que pode determinar o (seu) futuro - Fazer as coisas que quer/gostaria de fazer - Os outros respeitam a sua liberdade	Sem habilitações	48,6	57,459
	Ensino primário	60,3	
	Ensino Básico	69,6	
	Ensino Universitário	49,7	
Faceta 3. - Feliz com o que pode esperar daqui em diante - Satisfeito com as oportunidades de realização - Recebeu o reconhecimento que merece na vida - Satisfeito com o que alcançou na vida	Sem habilitações	45,6	60,888
	Ensino primário	58,5	
	Ensino Básico	64,6	
	Ensino Universitário	88,6	
Faceta 4. - Satisfeito com o modo como ocupa o (seu) tempo - Satisfeito com o envolvimento nas atividades - Atividades suficientes para ocupar o dia-a-dia - Satisfeito com as oportunidades para participar na comunidade	Sem habilitações	56,1	58,731
	Ensino primário	56,8	
	Ensino Básico	57	
	Ensino Universitário	70,6	
Faceta 5. - Preocupado com a maneira como irá morrer - Medo de não poder controlar a sua morte - Medo de morrer - Receio de sofrer antes de morrer	Sem habilitações	66,6	54,765
	Ensino Primário	39,5	
	Ensino Básico	70,5	
	Ensino Universitário	58,9	
Faceta 6. - Sentimento de companheirismo na (sua) vida - Sentir amor na (sua) vida - Oportunidades para amar - Oportunidades para ser amado	Sem habilitações	48,9	69,03
	Ensino Primário	78,5	
	Ensino Básico	65,5	
	Ensino universitário	80,3	

No estudo de Nyqvist, Forsman, Giuntoli e Cattan (2013), os autores sublinham o capital social como um recurso para o bem-estar mental, por similitude com os fatores de sustentação (nomeadamente, relações sociais e suporte emocional), também para a Qualidade de vida. Os

autores reportam-se à definição de capital social proposta por Putnam, que remete para características da organização social, incluindo normas, redes sociais e confiança que, ao facilitarem ações coordenadas podem melhorar a eficiência da sociedade, (1993, cit in Nyqvist *et al.*, 2013). É também considerada a direção dos laços sociais, incluindo os conceitos de *bonding* (que remete para os laços intragrupo de membros que partilham determinadas características sociodemográficas, como por exemplo, idade, género, nível socioeconómico), *bridging* (que remete para a construção de laços entre grupos heterogéneos) e *linking ties* (que remete para a relação entre indivíduos e grupos de indivíduos ou instituições com diferentes níveis de riqueza, status e poder (Putnman, 2000, Woolcock, 2001, ambos cit in Nyqvist et al., 2013). No caso de adultos idosos, a família e amigos próximos são um fator-chave ao providenciarem suporte, confiança e segurança. Os vizinhos surgem também como recurso importante para os idosos.

A OMS destaca o género como um dos fatores mais relevantes que determinam a forma como ocorre o processo de envelhecimento humano (Jacob, Fernandes, 2011).

A identidade de género depende de relações dialógicas entre os seres humanos, que devem ser construídas e reconhecidas nas relações afetivas, de trabalho e sociais. Entretanto, as relações de género ainda ocorrem de forma desequilibrada, uma vez que ainda existe uma relação de poder que acaba por propiciar a dominação pelo género masculino, oriunda de uma construção socialmente aceite (Maders, Angelin, 2012).

Segundo Brito JC, 1999, o aumento do número de mulheres integradas no mercado de trabalho, retrata um facto considerado irreversível, uma vez que a proporção da população feminina na faixa etária dos 15 aos 64 anos, inserida no mercado de trabalho nos países desenvolvidos tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos.

No entanto, este aumento, não significou uma diminuição dos afazeres domésticos, pois as mulheres ainda continuam a dedicar muito tempo a estas atividades. Essa responsabilidade construída culturalmente, tem sido utilizada como argumento para a precarização do trabalho feminino, pois a ela somam-se os encargos do trabalho dentro e fora do lar. Segundo Hirata, a crise e a globalização trouxeram a exacerbação de certas formas de desigualdade, pois as mulheres continuam maciçamente a trabalhar e a cuidar da casa, o que seguramente dificulta a sua ascensão profissional.

A imprevisibilidade que atinge a economia e a vida das populações, de diferentes em todo o mundo, gera insegurança e mal-estar na população economicamente ativa. Estas mudanças, fontes constantes de *stress*, são o resultado da acumulação de estímulos advindos de diferentes fontes, tanto profissionais quanto sociais que acabam por atingir o plano da subjetividade que é vivenciada com a presença constante da incerteza.

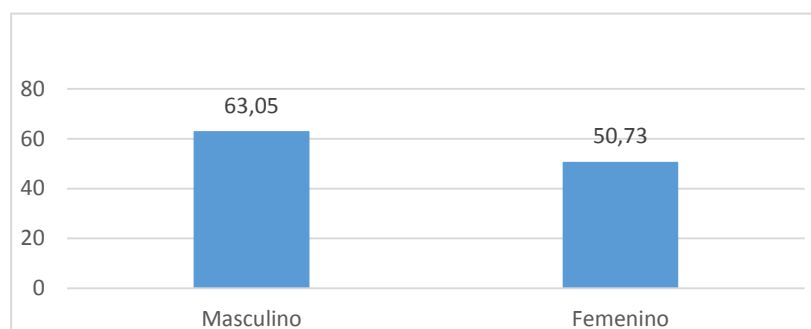


Gráfico 8 - Relação entre gênero e Qualidade de Vida

Na faixa etária acima de 60 anos de idade, a situação do homem e da mulher tem algumas peculiaridades conferidas pelo exercício dos papéis desempenhados socialmente (Fernandes, 2009). O retorno do homem ao lar é uma tarefa difícil que envolve refazer a sua identidade de gênero frente à perda de vários dos atributos que continuam a definir a masculinidade hegemônica, tais como capacidade para o trabalho, força física, assertividade, potência sexual etc... (Heilborn, Carrara, 1998).

Tabela 5 - Relação entre o Gênero e Faceta

Facetas	Gênero	Índice de Qualidade de vida (%)	Índice geral da faceta
Faceta 1. - Dificuldades sensoriais afetam a vida diária - Avaliação do funcionamento sensorial - Dificuldades sensoriais interferem na participação em atividades - Funcionamento sensorial afeta a capacidade de interagir/ conviver	Masculino	54,3	48,185
	Feminino	38,6	
Faceta 2. - Liberdade para tomar (as suas próprias) decisões - Sentir que pode determinar o (seu) futuro - Fazer as coisas que quer/gostaria de fazer - Os outros respeitam a sua liberdade	Masculino	64,3	57,459
	Feminino	47,1	
Faceta 3. - Feliz com o que pode esperar daqui em diante - Satisfeito com as oportunidades de realização - Recebeu o reconhecimento que merece na vida - Satisfeito com o que alcançou na vida	Masculino	66,4	60,888
	Feminino	52,6	
Faceta 4. - Satisfeito com o modo como ocupa o (seu) tempo - Satisfeito com o envolvimento nas atividades - Atividades suficientes para ocupar o dia-a-dia - Satisfeito com as oportunidades para participar na comunidade	Masculino	64,6	58,731
	Feminino	49,8	
Faceta 5. - Preocupado com a maneira como irá morrer - Medo de não poder controlar a sua morte - Medo de morrer - Receio de sofrer antes de morrer	Masculino	56,2	54,765
	Feminino	52,5	
Faceta 6. - Sentimento de companheirismo na (sua) vida - Sentir amor na (sua) vida - Oportunidades para amar - Oportunidades para ser amado	Masculino	72,5	69,03
	Feminino	63,8	

No presente estudo, a análise dos dados e testemunhos dos idosos apontou para uma diminuição da QDV e autoestima vivenciada pelas mulheres idosas, embora alguns homens refiram que com a vinda da reforma, perderam alguma da sua autonomia e liberdade conquistadas. Em

contrapartida, algumas mulheres idosas, referem ter mais liberdade nesta fase do que anteriormente.

Discussão dos resultados

De forma a evidenciar os dados significativos que foram encontrados e confrontá-los com as opiniões dos autores que deram suporte ao estudo teórico, bem como inferir se os objetivos iniciais se concretizaram após a análise estatística, iremos de seguida apresentar reflexões críticas acerca dos resultados obtidos.

Como referido anteriormente, a população é constituída por 60 inquiridos sendo 23 do género masculino e 37 do género feminino cujas idades variam entre os 65 e os 91 anos, sendo a idade média 76,22 anos e o desvio-padrão 7,27 anos. Relativamente ao estado civil, verifica-se que 37 dos inquiridos é casado e 16 são viúvos. Estes resultados vão de encontro aos Censos 2001 (INE,2002) quando nos referem que a população idosa, embora cada vez mais envelhecida, continua a ser a faixa etária do país, onde ainda se mantém um número superior de casados, sendo que o nível da viuvez é maioritariamente nas mulheres.

No que diz respeito à escolaridade, verifica-se que 15 dos inquiridos não possuem qualquer tipo de escolaridade, 25 possuem o ensino primário, 11 o ensino básico e 9 o ensino universitário. De acordo com o Censos 2001, a população mais idosa é a que, atualmente, possui um nível de escolaridade com baixas qualificações, sendo que ainda se encontram muitos idosos sem qualquer tipo de escolaridade.

Desta forma, os resultados obtidos na presente investigação vão de encontro ao referido por Fonseca *et al.* (2005) quando salienta que a promoção da saúde e qualidade de vida são objetivos mais importantes numa atividade com idosos, já que é importante o idoso saber lidar com o seu corpo e tire proveito das suas condições, prevenindo e mantendo sempre a plena autonomia. Para isso será necessário que procure um estilo de vida ativo, integrado em atividades físicas na sua vida quotidiana.

Quando inquiridos sobre o que é ter qualidade de vida uma das respostas mais frequentes foi “ter saúde, poder andar e ir até casa, ter os filhos e os netos por perto” Considerando que uma das maiores necessidades apresentadas pelos inquiridos é o reduzido contacto com os filhos família mais direta. Neste aspeto os nossos dados vão de encontro ao estudo de Fonseca *et al.* (2005) quando refere que uma das grandes lacunas sentidas pelos idosos é a ausência dos filhos ou a distância a que se encontram, muitas vezes provocada pela emigração para as zonas urbanas e estrangeiro, à procura de melhor vida. E por este motivo os mesmos autores referem que as nossas aldeias são “terras de velhos”, onde se fecham escolas e se abrem lares, exatamente como a aldeia do nosso estudo e tantas outras que haverá por este Portugal.

Tendo em conta o nível de satisfação com a vida, a maioria dos idosos refere que sente um nível básico de satisfação com a vida, nem muito boa, nem muito má.

Tendo em conta os resultados do presente estudo, verificamos que vão de encontro ao estipulado por Marques (1991) quando refere que à medida que o ser humano envelhece as suas capacidades de adaptação diminuem, tornando o idoso mais sensível ao meio ambiente. O estado idoso, bem como todas as restrições implícitas ao seu funcionamento, faz com que o meio se torne elemento facilitador ou uma barreira para a sua vida. A satisfação do idoso face ao seu meio ambiente residencial encontra-se intimamente ligada ao seu bem-estar psicológico. De acordo com estudos realizados por este autor, os idosos que residem em casa mostram-se mais ativos, otimistas e com maior vontade de viver. Pelo contrário, os idosos que residem em instituições mostram-se mais inativos, pessimistas e apáticos. No entanto, os resultados do nosso estudo contradizem esta premissa, pois os idosos consideram-se num nível alto de satisfação, dentro da instituição, porque podem deslocar-se à sua casa, à sua horta, aos locais que lhes são familiares e com os quais se identificam e que ainda reconhecem como seus, mantendo a sua noção de pertença e não esquecendo a identidade individual.

O domínio físico é o que tem menor valor médio pelo que é o domínio que traduz menos satisfação com a qualidade de vida. Estes resultados vão de encontro ao referido por Paúl (1991) pois o idoso ingressa numa instituição devido à crescente incapacidade funcional e/ou problemas graves de saúde; à falta de recursos económicos para as reparações necessárias das suas casas; à perda do cônjuge; à perda de casa própria. O mesmo autor (1991) refere ainda que a saúde física é crucial para o estado de felicidade, pois a ausência de saúde fomenta sofrimento e quebra o bem-estar. A doença física mobiliza as capacidades de *coping* para a recuperação, evidencia todos os recursos existentes para ultrapassar essa dificuldade, sendo estas situações mais deterioráveis quanto mais avançada for a idade. Desta forma, a apreensão de qualidade de vida física passa pela qualidade de saúde e autonomia, capacidades residentes para a realização das atividades diárias (AVDI) é uma das variáveis basilares para a satisfação e qualidade de vida da pessoa. A forma como autoavalia a sua saúde e a atitude como encara o envelhecimento são substanciais para o bem-estar do idoso.

Após a análise e discussão apresentadas, concluiu-se que o nível de qualidade de vida dos idosos no estudo da população selecionada, possui um nível moderado a elevado e que as variáveis (género, estado civil e habilitações literárias), podem ter alguma influência satisfatória, no aumento ou diminuição, do nível de qualidade de vida.

Assim, consideramos, também após análise das questões da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida: WHOQOL-Bref com opiniões muito similares, como sejam, o facto de os filhos não os visitarem, a incapacidade motora, que eventualmente influencia a sua independência física, a vontade de tratar das suas coisas (materiais) como a casa, a horta e os animais e,

paralelamente, a sua satisfação com a forma como estão a ser tratados pela instituição, pois estão conscientes das suas limitações inerentes à sua idade.

Da mesma forma, os idosos consideram que o facto de se encontrarem institucionalizados com outros idosos da mesma aldeia, pessoas conhecidas de toda a vida, lhes proporciona maior bem-estar, pois podem conviver e confraternizar com mais confiança e à-vontade; têm também uma opinião muito positiva, relativamente, à forma como são tratados na própria instituição. Com estes resultados consideramos ter dado resposta à nossa quarta questão de investigação, relativamente ao domínio social da escala, onde se coloca em evidência a satisfação dos idosos em se encontrarem ainda em locais ou num ambiente muito similar ao que referem ter possuído na família, isto é, rodeados de pessoas amigas e conhecidas, para além de estarem próximos dos seus bens materiais e que ainda os tocam emocionalmente.

Conclusão

Segundo Fortin (1999), a conclusão é uma consequência lógica deduzida da análise dos dados. Também, secção de um relatório de investigação que resume os principais resultados da investigação, as suas implicações e os seus limites; pode apresentar sugestões para outras investigações.

Este estudo de investigação foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo como principais objetivos académicos aprofundar os conhecimentos de métodos e técnicas de investigação e aprofundar conhecimentos acerca do tema escolhido, utilizando como método fundamental a pesquisa bibliográfica.

Segundo Vaz (2009), nos últimos anos, devido à pressão demográfica, o número de idosos cresce em todos os Países desenvolvidos, alcançando idades mais elevadas, com um maior nível de saúde e cultura. Deste modo, é fulcral identificar as condições que permitem envelhecer bem, com uma boa Qualidade de Vida.

Atualmente assistimos a um envelhecimento progressivo da população mundial. Entre 2000 e 2030, prevê-se que o número de idosos aumente em todo o mundo de 420 para perto de mil milhões (Fauci, 2008). Este envelhecimento deve-se ao fato dos avanços tecnológicos e da medicina o que leva a um aumento da esperança média de vida, juntamente com uma diminuição da taxa de fecundidade. Segundo os dados do Eurostat (2003), a taxa de fecundidade europeia diminuiu consideravelmente nos últimos anos, estando atualmente claramente abaixo do mínimo necessário à reposição das gerações.

O Concelho da Europa estima que a população portuguesa terá menos de um milhão de pessoas em 2050 e estará mais envelhecida, com 2,5 pessoas idosas com 65 ou mais anos para cada jovem com menos de 15 anos. Dada esta tendência é lícito desejar-se que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas

para a saúde, a participação e a segurança (OMS, 2002). Esta Organização denominou esta visão do envelhecimento por “envelhecimento ativo”. Um aspeto intrinsecamente associado à visão de envelhecimento ativo é a qualidade de vida da pessoa idosa. Segundo a OMS (2002) a medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente influenciada pela sua habilidade de manter a autonomia e a independência. Esta Organização salienta ainda a amplitude do conceito de qualidade de vida, pois este incorpora de uma forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a relação com as características do contexto onde está inserido.

Assim, as alterações no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nestes últimos anos, o papel fulcral dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução de problemas demonstrados pelos cidadãos com o propósito de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, adota um entendimento sobre as respostas humanas aos processos de vida, como também, aos problemas de saúde. Este tem uma elevada capacidade para responder de uma forma adequada às diferentes necessidades apresentadas pelos diversos clientes, proporcionando, assim, efetivos ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para a concretização da presente dissertação foram encontradas algumas dificuldades ao nível da implementação dos inquéritos uma vez que, nem todas as instituições estavam dispostas a colaborar no estudo. De salientar, a disponibilidade daquelas instituições que se prontificaram a ajudar.

Este estudo pretendeu contribuir para o esclarecimento de questões relativas à Qualidade de Vida, essencialmente na cidade de Coimbra. Nele, procurou-se estudar a influência que o género, as habilitações literárias e o estado civil têm sobre a Qualidade de Vida.

Considerando ser esta uma temática ainda pouco analisada em Portugal, pois a longevidade populacional aumentou e a institucionalização veio colmatar esta necessidade, não facilmente resolúvel de outra forma. É de todo importante valorizar e promover a qualidade de vida dos idosos, a manutenção da autonomia, assim como a estimulação motora e intelectual, insistindo no incentivo em participar em tarefas ocupacionais, atividades de enriquecimento e entretenimento social, para além da realização das suas atividades diárias pessoais.

Referências Bibliográficas

1. Agin, B. & Perkins, S. (2008). *Healthy aging for dummies*. USA: Wiley Publishing.
2. Aguiar WM, Dunningham W. Depressão geriátrica: aspetos clínicos e terapêuticos. *Arq Bras Med*. 1993.
3. Agin, B. & Perkins, S. (2008). *Healthy aging for dummies*. USA: Wiley Publishing.
4. Alexandrescu, A. (2012). Social Economy and Active Ageing: an integrated response to the challenges of Modern Society in *Journal of Social Economy*, 11 (2), 86-101.
5. Auquier P, Simeoni MC & Mendizabal H 1997. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue prevenir*.
6. Benítez del Rosário, M. A. (1999). *Atención de salud en el pacient anciano*, Madrid: Harcourt Brace.
7. Berger. L. e Mailloux-Poireier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidactica.
8. Berger, L. e Poirer, D. (1995). *Pessoas Idosas- uma abordagem global*. Lisboa Lusodidacta.
9. BIRREN, J.E., E SCHROOTS, J.J.F. History, concepts and theory in the psychology of aging. In J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), *Handook of The Psychologu of agin*. 4ª Edition. San Diego: Academic Press, p.3-23, 1996.
10. Botelho, M. A. (2000). *Autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Edições Bial.
11. Bowling, A., Bannister, D., Sutton, S., Evans, O. and Windsor, J. 2002. *A multidimensional model of QoL in older age. Ageing and Mental Health..*
12. Busse, E. W., Blazer, D.G *Psiquiatria geriatica*. Porto Alegre: Artes médicas,1992.
13. Blazer, D. (2009). Depression in Late Life: Review and commentary. *Focus*, 7 (1), 118-136.
14. Brito JC. *Saúde, trabalho e modos sexuados de viver*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
15. Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J., Sacadura MJ. (2012). *O Envelhecimento da população: Dependência, Atviação e qualidade*. Universidade Católica Portuguesa.
16. Brink, T.L. *Psicoterapia geriátrica*. Rio de Janeiro: Imago,1983.
17. Cabral, Manuel Villaverde; Ferreira, Pedro Moura; Silva, Pedro Alcântara; Jeróimo, Paula; Marques, Tatiana (2013) *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
18. Castellón-Sánchez A, R. V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 14 (3).
19. Censos (2011). *Resultados Provisórios- 2011*. Lisboa. INE.
20. COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas and ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. *Hist. cienc. Saude-Manguinhos* 2002.

21. Coimbra & Brito (1999). *Qualidade de Vida do idoso*. Referência, 3, 29-35.
22. Costa, C. & Lopes, S. (2014). *Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (internamento) em Portugal Continental*. ENSP- UNL; Lisboa.
23. DELIBERATO, P.C.P. Fisioterapia Preventiva. São Paulo: Manole, 2002.
24. Diário de Notícias. (2011). Portugal na lista negra dos maus tratos a idosos. Diário de Notícias.
25. Direção Geral da Saúde (2004). *Circular Normativa nº 13- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
26. Direção Geral da Saúde Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde (2010). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008/Direção-Geral da Saúde*: Lisboa: Direção da Saúde.
27. European Commission. (2015). Demography Report. Luxembourg.
28. Eurostat. (2015). Statistics explained.
29. Fauci, A. S. et al. (2008) Harrison – Medicina Interna. São Paulo, AMGH Editora Ltda
30. Fernandes MGM. Papéis sociais de género na velhice: o olhar de si e do outro. Rev Bras Enferm. 2009.
31. Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2012). Características demográficas da população idosa. In P. L. Ferreira, R. Rodrigues, & D. Nogueira, Avaliação multidimensional em idosos (pp. 19-27). Coimbra: Mar da palavra.
32. Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade: Políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta.
33. FERNANDES, M.T.O. SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil (2009).
34. Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
35. Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
36. FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
37. Helóisa Perista, Pedro Perista ; colab. Alexandra Ferreira... [et al.]. - Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2012.
38. Head, B. J., Maas, M., Jonhson, M. (2003). *Validity and community-health nursing sensivity of six outcomes for community health nursing with older clients*. *Public Health Nursing*.
39. Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação – da conceção à realização. Loures, Lusociência.
40. Gameiro, S., Canavarro, M.C., Pereira, M., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C. Rijo, D. (2010). Fatores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-268). Lisboa: F. C. Gulbenkian.

41. Gianchello AL 1996. Health outcomes research in Hispaniccs/Latinos. *Journal of Medical Systems* 21 (5): 235-254.
42.), Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (2007).
43. González-Celis, A. and Gómez-Benito, J. (2013) Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, **5**, 110-116.
44. HEILBORN, M.L.; CARRARA, S. "Dossiê Masculinidade. Em cena, os homens...". Rev.
45. *Estud. Fem., IFCS/UFRJ*, v. 6, n. 2.
46. HERRERA, E.; CARAMELLI, P.; SILVEIRA, A.S.B. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population.
47. INE (2010). *Indicadores Sociais 2010*. Lisboa. INE.
48. INE (2012). *Estatísticas Demográficas 2010*. Lisboa. INE.
49. Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
50. ISHIZUKA, M. A. Avaliação e comparação dos fatores intrínsecos dos riscos de quedas em idosos com diferentes estados funcionais. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. São Paulo, 2003.
51. Jacob, Luís (2013) “Envelhecimento da população” in Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Viseu: Psicossoma, 43-49.
52. *Jornal Público ciência* 6-1-2017 cit. por Teresa Serafim.
53. José, Jose, Wall, Karin (2005). *Managing Work and Care: A Difficult Challenge for Immigrant Families*. In T. Kroger and J. Sipilä (Eds.), *Overstretched - European Families up against the demands of work and care*(pp. 34-63). Oxford: Blackwell Publishing.
54. KARINI, G. O. Análise da Autoperceção de Qualidade de Vida de Homens e Mulheres entre 18 e 64 anos da Cidade de Aveiro, Portugal. Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2009.
55. Lopes, A. & Gonçalves, C. (2012). *Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas*.; Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa, Lidel edições técnicas.
56. R. Lucas-Carrasco Versión Española del WHOQOL. División de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud Ergón, DL, Madrid (1998).
57. Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
58. Llobet MP, Ávila NR, Farràs Farràs J, Canut MTL. Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.

59. MADERS, A.M.; ANGELIN, R. Os movimentos feministas e de mulheres e o combate aos conflitos de género no Brasil. *Prisma Jurídico*, v. 11.
60. Marin. M.J.S; Caetano, F.B; Palasson ,R. R. avaliação da satisfação dos usuários do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar, 2008.
61. Marquez, D.; Bustamante, E.; Blissmer, B. & Prohaska, T. (2009). Health promotion for successful aging. *American Journal of Lifestyle Medicine*.
62. Marques, H. (1991). Envelhecimento, *Fisioterapia*, n.º 2, pp. 5-14.
63. Mendes, F. R. (1995). Por onde vai a segurança social portuguesa? Obtido de Análise Social - Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223380778O9wFY7bt4Pq45NG4.pdf>
64. MERHY, Emerson E. and QUEIROZ, Marcos S. **Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1993, vol.9, n.2.
65. MTSS (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Ministério do Trabalho e Segurança Social.
66. Mailloux-Poirier, D. (1995). *As Teorias do Envelhecimento*. São Paulo: Atheneu.
67. Martins, R. M. (2008). *A depressão no idoso*. *Millenium*, 34, 119-123.
68. Morgan, D. L. (1996). Focus group. *Annual Review Sociology*, 22, 129-152. MOTTA, L.B. Processo de envelhecimento. In: A.L. Saldanha e C.P. Caldas (Ed.), *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2 a edição. Rio de Janeiro.
69. Netto, M.P. (2002). *História da velhice no século XX: histórico, definição do campo e temas básicos*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabra Koognan.
70. Nogueira, J.M.A. (2009). Cuidados continuados: Desafios. Lisboa. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde.
71. Nyqvist, F., Forsman, A. K., Giuntoli, G., & Cattan, M. (2013). Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 17 (4), 394-410.
72. Organização Mundial de Saúde, (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
73. Organização Mundial de Saúde, (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
74. Papaléo Netto, M. *Tratado de gerontologia*. 2. Edição. Rio de Janeiro Atheneu, 2007.
75. Pikunas, J. (1979). *Desenvolvimento humano: ciência emergente*. São Paulo.
76. PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000.

77. Pasqualotti, A., Barone, D. A. C., & Doll, J. (2008). Avaliando as perdas comunicativas nas relações sociais de um grupo de idosos com traços depressivos. Jornadas Latino Americanas de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias, Rio de Janeiro.
78. PAÚL, C. e FONSECA, A.M. Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi, (2005).
79. Paúl, C.; Fonseca, A.; Martín, I. & Amado, J. (2005). *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados.
80. PIMENTEL, Luísa- O lugar do Idoso na Família: contextos e trajectórias. Coimbra: Quarteto editora, 2001. ISBN 972-8535-66-X.
81. Pinto, T. & Lopes, A. (2012). Cidades amigas das pessoas idosas? Implicações e Recomendações de um Estudo Nacional: o que dizem os munícipes, o que pensam os especialistas e o que se vivencia nos espaços.
82. Pocinho, Ricardo, S. P. (2014) Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València.
83. PORDATA (2014a) “Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino e masculino: total e por anos de vida saudável e não saudável – Europa” <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
84. Prof 2000. Geografia 10ºAno. Obtido de Prof 2000: <http://www.prof2000.pt/users/elisabethm/geo10/index6.htm>
85. Rosa, M. J. (2012). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
86. Rosa, M. J. V. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico.
87. Rosen G 1979. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Graal, Rio de Janeiro.
88. Ribeiro O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Libel.
89. SÃO JOSÉ, José; WALL, Karin (2006), trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções, Cadernos Sociedade e Trabalho VII – Proteção Social, MTSS/DGEEP, Lisboa.
90. Santos, L., Martins, I. & Brito, P. (2004). O conceito de qualidade de vida urbana na perspectiva dos residentes na cidade do Porto. Estudos Regionais,
91. Sigerist H 1956. *The University at the Crossroad*. Henry Schumann Publisher, Nova York.
92. Skevington, S. M. (2010). Qualities of life, educational level and human development: An international investigation of health Social Psychiatry Epidemiology, 45 999-1009.
93. Sales, A. & Cordeiro, N. (2012). *Envelhecer saudável e ativo*. Lisboa: Lidel.
94. Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
95. Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

96. Skevington, S. M. (2010). Qualities of life, educational level and human development: An international investigation of health. *Social Psychiatry Epidemiology*
97. Spar, J.E, & L Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editore
98. Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
99. TAMAI, S. A. B.; ABREU, V. P. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
100. Teixeira, L. M. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação- piloto de um programa de intervenção. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia.
101. TRENTINI, M.; CORRADI, E.M.; ARALDI, M.A.; TIGRINHO, F.C. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis*, v.13, n.1, p.12-29, 2011.
102. Vaz,F.S.A. (2009). A Depressão no idoso institucionalizado: Estudo em idosos Residentes nos lares do Distrito de Bragança.
103. Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). *Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal*. *Revista Psiquiatria Clínica*.
104. Viana, J. F. (2010). Porto: Cidade amiga das pessoas idosas, um estudo centrado na visão de idosos, nas freguesias de Vitória e Miragaia. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Vila Nova de Gaia.
105. Walker, Alan (2006) “Active ageing in employment: its meaning and potential” *Asia-Pacific Review*, 13 (1), 78-93.
106. Wall, Karin (2006). Portugal. In Peter Moss & Margaret O'Brien (Eds.), *International Review of Leave Policies and Related Research 2006* (pp. 180-186). London: DTI - Department of Trade and Industry.
107. Wang, W.-C., Yao, G., Tsai, Y.-J., Wang, J.-D., & Hsieh, C.-L. (2006). Validating, improving reliability, and estimating correlation of the four subscales in the WHOQOL-BREF using multidimensional Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 15(4), 607–620.
108. Whal, H.W. (1991). *Dependence in the elderly from na internacional point of view: verbal and observational dats*. *Psychology and aging*.
109. WHOQOL GROUP, (1995). The World Health Organization Quality of life Assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995.
110. World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Genebra: OMS.

Webgrafia:

1. <http://ageingcoimbra.pt/>
2. <https://www.pordata.pt>
3. <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a0-35fe84fa926a#envelhecimento-activo/infografias>
4. www.dn.pt
5. www.INE.pt
6. www.PORDATA.pt
7. <https://www.cm-coimbra.pt/>
8. <http://www.who.int/ageing/>
9. www.esec.pt

Legislação:

1. Decreto-Lei nº 187/07 de 10 de maio, (Pensão de Invalidez)
2. Decreto-Lei nº nº 187/07 de 10 de maio, (Pensão de Velhice)
3. Decreto-Lei nº265/99 de 14 de julho e o Decreto-Lei nº309-A/2000 de 30 de novembro), (complementos por Dependência)
4. Despacho Normativo nº 30/2006 de 8 de maio, (residências)
5. Despacho Normativo nº12/1998 de 25 de fevereiro, (lares de idosos)

Anexos



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você	se preocupa	com o que o	futuro poderá	trazer?
Nada Muito pouco 1 2 3 4 5	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato,

tato),	afetam a sua	vida diária?		
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	
1 2 3 4 5	Extremamente			

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua

capacidade	de participar em	atividades?		
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	
1 2 3 4 5	Extremamente			

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	
1 2 3 4 5	Extremamente			

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	
1 2 3 4 5	Extremamente			

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	
1 2 3 4 5	Extremamente			

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	
1 2 3 4 5	Extremamente			

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	
1 2 3 4 5	Extremamente			

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco Extremamente	Mais ou menos	Bastante
1 2 3 4 5			

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco Extremamente	Mais ou menos	Bastante
1 2 3 4 5			

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar,

olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?			
Nada	Muito pouco	Médio Muito	Completamente
1 2 3 4 5			

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio Muito	Completamente
1 2 3 4 5			

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando

outras realizações na sua vida?			
Nada	Muito pouco	Médio Muito	Completamente
1 2 3 4 5			

old_13 O quanto reconhecimento você sente que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio Muito	Completamente
1 2 3 4 5			

old_14 Até que suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio Muito	Completamente
1 2 3 4 5			

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15	Quão Muito insatisfeito 1 2	satisfeito você Insatisfeito Nem insatisfeito 4 5	está com aquilo satisfeito nem	que alcançou na Satisfeito Muito	sua vida? satisfeito
3					

old_16	Quão usa o seu tempo? Muito insatisfeito 1 2	satisfeito você Insatisfeito Nem insatisfeito 4 5	está com a satisfeito nem	maneira com a Satisfeito Muito	qual você satisfeito
3					

old_17	Quão atividade? Muito insatisfeito 1 2	satisfeito você Insatisfeito Nem insatisfeito 4 5	está com o seu satisfeito nem	nível de Satisfeito Muito	satisfeito
3					

old_18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade? Muito insatisfeito 1 2	Insatisfeito Nem insatisfeito 4 5	satisfeito nem	Satisfeito Muito	satisfeito
3					

old_19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente? Muito infeliz 1 2 nem	Infeliz Nem feliz infeliz 4 5	Feliz Muito feliz		
3					

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim 1 2 nem	Ruim Nem ruim boa 4 5	Boa Muito boa	
-----------------------	--------------------------	---------------	--

3

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada Muito pouco 1 2 3 4 5	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
-------------------------------	---------------	----------	--------------

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada Muito pouco 1 2 3 4 5	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
-------------------------------	---------------	----------	--------------

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada Muito pouco 1 2 3 4 5	Médio Muito	Completamente	
-------------------------------	-------------	---------------	--

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada Muito pouco 1 2 3 4 5	Médio Muito	Completamente	
-------------------------------	-------------	---------------	--

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?



**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E
CONSENTIMENTO INFORMADO**

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

“Qualidade de vida dos idosos na cidade de Coimbra”

PROTOCOLO N°

PROMOTOR (Eunice Soraia Sambú Baldé)

INVESTIGADOR COORDENADOR

Anabela Mota Pinto

CENTRO DE ESTUDO

Faculdade de Medicina de Coimbra

INVESTIGADOR PRINCIPAL Eunice Soraia Sambú Baldé

MORADA

Rua Nova Urbanização de Santiago Bl 35 2 D 3810- 370 Aveiro

CONTACTO TELEFÓNICO

968050737

NOME DO DOENTE (LETRA DE IMPRENSA)

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque permite saber qual a sua opinião e perceção de qualidade de vida de modo a dar resposta às suas necessidades.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a qualidade de vida dos idosos na cidade de Coimbra.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em colaboração com a Câmara Municipal de Coimbra, Juntas de Freguesias da Cidade e Lares de Idosos da cidade com o objetivo de estudar a qualidade de vida dos idosos da cidade de Coimbra.

Trata-se de um estudo transversal descritivo, feito através da aplicação de um inquérito pelo que não será feita nenhuma alteração na sua medicação ou terapêuticas.

Este estudo será aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

Este estudo tem por objetivos, determinar a qualidade de vida dos idosos na cidade de Coimbra; Compara os níveis de qualidade de vida por área geográfica; Reconhecer a ampla gama de capacidades e recursos entre os idosos; Prever e responder, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento; Respeitar as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram; Proteger aqueles que são mais vulneráveis; Promover a sua inclusão e contribuição a todas as áreas da vida comunitária.

Serão incluídos 100 Idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade de Coimbra.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Serão realizados inquéritos a 100 indivíduos de ambos os géneros a partir dos 65 anos, que frequentem instituições das 3 freguesias do concelho e que residem nessas freguesias, cognitivamente capazes de responder de forma consciente as questões.

Serão recolhidos os inquéritos. Seguidamente serão analisados pelos métodos estatísticos adequados de forma a que as conclusões possam promover a saúde e a qualidade de vida dos idosos na região de Coimbra.

2.2. Calendário das visitas/ Duração (exemplo)

Este estudo consiste numa visita com duração de cerca de 1 mês. Onde serão feitos os questionários nas instituições e Juntas de Freguesias. Serão vinte inquéritos por instituição.

Descrição dos Procedimento (exemplo):

Serão realizados os seguintes procedimentos:

- Pedido de autorização de aplicação dos questionários
- Entrega dos questionários Instituição Cáritas Diocesana de Coimbra, Lar São José e Ateneu de Coimbra.
- Entrega dos questionários Junta de Freguesia Santo António dos Olivais, Santa Cruz e Sé Nova

2.3. Tratamento de dados/ Randomização

Os dados serão tratados através do programa SPSS ou outro que a faculdade considere mais pertinente.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE

O preenchimento dos inquéritos não trará nenhum inconveniente para o participante

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo tem a vantagem de estudar a qualidade de vida dos idosos e permitir um melhor conhecimento mesma e das potências mudanças que poderão existir na cidade de modo a melhorar a sua qualidade de vida.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua Condição e eventuais resultados da sua participação.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Não aplicável.

7. SEGURANCA

Da sua participação do estudo, não se espera que venha a ter qualquer tipo de acidente ou alguma lesão devido à sua participação, como resultado de qualquer procedimento do estudo.

8. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a participação do idoso neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética.

9. CONFIDENCIALIDADE

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos ao orientador e co orientadora do estudo acesso inquéritos para verificação dos procedimentos realizados e informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, (tais como resultados de testes), serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica. Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica diretamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) diretamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.

5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo/estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo/estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo/estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação médica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

10. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo.

11. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,

Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra Telefone: 239 857 707 e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

(Nome, morada e contactos do Investigador Principal)

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

- 1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.**
- 2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.**
- 3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.**

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

- 4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.**
- 5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.**
- 6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.**
- 7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.**

Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.

- 8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus**

cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.

9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ *Data*: ____/____/____

Nome de Testemunha / Representante Legal: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____/____/____