

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Escola Superior de Educação e Comunicação

***A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E O SEU BEM-
ESTAR SOCIAL***

Joana Mafalda Amaral Vieira da Silva

Mestrado em Educação Social

**Orientado pela Professor Doutora Joaquina Castillo e
Professor Doutor António Fragoso de Almeida**

2011

Agradecimentos

Ao dar início a este meu trabalho, não queria deixar de registar algumas palavras de agradecimento a todos aqueles que, de uma forma mais ou menos intensa, marcaram o meu percurso e me ajudaram a alcançar este meu objetivo.

É pena que as palavras sejam tão áridas para retratar a dimensão de certos sentimentos que nos assolam em momentos importantes da nossa vida, como é este.

Gostaria de agradecer a todos aqueles que ao longo do caminho se fizeram presentes através do apoio, estímulo, motivação, conselhos, sugestões, nomeadamente, aos amigos, colegas, professores e alunos, cuja lista de nomes seria demasiado extensa para apresentar aqui. Bem hajam todos. Os amigos da caminhada, os que me ensinaram a interpretar o mundo, os que criticaram com o intento da construção, os que me deram alento nos momentos de desânimo e cansaço e todos os que acreditaram em mim.

Assim...

Ao director de curso do mestrado em Educação Social António Frago pela sua presença constante e compreensiva, bem como, pela sua imprescindível orientação teórica e científica.

À minha orientadora Joaquina Castillo pela disponibilidade e compreensão que teve comigo durante o tempo de realização deste trabalho escrito.

Às minhas colegas de Mestrado pela amizade, confiança e pela coragem que sempre me deram.

Não posso esquecer, dos idosos pelo carinho com que se disponibilizaram em partilhar as suas experiências de vida, com alegria e satisfação, e a quem devo os dados que possibilitaram a execução desta tese de mestrado, pois sem eles não era possível a realização deste trabalho.

Joana Mafalda Amaral Vieira

A toda a minha família, colegas de trabalho, mas em especial aos meus pais, que estiveram sempre comigo a apoiarem-me neste trajeto de estudos e por terem feito sacrifícios em ajudar-me, de facto, a levar até ao fim esta tarefa.

Por fim, um agradecimento muito especial ao meu *marido*, pela presença consubstanciada em companheirismo genuíno, pela paciência, por nunca ter deixado de acreditar na concretização deste trabalho, estimular sem nunca vacilar, e também por apoiar e ajudar em tarefas concretas num verdadeiro trabalho de equipa.

A todos Estes e Aqueles que involuntariamente não referi,

ETERNA GRATIDÃO!

Viagem

Aparelhei o barco da ilusão
E reforcei a fé de marinheiro.
Era longe o meu sonho, e traiçoeiro
O mar...

(Só nos é concedida
Esta vida
Que temos;
E é nela que é preciso
Procurar
O velho paraíso
Que perdemos.)

Prestes, larguei a vela
E disse adeus ao cais, à paz tolhida.
Desmedida,
A revolta imensidão
Transforma dia a dia a embarcação
Numa errante e alada sepultura...
Mas corto as ondas sem desanimar.
Em qualquer aventura,
O que importa é partir, não é chegar.

Miguel Torga 1962

Abreviaturas e Siglas

AD - Atividades diárias

ADI - Apoio Domiciliário Integrado

AFI - Acolhimento Familiar de Idosos

ATEI - Acolhimentos Temporários de Emergência para Idosos

BES - Bem-estar subjetivo

CAT - Centro de Acolhimento Temporário

CC - Centros de Convívio

CD - Centros de Dia

CSIA – Centro Social Interparoquial de Abrantes

CN - Centros de Noite

HDL - Colesterol

INE - Instituto Nacional de Estatística

I.P.S.S. – Instituição Particular de Solidariedade Social

I.P.S.S.'s. – Instituições Particulares de Solidariedade Sociais

NA - Afetividade negativa

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PA - Afetividade positiva

PNSPI - Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

PNUD - Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento

QV - qualidade de vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SAD - Serviços de Apoio Domiciliário

UAI - Unidades de Apoio Integrado

Índice

Abreviaturas E Siglas.....	IV
Resumo	VIII
Introdução	1
Introdução	2
Problemática E Justificação Do Tema.....	2
Pertinência Do Tema	4
Objetivos.....	5
Estrutura Do Trabalho	6
Capítulo I.....	8
1 Envelhecimento Populacional.....	9
2 Conceito De Velhice Ou Idoso	12
2.1. Abordagem Multidisciplinar Do Processo De Envelhecimento	15
2.1.1. Aspetos Biofisiológicos.....	16
2.1.2. Aspetos Psicológicos:.....	17
2.1.3. Aspetos Sociais:.....	19
3 “Velhos Reformados” Ou “Velhos E Reformados	21
4 Consequências Do Envelhecimento.....	24
5 Envelhecimento Como Situação De Crise	26
5.1 A Solidão Como Consequência Da Velhice	28
Capítulo Ii.....	32
1 Qualidade De Vida: Conceito	33
1.1 Impacto Da Aposentação Antecipada Na Qualidade De Vida	34
1.2 Impacto Dos Seus Problemas Biopsicossociais Na Qualidade De Vida.....	34
1.3 Autonomia / Dependência / Independência Do Idoso E Qualidade De Vida ..	39
1.4 Família, Trocas Intergeracionais E Solidariedade Formal	42
2 Gerontotecnologia.....	46
2.1 Redes De Solidariedade.....	48
2.2 Impacto Das Redes De Solidariedade Informais	49
2.2.1 A Família	49
2.2.2 A Comunidade.....	52

2.2.3	Impacto Das Redes De Solidariedade Formais: Seu Papel E Importância.....	53
2.2.4	Ambiente Da Ips: Sua Influencia No Comportamento Do Idoso	56
2.2.4.1	Centro De Dia.....	58
Capitulo Iii – Estudo Empírico		62
1	Metodologia.....	63
1.1	Método: Estudo De Caso.....	66
1.1.1	Procedimentos.....	68
1.1.1.1	Técnicas De Observação E Recolha De Dados.....	68
2	Caraterização Do Espaço Do Estudo	73
2.1.	Geográfica	73
2.2.	Ocioeconómica	74
3.	Caracterização Da População Em Estudo	76
3.1.	Caracterização Dos Entrevistados	76
3.1.	Caracterização Dos Inquiridos.....	77
Capitulo Iv – Resultados		80
1.	Apoio De Solidariedade Formal	81
1.1.	Estado De Saúde Geral	82
1.1.1.	Percepção Do Seu Estado Físico.....	84
1.1.1.1.	Percepção De Independência/Autonomia.....	86
1.2.	Aspectos Sociais E A Qualidade De Vida	89
1.3.	Percepção Sobre A Sua Qualidade De Vida.....	90
Conclusões		93
Referências		97
Anexos.....		109

Índice de Mapa

Mapa 1 –Concelho de Abrantes	73
------------------------------------	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Índice de envelhecimento europeu	10
Gráfico 2. Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011	12
Gráfico 3. Caracterização dos entrevistados por faixa etária (n=10)	76

Índice de Quadros

Quadro 1. Ciclos da Vida	18
--------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Índice de envelhecimento segundo os censos de 2011	74
Tabela 2. Índice de longevidade segundo os censos de 2011.....	74
Tabela 3. Caracterização sociodemografica da amostra.....	77
Tabela 4. Caracterização da amostra segundo a situação socioeconómica	78
Tabela 5. Caracterização da amostra segundo a situação face à reforma.....	79
Tabela 6. Caracterização da amostra segundo a situação face à reforma.....	81
Tabela 7. Problemas de Saúde	82
Tabela 8. Percepção do estado geral de saúde.....	83
Tabela 9. Análise de conteúdo das entrevistas (n=10)	83
Tabela 10. Percepção do estado físico.....	84
Tabela 11. Prática de exercício.....	85
Tabela 12. Percepção de autonomia	86
Tabela 13. Percepção do estado físico e autonomia	87
Tabela 14. Autonomia e qualidade de vida	88
Tabela 15. Percepção da sua autonomia.....	88
Tabela 16. Autonomia e trabalho	89
Tabela 17. Vida social e qualidade de vida	89
Tabela 18. Vida social e qualidade de vida	90
Tabela 19. Factores que influenciam a qualidade de vida.....	91
Tabela 20. Factores que influenciam a qualidade de vida.....	91
Tabela 21. Factores que influenciam a qualidade de vida.....	92

RESUMO

Verifica-se hoje um crescimento da taxa de longevidade, e o número de pessoas que atinge a terceira idade tende a aumentar, devido ao desenvolvimento da medicina neste século. Com o crescimento desta população, aumenta a atividades de lazer e ainda há muito a ser feito para que a terceira idade se constitua a faixa etária privilegiada para a vivência do seu lazer. A inversão da pirâmide etária na segunda metade do século XX acarreta um novo fenómeno: o envelhecimento demográfico (Nazareth, 2009). Neste sentido, a sociedade civil tende a organizar-se para criar respostas, entre elas os lares de idosos. Estes emergem inicialmente como “depósitos”, os chamados asilos para velhos. Embora ainda hoje, haja mudanças que encaminham e exigem das instituições uma maior Qualidade de Vida (QV) para os idosos.

Desta preocupação nasce o interesse desta investigação em avaliar a QV e o bem-estar social dos idosos numa instituição social, com o objetivo principal de conhecer a opinião da população idosa com idade igual ou superior a 65 anos individualmente e em grupo, a oito idosos homens e mulheres, de um estudo feito numa instituição social “CSIA” das valências de apoio domiciliário e centro de convívio, sobre a sua qualidade de vida de uma maneira geral. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo.

Os principais resultados indicam que: para alguns dos idosos desta instituição é motivador a parte da qualidade de vida, o estar ocupado, conviver com outros idosos, e participar em atividades de grupo e tarefas do seu dia a dia. Os idosos que estão no centro de convívio, apresentam uma maior capacidade, vitalidade, porque estão mais ativos e assim conseguem ter um a maior qualidade de vida e bem-estar social, do que os outros que permanecem mais nas suas casas isolados, com pouco apoio da família, e com uma maior dependência, apresentando uma saúde mental e um bem-estar bio-psico-social inferior aos outros, porque também existe aquelas situações os seus problemas de saúde não os deixam participar tão ativamente nas rotinas ou atividades do seu dia a dia.

SUMMARY

There is now a growth rate of human longevity. The number of people reaching old ages tend to increase due to the development of medicine in this century. With this population growth, increase leisure activities, which means that there is still much to be done to the elderly age group is constituted privileged to experience your leisure.

The inversion of the age pyramid in the second half of the twentieth century brings a new phenomenon: the aging population (Nazareth, 2009). In this sense, civil society tends to organize itself to create responses, including elderly homes. These emerge initially as "deposits", so-called old asylums. While today, there are changes that require forward and institutions a greater quality of life (QOL) for the elderly.

This concern makes the interest of this investigation to assess QOL and well-being of older people in a social institution, with the main objective of knowing the opinion of the elderly people with and more than 65 years, individually and in groups, of eight elderly men and women, a study of a social institution "CSIA" valences of home support and social center, on their quality of life in general. It is a qualitative, exploratory and descriptive study.

The main results indicate that, for some people of this old institutions is the motivation of the living quality, the fact of being busy, the socialization with other seniors and participation in group activities and daily tasks. The elderly who are living in downtown, have a greater capacity, vitality, because they are more active and thus able to have an improved quality of life and social welfare, than the others remain more isolated in their homes, with little family support, and a greater dependence, with a mental health and well-being a bio-psycho-social inferior to others, there are also those situations that their health problems do not let them participate actively in its activities or daily routines.

INTRODUÇÃO

Introdução

Problemática e justificação do tema

A demografia tem se debruçado sobre o processo de envelhecimento da população, alertando sobre o ritmo acelerado vivido, com o aumento do idoso e com a abrupta redução da base da pirâmide demográfica, representada pela população mais jovem. O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: por si só, refere-se a um processo contínuo de alteração biológica e longevidade dos indivíduos, sendo o culminar do aumento da esperança média de vida. Por outro lado, o envelhecimento demográfico, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. (Rosa, 1993; Andrade, 2003, Moreira, 2008)

A preocupação com a gerontologia, prende-se fundamentalmente com o aumento da esperança de vida (Nazareth, 1994, 2000), A demografia populacional revela a existência de uma involução ou inversão da pirâmide populacional com uma tendência dominante da dinâmica das populações dos países desenvolvidos e, que a seu tempo, se refilitira ao nível da população mundial.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) e a OMS (2002), os países da Europa do sul apresentarão as mais altas percentagens de pessoas com mais de 65 anos, estimando-se que excedam os 9 mil milhões de habitantes até 2050. Estas organizações alertam que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) atingirão cerca de 406 milhões. Portugal não se encontra à margem deste tendência por exemplo na década de 50, a população portuguesa aumentou 7% (Fernandes, 1997; Andrade, 2009), entre 1960 e 2001. O fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal associa-se a um declínio de 36% nos jovens e um incremento de 140% da população idosa (INE, 2001).

Costa (2002) refere que Portugal e outros países Europeus formam um conjunto de países que, sob o ponto de vista demográfico caracterizam-se por uma baixa fecundidade e mortalidade. As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, as famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Com o aumento da esperança de vida, surge uma maior preocupação com os conceitos de saúde e doença. A OMS definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, não considerando apenas a ausência de doença. Porém, as

ciências médicas têm tomado como prioridade o estudo da doença em si e de formas de avaliar a sua frequência e intensidade (Orley, Saxena e Herrman, 1998).

Nos últimos anos, as medidas tradicionais de saúde têm-se focado nos indicadores tradicionais como a mortalidade, a morbilidade, tomando como base medidas relativas ao impacto da doença nas actividades diárias e no comportamento, medidas de saúde percebida e medidas relacionadas com a incapacidade funcional. Todas estas medidas acabam por se restringir ao impacto da doença e não à qualidade de vida em si. Com a humanização das ciências humanas e biológicas emerge a necessidade da valorização de parâmetros que sejam mais amplos do que o controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança média de vida (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, e Pinzon, 1999).

Perante esses factos importa desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos. Parece que a obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam o alcançar de um envelhecimento bem sucedido.

As teorias do envelhecimento bem sucedido vêem o sujeito como proativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento. Ao longo dos anos a área da qualidade de vida tem despertado interesse científico, e apesar de ainda não ser consensual o conceito, Ferrans (1990) refere que algumas definições centram-se na capacidade funcional da pessoa, na satisfação ou felicidade, outras na realização de objectivos e outras na capacidade de funcionamento social, tratando-se de um conceito que é interpretado por todos, cada um ao seu modo (McIntyre, 1994).

De acordo com o Grupo da Qualidade de Vida da OMS a QDV é definida como: “a percepção que o indivíduo tem da sua vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito vasto, que é afectado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, e pela sua relação com esse meio” (Lai, Tzeng, Wang, Lee, Amidon, e Kao, 2005).

Para Castellón (1998, 2003) os indicadores de “qualidade de vida” associados ao envelhecimento são autonomia, actividade, recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, pertença a uma comunidade, relações pessoais, assim sendo, parece que a qualidade de vida na velhice está associada a questões de dependência-autonomia. As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras.

Tendo em consideração as projecções das organizações mundiais referente ao incremento da população da terceira idade na próxima década (James e Wink, 2006), a questão da qualidade de vida emerge com peculiar importância, surgindo questões de ordem ética e prática, muitas vezes envolvida a legitimidade e oportunidade de prolongamento da vida dos idosos. Segundo Zagher e Pierezan e Claudino (2009) os idosos são encarados como mais frágeis do ponto de vista físico e mental, o que demanda cuidados de equipas multi-profissionais (Zagher et al., 2009).

Como a qualidade de vida não se determina através de um decreto-lei ou por uma obrigatoriedade, mas, mas sim por múltiplos factores que visam promover o bem-estar físico, psíquico e a percepção individual e colectiva, perguntamo-nos: “*que aspectos são percebidos pelos idosos como preponderantes para a sua qualidade de vida?*”, referindo-nos concretamente aos actores principais: a terceira idade. Chegámos, assim, à pergunta de partida, que servirá de tema ao nosso estudo e para a qual iremos tentar encontrar resposta no decorrer da nossa investigação.

Pertinência do tema

A escolha do tema “*A qualidade de vida do Idoso e o seu bem-estar Social!*” apoiou-se por um lado na vivência pessoal e profissional; por outro lado, por motivações do âmbito científico. O tema de investigação enquadra-se no âmbito da qualidade de vida, procurando entender qual a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida.

Ao nível científico, verifica-se que a institucionalização provoca grandes e rápidas mudanças no equilíbrio psicofísico do idoso. Scocco, Rapattoni e Fantoni (2006), num estudo longitudinal, concluíram que os idosos quando entravam para uma instituição (lar) sofriam de um declínio físico e mental (prevalência de sintomas de somatização, ansiedade, depressão e psicóticos), e a qualidade de vida era percebida como baixa (Scocco, Rapattoni, & Fantoni, 2006), seis meses mais tarde

verificaram um declínio em três áreas: saúde física, saúde mental e percepção de qualidade de vida; existindo uma taxa de 33% de mortalidade, verificaram que os idosos relataram, também, um grande sentimento de solidão. Estes autores concluíram que a qualidade de vida é mais baixa nos idosos institucionalizados, do que nos idosos que vivem na comunidade, pelo que urge entender os preâmbulos deste processo, procurando colmatar as deficiências ou limitações no processo de institucionalização.

Ao nível pessoal, considero que a importância atribuída por pela percepção dos idosos apoia-se nas representações sociais e tendo em consideração que “(...) uma representação social só adquire foros de verdade e de realidade quando é partilhada. Pois bem, as imagens e as representações veiculadas através do ecrã têm já em si a ideia de consenso, de partilha por uma larga comunidade, o que facilita a adesão conformista.” (Vala & Monteiro, 2006, p.493). As questões de investigação e a motivação para este estudo surgiram como o resultado das minhas inquietações pessoais e profissionais, da minha vivência diária, do saber teórico e prático, onde nos confrontamos com dificuldades inerentes à garantia do bem-estar e qualidade de vida do idoso institucionalizado. No entanto uma qualidade de vida satisfatória requer mais do que a satisfação das necessidades básicas de abrigo, cuidado e alimento. Pelo que se torna pertinente entender qual a importância atribuída ao idoso, a sua qualidade de vida e bem estar social.

Objetivos

Segundo Fortin (1999:100), “O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Para este autor, “o objetivo do estudo harmoniza-se com o grau de avanço dos conhecimentos e escreve-se em termos que indicam o tipo de investigação a empreender, ou seja: denominar, descrever fatores, explorar ou examinar relações, prever, avaliar os efeitos (...)” (Fortin, 1999:100).

Objetivo é sinónimo de meta e de fim. Podem ser divididos em objetivos gerais e objetivos específicos (Vilelas, 2008). O objetivo geral é “*Identificar percepção da qualidade de vida e bem-estar social do idoso segundo a visão dos próprios*”, por outro lado, deste objetivo derivam os seguintes objetivos específicos:

- Identificar como percebem o seu bem estar psicossocial;
- Identificar a sua percepção de qualidade de vida

- Verificar se atividades socioculturais são encaradas como uma maior valorização pessoal;
- Identificar a percepção do seu estado emocional e a sua integração no centro de dia

Estrutura do Trabalho

No sentido de alcançarmos os objectivos delineados pressupõe-se a divisão deste trabalho em partes. Sendo a primeira reservada ao enquadramento teórico e a segunda à investigação empírica.

O enquadramento teórico é constituído por seis capítulos, que resultam da revisão bibliográfica realizada. O primeiro capítulo, inicia-se com aspectos importantes para compreender melhor a qualidade de vida dos idosos e o seu bem-estar social, seguindo-se de uma breve resenha histórica sobre o processo de envelhecimento da população, a importância e o objectivo da qualidade de vida na fase de envelhecimento, o envelhecimento activo, animação Sócio-Cultural no âmbito da Terceira idade, envelhecimento humano e seus conceitos, e consequências, a solidão nos idosos e suas consequências, e ageism: discriminação por idade no trabalho.

Numa segunda parte, ainda dedicado à fundamentação teórica, vai-se abordar a Autonomia / dependência / independência do idoso, o papel dos idosos nas redes de solidariedade, família, trocas intergeracionais e solidariedade formal, e por último a importância e o papel das instituições particulares de solidariedade social para a população idosa, seu ambiente e sua influência no comportamento, e serviços para idosos

A terceira parte do trabalho, denominada investigação empírica divide-se em vários capítulos fundamentais que englobam: a metodologia adoptada, a conceptualização e objectivos de estudo, as variáveis, o tipo de estudo, as técnicas de recolha de informação que foram as entrevistas.

Na quarta parte inclui a apresentação, análise e sua discussão, ou seja, vou apresentar referências sobre a análise de conteúdo, que neste caso trata-se de uma análise qualitativa e quantitativa (Quali-quant).

A quinta parte diz respeito às conclusões/sugestões em que realçamos os aspectos mais relevantes desta investigação, retiramos as principais ilações e formulamos algumas sugestões no sentido de uma intervenção mais humana e eficaz com o idoso institucionalizado.

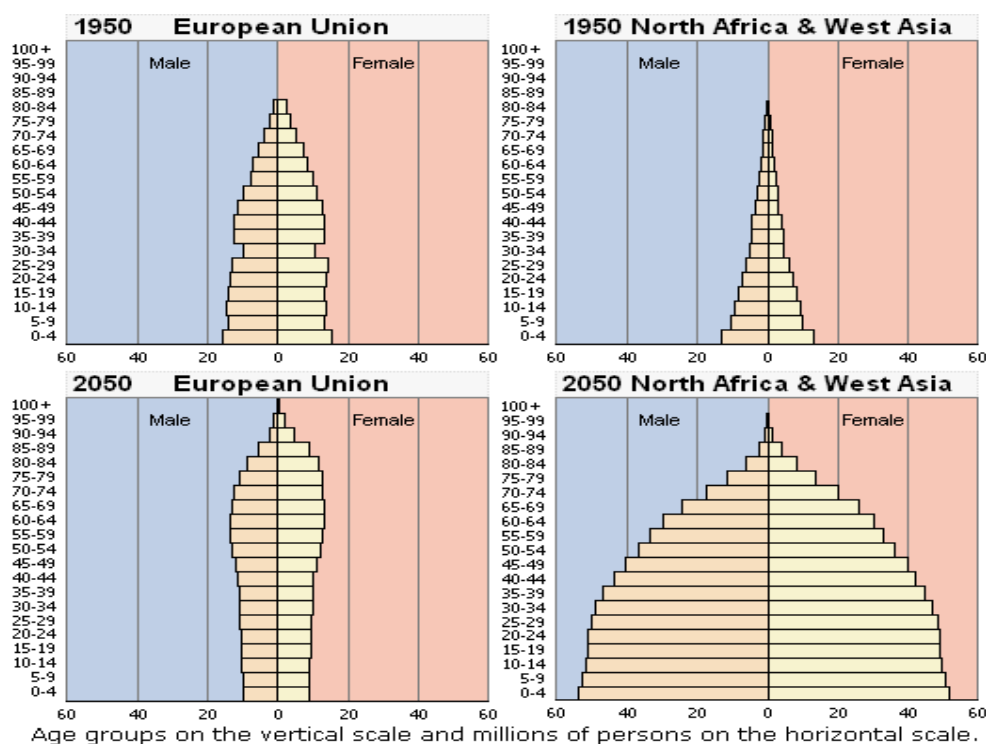
Por fim, com as considerações acerca dos limites da investigação, onde descrevemos sumariamente dificuldades e limitações sentidas ao longo do trabalho.

CAPÍTULO I

1 Envelhecimento populacional

“O envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com alguma certeza que, no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada” (Fernandes, 1997: 34). Ao longo de toda a história, os idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) nunca representaram mais do que 2 ou 3 por cento da população. Há 150 anos, aproximadamente, essa proporção começou a subir. No mundo desenvolvido de hoje representa quase 15%. No ano 2030 aproximará-se-á de 25%, podendo chegar a 30% em alguns dos países da Europa continental que envelheceram rapidamente.

Esquema 1. A pirâmide demográfica comparativa entre a Europa e Norte de África e este asiático

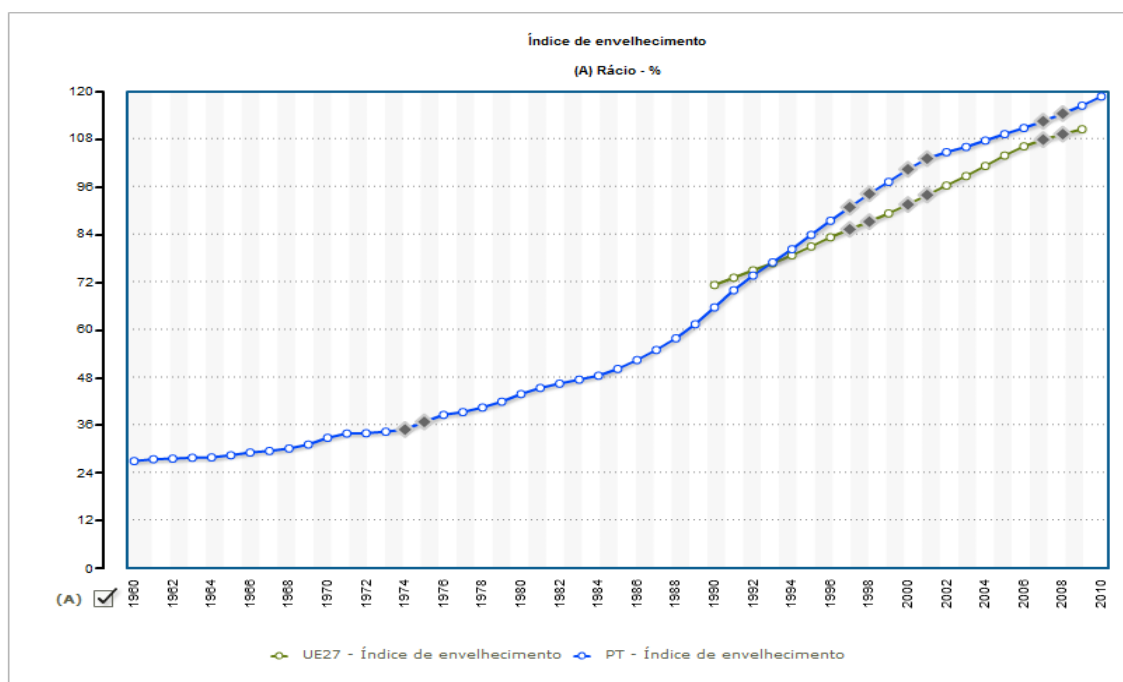


A realidade do século XXI, espelha-se nos países desenvolvidos cada vez mais envelhecidos e com tendência progressiva de crescimento, relacionada com o grau de industrialização do mundo. As projecções das Nações Unidas para a população mundial referem que a proporção de jovens está a diminuir progressivamente, podendo alcançar os 21% do total da população em 2050, aumentando a população idosa para 15,6% no mesmo ano (INE, 2002b). O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025

existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001).

A Europa segue a tendência mundial, apresentando uma estrutura etária cada vez mais envelhecida, “[...] a UE, com 17% de jovens e 16% de idosos, revela-se um espaço particularmente envelhecido a nível mundial” (Rosa, 2000:437), embora seja um espaço heterogéneo, quanto a este fenómeno, revelando disparidades entre os vários países. Portugal é o quinto país menos envelhecido no conjunto dos países da União Europeia (dados de 1996), tendo em conta a percentagem de pessoas idosas na população total (INE, 1999, p.8). Comparando os dados das regiões muito industrializadas com as menos verificamos que as pirâmides demográficas da Europa encontram-se num processo acelerado de inversão, com um numero muito baixo de natalidade contra o aumento brutal dos indivíduos idosos (aproximadamente 75% da população idosa mundial), por outro lado os países com menos industrialização um número elevado de natalidade e jovens adultos e adultos em idade produtiva, e poucos idosos (OMS, 2001; Eurostat/NU/INE, PORDATA, 2010).

Gráfico 1. Índice de envelhecimento¹ europeu



Fonte: Eurostat/NU/INE, PORDATA

¹ Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos). (metainformação – INE)

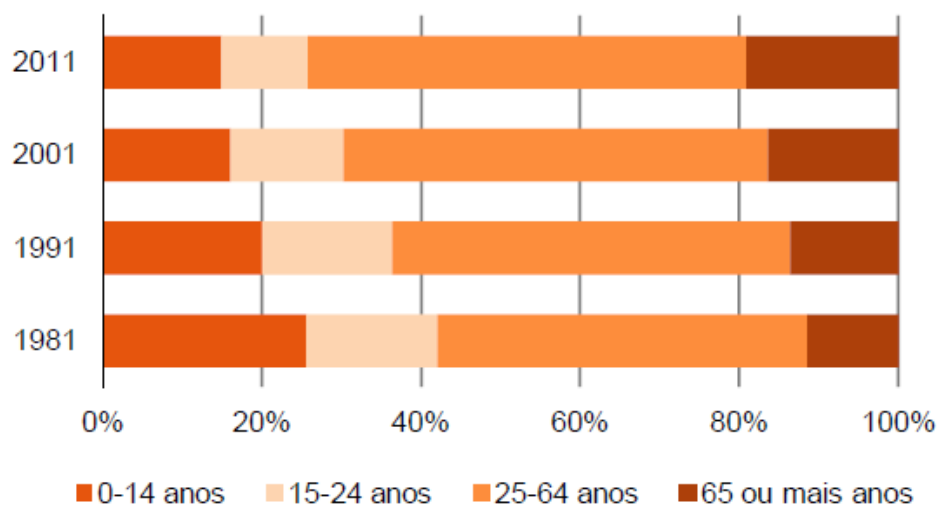
Entre 1960 e 1998 o envelhecimento da população portuguesa traduziu-se por um decréscimo de 35,1% na população jovem (entre os 0 e os 14 anos) e um incremento de 114,4% da população idosa (65 anos ou mais). De referir que o crescimento não é homogéneo dentro da própria população idosa, pois é o grupo dos 75 e mais anos que cresce segundo taxas superiores. Assim, em 1998 existiriam perto de 600 milhares de pessoas com 75 ou mais anos e cerca de 1.500 milhares com 65 anos ou mais.

Os dados mais recentes de Portugal segundo o INE (2011), revelam que em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projectado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens). As projeções da população, assentes numa ligeira subida da fecundidade, num aumento moderado da esperança de vida e num saldo migratório positivo, indiciam uma estrutura etária envelhecida. Os idosos não cessarão de aumentar em valor absoluto e em importância relativa, prevendo-se que ultrapassem os jovens entre os anos 2010 e 2015. O peso dos idosos atingirá os 18,1% em 2020, enquanto a proporção de jovens diminuirá para 16,1%. Paralelamente assistir-se-á ao aumento da proporção da população com 75 anos ou mais que se elevará a 7,7% em 2020 (contra 5,6% em 1995).

Tal como se verifica na generalidade dos países a população idosa tem, também, em Portugal uma percentagem superior de mulheres. As estimativas de 1998 do INE indicavam que na população com 65 ou mais anos (total: 1.519.010) 59,1% eram mulheres (homens: 621.860; mulheres: 897.150) Em conformidade com os dados dos censos de 2010 verifica-se a manutenção da preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8%. Paralelamente, a esperança de vida no sexo feminino é superior, verifica-se que as mulheres com 65 anos vivem em média mais 3 anos e meio do que os homens (os homens vivem mais, 14,4 anos, e as mulheres 17,9 anos).

As alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na análise comparativa das pirâmides etárias da população residente em Portugal em 31 de Dezembro de 2000 e de 2009, segundo as Estimativas da População Residente do INE. Verifica-se um duplo envelhecimento, representado pelo estreitamento da base e pelo alargamento do topo da pirâmide etária, decorrente, sobretudo, da redução da natalidade e do aumento da longevidade que se tem verificado em Portugal (Nazarthe, 2000; Andrade, 2009). Os dados mais recentes apresentados nos Censos 2011 verificou-se um aumento da população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, com maior preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8%.

Gráfico 2. Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011



Os dados dos censos em Portugal em 1991, revelavam que 97,5% dos idosos vivia em famílias clássicas e 2,5% em lares de idosos (ou em famílias de acolhimento). Entre as famílias que incluíam idosos verificava-se que 15% eram compostas só por idosos e 8% eram idosos sozinhos. Os dados mais recentes do INE (2010) revelam que 60% da população idosa vive só (400 964) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década, contrastando com a tendência verificada em 1991, na manutenção dos idosos junto as suas famílias.

É importante distinguir os "efeitos da idade" de patologia, algumas pessoas mostram declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precoces, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos. Começa a ser aceite que qualquer declínio precoce provavelmente reflete patologia e não os efeitos da idade. Ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida.

2 Conceito de velhice ou idoso

Envelhecer é um processo que abrange todos os seres vivos e que evoca um desenvolvimento contínuo, embora mais marcado na última fase da vida e que culmina com a morte. São muitos os autores que têm procurado definir, sob variados pontos de vista, o conceito de velhice. Considerando-a como uma “fase da vida” como “um processo de diminuição gradual da capacidade fisiológica de cada órgão ou sistema, devido a atrofia progressiva dos tecidos” (Reis, 1998, p.1). É o período em que a

involução dos órgãos começa a ser evidente, e o que interessa, para a sua definição é o estado dos órgãos, é este que marca a verdadeira idade. Porém não podemos considerar a velhice como uma doença, uma vez que esta é sim a comprovação de que houve bastante saúde para a poder atingir. Segundo Fernandes (2002) a sua definição, não pode ser associada a doença ou incapacidade, mas sim de uma menor capacidade orgânica e psíquica, devido ao agravamento dos fenómenos escleróticos e atrofiadores do sistema regulador do organismo humano.

Miller (1994) considera o envelhecimento como o conjunto de modificações anatómicas, fisiológicas e psicológicas ligadas à acção dos tempos sobre os seres vivos. Para Bernardo (1994, p.13), a velhice é considerada como a “última idade da vida, cujo início fixamos no sexagésimo ano, mas que pode ser mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o género de vida e uma série de outras circunstâncias”. Segundo (Robert, 1995), desde Hipócrates até ao Século das Luzes, a idade de 50 anos foi considerada como a transição da idade adulta para a velhice. Por outras palavras diremos que a velhice não é uma doença, constitui sim uma fase do desenvolvimento da vida, com as suas características próprias resultantes de fenómenos: físicos, biológicos, sociais, culturais, psicológicos, nutricionais, comportamentais, económicos, entre outros.

Segundo Minois (1999), o conceito de velhice por vezes causa calafrios, uma vez que é uma palavra carregada de inquietude, de fraqueza e por vezes de angústia. Um conceito ainda hoje, independentemente das suas causas, a velhice considerada uma realidade temida por todos aqueles que ainda lá não chegaram, negada por outros que se recusam a reconhecer as suas alterações físicas e na maioria das vezes mal vivida pelos idosos. É também desconsiderada, deprezada ou encarada por algumas pessoas como um mal incurável e anunciador de morte (Minois, 1999).

Podemos assim considerar que a velhice é um conceito muito controverso, e difícil de definir com exactidão, uma vez que existem vários autores que a definem de maneira diferente. Para Fernandes (2002, p. 24), esta também pode ser definida segundo três perspectivas diferentes, que são:

- O da idade cronológica – que corresponde à idade oficial, mencionada pelo Bilhete de identidade;

- O da idade biológica – que corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos aparelhos e sistemas, do corpo humano, referido à situação mais frequente observada em cada grupo etário;
- O de estado psicológico – que pode não depender da idade nem do estado orgânico.

Bolander (citado in Sorensen & Luckumann 1998), categorizada os idosos tendo por base a idade cronológica, dividindo a velhice em três subgrupos:

- “O idoso-jovem” entre os 65-74 anos;
- “O idoso-médio” entre os 75-84 anos;
- “O idoso-velho” acima dos 85anos.

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu o início da idade da velhice a partir dos 65 anos, independentemente do estado de saúde ou do aspecto físico. Outros autores tais como Brunner & Suddarth (1990), referem que outros gerontologistas preferem classificar as pessoas de acordo com a idade funcional, que é estabelecida com base na relação com a saúde, independência física e funcionamento social e psicológico.

Assim, apesar de existirem várias classificações dos idosos, não é de todo correcto segundo Bolander (citado in Sorensen & Luckumann 1998), classificá-los, uma vez que durante a vida as pessoas tornam-se mais diversas à medida que envelhecem e no final da vida adulta são mais heterogéneas do que em qualquer outro período da vida.

Em síntese a velhice que no passado, era um assunto essencialmente privado e familiar, torna-se na actualidade um importante fenómeno social suscitando atenção e preocupação tanto do Estado como das Ciências sociais. Podendo não constituir um problema social na nossa sociedade, o aumento proporcional das pessoas idosas, mas sim uma mais valia, se houvesse outra forma e entender a velhice. É então fundamental que cada organização socioeconómica e cultural seja responsável pelo papel (positivo ou negativo) e imagens dos seus idosos, pois cada sociedade segrega um modelo ideal que impera em cada momento e é desse modelo que depende a imagem da velhice, a sua valorização ou desvalorização.

2.1. Abordagem multidisciplinar do processo de envelhecimento

O envelhecimento pode ser encarado como um processo dinâmico devido às múltiplas e constantes alterações de carácter morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que vão se reflectindo numa perda progressiva de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos: Este processo torna o idoso mais passível às agressões intrínsecas e extrínsecas as quais acabam por conduzir o ser humano à morte (Beers et al, 2004; Fonseca, 2005; Netto et al, 1999a; Paúl & Fonseca, 2005). Desta forma, o envelhecimento é um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Ou seja, o envelhecimento não é e si uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado por ela (Ermida, 1999a; Laíns, 2000).

Segundo Ermida (1999) os sinais de envelhecimento orgânico e funcional tornam-se evidentes no final da fase de crescimento (20-30 anos) a nível da pele e da microcirculação arterial, visível em alterações retinianas. Refere o autor que as macroalterações significativas de carácter orgânico e funcional tornam-se perceptivas pelos 40 anos, com particular incidência o aparelho cardio-circulatório e neuro-sensorial. Num processo inevitável e irreversível, a diminuição da autonomia do idoso. Para além de todas as diminuições orgânicas e funcionais, que originam significativas alterações na forma e na composição corporal com o decorrer dos anos, as condições mais relevantes a ter em conta para a sobrevivência do idoso e para a sua qualidade de vida são talvez a diminuição da sua reserva fisiológica e a conseqüente dificuldade na reposição do seu equilíbrio homeostático quando alterado.

As alterações a nível do sistema nervoso, o envelhecimento dos neurónios, a diminuição do débito sanguíneo, diminuição da glicose e do transporte de oxigénio e a diminuição de neuro-mediadores condicionam a lentificação dos processos mentais e as alterações da memória, da atenção e do pensamento. Estas diminuições embora presentes, em condições normais não comprometem significativamente o desempenho do idoso porque se mantêm as capacidades verbais, a orientação, a memória, a inteligência, as emoções, a personalidade (Ermida, 1999a). Segundo o autor, não só a diminuição física e mental são preocupantes mas também as práticas sociais e as restrições económicas que afastam o indivíduo idoso da vida profissional activa,

originando consequências por vezes devastadoras nos planos familiar e social, que se reflectem no equilíbrio bio-psico-social da pessoa.

Na perspectiva do desenvolvimento humano ocorre uma constante mudança adaptativa e um equilíbrio entre ganhos e perdas, sendo que as perdas aumentam com o envelhecimento (Guimarães, 1997; Neri, 1993, 1995, 2001). Esta ideia admite variabilidade intra-individual e inter-individual, na qual nem todas as mudanças desenvolvimentais estão directamente ligadas a idade, iniciando em diversas épocas da vida humana, diferenciando-se em duração, término e direcção. Neri refere que “... a aquisição, a manutenção, o aperfeiçoamento e a extinção dos comportamentos sociais e cognitivos são processos que podem originar-se tanto na infância inicial, como na vida adulta e na velhice” (1993, p. 31).

Na opinião de Ramalho e Dias (2000), o envelhecimento produz uma certa deteriorização psico-bio-social, que geralmente se associa com as doenças crónicas muitas vezes incapacitantes, tornando esta etapa da vida altamente vulnerável. O envelhecimento é o resultado da interacção entre genoma e os factores ambientais que evidencia fases de duração relativamente constantes no tempo e vida do indivíduo. A actividade intelectual associada ao exercício físico, o controlo da doença, a vida social e familiar favoráveis, permitem ao idoso ultrapassar as dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento potenciando a manutenção da autonomia e consequentemente da qualidade de vida.

2.1.1. Aspetos Biofisiológicos

Segundo Berger e Mailloux-Poirier, “O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995: 124-125). O sinal da senescência², Segundo Comier e Turdel (1996) é que se trata de um processo natural, que designa uma degenerescência patológica, muitas vezes associada ao envelhecimento, mas que tem origem em disfunções orgânicas (Comier & Trudel, 1986 citados por Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Segundo Bee e Mitchell (citado por António Simões, 1982) o envelhecimento normal envolve mudanças no organismo associadas à idade, que se traduzem por:

² “A senescência é um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. É um fenómeno normal, universal, intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995 : 125).

- “a estatura diminui, devido a alterações no tecido conjuntivo, especialmente dos discos intervertebrais. Diminui igualmente a massa muscular, o peso geral e o peso do cérebro;
- existe uma desaceleração geral das respostas em virtude, nomeadamente, de uma diminuição da velocidade de condução dos impulsos nervosos. Isso vai implicar tempos de reação mais lentos e maior dificuldade em restabelecer a homeostasia, sobretudo em situações de stress;
- idosos encontram maior dificuldade de movimento devido, nomeadamente, à fraqueza óssea e muscular. Desta última resultam, por sua vez, modificações na respiração e no controlo do esfíncter vesical;
- registam-se também mudanças significativas a nível dos órgãos dos sentidos, dos quais são por demais conhecidas as perturbações da visão e audição;
- são de notar igualmente, as modificações das secreções glandulares em geral”.

Em consequência destas modificações operadas no organismo podemos dizer que o envelhecimento é facilmente identificado devido às modificações ocorridas, manifestando-se nas células (modificações morfológicas químicas e enzimáticas) nos órgãos por diminuição do seu peso e nas funções, por perda gradual dos seus mecanismos reguladores (Netto & Ramos, 2005, Kauffman, 2001, Filho & Netto, 2000, Pare & A. La Rue, 1998, Sanz, 2002)

Sendo assim, as dificuldades de adaptação e de comportamento do indivíduo tornam-se mais difíceis e encontram-se alteradas, verificando-se que mais cedo ou mais tarde, estas modificações biológicas atingem todos os indivíduos. No entanto, há que referir que é impossível precisar a idade em que acontecem, pois a velhice não chega exatamente na mesma data e hora para cada indivíduo – é usual deparar com pessoas com a mesma idade apresentando enormes diferenças, quer a nível físico, emocional e/ou mental.

2.1.2. Aspetos Psicológicos:

As mudanças biológicas, referidas no ponto anterior conduzem, por outro lado, a modificações a nível psicológico e social. O envelhecimento psicológico prepara-se e realiza-se ao longo da vida do indivíduo, podendo preceder ou suceder às modificações biológicas. Para Erikson (1959) o sétimo estágio do desenvolvimento engloba a meia-

idade que corresponde mais ou menos entre os 40 e os 65 anos. Os indivíduos com mais de 65 anos segundo este autor estão incluídos no 8º estágio que corresponde à idade da velhice.

Quadro 1. Ciclos da Vida

Ciclos da vida			
0 a 12 anos	Infância	12 anos	
12 a 18 anos	Adolescência	6 anos	60 anos
18 a 59 anos	Adulterz	41 anos	
≥ 60 anos	Velhice		
120 anos	Limite biológico estimado da vida	60 anos	60 anos

Fonte: Moraes, Moraes & Lima, 2010, p. 70

Apesar de se verificar a impossibilidade de generalização é uma realidade que o envelhecimento, pelas condições anátomo-funcionais da circulação cerebral, provoca prejuízos que gradualmente se vão acentuando nas faculdades psicossensoriais. Existe, de facto um declínio, uma deterioração fisiológica que provoca a redução dos aspetos cognitivos, especialmente na aprendizagem, memória e inteligência. Relativamente à aprendizagem, Botwinick (citado por Simões, 1982) refere que uma parte considerável que foi encarada como deficiência na capacidade de aprender em idades avançadas, foi mais recentemente perspetivado como um problema relacionado com a capacidade de exprimir a informação aprendida. Por outras palavras, grande parte do que se julgou ser deficiente no processo cognitivo interno é atualmente vivenciado como uma dificuldade experimentada pelos idosos em se adaptarem às tarefas e em mostrarem o que sabem.

A memória como um aspeto cognitivo, que também se vai ressentindo das circunstâncias anátomo-funcionais circulatórias, pode ser definida, em termos de material retido num determinado período de tempo.

Investigações realizadas com pessoas idosas, indicam que o declínio da memória curto termo não é característico do envelhecimento: poderão registar-se perdas consideráveis associadas à patologia física ou mental, mas em caos normais, se algum declínio existe, não parece significativo. Sendo assim, as mudanças da mente humana, durante a velhice, não obedecem a uma deterioração desordenada, apresentando-se como um dos sintomas típicos do envelhecimento psíquico: um esquecimento mais acentuado dos factos recentes e, mais firmes recordações antigas. O declínio ao nível da

inteligência na pessoa idosa, foi inicialmente concebido que “tal como acontece com o organismo sujeito à deterioração inevitável, a partir da idade adulta, assim sucedida inexoravelmente às capacidades intelectuais” (Simões, 1982, p. 75).

O estudo dos processos intelectuais da pessoa idosa é delicado, pela importância assumida pelos hábitos, condicionalismos, constrangimentos, alienações de origem económica e social que, no decorrer do tempo deixam as suas marcas no indivíduo.

Um outro sintoma do envelhecimento psicológico que convém referir é o facto de este se tornar mais lento, tendo repercussão ao nível da própria linguagem, na medida em que este processo decorre de uma forma igualmente lenta, o próprio idoso não se apercebe disso. O enfraquecimento da faculdade de pensar, como já foi referido, é considerado outro sintoma do envelhecimento psíquico, que se traduz na incapacidade de se adaptar a novas ideias e condições.

Por tudo isto, Relvas (1978) refere que o envelhecimento psicológico traz consigo modificações das funções de relação. As alterações perceptivas (alteram os órgãos dos sentidos) isolam gradualmente o idoso do seu meio e criam-lhes dificuldades de integração social. Vaz Serra (1982) é da mesma opinião ao afirmar que a nível psicológico, “o idoso está sujeito a diversos fenómenos, nomeadamente da percepção (o que leva a excluir estímulos que surgem no meio ambiente e lhe empobrece a aptidão para perceber as novas relações entre fenómenos), a memória, as experiências passadas são reinterpretadas de uma forma diferente acentuando-se a rigidez do indivíduo, tornando-se psicologicamente dependente”.

Todas estes aspetos ligados ao declínio das faculdades mentais conduzem a uma sensação de insegurança e conseqüentemente aumento de rigidez e resistência à mudança o que as suas dificuldades de adaptação, conduzindo-se progressivamente ao isolamento (Berger, 1995).

2.1.3. Aspetos Sociais:

“Desde a revolução industrial, no século XIX, até meados do século XX, a velhice era associada à incapacidade para o trabalho e à pobreza, sendo portanto incluída na categoria dos indigentes, cujo apoio se resumia às instituições de beneficência. Os idosos de classes sociais mais favorecidas eram apoiados na esfera doméstica. Assim, não existia a velhice como categoria social autónoma nem uma

intervenção pública dirigida especificamente à velhice, estando perante o que Guillemard (1980) designou de uma velhice invisível.” (Veloso, 2009. p.12-13)

Na transição da idade adulta para a terceira idade e desta para a quarta idade (idade superior a 85 anos), a pessoa sofre diversas mudanças dentre as quais de carácter biológico, as quais trazem diminuição da capacidade funcional, mas também do ponto de vista psico-social, mudanças de papéis, de status, nas interacções decorrentes entre outros aspectos da reforma (Fragoeiro, 2004). A Representações social da velhice durante várias épocas, baseiam-se numa caracterização de fases da vida, nas quais a da velhice, surge sempre em oposição à juventude: o jovem dotado de um corpo esbelto, com vigor, opõe-se à decadência física do “velho”, expressa nas marcas deixadas pelo tempo no corpo, ou seja, o enrugamento da pele, brancura dos cabelos e das barbas e o curvamento do corpo (Fragoeiro, 2004).

A construção social do conceito de *velhice* tem, portanto, por base os valores de cada sociedade, concordantes com a hierarquia de posições sociais dos indivíduos na estrutura económica e social, sistematizadas numa noção de pessoa. Para Debert (1997, p. 122), a “ padronização da infância, adolescência, idade adulta e velhice pode ser pensada como respostas às mudanças estruturais na economia, de vias, sobretudo, à transição de uma economia que tinha como base a unidade doméstica para uma economia baseada no mercado de trabalho”. Com o avanço da tecnologia, originando a mudança do sistema económico, que anteriormente se centrava na família, funcionando esta como unidade de produção, a pessoa idosa deixa de beneficiar da assistência e proteção dos familiares e passa para a “responsabilidade” da comunidade local.

A ideologia dominante do “produtivismo”, decorrente do processo de industrialização, que defende que, “quem não produz é inútil”, e a introdução de novas tecnologias, que diminuíram o valor do saber tradicional e o prestígio dos que transmitem, são fatores que de certa forma, explicam o declínio de «status» da pessoa idosa. No entanto, hoje em dia, a reforma tende a ser cada vez mais tarde passando a velhice a ser simplesmente uma idade social, na medida em que se encontra dependente de critérios económicos e culturais. Este patamar diferencial é marcado pelo aparecimento da reforma a qual segundo Guillemard (1980) é uma forma peculiar de identificarmos a “velhice”, pelo facto comum, entre todos o novo papel de reformado, e associado a um estilo de vida.

Para Pierre Brasseul, (1981), esse novo estilo de vida é diferente, pois “não se vive a reforma em 1980 como se viveu em 1960. De facto, dois modelos de velhice coexistem hoje: uma velhice activa ao lado da velhice passiva tradicional” (p. 10). A pessoa idosa passa, desta forma, a sentir uma certa perda de «utilidade social» acentuada pela entrada da reforma, que durante algum tempo marcou convencionalmente a entrada na velhice (Veloso, 2009).

Contudo, a reforma é acompanhada pela diminuição dos contactos sociais, perdendo assim o indivíduo as relações de sociabilidade, ficando mais isolado. O fator económico, é pois determinante, mas apenas se relaciona com a organização social em que se inscreve e não encarado de uma forma isolada. Em síntese, a conceção de envelhecimento como um processo de declínio, só possui sentido em abstrato quando referente a um processo natural e biológico do envelhecimento do ciclo de vida, corresponde a uma transformação social que pode competir ou retirar prestígio dos indivíduos.

3 “Velhos Reformados” Ou “Velhos e Reformados

A velhice, como categoria social, pode dizer-se que ficou institucionalmente fechada nas fronteiras de um limiar de idade fixo, cujo acesso é reforçado pela detenção de uma pensão de reforma. Esta definição institucional não tem sido adaptada às transformações sociodemográficas mais recentes, e tem mesmo vindo a ser reforçada com a institucionalização das pré-reformas. Ao passar à categoria de reformado, o "jovem velho" encontra as condições para adquirir as propriedades que são socialmente imputadas à velhice. Perde o estatuto social atribuído a partir do trabalho profissional — a reforma é também uma forma de exclusão social — e adquire o estatuto desvalorizado de "reformado".

A "idade da velhice" (Bourdelaís, 1993), tem ultrapassado os limiares convencionais e avançado com o aumento da esperança de vida. Como já foi referenciado, a idade de ser velho, coincide com a idade em que se começam a perder capacidades essenciais e mais tarde pela deterioração do estado geral de saúde, sem que institucionalmente se tenham alterado os limiares convencionados há mais de um século. O aumento da esperança de vida, que continua a progredir, e tem repercussões no próprio conceito de velhice.

Recentemente, alguns estudos (INE, 1999; Camargos, 2005; Costa, 2006) levados a cabo nesta matéria têm-se debruçado sobre a esperança de vida com e sem incapacidade. O objetivo consiste em avaliar as conquistas quantitativas em anos de vida com saúde, ou seja, sem contrair incapacidades. Os resultados apontam para diferenças importantes entre homens e mulheres. No caso dos homens, tendo em consideração que o limiar de esperança de vida à nascença é inferior ao das mulheres, usufruem de mais elevada esperança de vida sem incapacidade. Este limiar é difícil de ultrapassar e a consciência desse facto tem orientado as investigações para os aspetos diferenciais do aumento da esperança de vida tendo em consideração variáveis mais amplas abrangendo todas as idades, consoante as categorias socioprofissionais e as condições gerais de existência.

Um estudo realizado em 1978, no Canadá, relacionou-se a esperança de vida, com e sem incapacidade, com o rendimento (Robine, 1997). Os investigadores verificaram que, nos escalões mais baixos do rendimento, a esperança de vida sem incapacidade ficava pelos 50 anos, contrastando com os mais elevados onde estes parâmetros subiam até aos 64 anos. Ao nível da esperança de vida à nascença, os primeiros (rendimento mais baixo) sobrevivem até aos 67 anos e os segundos até aos 73 anos. As diferenças são significativas e remetem para a complexidade das estruturas sociais onde os recursos económicos e culturais se distribuem de forma desigual colocando os indivíduos em diferentes posições face à velhice e face à morte.

Verifica-se que os indicadores demográficos generalistas (como é o da esperança de vida à nascença) cujos valores médios têm sofrido grandes alterações, como temos vindo a referir, esconde diferenças e variações bastante maiores quando avaliados no interior das categorias socioprofissionais. As variações médias que apresentámos são ainda assim suficientes para nos levar a questionar a pertinência do limiar de idade fixo, os 65 anos, base da definição de uma categoria estatística de organização da informação, por sua vez reconhecida como categoria social, a das "pessoas idosas". A "idade da reforma", que coincide com a definição institucional da velhice, entre os 65 e 67 anos na maior parte dos países europeus, tem sido objeto de grandes debates políticos entre as diferentes organizações e os governos. Segundo Gaullier (1988) neste cenário, encontramos a existência de uma "idade nova", isto é, emerge uma nova fase intercalar no ciclo de vida, situada entre o fim do trabalho e a velhice propriamente dita. Segundo Paillat (1989), López Jiménez (1993, cit. Tomás, 2001), estas pessoas são “demasiado velhas para

trabalharem, mas demasiado jovens para serem reformadas”. Tomás (2001), refere que “vários autores denominam o período dos 45 aos 65 anos, a “idade de ninguém”, convertendo o indivíduo a um colectivo anónimo, carente de identidade e submerso num menor interesse social.”

Assim, segundo Gaullier (1988), estabelecem-se novas relações entre trabalho e reforma no final da vida ativa, para Guillemard (1995) destacam-se dois aspetos:

- a forma como o mercado de trabalho e os mecanismos de proteção social interagem,;
- e a forma como estas alterações interferem e determinam a reorganização dos ciclos de vida familiares em ordem à sua adequação às novas realidades .

As novas gerações não só percorrem trajetórias de vida mais longas como passaram a estar expostas a maior diversidade de ocorrências sociodemográficas, que contribuem para transformar a trilogia dos ciclos de vida em "idades móveis" e "tempos incertos" (Gaullier, 1988).

De facto, a reforma é considerada pela sociedade como o ponto de partida “oficial” que conduz à velhice e inclusive muitas vezes assemelha-se e, ou confunde-se com a mesma. A reforma pode ser considerada, segundo Tomás (2001), como um “castigo” ou um Prémio, no entanto a idade da reforma tem-se desvinculado do conceito de idoso ou velhice, o qual está cada vez mais associado às incapacidades e deteriorações que surgem em idades muito avançadas (Ferreira, 2006, Teixeira, 2010).

“O novo risco da velhice, a "dependência", transformou-se, nos últimos anos, no grande debate, no maior desafio. A dimensão dos problemas, a sua grande diversidade e a ocorrência crescente de situações trazem para o fórum da discussão os vários agentes envolvidos, que vão desde as famílias, passando por organizações privadas e, por último, o estado enquanto produtor de políticas e principal instância pública de resolução dos problemas sociais” (Fernandes, 2001, p. 4).

Segundo Fernandes as instituições que têm surgido ao longo dos últimos anos e no decurso das políticas sociais de velhice — lares, centros de dia, apoio domiciliário — parecem recursos insuficientes e, em certos casos, mesmo desadequados às exigências e à dimensão do problema.

4 Consequências do Envelhecimento

As práticas sociais e as restrições económicas afastam a pessoa idosa da vida profissional ativa dando origem, por vezes a consequências inquietantes no plano familiar, profissional e social (Ermida, 1999). Para Levet (1998), o envelhecimento gera grandes inquietações nos indivíduos. Segundo este autor, o psiquismo da pessoa idosa é afetado primeiramente pela perda progressiva dos seus diferentes papéis.

O primeiro papel que desaparece é, normalmente, o dos pais, pois é claro que não há nada de comparável entre as obrigações dos pais de uma criança e de um adulto. Salvo alguns acontecimentos, os pais do adulto não têm mais responsabilidades para com ele, fica somente a dimensão afetiva.

O segundo papel que se abandona é o profissional. A perda deste papel é geralmente acompanhada para alguns, pela perda de outros papéis que com ele estavam articulados: sindical, social e político. O último papel que desaparece é o do cônjuge. A viuvez arrasta com ela a solidão afetiva e sexual.

A personalidade do idoso sofre um “estreitamento de espaço” (Levet, 1998), em primeiro lugar há redução do espaço e da capacidade motora: os percursos das pessoas de idade vão diminuindo: da travessia da cidade passam à volta do quarteirão, depois ao vai e vem dentro de casa. Estas dificuldades motoras alongam as distâncias devido ao aumento do tempo necessário para o percurso; o enfraquecimento muscular torna as coisas tão pesadas que deixam de ser manuseadas.

A reforma, sendo a conquista de um repouso merecido intervém como consequência do envelhecimento, na medida em que a aceleração tecnológica torna obsoletos a maior parte dos conhecimentos dos trabalhadores idosos (Levet, 1998). A saudade da vida profissional importuna muitos indivíduos reformados, particularmente os que tinham tido responsabilidades. A dualidade de sentimentos surge, segundo Levet (1998) é normal ouvir expressões do tipo “Trabalho quando quero; como quero; com quem me convém e sem relação de autoridade”, no entanto nem todos os reformados estão satisfeitos com esta possibilidade, que não atinge evidentemente, senão um número reduzido de indivíduos.

As consequências da evolução demográfica fazem-se sentir nas áreas social e político-económica, devido à diminuição dos ativos e o crescimento dos índices de dependências, na área da saúde, nos comportamentos familiares e em áreas ainda pouco

evidentes como a dos problemas éticos e jurídicos relacionados com os doentes idosos crónicos.

Afirmam Ramalho e Dias (2000), que um dos principais problemas dos idosos é a solidão. Com o processo de envelhecimento surgem uma série de mudanças nas relações sociais do indivíduo, alterando os seus vínculos afetivos. O idoso sofre perdas, falecimento de entes queridos ou amigos, levando muitas vezes ao isolamento afetivo. Contudo, um grande número de idosos, apesar do seu isolamento afetivo, consegue estabelecer relações profundas com os outros. Tendo em conta as vivências, as mudanças permanentes, o abandono, a falta de expectativa em relação ao futuro, o isolamento, a inutilidade, o aborrecimento e a frustração afetiva, surgem frequentemente situações de fracasso e de desespero existencial dificultando o encontrar do sentido para a vida.

Segundo Ramalho e Dias (2000), o envelhecimento origina muitas vezes uma sensação de “carga” sendo frequente na sociedade atual ver o idoso transferido de filho para filho, sentindo-se inútil e desesperado. Nalguns casos sai da sua residência e é conduzido para um lar de terceira idade, obrigando-o a um processo de adaptação a novas situações, e novas normas de conduta.

No contexto social o idoso é muitas vezes rejeitado por não produzir. Numa sociedade moderna assente na rentabilidade e no lucro, os idosos não sendo produtores mas sim consumidores de bens e serviços, são vistos como improdutivos e caros à sociedade, especialmente quando são dependentes (Grácio, 1999). A sociedade moderna valoriza a juventude e a beleza, por isso afasta os idosos para segundo plano, porque estes se afastam desse modelo (Hasse e Cadete, 1992, cit. Grácio, 1999).

Grácio (1999) refere que sob o ponto de vista psicológico existem mudanças a níveis diferentes. A principal mudança é a função cognitiva que se passa ao nível da memória. No aspeto sensório-motor surge uma acentuada lentidão necessitando de mais tempo e de informações mais repetidas, mas ultrapassam os outros em experiência e em conhecimentos pelo que pode organizar melhor a experiência mental e economizar esforços. A nível da função sexual poderá haver uma diminuição do interesse pela atividade sexual, no entanto até aos 75 anos tal declínio é pouco evidente.

De um modo geral sob o ponto de vista social os idosos vão-se adaptando gradualmente à sua situação através de mecanismos tal como a diminuição da interação com os outros tornando-se mais dependentes da família, prestando cada vez menos

interesse ao que se passa à sua volta e centrando-se cada vez mais em si próprios e no seu passado. Para Berger (1995), os problemas associados ao envelhecimento biológico fazem parte do processo de adaptação. Embora os efeitos do envelhecimento sejam múltiplos e complexos podem por vezes ser modificados. É preciso reconhecer as principais mudanças associadas ao envelhecimento biológico, a fim de retardar os seus efeitos negativos e evitar as complicações, mantendo uma higiene de vida revitalizante para o organismo.

De acordo com Paul (1996), na abordagem da problemática do envelhecimento há que ponderar sobre os vários fatores ligados às capacidades funcionais do idoso, à qualidade objetiva e adequação do seu ambiente residencial e ao seu bem-estar subjetivo.

5 Envelhecimento como Situação de crise

Para o idoso a adaptação a algo novo representa uma verdadeira crise. Surgindo a crise como resultado de uma falha na socialização e da dificuldade em dar respostas às circunstâncias, na medida em que é precipitada por uma situação que perturba a adaptação anterior e requer novas respostas (Ornelas, 1997). Pelo que se torna necessário que o idoso faça alterações na sua conduta.

Taylor (1992) defende que, quando o idoso, está em “estado de crise”, parece atravessar uma série de fases distintas, todas elas sobrepostas. Ou seja, este atravessa um processo que leva à resolução, ou não, da situação de crise. Por outro lado, Neeb (2000) considera que o idoso que experimenta a crise percorre cinco fases, que denomina como “As cinco fases da crise”:

Inicialmente surge uma **primeira fase de pré-crise**, em que a pessoa se sente “bem”, declarando um estado de bem estar e negando o nível de stress.

A **segunda fase é a do impacto**, onde o idoso sente ansiedade, confusão, dificuldade em organizar a sua vida pessoal e apresenta elevados níveis de stress. Tem consciência desta situação, mas nega a gravidade.

Seguidamente surge a **crise**, que pode prolongar-se por um período variável de tempo, em que o idoso nega que o problema está fora de controlo, suspende ou racionaliza os comportamentos e o stress. Utiliza o mecanismo de defesa de projecção.

A **quarta fase é a da adaptação, em** que o idoso encara a crise de forma positiva, com diminuição de ansiedade, resolvendo de forma positiva alguns problemas. Tenta reconstruir a auto-estima e tem capacidade para iniciar de novo a socialização.

A última fase é denominada de **pós-crise**, onde se verifica uma ambivalência de funcionamentos positivos e negativos. O idoso desenvolve um modo mais positivo e eficaz ao stress ou pode apresentar uma adaptação ineficaz, tal como ser crítico, hostil, deprimido ou utilizar a comida ou o álcool para lidar com o que aconteceu.

A situação de velhice, como referido anteriormente pode desencadear na pessoa sofrimento, medo, isolamento, solidão e morte, sendo esta extensível no contexto e luto, que segundo Lopes (1997), leva à perda da imagem de um corpo saudável, e mais importante que tudo isto, à ameaça de perda da própria vida.

Perante tais situações, surge o momento em que, devemos utilizar as técnicas de intervenção em crise, que segundo Almeida (1997), têm como finalidade ajudar o idoso a encontrar novos mecanismos de adaptação fundamentais para decifrar o significado do acontecimento, de percepção da angústia subjacente que pode ser, de castração, de perda e de morte.

Neste sentido Simões (1982, p. 89), sugere quatro critérios de adaptação psicologicamente satisfatória, da pessoa perante a velhice, que são:

1. “O modo de vida socialmente desejável para os idosos: a sociedade é que seria competente para definir o que é melhor para eles, a boa adaptação na velhice, implicaria a adesão a critérios definidos pela sociedade;
2. A manutenção das actividades de meia-idade: quanto mais o idoso funcionar e agir de acordo com as pessoas de meia-idade, melhor será a sua adaptação;
3. O sentimento de satisfação com as suas actividades e situações actuais: a boa adaptação dependeria principalmente do grau de actividade, do estado de saúde, situação financeira, etc.
4. O sentimento de contentamento e satisfação com a vida”.

Os dois primeiros critérios, mostram os valores juvenis da nossa cultura e um inconsciente paternalismo. Os dois últimos realçam o que a própria pessoa sente, isto é, adaptação sob o ponto de vista subjectivo.

Em síntese, ajudar o idoso a lidar com os seus sentimentos, procurando desenvolver nele capacidades de adaptação às situações de crise, dentro do seu quadro de referências e valores, é um aspecto vital da intervenção em crise. Uma vez que estas

crises perturbam o seu estilo de vida e representam agressões á sua integridade física e psicológica (Fernandes, 2002). É fundamental ter a noção que uma intervenção apresenta características nefastas quando impede a realização de acções importantes, contudo é útil quando reduz as ameaças. A família deve também participar neste processo de resolução de situações de crise, pois a ela, estão destinados os papéis de cuidar e proteger os seus elementos. O idoso carece de todo o apoio que lhe possa ser dispensado por quem no momento, estiver mais disponível, ou mais preparado para oferecer, por forma a que este mantenha o equilíbrio emocional e psíquico, pelo o que se terá de manter activo, ter objectivos e continuar a aprender e a crescer interiormente.

5.1 A solidão como consequência da velhice

A solidão é completamente contrária ao conceito do "humano". Mas se o facto de estar sozinho pode produzir estragos numa pessoa que se encontra na chamada "plenitude da vida", então o que poderia acontecer com alguém que já está, provavelmente, no final do caminho? O que fazer com uma pessoa que necessita da constante supervisão e atenção?

A solidão para Neto (2000) trata-se de uma experiencia dolorosa derivada de relações sociais pouco adequadas. Segundo este autor é uma experiência subjectiva que pode não estar relacionada com o isolamento objectivo; sendo psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente

“A velhice adquiriu maior visibilidade de com o aumento absoluto e relativo do número de idosos e o prolongamento da terceira fase do ciclo de vida. Aumentou também o número e a frequência de casos problemáticos de isolamento e abandono(...)” (Fernandes, 2001, p.51). A solidão entre pessoas idosas é mais comum do que se pensa. Segundo os dados da Organização Pan-americana de Saúde, o grupo humano que proporcionalmente atinge taxas mais altas de crescimento no mundo está entre os 60 e os 85 anos de idade. As causas estão relacionadas com a melhoria da alimentação e o crescimento da cobertura dos serviços de saúde pública, enfrentando importantes sistemas de controlo da natalidade. Em Inglaterra, as entidades de estatística calculam que existirá, no ano 2.031, mais de 35.000 cidadãos com pelo menos 100 anos de vida.

No mundo Ocidental, com a chegada da industrialização assiste-se ao desaparecimento dos modelos de família baseados na economia da terra. O trabalho

especializado leva a uma estratificação e segregação etárias: os que aprendem, os que produzem e aqueles que saíram do ciclo produtivo, onde se incluem os idosos. A pessoa idosa perde desta forma o seu papel de transmissor transgeracional do saber, face a uma economia de mercado onde só o lucro interessa (Grande, 1994).

As sociedades industrializadas e informatizadas de hoje constroem também o seu próprio isolamento futuro; não há tempo para conviver, para comer corretamente, para fazer novos amigos; faz-se uma vida profundamente sedentária, porque não há tempo, ou meios económicos, para a prática regular de exercício físico (Ministério da Saúde, 1997).

No entanto, e apesar das diferenças conjeturais, a atitude social generalizada é a de tratar os idosos com atitudes paternalistas, negando-lhes a sua qualidade de interlocutores válidos e desrespeitando a sua individualidade (Alves, 2001).

Aos 65 anos a ruptura com o mundo laboral é efetivada, num grande número de casos, em condições que não concedem ao reformado o mínimo indispensável para lhe garantir uma vivência com qualidade de vida, dignificante e, ou mesmo, um fim digno (Guimarães, 1999).

Esta problemática é ainda potencializada nas sociedades modernas pela mudança conceptual e estrutural de família. Anteriormente, as famílias, como núcleos fundamentais de produção, não afastavam "o ancião" do trabalho, adotando este novas tarefas e novos papéis, permanecendo ativo e útil. Atualmente, o único setor onde ainda com alguns sinais visíveis deste sistema localiza-se nos meios rurais, onde o idoso, apesar de receber a sua reforma, mantém algum nível de atividade similar à que desempenhava durante a sua vida (Fernandes, 2007).

Analisando a realidade urbana (em muitos casos), podemos afirmar que a reforma constitui um trauma em vez de libertação, já que a inatividade a que são votados provoca sentimentos de inutilidade e a diminuição do poder económico frequentemente os obriga a viver dependentes dos seus familiares (Fernandes, 2007).

Também o *familismo* tradicional, o clã em que avós, pais, filhos e netos se congregavam na mesma casa se alterou. A família, entendida como o mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação, nuclearizou-se tornando incompatível a coabitação com os mais velhos e, por isso, surgem as instituições vocacionadas para acolhimento dos idosos (Santos, 1995).

Adicionalmente, acentua-se o desequilíbrio entre homens e mulheres, devido ao forte aumento de longevidade feminina em relação à masculina, por um lado; por outro, o aparecimento da designada "Quarta Idade", a partir dos 85 anos aproximadamente (Nogueira, 1996).

Este facto tem grandes implicações, tanto no baixo rendimento económico auferido pela população idosa feminina, como na crescente vulnerabilidade e consequente necessidade de cuidados de saúde.

Em jeito de resumo podemos dizer que o desafio que o envelhecimento demográfico atual representa para as sociedades poderá globalmente ser analisado segundo as seguintes dimensões:

- Relativo declínio da população ativa e envelhecimento da mão de obra;
- Pressão sobre os regimes de pensão e as finanças públicas, provocada pelo número crescente de reformados e pela diminuição da população em idade ativa;
- Necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência a pessoas idosas;
- Diversidade dos recursos e das necessidades dos idosos;
- Inatividade abrupta que cria sentimentos de inutilidade, rejeição e afastamento.

De facto, envelhecer há 50 anos atrás não constituía um problema; era encarado como um fenómeno natural, na medida em que não só as pessoas que envelheciam não eram muitas, como o aproveitamento e imagem que a sociedade tinha da população que envelhece era diferente daquela que se tem hoje (Costa, 1999). É nesta lógica que acreditamos que os processos e percursos de envelhecimento possam ser alterados. A saúde das pessoas é um processo, não é um estado fixo, e o processo de senescência deve ser encarado de uma forma natural.

Face a esta realidade, as sociedades vão tentando encontrar formas de gerir estas alterações demográficas, criando redes de suporte formais e informais de apoio aos idosos:

- 1) A rede de suporte formal é composta de organismos de ajuda governamentais ou não governamentais, e é constituída por várias instituições (Centros de Dia, Hospitais de Dia, Lares, Centros de Convívio, etc), ,solução essa mais utilizada nos casos de idosos com grandes incapacidades físicas e psicológicas.

- 2) A rede de suporte informal, ou também chamada rede natural de ajuda, é constituída pelo companheiro, parentes, filhos, amigos e vizinhos, são as preferidas e mais utilizadas nos casos em que há manutenção de autonomia funcional..

Fomentar medidas que voltem a colocar os idosos na cúpula dos agregados familiares onde se entrecruzem três ou mais gerações é permitir que crianças e adolescentes encontrem referências e valores universais na fase de construção da personalidade e da modelação do carácter (Grande, 1994).

Capítulo II

1 Qualidade de vida: conceito

O desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população foi uma das preocupações manifestadas por vários investigadores desde a década 60. Nesta sequência, algumas investigações surgiram nesta área, nomeadamente a de Liu (1975), a de Flanagan (1982, cit. Ribeiro, 1998) e a de Campbell, Converse e Rodgers (1976). Os investigadores salientaram que a avaliação que o indivíduo faz das características de um domínio particular, depende da sua percepção de acordo com os seus padrões pessoais. Nos estudos sobre a saúde, qualidade de vida e bem-estar constataram uma inter-relação clara entre estes diferentes conceitos.

A qualidade de vida é um conceito multidimensional e dinâmico que emerge da interação dos factores bio-psico-sociais tendo em conta a evolução dos conceitos de saúde e doença numa perspectiva holística e sistémica (Amorim e Coelho, 1999).

A qualidade de vida refere-se à aptidão funcional do indivíduo no seu dia-a-dia e o modo como ele percebe o seu bem-estar. Por isso, as medidas de avaliação da Qualidade de Vida têm assumido um papel fundamental nos estudos clínicos. Os vários trabalhos sobre o tema deixam perceber a complexidade do conceito tendo em conta a globalidade dos factores bem como as dificuldades na sua medição.

A avaliação dos parâmetros mais subjectivos de saúde associados aos indicadores objectivos proporcionará um melhor conhecimento do funcionamento do indivíduo e a auto-percepção do bem-estar.

A percepção pessoal do bem-estar, o seu significado e definição é variável de indivíduo para indivíduo, de acordo com o que cada um considera normal, inserindo no grupo sociocultural em que se integra, assim como das suas experiências (Amorim e Coelho, 1999).

A qualidade de vida é uma das dimensões da vida humana, desejada e perseguida por todos os indivíduos desde a infância até à velhice. Tem sido objecto de investimento e de investigação, em muitas áreas de estudo e conhecimento, nas últimas décadas, com vista a ultrapassar a ambiguidade e subjectividade que lhe são conferidas, definindo-a o mais possível em termos concretos, gerais e válidos para todos os indivíduos e sociedades.

1.1 Impacto da aposentação antecipada na qualidade de vida

Suárez (1998) refere que estudos realizados com a população aposentada antecipadamente de países norte-europeus (Finlândia, Suécia, Grã-Bretanha, França, Holanda, Alemanha) demonstram que um em cada dez pensionistas, aposentados, entre os 60 e 65 anos, necessitam de tratamento psiquiátrico, e que 20% sofrem ao longo da sua vida de alguma enfermidade psiquiátrica. Estes dados sugerem o estudo da adaptação do aposentado à sua nova etapa de vida e valorizam a importância dos aspectos sociais, físicos e psíquicos na génese de distúrbio psicológico.

Segundo Suárez (1998), os trabalhos de Jon-Kamma, Mattila e Salokangas iniciados no ano 1982, realçam a importância da identificação de factores ambientais implicados na origem da psicopatologia do aposentado antecipadamente. Referem ainda que, posteriormente Mattila et al (1989) (sobre população aposentada antecipadamente) e López-Torre et al (1992) (sobre a população geral), estabelecem a importância da enfermidade física personalidade pré-mórbida e suporte social na saúde e qualidade de vida dos aposentados antecipadamente.

Suárez et al (1998) determinaram e avaliaram o impacto que a aposentação tem sobre a qualidade de vida e a saúde em relação com os factores sócio-demográficos como modeladores da qualidade de vida.

1.2 Impacto dos seus problemas biopsicossociais na qualidade de vida

Segundo Dias (2002), o idoso muito mais que em qualquer outro grupo etário, está sujeito a dois síndromes importantes que são: a polipatologia, devido à deterioração de órgãos com a resultante multiplicidade de doenças próprias da velhice, como a osteoporose, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, alterações cerebrais arteroscleróticas, entre outras e a polimedicação, uma vez que os idosos consomem maior quantidade de medicamentos e por vezes em número muito elevado, nomeadamente medicamentos de venda livre tais como analgésicos, laxantes, anti-histamínicos e antiácidos.

Berger (1995) e Bee (1997), referem que é nos lares de terceira idade, que se verifica um alto consumo de medicamentos, especialmente de fármacos psicoativos. A corroborar esta ideia temos o estudo de Almeida e Machado (2002), que veio confirmar o elevado consumo de medicamentos por pessoas institucionalizadas em lares e a existência de relação entre o consumo de medicamentos e a sua percepção de saúde e

bem-estar, comprovando-se uma ligeira tendência para a diminuição do consumo de medicamentos quando aumentava a perceção de saúde e bem-estar dos idosos.

No entanto, os dois síndromes referidos anteriormente são situações agravantes de um quadro clínico de demência que segundo Dias (2002), podem desencadear as mais variadas alterações de comportamento, devido a pequenas atitudes, como a institucionalização, a mudança de posição de objetos pessoais ou a mudança do prestador de cuidados.

A depressão segundo Lebowitz (1999) citado por Fernandes (2002), é também um dos traços mais frequentes atribuído às pessoas idosas, nomeadamente porque, persiste a noção estereotipada que a vivência das pessoas idosas está necessariamente constringida pela doença, por condicionantes económicas e sociais e, como tal a depressão será uma consequência normal do envelhecimento. No entanto, para Barreto (1984), as depressões nas pessoas idosas são geralmente do tipo funcional, ou seja não são pródromos nem resultantes de doenças degenerativa senil ou cerebrovascular.

Segundo Marques et al. (1989), citados por Fernandes (2002), são três os fatores responsáveis que em termos etiológicos, podem eclodir na depressão dos idosos: os fatores genéticos, os fatores orgânicos e os fatores ambientais. Em relação aos fatores genéticos estes são predisponentes para a depressão em idades tardias e as suas manifestações têm vindo a aumentar de geração em geração. Como exemplo de fatores orgânicos, podemos referir a existência de uma grande diversidade de afeções orgânicas que se podem manifestar em sintomas, salientando-nos as alterações senis e arteroscleróticas e os acidentes vasculares cerebrais.

Por fim quanto aos fatores ambientais, temos todas as situações traumáticas que deparam à pessoa idosa relacionadas com as condições do meio (profissional, social ou familiar), sendo as mais importantes: o isolamento e falta de convívio social; a ausência de trabalho, com conseqüente imobilidade; a saída dos filhos da casa paterna, ou síndrome do “ninho vazio”; a morte do conjuge ou parentes; a noção de desvalorização social e profissional; a noção de “fardo”, para a família e as perdas físicas, mentais e sociais da própria pessoa idosa.

Aos problemas referidos anteriormente, podemos acrescentar outros aspetos também característicos e frequentes nos idosos que segundo o autor referido anteriormente, são (Fernandes, 2002):

▪ **As quedas**, devido ao desconhecimento do ambiente, e pela desorientação resultante da institucionalização, da própria doença e dos medicamentos. São dos acontecimentos mais perigosos para os idosos e podem precipitar muitas complicações incapacitantes, resultando em perda de independência.

▪ **A desnutrição**, devido a causas múltiplas como problemas psicológicos, isolamento social, limitações físicas, falta de instalações, falta de transportes, abuso de álcool e drogas, alterações digestivas, doenças crónicas e terminais e hipermetabolismo das doenças;

▪ **As perturbações mentais**, como a depressão, ansiedade ou agitação consequentes da desintegração do seu meio social e pela perda das suas referências. Por exemplo, quantas vezes o idoso institucionalizado fica desprovido do contacto com os seus objetos pessoais, a higiene pessoal passa a ser realizada na casa de banho sem privacidade, e quantas vezes efetuada por pessoas pouco conhecidas, sem carinho e sem os “jeitos” a que está habituado e ainda a imobilidade criada pelo maior isolamento no seu quarto do lar, levando a problemas ósseos e metabólicos e ao aumento da depressão e da ansiedade.

▪ **A infeção**, que é frequente, sendo a sua gravidade maior nos idosos internados em instituições de terceira idade, do que nos domicílios, nomeadamente a respiração e a urinária;

▪ **As úlceras de pressão**, que surgem num idoso habitualmente acamado e após doença incapacitante, em instituições e no domicílio. Devido a infeção, caquexia e doença cuja evolução é inevitavelmente para a morte;

▪ **A dor**, é um sintoma muito frequente em idosos nomeadamente doentes, e a sua origem pode ser neuropática, um sintoma apelativo ou ainda psicogénica, no contexto de uma depressão, de ansiedade ou de quadros fóbicos;

▪ **A morte**, que é uma consequência frequente quando institucionalizamos o idoso, devido à iatrogenia decorrente da patologia e da institucionalização. Pois, quantas vezes os idosos entram pelo seu pé, ainda lúcidos e o seu estado geral começa a deteriorar-se e acabam por morrer.

Bee (1997), por sua vez refere que, em relação à morte, na velhice as pessoas pensam nela e falam mais sobre ela do que as de qualquer outra faixa etária, sendo portanto esta muito relevante para a pessoa idosa. No entanto, aparentemente a morte é menos assustadora do que na meia-idade, talvez porque a maioria dos indivíduos diante

da inevitabilidade, “chegam a um acordo com ela”. Os adultos mais velhos estão mais inclinados a temer o período de incerteza antes da morte do que a morte em si. Eles ficam ansiosos sobre onde podem morar, sobre quem cuidará deles, se serão capazes ou não de enfrentar a perda de controlo e independência que pode acontecer nos últimos meses ou anos de vida.

Além dos problemas físicos próprios da velhice, parafraseando Frutuoso et al. (1990), a velhice também se situa no campo psicológico da pessoa e manifesta-se, na prática através da viragem para o passado, que se recorda com nostalgia. Segundo Erikson (1972), é o coroar de toda a sequência de experiências dos anteriores estádios de vida, e traz consigo a integridade existencial, construída estágio a estágio, num processo epigenético (a pessoa luta não apenas com as próprias de cada estágio, mas, está também empenhado em reexperimentar as tensões que não foram adequadamente integradas e a antecipar as tensões que estão para vir). Segundo o mesmo autor a pessoa na velhice tem de optar entre a integridade do “eu” e o “desespero”, sendo a ocasião do balanço, da atribuição de um significado sobre a vida passada, da aceitação de si e do fim último.

Estas mudanças ocorridas no idoso podem despertar dois tipos de angústias que, segundo Matos (2002), são as persecutórias, pelo desconhecido e as depressivas, ligadas às perdas que vão acontecendo associadas ao medo do eu e à perda de identidade.

Em relação às perdas sentidas na velhice, segundo Goués (1991), citado por Matos (2002), são de três tipos:

1. **A perda do objeto** – que designa o desaparecimento de pessoas queridas mentalmente e realça as características da pessoa desaparecida.
2. **A perda de funções** – que registam a um nível pulsional, e em que a energia diminui e a atividade mental torna-se debilitada; é uma experiência em termos psicodinâmicos, que realça o processo de castração. Envolve uma forte componente narcisista.
3. **As perdas de si** – que designa a capacidade de elaboração do trabalho sobre a expectativa da sua própria morte; surge a depressão nesta fase, como preparação para a partida, que corresponde à perda progressiva da sua própria vida.

A corroborar estas ideias, Pimentel (2001) refere que quando surge a velhice, as situações de perda são marcantes na trajetória do idoso, podendo estas serem sentidas a vários níveis, que podem ser:

- **a nível físico**, (debilidade do estado de saúde, perdas de forças, alterações na aparência);
- **a nível psicológico**, (falta de memória, lesões cerebrais);
- **a nível económico**, (diminuição do rendimento, perda de bens);
- **a nível social**, (alterações no prestígio e no estatuto);
- **a nível interpessoal**, (morte de familiares e amigos);
- **e a nível sexual**, (diminuição da reação à estimulação e menor desempenho).

Assim, as perdas físicas (fraqueza muscular, marcha insegura, alteração do equilíbrio e diminuição da visão e audição), a perda do prestígio social (reforma, realojamento especialmente em lares) e o desaparecimento real de pessoas significativas (conjugue ou de um amigo chegado) podem alterar o estatuto social e financeiro, a amizade, a saúde física, a autoconfiança e a autoestima dos idosos.

Para diminuir no idoso os efeitos das perdas, mudanças e da depressão, é imprescindível segundo Bolander, citado in Sorensen e Luckumann (1998), favorecer a manutenção das amizades e relações familiares, ter alguém como confidente e apoio.

O idoso tem também que ultrapassar os limites físicos e desenvolver novos objetivos pessoais, a fim de conseguir adaptar-se às novas situações, continuar a viver e conservar a sua autoestima.

Alguns dos objetivos que devem ser estabelecidos, de forma a ajudar o idoso a ter uma sensação de realização e bem-estar, são:

- Criar um clima de confiança e segurança emocional encorajando a pessoa idosa a conservar uma imagem positiva de si própria e a ter resposta emocional apropriada;
- Ajudar a pessoa idosa a acreditar nos seus próprios recursos pessoais;
- a responder de maneira adequada, com respeito, objetividade, clareza e sem exageros;
- Saber quais as suas preferências, pedir as suas opiniões e incentivar o idoso a fazer escolhas;
- Evitar tomar decisões por ele, uma vez que provoca uma perda a autoestima, dependência e depressão;

- Encorajar a recordar o passado, pois permite manter o contacto com a sua vivência, a valorizar-se e sentir-se útil e importante.

1.3 Autonomia / Dependência / Independência do idoso e qualidade de vida

O declínio funcional que ocorre ao longo da vida, particularmente após os 30-40 anos, é influenciado por vários fatores sejam físicos e ou orgânicos, pela constituição genética individual, hábitos de vida, ambiente onde se vive, condições educacionais e sócio-económicas e também pelas relações familiares. Ser adulto e envelhecer sem incapacidades, preservando a autonomia seria o ideal. No entanto cada vez mais o idoso é visto como um incapacitado o que significa ser dependente, que necessita de cuidados ou atenção de média a longa duração (Duarte & Diogo, 2000).

A autonomia e a dependência são conceitos que vêm sendo mais amplamente discutidos pelos profissionais de saúde que cuidam das pessoas. Segundo Fernandes (2002, p. 42), a autonomia é “o comportamento da pessoa em relação a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adotado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes”. O termo de autonomia pode-se confundir com independência “autogoverno que se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões (Duarte e Diogo, 2000, p. 62).

A autonomia entendida como a capacidade individual para a realização da vontade própria, torna-se segundo a mesma autora uma “aproximação” aceitável de saúde. Por outras palavras, podemos definir autonomia como a capacidade que a pessoa tem de decisão, comando e independência em realizar algo com os seus próprios meios. Ainda, o facto de ser capaz de estabelecer e seguir as suas próprias regras e construir o seu próprio caminho de vida. De um modo geral, podemos referir que a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma (Santos, 2002).

Quanto à independência e dependência, têm sido consideradas como “estados”, estando a sua existência relacionada a algo ou alguém, ou seja, é dependente ou independente de “algo” ou de “alguém”, para realizar determinada tarefa. No caso do idoso, o facto deste não poder efetuar sem ajuda as principais atividades de vida, quer sejam físicas, psicológicas, sociais ou económicas, torna-o dependente. Para Fernandes (2002, p. 50), a dependência no idoso surge mais frequentemente face a obstáculos que o impedem de satisfazer as suas necessidades como:

- “Falta de apoio e afeto familiar;
- Isolamento e solidão devido à perda de familiares e amigos significativos;
- A inatividade proveniente da reforma ou perda de forças, levando à diminuição dos rendimentos económicos;
- A passividade, porque não tem compromissos”.

Assim, os idosos dependentes, vulneráveis, isolados, pobres, que vivem afastados da família e dos que lhe são próximos ou que estão internados em “lares de terceira idade” por não terem outra alternativa, podem constituir um grupo de risco para o desequilíbrio fisiológico e emocional.

Em relação ao conceito de independência, referenciado por Fernandes (2002, p. 49), “significa alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de ações adequadas que a pessoa realiza por si mesma, sem ajuda de outra pessoa”. Por outras palavras, podemos definir a independência como, o estado de quem, ou do que tem, liberdade ou autonomia, de quem se basta e recorre aos seus próprios meios.

Porém Fernandes (2002, p. 51), é da opinião que os conceitos de independência e autonomia, podem demonstrar diferentes combinações, que podem acontecer ao idoso, que são:

- **“Dependente e autónomo**, ou seja pode ter necessidade de ajuda para realizar as atividades de vida, o que lhe provoca dependência, mas manter a autonomia, porque decide o seu modo de vida.
- **Dependente e não autónomo**
- **Autónomo e independente**
- **Independente e não autónomo**, esta perda de autonomia acontece quando o idoso é interdito de escolher as regras do seu comportamento, não por uma situação de dependência, mas porque lhe é negada a possibilidade de fazer a escolha das regras das suas atividades, não por incapacidade, mas porque se encontra inserido numa instituição, onde a pessoa não dependente, perde parcial ou totalmente a sua autonomia”.

Neste sentido, ter autonomia e independência são metas na vida da maioria das pessoas, principalmente quando interrogadas quanto às expectativas no envelhecer. Na velhice ou em situações onde é posto um limite funcional, a independência para realizar

atividades é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza física, emocional e social.

É preciso compreender que o encadeamento dos conceitos de independência, autonomia e dependência parecem ter um caráter linear. No entanto, pode-se inferir que uma doença ocorra sem maiores complicações e que a incapacidade e a desvantagem podem ocorrer na ausência de uma doença. O contrário pode acontecer, ou melhor, outras situações como deficiência sem incapacidade e desvantagem.

Muitas vezes em substituição ao termo incapacidade, os profissionais de saúde valem-se dos termos dependência funcional. A incapacidade é a restrição na execução de uma atividade. Podendo ser compensada com o uso de artefactos ou adaptações, conforme o grau funcional da deficiência apresentada pela pessoa.

Para Fernandes (2002), Rodrigues e Soares (2006) e Cruz (2011) antes que a dependência no idoso se instale, devem-se desenvolver estratégias de forma a dar respostas a esta dependência, para que se preserve ao máximo a independência do idoso. Sendo segundo o mesmo autor os meios para desenvolver ou restabelecer a autonomia no idoso, a organização social global, que inclui a formação, ação educativa, organização do trabalho e o acesso à cultura.

Em consonância com a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens Handicap (1989), a qual contempla a pessoa em toda a sua plenitude, é necessário compreender e divulgar que não basta sobreviver, desejar a vida, mas sim, a qualidade de vida que terá e com quem a terá (família), reconhecendo os limites e as potencialidades do idoso.

A visão negativa da velhice é uma componente importante da nossa cultura, num dos trabalhos sobre os estereótipos associados à idade (Simões, 1985), verificou-se a grande maioria dos participantes estavam de acordo em que a velhice é o inverno da vida.

George e Bearon (citados por Simões et al., 2000, p. 244), afirmam que a qualidade de vida inclui as condições de vida e a experiência de vida. Esta última é o que constitui, propriamente, o domínio do bem-estar subjetivo, ao passo que as condições de vida dizem respeito ao conjunto de fatores sociodemográficos suscetíveis de influenciar o modo como os indivíduos experienciam a sua vida.

Tendo isto presente, pode definir-se o **O bem-estar subjetivo como** "uma reação avaliativa das pessoas à sua própria vida – quer em termos da satisfação com a

mesma (avaliação cognitiva) quer em termos de afetividade (reações estáveis)” (Diener e Diener, 1995, p. 653). Se às condições subjetivas, que constituem o bem-estar subjetivo, juntarmos as condições objetivas, tais como os recursos materiais ou a saúde, teremos, como dissemos, os dois ingredientes da qualidade de vida (Bury e Holme, 1991).

Enquanto as noções de bem-estar subjetivo e qualidade de vida só parcialmente se sobrepõem, as de BES e felicidade tendem a ser usadas como sinónimos. Se alguma distinção houvesse de ser feita, seria no sentido de limitar o conceito de felicidade às dimensões positivas (ou seja, da afetividade positiva, ou PA) sobre as emoções negativas (ou seja, da afetividade negativa, ou NA).

1.4 Família, Trocas intergeracionais e Solidariedade Formal

A família é o lugar primordial das trocas intergeracionais. O alongamento da vida e a colongevidade das gerações que daí resulta, a diminuição da fecundidade e a duração da procriação produziram novas estruturas de parentela e uma nova matriz latente de inter-relações das quais apenas uma parte é efetivamente ativada. Aumenta o número de famílias trigeracionais, com desenvolvimento e reforço do topo, chegando a haver mais avós do que netos. Esta estrutura familiar multigeracional implica, não somente uma maior longevidade, mas também fracas distâncias geracionais. Para Regateiro (2005), a estrutura familiar continua, assumir um papel importante nas funções, nas responsabilidades, no exercício da autoridade e na tomada de decisões, na autonomização, nos hábitos, das tradições e das crenças (Regateiro, 2005).

Portugal é dos países da UE, juntamente com Espanha e Grécia, onde se registam menores proporções de idosos que residem sós, apesar de este indicador ter evoluído. A título de comparação é de referir o caso extremo dos países nórdicos, como a Finlândia e a Dinamarca onde, aproximadamente, 40% dos idosos residem sós.

As solidariedades intergeracionais, área de conhecimentos que deve a sua relevância aos trabalhos empíricos de Louis Roussel (1976), Agnés Pitrou (1977), Catherine Bonvalet (1991), Kellerhals (1987, 1988), entre outros, vieram restituir a parentela à família (Pires, 2010). As investigações mais recentes (Pires, 2010; Ramos, 2005, Attias-Donfut, 1995) têm demonstrado que as trocas e os laços que unem os membros foram sendo, recentemente, redescobertos, após um período em que, de algum modo, estiveram ausentes na maior parte dos trabalhos baseados nas teses de

nuclearização da família, isto é, com a suposição de que os laços com a família de origem haviam sido rompidos com a industrialização. Estes estudos empíricos vieram mostrar até que ponto a ideia da família/grupo doméstico, fechado sobre si próprio, isolado da restante parentela, correspondia mais a uma radicalização excessiva da tese de Parsons sobre a diferenciação social, do que à realidade.

Recentemente, numerosos estudos têm revelado a importância e a diversidade das trocas entre pais idosos, os seus filhos adultos e os netos (Pires, 2010, Leite, 2003, Attias-Donfut, 1995). As transmissões económicas e monetárias ocorrem, principalmente, em sentido descendente, de avós para netos e de pais idosos para os seus filhos adultos, ainda que os rendimentos dos primeiros sejam, em muitos casos, inferiores. Não sucede o mesmo quanto a serviços prestados, cuja circulação se processa generalizadamente nos dois sentidos. Entre as gerações extremas as trocas são menos frequentes, mas continuam a ser apreciáveis e vão normalmente dos jovens para os mais velhos (Attias-Donfut, 1995).

Mas como se processa este circuito de dádivas e retribuições (o *don* e o *contre-don*, na aceção de Marcel Mauss), como são identificados pelos diretamente interessados? Segundo Claudine Attias-Donfut (1995), a identificação da presença de um *don* na relação implica várias operações mentais que remetem para a necessidade de abstrair da relação e referenciá-lo enquanto elemento distinto. Quando as trocas não se inscrevem em rituais simbólicos, como acontece com os presentes de Natal ou de aniversário, mas ocorrem na normalidade da vida quotidiana, a dádiva dificilmente é apercebida igualmente por quem dá e quem recebe. E mais difícil é esta perceção quando não se trata de dádivas materializadas em objetos mas apenas de uma ajuda ou um pequeno serviço. Para a mesma autora, as pessoas idosas que hoje usufruem uma reforma confortável apoiam material e financeiramente os seus filhos e netos e recebem destes ajudas sob a forma de serviços.

Os tipos de ajuda que se desencadeiam entre os membros da família, quer provenham da geração intermédia para os seus pais idosos, ou dos pais mais velhos para os filhos, têm normalmente origem no reconhecimento de uma necessidade. Esta entreajuda intergeracional tem características multiformes e desiguais ao longo do ciclo de vida familiar. Segundo Attias-Donfut (1998), seguem as seguintes motivações:

- a *lógica das necessidades*: as ajudas são orientadas em direção aos membros da família que se deparam com dificuldades;

- o *laço de reciprocidade*: as ajudas representam a liquidação de uma dívida resultante de uma dádiva recebida anteriormente;
- a *complementaridade* com as ajudas públicas: as prestações sociais estimulam a entreajuda familiar.

Mas as trocas intergeracionais, fruto da solidariedade familiar, não ocorrem igualmente entre os membros da família. Segundo Kellerhals (1988), a densidade média de ativação da rede de entreajuda não ultrapassa os 25% dos membros da família e constitui-se como uma espécie de carapaça em torno da família nuclear. Esta rede é estruturada em linha vertical, isto é, entre pais e filhos, situando-se, preferencialmente, na linhagem matrilateral.

Num estudo realizado em Portugal por Gil (1998), sobre o circuito das trocas entre pais idosos, em relação de dependência com instituições, e os seus filhos adultos, é posto a descoberto o predomínio dos afetos e dos bens materiais que circulavam dos pais para os seus filhos adultos e, em sentido contrário, o predomínio de cuidados instrumentais e de acompanhamento, maioritariamente protagonizados pela componente feminina do grupo familiar. Segundo a autora, esta "presença feminina caracteriza-se por ser muito mais contínua e regular, traduzida por serviços, bens e suportes materiais" (Gil, 1999: 106). Apesar das alterações estruturais dos últimos anos, que colocaram as mulheres na senda da vida pública, elas continuam a garantir o apoio familiar que antes lhes havia sido destinado ao mesmo tempo que concorrem a uma atividade profissional.

As trocas intergeracionais continuam a ser um aspeto primordial das relações familiares nas sociedades modernas e pós-modernas. O conteúdo e a intensidade, o sentido dos fluxos são alguns dos aspetos a considerar na reconstituição das relações entre as gerações. De modo geral, as trocas concretizam-se em torno do domínio afetivo, da ajuda doméstica e financeira, da guarda das crianças e dos cuidados gerais em caso de doença ou incapacidade.

A estrutura das relações familiares tem sido perturbada pelo aumento de ruturas matrimoniais e de novas conjugalidades. Estas alterações produzem descontinuidades, incertezas e indefinições nas idades da vida e nos ciclos de vida familiares. A família, redefinida num enquadramento mais vasto apresenta-se mais facilmente numa grande diversidade de formas de parentesco. As ruturas matrimoniais e as novas conjugalidades vieram criar as condições para uma reestruturação das relações, mais aberta, e com maior peso de imprevisibilidade. Para certas ideologias mais conservadoras, estas

transformações representam uma *crise da família*, de um modelo de família nuclear e monolítica (Carvalho, 2006).

Ao contrário de uma certa visão parcial, partilhada pelos agentes sociais que se ocupam da velhice, a denominada "crise da família" não destruiu o capital de afetividade, fonte de entreajuda entre pais e filhos que se relacionam agora de modo diferente daquele que conhecemos nas sociedades tradicionais. A velhice adquiriu maior visibilidade com o aumento absoluto e relativo do número de idosos e o prolongamento da terceira fase do ciclo de vida. Aumentou também o número e a frequência de casos problemáticos de isolamento e abandono que constituem um campo vasto de intervenção dos agentes sociais. A "culpa da família" é a razão fácil a que se acomoda o agente social para justificar a existência do problema. O sentimento de culpabilização que daí decorre, especialmente para as mulheres, filhas ou noras, sempre potenciais cuidadoras, não é desejável nem profícuo para a resolução do problema. É necessário conhecer melhor os modos de solidariedade, os tipos de entreajuda, as trocas entre as várias gerações, de modo a avaliar as potencialidades das solidariedades familiares (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006).

Em contrapartida, a solidariedade pública, formal, que está na base dos mecanismos de proteção social, confronta-se com dificuldades em responder à intensificação e diversidade dos problemas que decorrem da dependência na velhice. Neste caso, o laço que une as solidariedades familiares e as políticas sociais é evidente. Não existe uma solução única e definitiva dos problemas, e a intervenção profissional dos agentes sociais é diferente das ajudas que podem dispensar as famílias. Não só a solidariedade familiar intervém num registo diferente do dos serviços públicos e profissionais, como a entreajuda, movida pelo sentimento de afeto e obrigação, e a ação que desenvolve, é caracterizada por maior flexibilidade e adaptabilidade, ao contrário das intervenções públicas (Martin, 1995).

No cenário de envelhecimento futuro, é importante que as instâncias produtoras de políticas sociais se preparem para as transformações que começaram a ter lugar. Os apoios de tipo social que têm marcado as políticas na maior parte dos países em que foram implementadas, como os centros de dia e os apoios domiciliários, poderão deixar de ser a orientação essencial das políticas nas futuras gerações de idosos. A velhice dependente vai ser o grande desafio já no início do milénio. Em contrapartida, as próximas gerações virão mais bem munidas para responder às dificuldades materiais e

culturais, com maior sentido de autonomia e uma mais poderosa consciência de cidadania, promotora de maior capacidade de resolução dos problemas individuais e mesmo coletivos.

As políticas sociais vão ainda deparar-se com as dificuldades de gestão social do não trabalho, transferindo para outras áreas alguns dos problemas que eram atribuídos apenas aos idosos e aos deficientes. O desemprego prolongado, associado à saída antecipada do ciclo de vida laboral, origina um mercado potencial de indivíduos carenciados, que irá provavelmente mobilizar grande parte dos recursos sociais que já não são absorvidos pelos idosos enquanto potenciais beneficiários. Segundo Robert Castel (1995), a crise de futuro, que já se iniciou, é uma crise que vem do centro como uma onda de choque que atravessa a estrutura social. Caminhamos para uma desestabilização dos estáveis, dos trabalhadores qualificados que se podem tornar precários. A fragilidade social, o risco de exclusão, atravessa toda a sociedade, através da perda de centralidade do trabalho e da degradação da condição salarial.

2 Gerontotecnologia

A palavra Gerontotecnologia surgiu da contração de Gerontologia + Tecnologia. Gerontotecnologia é definido como o estudo do processo e necessidades provenientes do envelhecimento buscando soluções da tecnologia para melhorar a vida diária dos idosos (Bouma,1992) tanto doméstica como nos ambientes de trabalho e também adaptar o auxílio médico para os idosos e seus cuidadores (Vercruyssen et al., 1996, Fontaine, 2000).

A Gerontologia é o estudo científico do processo de envelhecimento e dos problemas especiais relacionados ao envelhecimento, abarcando todos os aspetos fisiológicos, sociais e psicológicos da velhice, não se focando na idade cronológica mas na idade em que as mudanças começam a aparecer, o processo que ocasionou essas mudanças, com certeza, teve início muito tempo antes. A natureza interdisciplinar da gerontologia implica um processo reflexivo, consciente, que envolve relações entre os profissionais e destes com o idoso e seus familiares (Camacho, 2002). Por outro lado a tecnologia pesquisa o desenvolvimento de várias técnicas e produtos adequados aos idosos. Assim, a Gerontotecnologia (Graafmans e Brower,1980) surge da interação multidisciplinar e interdisciplinar de vários ramos da ciência, dirigida a um único público-alvo: os idosos.

A Gerontotecnologia pode contribuir para um envelhecimento bem sucedido, porque, bem utilizada pode (Vercruyssen et al., 1996):

- Contribuir para a prevenção de doenças diretamente ligadas ao envelhecimento, nomeadamente na perda de força, resistência e outras capacidades físicas e mentais.
- Ajudar os idosos na procura e concretização de novos papéis sociais e realizações pessoais, ao nível do emprego, lazer e dia a dia.
- Compensar o declínio das capacidades que se vão perdendo com a idade.
- Ser uma importante ajuda, no apoio técnico para os cuidadores das pessoas mais idosas.
- Contribuir para a pesquisa na área do envelhecimento. Em muitos estudos, o ambiente tecnológico e as opções tecnológicas dos idosos, ainda não são tidas como fator a considerar.

O processo de produção e de consumo das tecnologias é um processo social. Como tal, está condicionado pela estrutura social envolvente. Quase sempre, este processo é condicionado por necessidades económicas, culturais, sociais e políticas. A tecnologia avança com ritmos variados, segundo o tempo e o local onde é praticada. Apesar de, em termos políticos, seja proclamada a universalidade no acesso e utilização das tecnologias, na prática a sua utilização está condicionada, por fatores económicos, de educação e idade do utilizador.

Tendencialmente assiste-se a uma maior disseminação e inclusão. O esforço de inclusão, para que seja efetivo, não deverá ser feito apenas, numa perspetiva económica, mas e sobretudo, dirigido à produção de tecnologias com um design inclusivo, i.e adaptado às necessidades e particularidades das pessoas idosas.

Para além do esforço que a indústria de produção tecnológica, será ainda necessário um esforço social para mudança de mentalidade e desmistificação quanto à utilidade e dificuldade de utilização de apetrechos tecnológicos. Aprender a usar os recursos tecnológicos é uma questão de vontade e não idade. A colaboração de engenheiros e geriatras, o apoio e os cuidados domiciliários podem utilizar equipamentos especialmente concebidos para a prossecução de tal fim: desde a assistência destinada às atividades diárias (AD) ao mobiliário, e ainda passando pela que é dispensada às unidades desportivas, aos cuidados médicos e hospitalares, aos cuidados intensivos e destes à reabilitação.

2.1 Redes de solidariedade

Uri Ruevey (citado por Jean – Luc Lacroix, 1990, p.82) entende a Rede como “todo o “patten” ou sistema que se interliga; é um instrumento de ligação, um sistema de comunicação, um instrumento de suporte”. Afirma que a Rede “é um sistema, na medida em que é feito de interdependência, de movimento, de ligações e de estruturas entrelaçadas”. É, na sua opinião “constituída por um grupo de pessoas que mantêm um laço importante nas suas vidas (família, amigos, vizinhos ou outras pessoas da coletividade com os quais interagem)”.

Lacroix (1990, p.82), refere que “estudos, cada vez mais numerosos, indicam a importância de uma estrutura de suporte social na nossa vida quotidiana, particularmente durante os períodos de crise. Estes estudos indicam-nos que a solução de uma crise depende largamente da mobilização de recursos comunitários e dos sistemas de suporte familiar”.

Este autor tende a demonstrar que em situações de crise e, especialmente no plano emocional, uma mobilização eficaz das redes de suporte pode ser bastante útil à resolução da crise. As nossas vidas, o nosso bem-estar e a nossa aptidão para funcionar numa base quotidiana, dependem da qualidade e da adequação dos nossos sistemas de suporte social e assentam nas nossas capacidades em mobilizar estes sistemas, particularmente em momentos de crise.

Koplan e Jones (citado por Jean – Luc Lacroix, 1990), admitem que a nossa capacidade de manejar situações de crise ao longo da vida, depende da eficácia das nossas estruturas de suporte. No caso particular das pessoas idosas, a maioria dos estudos é unânime em considerar que esta última etapa do ciclo vital é fortemente marcada por acontecimentos que provocam momentos de crise (morte do cônjuge, perda ou diminuição das capacidades físicas e psíquicas, perda de autonomia, isolamento, etc.). Todos esses fatores exigem ao idoso uma adaptação face a uma nova situação de vida. Contudo, esta adaptação nem sempre é fácil de ser conseguida dado se tratar de uma população vulnerável.

Para que esta adaptação seja facilitada, assume primordial importância as redes sociais de apoio, uma vez que estas ajudam a pessoa idosa a diminuir ou evitar os seus momentos de crise, permitindo deste modo, contribuir para o seu bem-estar. Segundo, Paúl (1997), podemos dividir as redes de apoio aos idosos em dois grupos principais:

- **Redes de apoio formal**: incluem as Instituições de apoio à terceira idade que prestam serviços ao nível de Lar, Centro de Dia, Apoio Domiciliário e Centro de Convívio.
- **Redes de apoio informal**: estas podem subdividir-se em dois grupos: as constituídas pela família dos próprios idosos e as constituídas pelo grupo de amigos e vizinhos.

Os dois tipos de redes de apoio podem prestar aos seus idosos, basicamente dois tipos de apoio (Paul, 1997; Sequeira, 2007):

- o apoio psicológico, ligado à satisfação de vida e bem-estar psicológico e emocional
- e, apoio instrumental, ligado à ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais, perda de autonomia, etc...

As transformações sócio-económicas e culturais têm vindo a ocorrer no seio das nossas sociedades atuais, têm vindo a alterar, conseqüentemente, as suas estruturas intermédias, como a família e comunidade. Portanto, o conjunto destes fatores tem vindo a influenciar o crescente recurso as redes de apoio formal às instituições, nomeadamente públicas e I.P.S.S.'s.

Assim, o idoso de ontem tinha um papel preponderante na estrutura social, ele era considerado um depósito de sabedoria e cultura. Para além da autoridade familiar era o transmissor de usos e costumes de geração em geração, mesmo depois de abandonar a sua atividade profissional, que mantinha quase até ao fim da vida, continuava a gozar de um elevado “status social”. Hoje em dia envelhecer deixa de ser um problema pessoal ou familiar para passar a ser um problema social.

2.2 Impacto das Redes de solidariedade Informais

2.2.1 A família

A família tem sido ao longo dos tempos um espaço de socialização e de suporte emocional bastante significativo para os seus elementos. É o núcleo central do desenvolvimento ético, afetivo e cognitivo, onde é proporcionado aos seus membros um contexto de socialização conducente à construção de uma existência própria. É um espaço privilegiado de construção social da realidade em que, através da relação entre os seus membros, os factos do quotidiano individual recebem o seu significado (Simionato e Oliveira, 2003).

A investigação tem realçado a importância que as redes informais têm vindo a assumir no contexto da dependência em idades avançadas, em grande parte devido à congregação de factores demográficos, políticos e sociais (Schneider et al., 1999; Martín, Paúl & Roncon, 2000;; Garrett, 2005; Melo, 2005; Lage, 2005; Martín, 2005; Ribeiro, 2005; Sotto Mayor et al., 2006; Sequeira, 2007). A família, sobretudo para a população idosa, constitui um recurso de impacto fundamental a ser acionado. Vai contribuir para satisfazer a necessidade de pertença significava para a identidade da população idosa, no momento de crise, reativando suportes afetivos ou simplesmente proporcionando apoio e ajuda necessárias, numa altura em que há agravamento de vulnerabilidade (Sotto Mayor et al., 2006; Sequeira, 2007).

A família continua, assim a assumir um papel muito importante na vida dos indivíduos mais idosos, pois no entender de Pimentel (2000), funciona ao nível normativo como um quadro de referência. Segundo esta autora, a família é vista como um elemento estável numa sociedade em mutação, transmite normas de conduta que facilitam a integração no meio; garantem um suporte moral em situações críticas, geram estabilidade emocional e criam um sentimento de pertença; e, garantem a realização de serviços.

Neste sentido, é no seio da família que se procura a satisfação das necessidades materiais e afetivas básicas. Contudo, hoje em dia, dado todo um conjunto de fatores ligados aos fenómenos de industrialização – urbanização, bem como, às próprias modificações de cariz social, muitas das funções que, anteriormente eram da “responsabilidade” da família perderam-se e/ou simplesmente sofreram modificações.

É inequívoco, que no contexto das sociedades (pós) modernas as famílias têm revelado novas características, disposições, atitudes e essas alterações têm induzido a novos comportamentos face ao apoio na velhice, sendo atualmente um dos fatores de maior pressão para a necessidade de repensar o lugar que o idoso ocupa no seu seio.

A respeito Fernando Maia (1993), diz-nos que o modelo dominante da família tradicional tem sofrido varias alterações com a crescente entrada da mulher no mercado de trabalho. Na família tradicional o homem tinha a responsabilidade de prover, o sustento da família, e a mulher as tarefas da vida doméstica e cuidadora dos filhos e dos familiares idosos. Nos dias de hoje os papéis dentro da família divergem, e lentamente deu-se o desaparecimento progressivo da família tradicional surgindo a família nuclear. Segundo Vasconcelos (2002) a responsabilidade feminina pela construção e reprodução

das entreatadas familiares, como as “praticantes da solidariedade”, apesar de inevitável pelas mudanças sociais, perpetua a culpabilização das mulheres pelo descomprometimento familiar na prestação de cuidados.

O crescimento vertiginoso da mobilidade populacional eliminou a interação e a convivência entre pais e filhos e avós e netos, aumentando a distância física entre os membros de cada família (Nazareth, 1982). A família apesar de se manter como um meio de contactos e interações, tem cada vez mais dificuldade em assegurar satisfatoriamente as funções de apoio aos seus idosos, que lhes estavam tradicionalmente atribuídas. A estrutura da família, funções e papéis a serem alterados/transformados, o que faz com que a prestação das necessidades aos seus idosos a nível físico (alimentação, higiene), psíquico (autoestima, afeto) e social (identificação, relação) não possa ser totalmente cumprida.

Segundo Pimentel e Albuquerque (2010, p.254) a revalorização da solidariedade informal

“só pode compreender-se no quadro das mutações profundas nos mecanismos de proteção e na lógica inerente ao sistema de bem-estar atual. A diversificação e complexidade dos riscos na sociedade contemporânea, as transformações na esfera do trabalho e do tempo livre, a necessidade e exigência de participação e iniciativa por parte dos cidadãos, sob uma ótica de maior responsabilidade e implicação na construção do bem-estar individual e coletivo abriram, na verdade, novas potencialidades subjacentes ao terceiro setor, e, em particular, ao incremento das solidariedades informais”.

De salientar que estas instituições formais de solidariedade não pretendem, de modo algum substituir o papel da família, mas sim serem um complemento a esse mesmo papel. Isto supõe que deve existir articulação efetiva entre os vários serviços prestados pela Instituição e a família, de modo, a que haja uma resposta, a mais adequada possível às necessidades do idoso. “As famílias que cuidam dos seus elementos mais velhos têm cada vez mais recursos à sua disposição, podendo contar com apoios formais mais ou menos abrangentes e regulares. Os mais conhecidos e utilizados são os que asseguram o desempenho de tarefas específicas do quotidiano do idoso, como a higiene, alimentação, mobilização, cuidados de enfermagem, entre outros. Contudo, vai sendo dada cada vez mais atenção às necessidades dos cuidadores

e começam a surgir serviços que visam promover o seu bem-estar e atenuar o desgaste provocado pelas funções que desempenham.” (Pimentel e Albuquerque (2010, p.261).

“A sustentabilidade do idoso (...) em contexto familiar é assegurada pela rede social e pelo apoio social, que se interligam e cooperam no trabalho de parceria (Araújo, Paul e Martins, 2010. p.47). Pressupõe-se, então, uma co-responsabilização entre agentes formais e agentes informais, uma vez que a filosofia de base apela à complementaridade e não à substituição. Até porque a família continua a ter um papel importantíssimo no que diz respeito ao apoio instrumental que pode prestar aos seus idosos.

2.2.2 A comunidade

A família é a principal fonte de apoio aos idosos ao nível social, funcional, económico afectivo. Segundo Ayéndez (1994), é igualmente importante como rede de apoio informal a comunidade, surgindo desta forma o apoio de amigos e vizinhos. Uma vez que o envelhecimento afecta todos e como seres sociais, surgem as respostas de interajuda, e organização nas respostas aos problemas do envelhecimento.

A comunidade (redes de vizinhança) desempenha um importante e fundamental papel face à perda de estatuto do idoso, ou seja, perante a perda do seu papel enquanto agente trabalhador, perante a perda do outro elemento do casal, a comunidade assume-se como um dos principais agentes na realização e satisfação das necessidades mais prementes do idoso. Isto porque a malha social onde o idoso se encontra inserido poderá proporcionar-lhe variadíssimas formas de apoio (desde a assistência, prestação de serviços ao apoio moral, afetividade e estima). É evidente que em situações de emergência os cuidados de carácter informal que a comunidade pode dispensar à pessoa idosa, revelam-se de extrema importância dada a sua proximidade geográfica e afetiva (Alvarenga, 2011).

Na verdade, as relações que o idoso mantém com pessoas da mesma geração, ajuda-o a fazer face a alguns dos seus problemas, nomeadamente, ajuda-o a manter a sua própria imagem, a conserva-lo como elemento de uma dada coletividade. Na maior parte das vezes esse apoio que a comunidade presta aos seus idosos é feito através das redes de solidariedade, que desempenham um papel bastante importante na melhoria da sua qualidade de vida. É neste sentido que se considera que a comunidade, como prestador de cuidados aos idosos, deve centrar a sua atuação tendo em conta: a

diminuição do isolamento no idoso, tentando que os canais de comunicação se abram à envolvente habitacional e ao mundo exterior, melhorar a mobilidade, as atividades da vida diária, ocupacionais e lúdicas, através da ajuda humana e técnica e a integração familiar do idoso, de forma a que a família se torne um conjunto organizado (Lesemann e Martín, 1995).

As redes sociais informais são um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos, os resultados de Bowling et al (2002) sobre a qualidade de vida nos idosos no Reino Unido, revelam que os idosos valorizam mais a sua residência devido às boas relações com a família e os amigos, a manutenção dos seus papéis sociais entre outros factores. Por outro lado, um estudo levado a cabo por Paul, Fonseca Martín e Amado (2005) confirmam o estudo de Bowling ao verificarem que as redes de suporte social não estão significativamente ligadas à satisfação de vida³ dos idosos, no entanto estão estritamente associadas à qualidade de vida, no seu todo bem como nos diferentes domínios.

2.2.3 Impacto das Redes de solidariedade formais: seu papel e importância

As entidades genericamente designadas por “Instituições Particulares de Solidariedade Social”, correspondem a uma forma de prestação de serviços que obtiveram estatuto legal através do Decreto-Lei 119/83 de 25 de Fevereiro.

Ao longo dos tempos, estas Instituições tiveram diferente enquadramento político, jurídico, económico, social e cultural; foram variando os conteúdos dos serviços por elas prestados, a metodologia seguida, os conteúdos, os objetivos da sua atuação, os recursos disponíveis, as populações abrangidas. Na verdade a existência das Instituições Particulares de Solidariedade Social, a gama de atividade e o volume de atividade que desenvolveram constituem, segundo Júlia Laureano (1996):

- uma expressão da capacidade de iniciativa e de participação na organização social;
- uma manifestação do estatuto legal da iniciativa particular e da liberdade de associação e de participação cívica;
- um reflexo da existência de determinado tipo de problemas económicos, culturais e sociais;

³ Para Paul, Fonseca Martín e Amado (2005) a satisfação de vida é encarada como uma dimensão psicológica provavelmente associada a características de personalidade e a variáveis socioeconómicas e demográficas.

- uma prova da consciência de certos direitos e deveres individuais e sociais.

Cada I.P.S.S. é a manifestação da vontade de pessoas que interiorizam o conhecimento que têm de certas carências na organização social, as quais constituem problema para algumas pessoas e/ou famílias e que reconhecem que têm capacidade para, com a cooperação de outros, organizar adequadamente certos recursos para resolver, atenuar ou prevenir determinados problemas de cariz social. Cada uma delas organiza-se apenas em função do serviço a prestar com continuidade e qualidade e não em função do lucro a retirar no desenvolvimento da sua atividade.

As Instituições Particulares de Solidariedade Social constituem uma forma de participação organizada dos cidadãos de treino e de convivência democrática. A mudança e a dinâmica social há muito que exige às I.P.S.S.'s respostas aos problemas diversificados. Com efeito, as I.P.S.S.'s são especialmente orientadas para o apoio e a prestação de serviços às pessoas e às famílias que mais necessitam de ajuda (esta noção de ajuda, obviamente, que é muito variável no tempo e no espaço consoante certas sensibilidades culturais) (Coelho, 2008).

A constituição da República Portuguesa, artigo 72.º, explica que

“as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento e marginalização social. 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”.

Neste artigo da constituição da República Portuguesa verifica-se a obrigação do Estado em desenvolver uma política de envelhecimento não apenas no plano das garantias dos direitos económicos, mas também no dos seus direitos sociais, no sentido de contrair os fenómenos de desvalorização das pessoas de mais idade.

Um dos problemas com que a sociedade atual se depara e, que se torna cada vez mais premente, é por um lado, a falta de respostas adequadas as necessidades de uma faixa etária que adquire, em termos demográficos, um peso cada vez maior e, por outro, o aumento das questões sociais e procura de equipamentos e serviços. Para Guterres (1993, p. 8), “só é possível, hoje, agir com eficácia quando se age localmente e quando se está junto das pessoas e se conhecem as dificuldades e, por outro lado, estas instituições têm capacidade de multiplicação em relação aos recursos que o próprio

Estado deve pôr à sua disposição porque podem mobilizar à sua volta empenhamentos e generosidades que os serviços públicos só por si, manifestamente não conseguem”.

Luísa Pimentel (2000), refere ainda a este respeito que, a valorização das dinâmicas locais tem como objectivo responder aos problemas sociais necessitando para tal adaptar as respostas às reais necessidades dos indivíduos, atendendo às suas características e ao seu percurso de vida e ao contexto socio-demográfico. Verifica-se que entre o Estado e Instituições de Solidariedade Social existe uma relação natural de complementaridade, pois ambos visam o Bem-Estar dos cidadãos e a criação de condições favoráveis ao exercício pleno de cidadania e dignidade humana.

As I.P.S.S.'s de apoio à Terceira Idade desempenham um importante papel, pois procuram através de determinados serviços, dar respostas eficazes às necessidades da pessoa idosa; necessidades essas que vão desde o procurar evitar ou reduzir o isolamento e/ou internamento, à satisfação das suas necessidades básicas até à concretização dos seus direitos, enquanto seres sociais.

As I.P.S.S.'s têm, então, um vasto e decisivo papel no que se refere à promoção da solidariedade e no próprio desenvolvimento local, na medida em que, contribuem para a melhoria das condições de vida e da dignidade dos cidadãos que tanto ajuda a reduzir a condição de exclusão.

Sendo assim, as I.P.S.S.'s de apoio à Terceira Idade podem concretizar-se como instituições de cariz diverso ao serviço dos idosos e suas famílias, ajudando-os nas suas fragilidades e dedicando o seu trabalho às pessoas de mais idade em situação de exclusão social já instalada ou em situação de tanta carência e vulnerabilidade o que podemos chamar de pré-exclusão social.

Assim, podemos considerar as I.P.S.S.'s de apoio à Terceira Idade como:

- uma resposta social adequada à situação problema em que se encontra a pessoa idosa;
- um ponto de apoio de organização e de articulação de respostas sociais prestadas diretamente à pessoa idosa em situação especial de necessidade;
- um auxiliar precioso no incentivo a uma maior participação da pessoa idosa na resolução dos seus problemas;
- agentes participantes no desenvolvimento local;
- uma prova de consciência de que certos direitos e deveres individuais e sociais devem ser garantidos;

- como prova da necessidade de uma integração e adaptação social da pessoa idosa na comunidade onde se encontra inserido.

Neste sentido que podemos dizer que as I.P.S.S.'s desempenham um importante papel nas sociedades atuais. Pois, se por um lado, procuram dar uma contribuição real, eficaz e significativa quer à resolução e atenuação de certos problemas sociais existentes, quer na prevenção de situações de maior risco e vulnerabilidade, por outro, promovem a realização pessoal, familiar e social das pessoas idosas mais desprotegidas.

2.2.4 Ambiente da IPSS: Sua influencia no comportamento do Idoso

Fernández-Ballesteros (citado por Jiménez Burillo e Ignacio Aragón, 1991), definem **ambiente** como “todo o contexto no qual se produz a conduta e a experiência dos organismos humanos”. Este contexto integra em si aspetos físicos e psicológicos, que em conjunto representam a qualidade gestáltica, permitindo assim ao indivíduo ter uma perceção sobre o ambiente onde se encontra inserido (Mischel, citado por Burillo e Aragonés, 1991).

No caso particular das Instituições de apoio à Terceira Idade importa referir que um reconhecimento adequado deste princípio – influência o ambiente no comportamento e vice-versa – é absolutamente necessário na medida em que possibilita uma planificação adequada que não invalide as características, necessidades e expectativas dos seus ocupantes – Idosos.

Deste modo, as condições a que devem obedecer a instalação e o funcionamento dos estabelecimentos de apoio a idosos deverão, na perspectiva de Paula Pereira (2000), ter em consideração que a o exercício de uma atividade desta natureza, tem que ser propiciador de um ambiente de convívio e estimulador de participação, potenciando o de Bem-estar social e de convivência saudável e segura.. Assim sendo, estas Instituições devem ser concebidas como “uma extensão da casa pessoal” onde os idosos tenham um forte sentimento de posse e apego profundo de modo a permitir que uma rede de relações sociais intensas se possa desenvolver.

As questões que muitas vezes se colocam, quando se pretende que os idosos iniciem um processo de institucionalização, deve-se saber se o ambiente se é propício ou se é adequado às necessidades ou pelo contrário lhe impõem dificuldades de tal natureza que acabam por constituir, por isso mesmo, um grande “handicap” à sua indesejada colocação no seio de uma instituição. Parece, assim, claro que o êxito desta

estratégia dependerá da capacidade de adaptação do meio ambiente às necessidades das pessoas de mais idade, uma vez que, a sua adaptação terá, certamente, um efeito sobre a viabilidade de se manterem institucionalizados.

É neste sentido que, um dos grandes objetivos do governo ao criar/legislar aspetos relacionados com as características físicas a que deve uma instituição de apoio à Terceira Idade, tem a ver sobretudo com o facto de se acreditar, à priori, que o ambiente físico influencia de forma significativa a saúde e o Bem-Estar dos cidadãos idosos; aspetos estes que irão influenciar, de forma positiva ou negativa as interações entre os vários sujeitos. Contudo, muitas vezes verificamos que as necessidades das pessoas idosas não têm sido tomadas em linha de conta, como elemento da “arquitetura normal” quando se projetam ou concebem as Instituições; o mesmo acontece com as adaptações que é necessário fazer nas Instituições para que os idosos possam continuar a viver nelas.

Falar de qualidade de vida dos utentes idosos, implica, na perspetiva de Moos (1984), falar num bom e adequado ambiente institucional (quer físico, quer social). Ou seja Rudolph (1984), considera que é o ambiente institucional que poderá influenciar o Bem-Estar dos cidadãos menos jovens, a sua autoestima, predisposição para o desempenho de determinadas atividades, fortalecer ou não os contactos e interações com os outros residentes ou órgãos de funcionários. Significa isto que o ambiente que se vive numa instituição influencia quer o comportamento dos idosos que lá vivem, do funcionários que lá desempenha as suas funções, quer as interações que se estabelecem entre os vários agentes numa instituição (idosos/idoso; idosos/funcionários; funcionários/funcionários). Pimentel (2001 p.76) afirma – “A grande maioria dos equipamentos não está preparada para proporcionar aos seus utentes serviços individualizados que respeitem a personalidade, a privacidade e modos de vida diversificados.”

Tudo isto conduzirá e irá ser decisivo para uma boa ou má adaptação do idoso à sua nova casa, bem como, aos seus novos colegas. Uma boa adaptação ocorre quando o ambiente está de acordo com as necessidades individuais dos utentes. Consequentemente, quando isto não acontece, podemos dizer que existe uma pobre adequação entre idoso e o meio onde se encontra inserido.

Osório (2007) afirma que os serviços prestados pela maior parte dos lares continuam a ser exclusivamente serviços de assistencialismo e segregados da sociedade.

“Um centro afastado da vida quotidiana do bairro ou da localidade, desvinculado da sociedade que o mantém, desenraizado da cultura dos utentes, que não tem em conta os acontecimentos e as manifestações cívicas, será forçosamente um centro segregado e marginalizador que não potencializará, de todo, a participação ou a integração” (Osório, 2007, p. 234). Assim, um dos primeiros aspetos a ter em mente no que concerne à implementação de equipamentos para pessoas de idade, tem a ver precisamente com o facto dessa implementação não poder “pôr de lado” a função para a qual estão a ser implementados, ou seja, a sua apropriação pelos idosos. Um espaço que seja facilmente apropriado pelos idosos terá forçosamente que ter subjacente a participação dos diferentes intervenientes, nomeadamente e principalmente, os seus principais utilizadores ou destinatários – os idosos. Isto significa que a apropriação do espaço é indissociável do processo de comunicação, bem como, o processo de comunicação decorrerá de forma tanto mais satisfatória para os idosos quanto mais ele próprio participar na organização e conceção do próprio espaço. Com efeito, uma inadequação do espaço (insuficiência ou inexistência de espaços individualizados por forma a garantir a individualidade de cada um) conduz a uma fraca interação entre os elementos envolvidos na relação.

2.2.4.1 Centro de dia

O centro de dia, uma das valências das IPSS, é definido por Freitas, et al (2002, p.1066), como

“(…) Um programa de atenção integral às pessoas idosas que, por carências familiares e funcionais, não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários; proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto a família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso”.

Os centros de dia, funcionam como um dos eixos das redes de apoio formais, podendo ser entendidos como um conjunto de serviços que visam a manutenção dos idosos no meio familiar, eles prestam serviço de apoio à família. Oferecendo à família um apoio durante o dia ao seu idoso através da atenção às necessidades básicas, terapêuticas e sócio-culturais dos idosos, com diferentes graus de dependência, visando promover sua autonomia e manutenção em sua residência atual

Paúl e colaboradores (2005) refere que as redes de suporte social não surgem associadas à satisfação de vida dos idosos, mas estão ligadas à qualidade de vida (no seu todo e nos seus vários domínios). Segundo (2005) “satisfação de vida” e “qualidade de vida” são conceitos diferentes, pois a satisfação de vida é uma variável intra-psíquica relacionada a características de personalidade, enquanto a qualidade de vida está ligada a variáveis sócio-demográficas, físicas e de contexto. Heller e col. (1991, cit. por Ferreira, 2009) referem que estudos com idosos têm comprovado uma interacção entre as variáveis redes sociais e saúde física e mental.

Se por um lado, as características do ambiente físico da instituição possibilitam dar beleza e conforto aos utentes; por outro, as características do ambiente social que se poderão viver na Instituição favorecem e podem reforçar os laços de afinidade, pertença um dado grupo ou Instituição. Paula Pereira (2000), refere que socialmente a pessoa idosa vive a sua velhice em consonância com o ambiente onde habita. Em suma, implementar “espaços de vida” para que os que deixam a sua casa, a sua família, os seus amigos e vizinhos exige uma grande atenção e rigor se quisermos caminhar em direcção à humanização dos equipamentos ou serviços que a sociedade põe à disposição dos seus cidadãos mais idosos.

A contribuição das relações sociais para a saúde e bem-estar dos idosos é importante para um envelhecimento com sucesso uma vez que contribuem para que o indivíduo se prepare, e recupere das muitas exigências da vida associadas ao próprio envelhecimento (Antonelli,; Rubini, & Fassone., 2000).. Socialmente podemos encontrar situações deficitárias nas relações familiares, levando a um isolamento. Também encontramos alterações quer decorrentes do contexto (reforma, institucionalização) quer em consequência do comportamento individual.

Apesar de tipicamente as relações sociais tenderem a diminuir com o avançar da idade, o número de relações mais próximas e a quantidade de apoio emocional mantém se relativamente estável até uma idade muito avançada. Mas a maioria das pessoas idosas está bem integrada no seio das suas famílias e amigos, e estes têm um papel fundamental servindo de suporte, troca de afetividade e de socialização. Os idosos que vivem nas suas casas continuam ativos nos seus papéis familiares, enquanto que os que se encontram institucionalizados, os seus papéis e contactos com as pessoas mais significativas é mais reduzido (Antonelli,; Rubini, & Fassone., 2000).

Normalmente é assumido que a institucionalização tem um impacto negativo no bem-estar psicológico dos idosos. Um dos aspetos importantes na transição para a instituição é a perceção de controlo da pessoa sobre a sua própria vida. Os idosos deixam o ambiente familiar das suas casas e entram num mais regulamentado, formal e impessoal. Na instituição, o indivíduo perde a oportunidade de tomar decisões acerca das suas próprias rotinas e atividades diárias (Arling, Harins & Capitman, 1986, Troll, & Skaff, 1997).

Carp (1987, citado por Baltes, Wahl e Reichert⁵) refere que a necessidade de segurança e expectativas de apoio são fatores decisivos para a institucionalização do idoso, e que a satisfação de vida nos idosos institucionalizados está altamente correlacionada com os seguintes domínios: estado de saúde; controlo pessoal e atividades sociais (relações sociais). Assim, desde que o idoso tenha algum controlo de si próprio e consiga prever qual o seu próximo movimento, tem sentimentos positivos.

A institucionalização tem como consequências negativas: a solidão, a perda de identidade pessoal, a falta de respeito pela sua privacidade e diminuição dos níveis de autoestima, segundo o estudo longitudinal de Scocco, Rapattoni e Fantoni (2006), com o objectivo de investigar que impacto tem a entrada num lar e detectar as mudanças que ocorrem a nível cognitivo e psicopatológico, a nível da autonomia e da perceção da qualidade de vida dos idosos. Estes autores concluíram, que, aquando a entrada no lar, os idosos sofriam de um declínio físico e mental (prevalência de sintomas de somatização, ansiedade, depressão e psicóticos), e a qualidade de vida era percebida como baixa. Após 6 meses, os autores verificaram, um declínio nas três áreas: saúde física, saúde mental e perceção de qualidade de vida; e um grande sentimento de solidão associado a uma taxa de 33% de mortalidade (Scocco, Rapattoni, & Fantoni, 2006).

O estudo de Silva e Rezende (2005) compara idosos institucionalizados e os que frequentam um centro de dia, os resultados demonstram que os que os idosos que frequentam o centro de dia perspectivam de forma mais positiva a qualidade de vida física, psicológica e ambiental do que os idosos institucionalizados.

Pimentel (1995) verificou que os idosos que não se encontravam institucionalizados revelaram ter mais oportunidade para realizarem actividades do quotidiano, ao passo que os institucionalizados tinham esse envolvimento mais limitado

pelas normas de funcionamento, embora a instituição tenha revelado investimento em espaços e momentos de realização pessoal (Pimentel, 1995).

Noutro estudo comparativo realizado por Pinho (2005), em Portugal, com uma amostra de idosos institucionalizados e outra de idosos não institucionalizados, a autora observou, no que diz respeito a expectativas face à saúde, que os idosos institucionalizados relataram, na sua maioria, uma “melhor” saúde relativamente ao ano anterior, ao passo que os não institucionalizados, a referiam como “pior”. Eram também estes que, considerando as suas doenças, mencionavam mais a necessidade de serem consultados por uma entidade médica como sendo importante para uma melhor qualidade de vida

Capítulo III – Estudo empírico

1 Metodologia

O termo, metodologia, é utilizado com vários sentidos, o que pode gerar alguma ambiguidade, segundo Blumer (1990) como tantos outros termos técnicos. “No uso corrente, aparece não apenas associado à ciência que estuda os métodos científicos, como à técnica de investigação e, até mesmo, a uma certa aproximação de epistemologia” (Pardal & Correia, 2011, p.10).

Segundo Michel (2005), pode-se entender metodologia como um caminho que se traça para atingir um certo objectivo. Todo o trabalho de pesquisa deve ter uma base metodológica científica que permita a organização crítica das práticas de investigação, no entanto, esta não deve ser reduzida aos seus métodos e técnicas. A investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos, na disciplina a que diz respeito, e facilitar o desenvolvimento desta ciência. A metodologia, como refere Martins (1996), é a organização crítica das práticas da investigação, a qual

“corresponde a um corpo misto de conhecimentos onde se interligam, para além das técnicas próprias de uma disciplina científica ou apropriáveis por ela, elementos teóricos e epistemológicos subjacentes quer aqueles, quer à prática no seu conjunto da investigação disciplinar, de modo a traçar a lógica de aproximação à realidade” (Figueiredo & Sarmiento, 2009, p. 2217).

A investigação empírica é “uma investigação onde se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar” (Hill e Hill, 2000, p.19). Quivy e Campenhoudt (2003, p.19) referem que a investigação ajuda a compreender: “os significados de um acontecimento ou de uma conduta, a fazer inteligentemente o ponto da situação, a captar com maior perspicácia as lógicas de funcionamento de uma organização, a refletir acertadamente sobre as implicações de uma decisão política, ou ainda a compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns dos fundamentos das suas representações”.

A “metodologia alimentar-se-á assim dos métodos, dos percursos já feitos, retirando deles a novidade produtiva. É uma aprendizagem e uma sistematização posteriorística dos conceitos processuais e das suas relações” (Almeida & Pinto, 1995, p. 85).

“O método quantitativo é baseado na medição da quantidade ou valor. É aplicável aos fenómenos que podem ser expressos em termos de quantidade” (Kumar, 2008, p. 8). Guba & Lincoln (1998) referem que no fim do século XX acreditavam que o uso dos métodos quantitativos permitiam controlar o meio ignorando as experiências e perspectivas dos participantes.

Comparação do método Quantitativo e Qualitativo		
	Quantitativo	Qualitativo
Objectivo	Estudar relação causa e efeito	Examinar um fenómeno como é, detalhadamente.
Desenho	Desenvolvido para o estudo previamente.	Flexível, evoluiu ao longo do estudo
Abordagem	Dedutivo: Testa a teoria	Indutivo: pode criar uma nova teoria
Ferramentas	Usa instrumentos pré-seleccionados	O investigador é o primeiro instrumento de recolha de dados
Amostra	Usa uma amostra ampla	Usa uma amostra pequena
Análise dos dados	Análise estatística dos dados	Análise narrativa e interpretativa

Fonte: adaptado de Merriam, 2009, p. 18

Com o desenvolvimento das ciências sociais o método de estudo de caso ganhou importância devido ao facto de tentar obter respostas para a subjectividade que marca o mundo social servindo-se da interpretação dos significados e das vivências dos actores. De acordo com Pardal e Correia (2011, p.23), o estudo de caso é “ [...] um modelo de análise intensiva de uma situação particular (caso). Tal modelo, flexível no recurso a técnicas, permite a recolha de informação diversificada a respeito da situação em análise, viabilizando o seu conhecimento e caracterização”.

Yin (2003, p.40) define o estudo de caso qualitativo como sendo “uma descrição e análise intensiva e holística de uma única entidade, fenómeno ou unidade social.” Segundo este autor existem 4 tipos de desenhos de estudo de caso: casos únicos; múltiplos casos, holístico, incorporado (Yin, 1993; 2003). Yin (1988) refere que não podemos confundir o estudo de caso com a pesquisa qualitativa, pois é uma estratégia de investigação que pode incorporar técnicas qualitativas, quantitativas ou mistas, embora a sua caracterização pressuponha a especificidade do fenómeno que se pesquisa.

Um equívoco comum é que os estudos de caso são apenas o resultado de etnografias ou de participante observação (Yin, 1981).

O fundamental da metodologia qualitativa é que trabalha com a análise e interpretação. O grupo da amostra pode não ser representativo da comunidade de profissionais que estão ao alcance desta nossa temática e que estariam à vontade para opinar. Utilizamos o questionário para a recolha de informação, mas na realidade o que transtorna a nossa acção é a obtenção de um grau de consenso entre os diferentes especialistas mediante o problema apresentado.

O estudo de caso, mesmo na sua versão mais diminuta, envolve sempre alguma complexidade, dado constituir-se sempre, de acordo com Stake (1994), por uma história sem igual e funcionarem sempre em contextos diversos com os quais está intimamente relacionado. Não obstante no estudo de caso poderem ser utilizadas técnicas de recolha e tratamento de informação quantitativas é comum aparecer nos métodos qualitativos.

Na opinião de vários autores tais como Yin (2003), Miesenberg et al (2008) e de Sampieri, (2006, p.274), “o estudo de caso é tanto de corte quantitativo como de corte qualitativo ou inclusive misto (quantitativo - qualitativo)”. Segundo o primeiro autor, não podemos confundir o estudo de caso com a pesquisa qualitativa, pois é uma estratégia de investigação, um método que pode incorporar técnicas qualitativas, quantitativas ou mistas, embora a sua caracterização pressuponha a especificidade do fenómeno que se pesquisa (Yin, 2005).

A método qualitativo aplica-se a investigadores que procurem compreender como é que as pessoas interpretam as suas experiencias, como constroem as suas palavras, e qual o significado que atribuem às suas experiencias (Merriam, 2009). Tendo em consideração o problema que delineamos: **que aspectos são percebidos pelos idosos em centros de dia como preponderantes para a sua qualidade de vida?** optamos por uma pesquisa de carácter qualitativo que “ênfatisa a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 11), e que nos permita entender “how they think about this phase of their lives (...)” (Merriam, 2009, p.59).

Em relação à pesquisa escolhemos o modelo bibliográfico, exploratório e pesquisa de campo com carácter **“quali-quantitativo”**. Gil (1999) refere que o carácter quali-quantitativo tem como objectivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, sendo desta forma adequado ao presente estudo, pela necessidade de

desenvolver uma visão geral sobre o tema supramencionado. A pesquisa mista possibilita-nos a utilização dos dados quantitativos para eleborarmos uma visão geral sobre o tema.

1.1 Método: Estudo de caso

Para Yin (2005, p.13),

“o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo no seu ambiente natural, quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são bem definidas (...) em que múltiplas fontes são utilizadas. No estudo de caso, os comportamentos de maior relevo não podem ser manipulados, no entanto, é possível efectuar observações directas e entrevistas sistemáticas. Desta forma, caracteriza-se pela capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências – documentos, artefactos, entrevistas e observações”.

Se considerarmos um acontecimento, um indivíduo, uma organização ou um programa (Yin, 2005), a utilização do estudo de caso faz sentido, podendo investigar relações entre indivíduos em contextos específicos; interacções entre participantes numa situação definida, comportamentos de indivíduos num contexto específico, etc. “Este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é definida pelos seus próprios autores” (Polit e Hungler, 1995, p. 270)

Pelo facto do estudo de caso se tratar de um estudo “empírico que investiga um fenómeno contemporâneo no seu contexto real” (Yin, 1994, p.13), e de se tratar de uma amostra pequena ainda que estatisticamente com algum significado, encontra-se circunscrita a um contexto socioeconómico e demográfico muito específico, consideramos que é o que melhor se adequa aos nosso estudo.

Um estudo de caso é mais indicado para aumentar a compreensão de um fenómeno do que para delimitá-lo; é mais idiossincrático do que persuasivo; e apesar de ser usado na construção de teorias, pode não ser o melhor método para isso (Stake, In Denzin e Lincoln, 2001; Yin, 2001; Fachin, 2001).

Conforme realça Stake (2005), o estudo de caso não é uma escolha metodológica, mas uma escolha sobre aquilo que pode ser estudado, para a qual se pode aplicar uma diversidade de métodos. Porém, não são os métodos ou as técnicas

utilizadas referidas por Stake que definem o estudo de caso, mas o interesse pelos casos, pelo contexto, pelos fenómenos que acontecem numa situação particular. Podendo tratar-se de um caso simples ou complexo, ele é um caso específico, um sistema com fronteiras, no âmbito do qual os investigadores deverão tomar decisões estratégicas para perceberem quanto e até onde a complexidade do caso pode ser estudada, sendo que nem tudo acerca do caso poder ser estudado e compreendido, o que implica escolhas por parte dos investigadores.

Para Stake (2005), o estudo de caso permite dar atenção aos problemas concretos das nossas escolas, uma vez que entende que um estudo de caso procura captar a complexidade de um “sistema”, na sua actividade, especificando três tipos de estudos de caso: (1) intrínseco, (2) instrumental e (3) colectivo.

O caso intrínseco (1) é um caso específico que é examinado com o propósito de encontrar uma explicação, um esclarecimento para uma certa problemática ou teoria. O estudo de caso intrínseco volta-se, portanto, para uma melhor percepção de um caso particular que encerra em si mesmo o interesse da investigação. (Duarte, 2008)

O estudo intrínseco de caso é semelhante, na obra de Yin, ao estudo singular de caso ou estudo holístico que implica uma particular e profunda atenção de modo a captar as características holísticas e significativas de um caso” (Duarte, 2008, p. 115).

Para além do estudo intrínseco de caso podem surgir, noutras situações, questões menos urgentes, questões a investigar posteriormente, passando o estudo a ser instrumental (2). Examina-se um caso para fornecer uma explicação sobre um assunto, esclarecer uma teoria, proporcionar conhecimento sobre algo que não é exclusivamente o caso em si; o estudo do caso funciona como um instrumento para compreender outro(s) fenómenos(s). Um caso específico é investigado para encontrar entendimento para uma problemática ou teoria, visa alcançar algo mais do que compreender. Subjacente a uma abordagem instrumental está um interesse ou uma intenção de encontrar indicativos susceptíveis de generalização, servindo o caso como suporte para uma compreensão mais alargada ou extensiva do fenómeno. O caso será visto como típico ou não de outros casos, e mais centrado num interesse exterior de comparação e generalização.

Quando o caso instrumental se amplia a vários casos, permitindo, pela comparação, confrontação um conhecimento mais profundo sobre o fenómeno, população ou condição temos um estudo colectivo (3) de casos, onde o equilíbrio e a

variedade são factores fundamentais. Este incide num número variável de casos com a finalidade de estudar um fenómeno, população ou condições e características comuns. É, pois, um estudo instrumental alargado a vários casos, cujo propósito subjacente é uma compreensão mais alargada que permita uma melhor teorização.

Em qualquer das situações, um estudo de caso incide no particular, no específico e no singular (Ludke & André, 1986; Yin, 2003; Stake, 2005), pois conforme refere Ludke e André (1986), o objecto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada.

Assim, relativamente ao desenho do estudo de caso, há que considerar, para além da questão, ou questões, de investigação, a definição das (ou das) unidades de análise, sendo que as segundas dependem da forma como foram definidas as primeiras. Um estudo de caso pode ter unidades de análise de vários tipos, desde o indivíduo, a um acontecimento ou entidade, tal como, um programa específico, o seu processo de implementação ou outros (Yin, 1994).

1.1.1 Procedimentos

De acordo com Morse (1994), compete aos investigadores considerarem e egerem, de entre a multiplicidade existente, os métodos e técnicas mais adequadas para a obtenção dos dados, os quais devem ser versáteis para se identificarem as restrições e possibilidades que estes propiciam na efectivação dos objectivos da investigação.

Case study research can employ various data collection processes such as participant observation, document analysis, surveys, questionnaires, interviews, Delphi processes, and others. The power of case study research is the ability to use all methodologies within the data-collection process and to compare within case and across case for research validity”

1.1.1.1 Técnicas de Observação e Recolha de dados

A recolha dos dados realizou-se com apoio às seguintes técnicas: recolha documental; observação participante; realização de uma entrevista, notas de campo. Com estes instrumentos procurámos colher dados que correspondam às três directrizes

básicas que regem os estudos de casos, nomeadamente, a descrição, a reconstrução do ocorrido e a procura de soluções (Diogo, 1998, p.99).

Análise de documentos

Foi efectuada uma recolha documental com recurso a documentos de domínio público entre os quais os censos, registos e dados da câmara municipal, bem como de outras organizações internacionais.

Para a recolha documental sobre a população alvo da região, foram consultados (com devida solicitação e autorização institucional) vários registos e ficheiros relativos a utentes idosos, para de forma aleatória serem escolhidos a participarem. Estes utentes foram contactados combinando com os mesmos os dias e hora que lhes conviesse a fim de se proceder as entrevistas. Todos tiveram conhecimento prévio do tipo de estudo a realizar e cederam a um consentimento informado escrito.

Entrevista

Conforme Selltiz (2000) a entrevista é uma das técnicas de recolha de dados mais utilizada no âmbito das pesquisas. Esta técnica é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, sentem, crêem, esperam ou desejam, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Segundo Martins (2001), pode-se definir a entrevista como a técnica em que o entrevistador se apresenta frente ao investigado e formula perguntas, com o objectivo de obtenção de dados que interessam a investigação. Goode e Hard (cit, in Lakatos, e Marconi, 2001, p.196) referem que a entrevista consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de certo acto social como a conversação.

Além da obtenção de informações do entrevistado, tem como objectivos a averiguação de factos; a determinação das opiniões sobre os factos; a determinação de sentimentos; a descoberta de planos de acção; a conduta actual ou do passado e motivos conscientes para opiniões, sentimentos, sistemas ou condutas (Lakatos e Marconi, 2001).

Segundo Richardson (2000), a abordagem qualitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações para

classificá-las e analisá-las. Os estudos de natureza descritiva propõem-se a investigar o que é, ou seja, a descobrir as características de um fenómeno como tal.

Desta forma a sua realização foi baseada na observação directa e intensa, com recolha de dados efectuada através de uma entrevista semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada, a mais utilizada em investigação social, singulariza-se por não ser completamente aberta, nem conduzida por um grande número de perguntas precisas. O investigador dispõe de uma sucessão de perguntas guias, relativamente abertas, a propósito das quais é importante receber informação da parte do entrevistado (Quivy & Campenhoudt, 1998). Para Smith (1999) a utilização deste formato de entrevista facultava a compatibilidade entrevistador/entrevistado, possibilita uma maior flexibilidade e abrangência temática, visando proporcionar uma maior riqueza de dados; evidencia-se como uma técnica importante, que permite uma aproximação ao contexto em estudo e a descoberta de elementos, categorias de análise que contribuem para a (re)formulação dos objectivos da investigação (Bogdan & Biklen, 1994; Olabuénaga, 2003).

Optamos pela entrevista pelo facto deste ser um método com características narrativas e também devido:

- Às características peculiares da população geriátrica;
- Possibilitar o estudo de indivíduos analfabetos e/ou em situações físicas que impossibilitam a escrita;
- Permitir uma correcção imediata de questões mal interpretadas.

O local escolhido para as efectuar será o domicílio do idoso, “fora” do âmbito dos cuidados, nos dias e horas a combinar com o entrevistado.

Na recolha de dados será dada abertura ao entrevistado, para que seguindo uma linha de orientação nossa, narre os seus pontos de vista; pelo que optámos por construir um guião (Anexo II).

Inquérito por questionário

Utilizamos o questionário, pois este possibilita a recolha de informação relativa a um número maior de inquiridos, situação que a entrevista não permitiria pela morosidade de aplicação e de tratamento. O questionário terá um papel singular no estudo da dimensão do fenómeno, no sentido de perceber a sua prevalência, a partir de determinada amostra da população estudada. Neste âmbito a sua utilização será

particularmente adequada à “análise de um fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 189).

1.1.1.2

Análise de conteúdo

As entrevistas serão analisadas segundo a análise de conteúdo (Creswell, 1994; Bardin, 2008). Segundo Poupart (1997 citado por Guerra, 2006, p.10), as vantagens das metodologias compreensivas são de ordem: epistemológica “na medida em que os atores são considerados indispensáveis para entender os comportamentos sociais”; política e ética, uma vez que permitem “aprofundar as contradições e os dilemas que atravessam a sociedade concreta”; metodologia, por ser um “instrumento privilegiado de análise das experiências e do sentido da ação”.

A análise de dados qualitativos envolve duas etapas: a interpretação como descrição dos dados e a interpretação como articulação da descrição com conhecimentos mais abrangentes e que extrapolam os dados específicos da pesquisa (Gomes, 1994). A finalidade da análise dos dados é entender os dados recolhidos, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, afirmar ou infirmar os dados recolhidos no inquérito por questionário.

As dez entrevistas registadas/gravadas, foram integralmente transcritas. Recorremos depois ao suporte documental para as analisarmos e categorizarmos. Na definição das categorias, tivemos em conta o enquadramento teórico e objetivos do estudo, bem como vários aspectos constantes dos questionários, visto pretendermos triangular os dados obtidos.

Depois de lermos e relermos toda a informação recolhida, identificámos as dimensões de análise, sobre às quais definimos um conjunto de categorias e de subcategorias. Construámos assim, uma grelha vertical que nos serviu de suporte à análise do conteúdo de cada uma das entrevistas.

Para Bauer (2000), os procedimentos da análise de conteúdo reconstroem, representações em duas dimensões principais a **sintáctica** – com foco nos signos e nas suas inter-relações, no meio de expressão e de influência. Com efeito, a frequência das palavras, a sua ordem, o vocabulário, os tipos de palavras, as características gramaticais e estilísticas são encaradas como sinalizadoras de prováveis fontes e tipos de audiência;

a **semântica** – com centralidade nas relações entre signos e seu significado de senso-comum – sentidos denotativo e conotativo em um texto. Segundo Vala (1986), uma categoria é habitualmente formada por um termo chave, o qual indica a significação central do conceito que se procura entender, sendo que outros indicadores descrevem o campo semântico.

As grelhas transversais, apresentam exemplos discursivos utilizados com frequência para ilustrar a interpretação que fazemos, pois, como assinalam Biklen e Bogdan, numa investigação qualitativa “os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação” (1994: 48).

2 Caracterização do Espaço do Estudo

2.1. Geográfica

Abrantes encontra-se situado no centro do território de Portugal Continental e é ponto de transição de zonas diferentes, como o Ribatejo, a Beira Baixa e o Alto Alentejo. É composta por 19 freguesias, que ocupam uma área de 713.46km², na qual residem 42.436 habitantes (Censos 2010). As freguesias são: São João, São Vicente, Rio de Moinhos, Montalvo, Carvalhal, Aldeia do Mato, Alferrarede, Bemposta, Alvega, Rossio ao Sul do Tejo, Pego, São Miguel do Rio Torto, Tramagal, Souto, Fontes, Martinchel, Mouriscas, Concavada e Vale das Mós..

Os concelhos limítrofes são Sardoal e Vila de Rei a Norte, Mação e Gavião a Este, Ponte de Sôr e Chamusca a Sul e Constância e Tomar a Oeste. Pertence ao distrito de Santarém e ao Médio Tejo, integrando a NUT II da Região Centro.



Mapa 1 –Concelho de Abrantes

Abrantes foi o oitavo concelho do distrito que perdeu mais população residente. Entre 81 e 94, Abrantes perdeu 7,8% da sua população, qualquer coisa como 819 pessoas que trocaram Abrantes por outras paragens. Abrantes é também o sexto concelho mais envelhecido do distrito, com urna taxa de 144,4%.

Tabela 1. Índice de envelhecimento segundo os censos de 2011

Índice de envelhecimento segundo os Censos
Rácio - Números Índice

Territórios		Índice de envelhecimento			
Anos	1960	1981	2001	2011	
Portugal	100	164	374	Pro 470	
Continente	100	162	373	Pro 469	
Abrantes	100	192	503	Pro 569	

Fonte: Prodata, 2012

O concelho tem vindo a sofrer um aumento significativo do índice de Envelhecimento e do índice de dependência de idosos, registando só no último censo uma dependência de 183,9% em relação aos jovens e de 37,4% em relação à população activa. Pelo contrário, as alterações demográficas afectam o índice de dependência de jovens que hoje se fixa nos 20,3%, e que em poucas décadas registou um decréscimo dramático, no concelho

Tabela 2. Índice de longevidade⁴ segundo os censos de 2011

Índice de longevidade segundo os Censos
Proporção - %

Territórios		Índice de longevidade		
Anos	1960	1981	2001	
Portugal	33,6	34,2	41,4	
Continente	33,5	34,2	41,4	
Médio Tejo	34,9	36,8	43,3	
Abrantes	34,7	37,4	44,6	

Fonte: Prodata, 2012

2.2. Socioeconómica

O Concelho de Abrantes inserido no triângulo industrial “Abrantes-Tomar-Torres Novas” desfruta de “condições socioeconómicas e estratégicas extraordinariamente propícias à sua afirmação no contexto regional.”

É uma área relativamente bem servida por infraestruturas de transporte, o que tem favorecido o processo de industrialização. Actualmente assiste-se à expansão do sector terciário, que pode tornar Abrantes num centro de apoio de serviços para toda a área

⁴ longevidade é a relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 65 ou mais anos). (metainformação – INE)

envolvente. A estrutura produtiva é diversificada, com dominância do sector secundário (44% dos activos em 812), com fortes potencialidades no sector dos Serviços e no sector Primário. Este é, no entanto, aquele que tem apresentado maiores fragilidades, situação que se considera poder vir a alterar-se através de uma estratégia integrada de aproveitamento das potencialidades agro-pecuárias e silvícolas com ligação à indústria. Como principais factores positivos, de que realça-se a substancial melhoria da acessibilidade a nível regional e superior com a implementação das novas vias da rede fundamental.

3. Caracterização da população em estudo

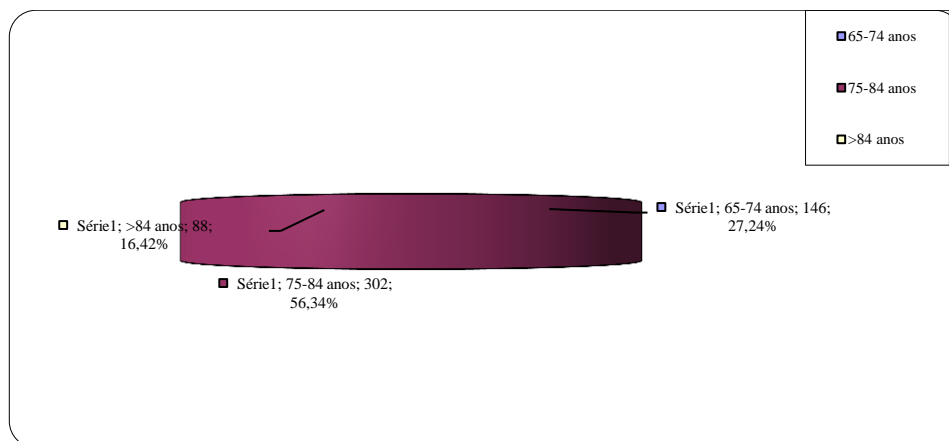
3.1. Caracterização dos entrevistados

Fortin (1999:202) refere que “a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada”.

No nosso estudo a amostragem será constituída por um pequeno grupo de idosos que preencham alguns requisitos:

- Tenham idade igual ou superior a 65 anos;
- Estejam a usufruir de cuidados fornecidos por agentes de solidariedade formais;
- Consigam comunicar oralmente;
- Sejam da região de Abrantes
- Aceitem colaborar neste estudo

Gráfico 3 – Caracterização dos entrevistados por faixa etária (n=10)



A nossa amostragem (n=10) revela uma distribuição pouco equilibrada segundo o grupo etário, destacando-se a predominância de indivíduos com idades superior a 74 ano (56 %, n=6) seguindo-se os indivíduos com idade entre os 65 e os 74 anos (27 %, n=3), seguindo-se de 10,4 % (n=1) com idade superior a 84 anos.

Os entrevistados serão identificados pela ordem da entrevista, assim sempre que se ler S1, estamos a falar do primeiro entrevistado.

3.1. Caracterização dos inquiridos

A amostra de idosos que participam no estudo é composta por 60 indivíduos, no que diz respeito ao género verifica-se que é dominada por sujeitos do sexo feminino com 86,7 % comparativamente aos 13,3 % do sexo masculino (Ver tabela 3).

Tabela 3. Caracterização sociodemografica da amostra

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Género	Masculino	8	13,3
	Feminino	52	86,7
	Total	60	100,0
Estado Civil	Solteiro	9	15,0
	Casado	12	20,0
	Divorciado	1	1,7
	Viúvo	38	63,3
	Total	60	100,0
Intervalo de Idade	65-69	6	10,0
	70-74	12	20,0
	75-79	12	20,0
	80-84	10	16,7
	85-90	20	33,4
	Total	60	100,0
Área de residência	S.vicente	44	73,3
	S.João	13	21,7
	Rossio	1	1,7
	Alferrarede	2	3,3
	Total	60	100,0

Em conformidade com os dados apresentado na tabela 4, verifica-se que o estado civil da amostra, a maioria dos indivíduos, isto é 63,3% são viúvos (as), seguindo-se os indivíduos que são casados (20%) e solteiros (15%). A faixa etária dominante situa-se acima dos 85 anos (33,4%) seguindo-se do escalão situado entre os 70-74 e 78-79 anos (40,2%). A amostra dos idosos inquiridos do concelho de Abrantes, são predominantemente oriundos da freguesia de São Vicente (73,3%) seguindo-se São João (21,7%) e com menor expressividade do Rossio (1,7%).

Tabela 4. Caracterização da amostra segundo a situação socioeconómica

		Frequência	Percentagem
Rendimento mensal	até € 250	13	21,7
	€ 250 a € 500	32	53,3
	€ 500 a € 750	7	11,7
	€ 750 a € 1000	4	6,7
	€1000 a € 1250	1	1,7
	€ 1250 a 1500	1	1,7
	Mais de € 1500	2	3,3
	Total	60	100,0
Vive com	Sozinho (a)	34	56,7
	Filho(s)	17	28,3
	Cônjuge	7	11,7
	Amigo (a)	2	3,3
	Total	60	100,0

Em relação aos dados apresentados na tabela 4, verificamos quanto ao rendimento, os idosos em estudo na sua maioria tem rendimentos entre os 250 e os 500 euros mensais (53,3%), seguindo-se os rendimentos até aos 250 euros (21,7%), por outro lado, com número não tão expressivo, encontramos os idosos com rendimentos superiores a 1000 euros mensais.

A nossa amostra não se encontra institucionalizada, a maioria vive sozinha (56,7%) ou com a família, sendo que 28,3% com os Filhos e 11,7% com o cônjuge. Com menor expressividade (3,3%) temos a co-habitação com um (a) amigo (a), no entanto todos os inquiridos frequentam redes formais de apoio: centro de dia e assistência domiciliaria.

A mudança na situação profissional é marcada pela entrada na reforma. No entanto como podemos constatar que em relação à idade da reforma (tabela 5), verificamos que há uma enorme heterogeneidade, no entanto, destaca-se com maior expressividade os 65 anos (38,3%).

Estes dados reflectem-se na categoria da reforma, isto é, a maioria dos indivíduos tem a pensão de velhice (63,3%) contrastando com as pensões: social (6,7%), invalidez (6,7%), social de invalidez (10%) e de sobrevivência (11,7%).

Tabela 5. Caracterização da amostra segundo a situação face à reforma

		Frequência	Percentagem
Idade em que se reformou	70 anos	2	3,3
	68 anos	3	5,0
	67 anos	9	15,0
	66 anos	3	5,0
	65 anos	23	38,3
	62 anos	3	5,0
	60 anos	2	3,3
	59 anos	1	1,7
	57 anos	2	3,3
	50 anos	2	3,3
	46 anos	1	1,7
	44 anos	1	1,7
	40 anos	3	5,0
	24 anos	1	1,7
Não trabalhou	1	1,7	
Não teve direito a reforma	1	1,7	
Total	60	100,0	
Tipo de pensão	Pensão de velhice	38	63,3
	Pensão social de velhice	4	6,7
	Pensão de invalidez	4	6,7
	Pensão social de invalidez	6	10,0
	Pensão de sobrevivência	7	11,7
	Não Responde	1	1,7
Total	60	100,0	
Adaptação à reforma	Bastante boa	5	8,3
	Boa	11	18,3
	Normal/razoável	22	36,7
	Difícil/complicada	20	33,3
	Bastante má	2	3,3
Total	60	100,0	

No que concerne à adaptação ao status de reformado a maioria dos inquiridos considera que se enquadrou nos parâmetros do razoável (36,7%) e boa (18,3%) por oposição aos que consideram que a adaptação foi complicada (33,3%).

Capítulo IV – Resultados

Desvendar os fatores relacionados à QV, segundo a percepção dos idosos, foi o ponto de partida do presente estudo. As respostas foram agregadas em dois grupos principais: os inquiridos e os entrevistados.

1. Apoio de Solidariedade formal

Todos os elementos inquiridos encontram-se a usufruir de valências de instituições sociais de solidariedade social, a maioria dos inquiridos (60%) recorrer aos apoios formais (domiciliar) os restantes frequentam o centro de convívio (40%) (tabela 6).

Tabela 6. Caracterização da amostra segundo a situação face à reforma

		Frequência	Percentagem
Apoio de Instituição social	Sim	36	60,0
	não	24	40,0
	Total	60	100,0
Tipo de serviço (n=36)	Alimentação	21	58,3
	Alimentação, tratamento de roupas e higiene domicíliar	7	19,4
	Alimentação e higiene pessoal	1	2,8
	Alimentação, tratamento de roupas, hig. Pessoal e domicílio	6	16,7
	Alimentação e higiene domiciliar	1	2,8
Total	36	100	
Valência da instituição está integrado	apoio domiciliário	36	60,0
	centro de convívio	24	40,0
	Total	60	100,0

Das 60 pessoas que responderam ao inquérito, verifica-se que 60% (n=36) recorrem aos apoios formais de instituições sociais da região (tabela 7), sendo o tipo de serviço mais recorrente apenas a um apoio o alimentar (58,3%, n=21). Os restantes 15 elementos recorrem a mais do que um apoio: 19,4% cuidados de higiene domiciliar, alimentação e tratamento de roupas; alimentação, tratamento de roupas e higiene pessoal e domiciliar (16,7%).

1.1.Estado de Saúde Geral

O envelhecimento está normalmente associado a perdas de funções físicas, psicológicas associada ao aparecimento de uma involução anatomo-fisiológica, como podemos verificar da leitura dos dados da tabela 7.

Tabela 7. Problemas de Saúde

	Frequência	Percentagem
Parkinson	5	8,3
Bronquite asmática	3	5,0
Tensão arterial	5	8,3
Problemas de coração	8	13,3
Problemas de visão	3	5,0
Osteoporose	9	15,0
Problemas reumáticos	2	3,3
Problemas de coluna	8	13,3
Sistema nervoso	3	5,0
Artroses	2	3,3
Depressão Nervosa	1	1,7
Paralisia infantil	1	1,7
Colesterol	1	1,7
Lesão do nervo ciático no joelho direito	1	1,7
Problemas de circulação nas pernas	2	3,3
Problemas nos intestinos	1	1,7
Cancro na garganta	1	1,7
Cancro no peito	1	1,7
Problemas de circulação do sangue	1	1,7
Alzheimer	1	1,7
Problemas de estômago	1	1,7
Total	60	100,0

Na tabela 7, verificamos a existência de problemas que não estão estritamente relacionados com o processo involutivo, tais como: paralisia cerebral, bronquite asmática, sistema nervoso e depressão nervosa. Por outro lado, há problemas de saúde tipicamente característicos do processo de envelhecimento, tais como, Parkinson (8,3%), Alzhiemer (1,7%), Osteoporose (15%), problemas reumáticos (3,3%) e de coluna (13,3%).

Tabela 8. Percepção do estado geral de saúde

		Frequência	Percentagem
Em geral diria que a sua saúde é:	boa	6	10,0
	razoável	21	35,0
	fraca	33	55,0
	Total	60	100,0
Está a tomar algum medicamento	sim	54	90,0
	não	6	10,0
	Total	60	100,0

O estado de saúde da nossa amostra, reflecte-se na percepção que os idosos em geral revelam alguma debilidade no seu estado geral de saúde (55%), apenas 10 % consideram que o seu estado de saúde é bom (tabela 8).

Tabela 9. Análise de conteúdo das entrevistas (n=10)

Domínio: Percepção acerca do estado de saúde e qualidade de vida					
Categoria	Subcategoria	Exemplos das Unidades de Registo:	Unidades de Enumeração	Percentagem (%)	Inferências
Factores que influenciam a qualidade de vida	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● “(...)É necessário Boa saúde (...) Porque a pessoa cheia de dores, de problemas, não tem qualidade de vida (S1)”; ● “Infelizmente a velhice é sinonimo de perdas e a saúde é uma delas...como podemos ter qualidade de vida se mal nos conseguimos mexer (S2)” ● “É claro que a família é importante, amigos também, mas sem a saúde é muito difícil (S3)” ● ““(...) Ter uma vida saudável e cabecinha(...) é meio caminho andar para termos alguma qualidade (S8).”; ● “a saúde depende mesmo de pessoa para pessoa, e não há um caminho para atingir o ideal (S10)”. 	8	93 %	O estado de saúde nos idosos é um indicador de qualidade de vida

Os dados quantitativos obtidos através do inquérito por questionário são corroborados pelos dados qualitativos das entrevistas (Tabela 9). 10 entrevistados revelam a existência de problemas de saúde referenciados é limitador na sua visão positiva de qualidade de vida. Os inquiridos consideram ser fundamental a existência de saúde como um pressuposto da qualidade de vida tendo verbalizado que “(...)É necessário Boa saúde (...) Porque a pessoa cheia de dores, de problemas, não tem qualidade de vida (S1)”;

“(…) Ter uma vida saudável e cabecinha (S8).”;

“É claro que a família é importante, amigos também, mas sem a saúde é muito difícil (S3)”.

1.1.1. Percepção do seu estado físico

O envelhecimento activo é uma das metas mundiais estabelecidas nos diferentes protocolos, no entanto, a perda das funcionalidades físicas limitam as actividades físicas dos idosos.

O exercício físico promove melhoria na capacidade funcional e na aptidão física. Os benefícios oriundos do aumento do nível de actividade física habitual se estendem desde a melhora da capacidade funcional, regulação da pressão arterial, redução do risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes e certos tipos de câncer (Heikkinen, 1998).

Tabela 10. Percepção do estado físico

		Frequência	Percentagem
a sua saúde o/a limita em actividades	sim, muito limitado/a	44	73,3
	sim, pouco limitado/a	14	23,3
	sim, nada limitado/a	2	3,3
	Total	60	100,0
saúde o/a limita em actividades moderadas	sim, muito limitado/a	33	55,0
	sim, pouco limitado/a	21	35,0
	sim, nada limitado/a	6	10,0
	Total	60	100,0
sua saúde o/a limita em levantar ou carregar as compras da mercadoria	sim, muito limitado/a	36	60,0
	sim, pouco limitado/a	22	36,7
	sim, nada limitado/a	2	3,3
	Total	60	100,0
sua saúde o/a limita em subir vários lanços de escadas?	sim, muito limitado/a	30	50,0
	sim, pouco limitado/a	26	43,3
	sim, nada limitado/a	4	6,7
	Total	60	100,0
a sua saúde o/a limita em inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	sim, muito limitado/a	43	71,7
	sim, poudo limitado/a	15	25,0
	sim, nada limitado/a	2	3,3
	Total	60	100,0
a sua saúde o/a limita em tomar banho ou vestir-se	sim, muito limitado/a	14	23,3
	sim, pouco limitado/a	17	28,3
	sim, pouco limitado/a	29	48,3
	Total	60	100,0

Na tabela 10, verifica-se da leitura dos dados que a maioria dos inquiridos tem limitações severas (73,3%) de mobilidade física que os incapacita ou limita nas actividades diárias de rotina tais como baixar-se (71,7%), levantar pesos (60%), subir

escadas (50%), mesmo nas actividades mais moderadas tais como varrer ou aspirar (55%) ou mesmo vestirem-se (23,3%).

As limitações físicas levam a uma perda de auto-estima e auto-conceito prejudicando a percepção de qualidade de vida dos sujeitos. A prática de exercício físico nos idosos parece ainda não estar implementada como um agente paliativo, desta forma as referências que os mesmos possuem sobre a necessidade desta prática é escasso, sendo que por vezes a mesma é ausente (tabela 11).

Tabela 11. Prática de exercício

Domínio: Estimulação das funções físicas					
Categoria	Subcategoria	Exemplos das Unidades de Registo:	Unidades de Enumeração	Percentagem (%)	Inferências
Factores que influenciam a qualidade de vida	Preocupação de estimular o desempenho físico	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Derivado aos meus problemas de saúde, não posso tratar do meu quintal, da casa, nem ir ao banco.(S3) ”;</i> ● <i>“Eu infelizmente já não posso fazer esforços. Muito menos actividades físicas(S10) ”;</i> ● <i>“Não posso fazer ginástica por causa da minha doença.(S6) ”;</i> ● <i>“Não posso ter atividade física, a minha saúde está debilitada. Bem queria é sinonimo que podia(S8).”</i> ● <i>“Custa-me sair de casa, saio quando me apetece.(S1) ”;</i> 	9	97%	<p>Falta de referências</p> <p>Doenças factor impeditivo</p>

Segundo os entrevistados, a ausência da prática de exercício leva a uma perda de auto-estima e consequentemente reflecte-se na qualidade de vida *“Não participo em nenhuma atividade. E também insatisfeito, Eterno insatisfeito (S1)”; “Não participo em nenhuma atividade. Mas apesar de tudo ainda me sinto algo satisfeito (S4).”; “Não participo em nenhuma atividade e também já não me sinto satisfeito (S8).”; “Não participo em nenhuma atividade, e sinto-me pouco satisfeito com a vida (S6).” “Não participo em nenhuma atividade, mas agora não estou muito bem e sinto-me pouco satisfeita.(S3).”*

Os dados corroboram com Matsudo et al(2001) reforçando que inactividade física regular pode antecipar e agravar o declínio decorrente do envelhecimento,

transformando-se em fator determinante para uma velhice mais complexa e prejudicando, assim, a qualidade de vida. O desempenho físico é sem dúvida um factor gerador de frustrações diárias, de um modo geral, os inquiridos bem como os entrevistados, revelam que o seu desempenho é parco quer nas actividades diárias mais simples até mesmo quando há necessidade de se deslocarem. Este condicionamento físico levou a que tivessem que alterar as suas rotinas.

Por consequência o idoso sofre declínio em sua capacidade funcional, o que contribui para a redução da sua capacidade para a realização das actividades da vida diária.

1.1.1.1. Percepção de independência/autonomia

A percepção de independência ou autonomia centra-se em parte na mobilidade física. Tendo em consideração que os inquiridos revelam severas dificuldades físicas, a autonomia parece de algum modo igualmente afectada, uma vez que segundo os dados da tabela 12, apenas 21,7% da amostra considera-se autónoma.

Tabela 12. Percepção de autonomia

		Frequência	Percentagem
Sente-se uma pessoa:	Pouco autónoma	31	51,7
	Autónoma	13	21,7
	Muito dependente	11	18,3
	Dependente	5	8,3
	Total	60	100,0
Sente-se ainda bem e com capacidades de viver sozinho(a) ou com outro tipo de familiar?	sim	57	95,0
	não	3	5,0
	Total	60	100,0

A falta de autonomia, total dependência parece afectar 8,3% da amostra, seguindo-se de um nível médio (51,7%) e moderado (8,3%) de perda de autonomia. A realização das tarefas rotineiras parece ser um dos principais motivos associados à perda de autonomia. Apesar desta perda de autonomia, a nossa amostra considera-se capaz de viver sozinha ou junto de um familiar, apenas 5% consideram não reunir condições para tal.

Tabela 13. Percepção do estado físico e autonomia

Domínio: Percepção acerca do desempenho físico e qualidade de vida					
Categoria	Subcategoria	Exemplos das Unidades de Registo:	Unidades de Enumeração	Percentagem (%)	Inferências
Factores que influenciam a qualidade de vida	● Desempenho Físico	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Não, porque eu tenho alguns problemas de saúde e não consigo fazer a vida doméstica de casa.(S2)”;</i> ● <i>“Não, porque derivado aos meus problemas de saúde já não sou capaz de fazer todas as tarefas no dia a dia, embora faça alguns trabalhos manuais, as minhas rendas (S3).”;</i> ● <i>“Não, devido aos meus problemas de saúde sinto-me com poucas forças de fazer as minhas tarefas em casa (S5).”;</i> ● <i>“Não, porque infelizmente já não sou capaz de fazer quase nada, e já tenho pouca energia.E a pouca que tenho não me dá segurança nos movimentos (S4)”</i> ● <i>“Sim, porque ainda sinto gosto e com alguma saúde para cuidar da minha casa, de limpar, arrumar.(S7)”</i> ● <i>“Sim, eu ainda me considero uma pessoa ativa porque ainda posso e gosto de ir ao café, fazer as minhas caminhadas, sinto-me bem.(S1)”</i> 	9	97%	<p>Perda de Autonomia</p> <p>Limitação do movimento</p>

A percepção dos entrevistados revela que a perda de autonomia e a limitação de movimento altera a qualidade de vida, uma vez que interferem nas actividades da vida diária, entre as quais a alimentação, higiene pessoal e doméstica despoletando o medo de quedas, e sensação de fragilidade e consequentemente perda de qualidade de vida, como podemos verificar através das verbalizações realizadas (tabela 13): *Não, porque eu tenho alguns problemas de saúde e não consigo fazer a vida doméstica de casa.(S2)”; “Não, porque derivado aos meus problemas de saúde já não sou capaz de fazer todas as tarefas no dia a dia, embora faça alguns trabalhos manuais, as minhas rendas (S3).”*.

Sabe-se que a QV dos idosos está vinculada à capacidade de conservação da autonomia e independência. Enquanto esta se refere à habilidade de executar funções relativas à vida diária de forma a viver com algum ou nenhum auxílio, aquela se caracteriza como a capacidade de estabelecer e seguir suas próprias regras corroborado pelas unidades de registo apresentadas na tabela 13: *“Sim, porque ainda sinto gosto e*

com alguma saúde para cuidar da minha casa, de limpar, arrumar.(S7) ” ... ” “Sim, eu ainda me considero uma pessoa ativa porque ainda posso e gosto de ir ao café, fazer as minhas caminhadas, sinto-me bem.(S1) ”

Tabela 14. Autonomia e qualidade de vida

	Frequência	Percentagem	
Resolução de um assunto pessoal solicita ajuda	Família	45	75,0
	Vizinhos	3	5,0
	Amigos	3	5,0
	Cônjuge	2	3,3
	A própria pessoa	5	8,3
	Vizinhos/instituição	2	3,3
	Total	60	100,0

A percepção da perda de autonomia reflete-se nas actividades da vida diária, como a vida domestica, medo de se deslocarem sozinhos, bem como no que concerne à resolução de problemas ou assuntos pessoais (Tabela 14).

Verifica-se os idosos inquiridos recorrem na sua maioria ao apoio da família na resolução de problemas do foro pessoal (75%) ou a outras formas de apoio social, este valor contrasta com 8 % (n=5) dos inquiridos que não necessitam de recorrer a apoios externos para a resolução de um assunto pessoal.

Tabela 15. Percepção da sua autonomia

	Frequência	Percentagem	
Sente-se uma pessoa	Autónoma	31	51,7
	Pouco Autónoma	13	21,7
	Dependente	11	18,3
	Muito dependente	5	8,3
	Total	60	100

O conceito de autonomia parece estar circunscrito a determinadas tarefas, uma que mais de metade dos inquiridos consideram-se pessoas bastante autónomas (51,7%) (tabela 15), contrastando com 27% que se consideram dependentes e muito dependentes.

A reforma, sendo a conquista de um repouso merecido intervém como consequência do envelhecimento, na medida em que a aceleração tecnológica torna obsoletos a maior parte dos conhecimentos dos trabalhadores idosos (Levet, 1998).

Tabela 16. Autonomia e trabalho

		Frequência	Percentagem
Actualmente, desenvolve alguma actividade (remunerada ou não remunerada)?	Sim	12	20
	Não	48	80
	Total	60	100,0

Construindo com a perda da autonomia dos inquiridos (tabela 15) verifica-se que 20 % (n=12) mantém uma actividade laboral (tabela 16). A saúde da vida profissional importuna muitos indivíduos reformados, particularmente os que tinham tido responsabilidades.

1.2.Aspectos sociais e a qualidade de vida

De um modo geral estes utentes responderam que devido aos seus problemas de saúde e, sendo já pessoas com pouca energia e saúde, já não conseguem realizar todas as actividades e tarefas no seu dia a dia, mas por vezes ainda se sentem capazes de serem úteis para a sociedade, de modo a conseguirem ter uma qualidade de vida estável.

Se, por um lado, a velhice é pensada como período de perda e conformismo, por outro lado, destacam-se alguns ganhos conquistados, seja individualmente, seja a partir da participação coletiva. (Tabela 17).

Tabela 17. Vida social e qualidade de vida

		Frequência	Percentagem
Em que medida a sua saúde física ou problemas emocionais, interferiram com o seu relacionamento social normal, com a sua família, amigos, vizinhos, ou outras pessoas	Absolutamente nada	17	28,3
	Pouco	24	40,0
	Moderadamente	10	16,7
	Bastante	9	15,0
	Total	60	100,0

Triadó e Villar (2007) referem que as relações sociais constituem um importante apoio social e são fundamentais também pela faixa etária comum, indicando experiências de vida parecidas, recordações, opiniões e valores similares. Segundo estes

autores estas relações são livres, voluntárias, baseadas na reciprocidade e no afeto, diferenciando, assim, das relações familiares que são essenciais ao sujeito.

Construir relações de amizade na velhice não é uma tarefa simples, devido à possível limitação do idoso ao convívio familiar e às perdas dos iguais. Quando transcendem a família, os relacionamentos se ampliam, enriquecendo e oportunidades diferentes de viver (Argimon e Vitola, 2009).

Na tabela 18, verificamos que os idosos entrevistados referem que é importante as relações sociais nas suas vidas, tanto para se divertir, como para conversar, trocar ideias, participar dos grupos de convivência. Relatam ser muito saudável para eles ter uma relação de amizade, pois muitas vezes são os amigos que servem de companhia quando os familiares trabalham ou não moram mais em casa.

Tabela 18. Vida social e qualidade de vida

Domínio: Percepção acerca da vida social e qualidade de vida					
Categoria	Subcategoria	Exemplos das Unidades de Registo:	Unidades de Enumeração	Percentagem (%)	Inferências
Factores que influenciam a qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> Vida social 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>“Sim, gosto da convivência adequada consoante as pessoas, ser capaz, e não gosto de bisbilhotices (S3).”</i> ● <i>“Sim, mas com os meus problemas já convivo pouco (S6).”⁷</i> ● <i>“Sim, mas estou quase sempre em casa sozinho(S7).”</i> ● <i>“Sim, mas já não tenho saúde para conviver com os amigos.(S10)”</i> ● <i>“Sim, mas os meus problemas da vida é que e impedem de conviver com as pessoas, mas sempre que me sinto bem tento distrair-me. (S5)”</i>. 	9	97%	<ul style="list-style-type: none"> Convívio Partilha Interajuda

Podemos inferir que tem necessidade de convívio, partilha de experiências em ambientes intergeracionais e o sentimento de interajuda familiar ou de amigos.

Assim sendo, ambos os participantes no estudo consideram v consideram uma parte fundamental da sua vida o convívio e interacção social.

1.3.Percepção sobre a sua qualidade de vida

Os participantes inquiridos consideram que a sua qualidade de vida (100%) não é positiva devido aos inúmeros factores mencionados.

Tabela 19. Factores que influenciam a qualidade de vida

		Frequência	Percentagem
Factores que influencia a qualidade de vida	Saúde	38	63,3
	Finanças	6	10,0
	Família	9	15,0
	Solidão/falta de apoios	2	3,3
	Mobilidade Física	3	5,0
	Preocupa-se com tudo	2	3,3
	Total	60	100,0

A saúde parece ser o factor preponderante na percepção da sua qualidade de vida, os dados quantitativos são corroborados pelos dados qualitativos, “(...) *A Qualidade de vida é que a pessoa possa fazer o que ela quiser com pleno uso de todas as faculdades dela, físicas, mentais, psicológicas*” e “*Eu fazer tudo o que tenho vontade e não posso (S8)*”, “*com os meus problemas de saúde, não tenho uma perspectiva de vida futura ou de melhoria da vida presente (S1)*”; “*terra para cima, com pouca saúde, pouca força mas alguma vontade (S4)*”; “*não vejo o meu futuro bem porque tenho muitos problemas de saúde e é tudo tão difícil para mim (S3)*).

A motivação e o estado emocional dos inquiridos e mesmo dos entrevistados revela uma perda de capacidade volitiva, agravada por alterações de humor e stress desencadeado pelas limitações físicas e motoras (Tabela 20).

Tabela 20. Factores que influenciam a qualidade de vida

		Frequência	Percentagem
Factores que influencia a qualidade de vida	saúde	38	63,3
	finanças	6	10,0
	família	9	15,0
	solidão/falta de apoios	2	3,3
	Mobilidade Física	3	5,0
	preocupa-se com tudo	2	3,3
	Total	60	100,0
Problemas emocionais devido às Limitações do dia a dia	sempre	13	21,7
	a maior parte do tempo	28	46,7
	algum tempo	12	20,0
	pouco tempo	5	8,3
	nunca	2	3,3
Total	60	100,0	

A saúde funcional do idoso tem sido associada à qualidade de vida, ao convívio social, à condição intelectual, ao estado emocional e às atitudes perante o indivíduo e o

mundo. A capacidade funcional tem atraído atenção crescente, pois a incapacidade acarreta o aumento do número de doenças crónicas e das dificuldades de autonomia durante a velhice, o que tem fortes ligações com a qualidade de vida. Esse declínio pode tornar o idoso dependente de outras pessoas ou de algum tipo de assistência

Tabela 21. Factores que influenciam a qualidade de vida

		Frequência	Percentagem
Situação geral actual (económica, apoio social, saúde, etc)	Muito boa	6	10,0
	Boa	3	5,0
	Remediada	46	76,7
	Má	5	8,3
	Total	60	100,0

No que concerne à percepção da situação geral de vida (económica, apoio social, saúde, etc) verifica-se que 76,7% dos inquiridos consideram-se “remediados”, contrastando com as extremidades representadas por 15 % que consideram a sua situação “muito boa” ou “boa” e os 8,3% que vem as suas condições de vida precária.

Conclusões

Neste trabalho, ao nível científico, tivemos como objectivo verificar como os idosos percepcionavam a sua qualidade de vida e os apoios formais. A visão dos idosos pode sem dúvida permitir-nos verificar as dificuldades que sentem no seu dia-a-dia, quais os factores que afectam a sua percepção sobre a qualidade de vida. Com o aumento geral da sobrevivência da população, torna-se importante garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade e satisfação com a vida.

Um estudo teve como objetivo avaliar os fatores associados ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), a qualidade de vida de um indivíduo pode ser analisada com base em critérios dispostos por seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente, espiritualidades e crenças.

Associado a estes factores, os dados obtidos no nosso estudo, revelam a existência de alguma relutância nos idosos quanto à necessidade de um envelhecimento activo fisicamente ou mesmo das potencialidades do mesmo. Tratando-se de uma amostra bastante diversificada na idade, não parece existir divergências sobre os aspectos fulcrais que influenciam o seu dia-a-dia, o seu bem-estar, auto-estima. O processo de envelhecimento e experiência de vida faz com que o idoso procure mecanismos *de coping* para lidar com as suas dificuldades.

A visão experienciada sobre o cuidado humano, não pode ser encarado como apenas um conjunto de procedimentos técnicos a serem executados, mas como algo mais complexo que o gesto tecnicista, que certamente é, saber lidar, apoiar, esclarecer a utente ou os seus familiares/acompanhantes.

Com relação à rede de apoio social informal, menos da metade dos idosos afirmou contar com ajuda de filhos, cônjuges, irmãos e outros parentes, amigos ou vizinhos. Entre os participantes que relataram contar com apoio informal, o tipo de apoio mais referido foi o emocional (Tabela 14). As relações sociais parecem sem dúvida ser um aspecto positivo na qualidade de vida dos idosos em estudo, corroborando os dados apresentados num estudo levado a cabo por Farquhar (1995) realizou investigação com idosos ingleses a fim de identificar a visão dos participantes do estudo sobre QV. Observou que, para eles, as relações familiares e os contatos sociais eram componentes importantes de uma boa qualidade de vida.

Desta forma verifica-se que o suporte social formal ou informal é, identificado em vários estudos, como um importante fator associado com QV para idosos (Bowling *et al.*, 2003;Chappell, 2003; Borglin *et al.*, 2006)

Neste estudo, perceber-se saudável mostrou ser um importante fator associado à QV, pelo maior impacto em relação ao número de domínios, corroborando os dados de outros estudos encontrados na literatura (Bowling *et al.*, 2003;Chappell, 2003; Borglin *et al.*, 2006, Raphael *et al.*, 1997). Este domínio ganha maior relevo quando associamos variáveis como problema de saúde ou dependência para realizar AVD.

A nossa amostra com declínio na sua capacidade funcional tem também uma redução estatisticamente significativa no número de contatos com a rede social e conseqüentemente surge o declínio nos índices de satisfação com a vida e aumento dos escores de depressão (Asakawa *et al.*, 2000, Moraes e Souza, 2005).

Grande parte dos idosos relatou não ter envolvimento com atividades na comunidade e praticamente a metade referiu realizar atividades de lazer fora de casa. As atividades de lazer citadas com maior frequência são realizadas no próprio domicílio, tais como assistir televisão, ouvir rádio, ler e fazer trabalhos manuais.

Como resultado final da pesquisa, torna-se emergente criar uma aliança sólida entre os profissionais de saúde, das unidades de apoio formal e informal e os idosos. O grande mérito dessa postura reside na importância dar prioridade ao direito de escolher qual a alternativa de assistência mais bem adaptada à necessidade e à vontade do idoso. Os domínios da saúde seja ela física, mental ou emocional, é considerado um dos principais parâmetros de análise da qualidade de vida de uma pessoa, o que torna profissional da saúde um agente ativo no que diz respeito à promoção e manutenção de uma vida melhor para os pacientes que confiam em seu trabalho. É responsabilidade do médico, do profissional da saúde, perceber as necessidades dos seus pacientes e desenvolver na medida do possível, medidas que tornem a vida das pessoas melhores, num processo de viver e não somente sobreviver.

Os dados obtidos revelaram que os idosos participantes deste trabalho objetivaram suas vivências na velhice com um binómio velhice-doença, caracterizando a velhice como algo negativo, portanto, assumindo uma conotação negativa da mesma. Verificou-se também que os grupos vivenciam o seu processo de envelhecimento em pólos antagónicos. Se, por um lado, os idosos de grupos de convivências participam de atividades que envolvem aspetos sócio-recreativos, valorização do exercício da

cidadania e de elucidações concernentes à promoção em saúde, em outro pólo os idosos de instituições de longa permanência vivenciam seu processo de envelhecimento num confinamento sócio-afetivo, devido às caracterizações da institucionalização da velhice.

Em geral, as pessoas estabelecem metas que se relacionam com diferentes domínios da vida (como realização profissional, autonomia, manutenção da própria saúde ou de contactos sociais significativos). À medida que envelhecem vão criando novas metas ou alterando o investimento que fazem no alcance das que haviam sido estabelecidas anteriormente.

Um recente estudo teve como objetivo principal avaliar se a qualidade de vida dos idosos ativos e saudáveis pode ser influenciada pelo seu vigor físico, características sociodemográficas e por parâmetros psicológicos. Os autores do estudo observaram que o vigor físico, isoladamente, não é um fator decisivo para uma boa qualidade de vida dos idosos.

Quando falamos de saúde psicológica procuramos reconhecer sentimentos e percepções do indivíduo em relação ao grau de satisfação com sua vida, com o meio que o cerca e a sua realização pessoal.

Historicamente, é de facto que grande parte das instituições de longa permanência possui um perfil assistencialista, no qual prestar cuidados aos idosos resume-se a oferecer abrigo e alimentação. Atualmente, todavia, acredita-se que o cuidar envolve o acesso ao atendimento de profissionais de saúde capacitados, condições de espaço físico e ambientais apropriados, disponibilização de atividades de lazer e contacto social com a comunidade. A avaliação multidimensional do idoso é baseada na avaliação global do idoso e tem como objetivo a restauração ou preservação da qualidade de vida. Dessa forma, é importante que tal intervenção seja desenvolvida preferencialmente por uma equipe interdisciplinar que investigue os aspetos médicos, psicológicos e sociais dos idosos.

Apesar das IPSS's serem representadas como um *locus* importante e necessário para as pessoas idosas que não possuem familiares, são consideradas, muitas vezes, a única "alternativa" viável para preservar mecanismos de sobrevivência, diante das dificuldades socioeconómicas, afetivas e familiares. Por outro lado, percebe-se pelas falas dos participantes a necessidade de uma efetiva reforma político-social dessas instituições, uma vez que elas vêm funcionando como depósito para o confinamento social e afetivo, o que torna a velhice sinónimo da espera/preparação apenas para a

morte, de modo que não há a participação dos idosos em atividades sócio-recreativas, tornando-se quase inexistente a sua rede de apoio social.

A QV, partindo da avaliação pessoal, envolve um processo complexo no qual o indivíduo faz um balanço partindo de valores, princípios e critérios assimilados ao longo da vida. O objetivo final desse balanço é a determinação do grau de satisfação alcançada, o que nem sempre é detetado pelos instrumentos padronizados. Quando idosos são o foco do estudo, a QV se relaciona com a preservação dos relacionamentos interpessoais, saúde, equilíbrio emocional, estabilidade financeira, trabalho e família, entre outros... Os elementos destacados pelos idosos que se referiram positivamente à sua QV foram relacionamentos pessoais, incluindo família e amigos, estabilidade financeira e vida ativa.

Em suma, considera-se que foi alcançado o objectivo subjacente a todo o presente estudo, o de contribuir para um melhor conhecimento da população de idosos e contexto de situação de apoio, permitindo uma melhor compreensão da qualidade de vida dos idosos através da análise de factores associados a esta. Os dados obtidos ao longo desta investigação possibilitam abrir caminho a futuras investigações, perspectivando uma melhor compreensão da temática em estudo, e contribuindo para a implementação de estratégias e programas mais eficazes, no sentido de uma actuação conjunta dos profissionais e cuidadores envolvidos nos cuidados aos idosos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos idosos.

Ao nível pessoal este estudo permitiu-me contactar com os idosos e as suas problemáticas de forma mais directa. Foi um momento de crescimento pessoal e científico, devido a diferentes dificuldades sentidas, entre as quais destaco as frustrações que surgem ao longo do processo de recolha de informação e dados, requerendo uma constante adaptação as diferentes situações.

Este estudo poderia ter cruzado a percepção do idoso com a percepção do profissional na área de gerontologia, provavelmente iríamos obter resultados interessantes que nos permitiriam corrigir ou pelo menos identificar a visão de ambos sobre o processo de apoio formais bem como as limitações na implementação destas práticas no funcionamento de uma organização, como as IPSS.

Referências

- Abdel-Khalek, A. (2002). Why do we fear death? reasons for death fear scale. *Death Studies*, 26 (8), 669-680.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT.
- Alpass, F., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging and Mental Health*, 7 (3), 212-216.
- Alvarado, K., Templer, D., Bresler, C., & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 202-204.
- Ap. Agustín requejo osório e fernando cabral pinto, as pessoas idosas. *Contexto social e intervenção educativa*, p. 51;
- Argimon, I. I. de L; Vitola, J. C. E a família, como vai? In: Bulla, L. C; Argimon, I. I. de L. (Org.). *Convivendo com o familiar idoso*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009, p. 25-31.
- Ariès, P. (1988). *História da morte no ocidente*. Lisboa: Editora Teorema. Bacqué, M. (1995). *Le deuil à vivre*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Ballesteros, R., et al. (2006). Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA). Madrid, IMSERSO, Estudios, nº 38. Recuperado em 10 de Fevereiro de 2010, do <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-38.pdf>
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). London : Cambridge University Press.
- Barbosa, A., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 149-156). Lisboa: ISPA.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto: Edição do Autor.
- Barreto, S., Giatti, L., & Kalache, A. (2004). Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (2), 110-117.
- Barreto, S., Giatti, L., & Kalache, A. (2004). Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (2), 110-117.
- Barros, H., Monteiro, S. e Pereira, S. (2009). *Unidade de convalescença: RSJA – uma*

- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: A review of the literature. *Issues in Mental Health*, 10(1), 1-10.
- Bech, P. (2003). Quality of life measurements in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59 (1), pp. 1-10.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Benbasat, I., Goldstein, D. K., & Mead, M. (1987). The Case Research Strategy in Studies of Information Systems. *MIS Quarterly, Management Information Systems Research Center, University of Minnesota*, Vol. 11, No. 3, pp. 369-386.
- Berger, L. & Poirer, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta
- Berger, L. (1995). *Pessoas idosas*. Lisboa: Lusodidacta.
- Binotto, A. (2004). O luto. Retirado em www.funerariaonline.com.br/ em 25 Março, 2005.
- Blazer, D. (1992). *Distúrbios afectivos no idoso*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa Em Educação. Uma Introdução À Teoria E Aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borgermans, L.; Nolan, M. & Philip (2001). Family care of older people in Europe. Europe. In I. PHILP (edi.), (pp.2-25). Amsterdam: isos press
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well being*. Chicago: Aldine Publishing.
- Bradley, B., Mogg, K., & Millar, N. H. (2000) Covert and overt orienting of attention to emotional faces in anxiety. *Cognition and Emotion*, 14, 789-808.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados familiares a idosos*. Coimbra: Quarteto Editora
- Brodie, J. (1985). Contributo para uma teoria negentrópica do envelhecimento. *Servir*, 33, 3-13.
- Brodie, J. (1985). Contributo para uma teoria negentrópica do envelhecimento. *Servir*, 33, 3-13.
- Busse, E. (1992). *Alterações perceptivas com o envelhecimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Butt, D., & Beiser, M. (1987). Successful aging: A theme for international psychology. *Psychology and Aging*, 2, 87-94.

- Cabral, L. P. (2007). O Bem-estar psicológico e o conceito de Si na velhice. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Campbell, A, CONVERSE, P.E., & RODGERS, W.L (1976), *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*, New York, Russell Sage.
- Campolina, A. e Ciconelli, R. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: Parâmetros clínicos para as tomas de decisão em saúde. *Revista Panamericana de salud Publica*, 19 (2), pp. 128-136.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. e Paredes, T. (2006). Qualidade de Vida. Retirado em Março 28, 2009, de <http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., e Pintassilgo, A. L. (2005). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal: Apresentação de um projecto. Projecto apresentado no 6º Congresso Virtual HIV/AIDS, 17 Outubro 2005. Retirado em SIDAnet –Associação Lusófona Website: http://www.aidscongress.net/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf
- Canavarro, M., Simões, A., Pereira, M., Serra, A., Rijo, D., Quartilho et. al. (2007). WHOQOL-Bref. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação Psicológica- Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Carrilho, M. J; Gonçalves, C (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*. INE. Lisboa. Nº36. ISSN 1645-5657
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13 (3), 188-192.
- Chappell, N.; Penning, M. & Behie, G. (1996). Primary and secondary caregivers: different experiences, different meanings? In V. Minichiello, N. L. Chappell, H. Kending and A. Walker (eds.) *Sociology of Aging; International Perspectives* (161-175). Melbourne, Australia: International Sociological Association.
- Chickering, A. (1981). *Education and identity*. EUA, Jossey-Bass, Inc., Publishers.
- Coleman, P., Ivani-Chalian, C., & Robinson, M. (1993). Self-esteem and its sources: Stability and change in later life. *Ageing and Society*, 11, 217-224.

- Collier, M. e Franks, P. (2004). Qualidade de vida: os custos individuais. In: Morison, M. (Ed.). *Prevenção e Tratamento de Úlceras Pressão*. Loures, Lusociência, p. 39.
- Conte, H., Weiner, M., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (4), 775-785.
- Conte, H., Weiner, M., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (4), 775-785.
- Costa, m. Arminda m. – questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In *o idoso: problemas e realidades*. Coimbra : formasau, 1999. Isbn 972-8485-07-7. P. 7-22.
- Couvreur, C. (2001). *A QUALIDADE DE VID Arte para viver no século XXI*. Loures,
- Cubero, M.V. *La animación sociocultural: una alternativa para la tercera edad*, col. «trabajo social», siglo xxi de españa editores, s. A., madrid, 1991.
- Deeken, J. et al. (2003). Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of pain and symptom management*, volume 26, n.º 4 October.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 1-32). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dinis, carla m. R. – envelhecimento e qualidade de vida no concelho de faro. Coimbra : [s.n.], 1997. Dissertação de mestrado apresentada à faculdade de medicina.
- Duarte, J. (2008), *Estudos de Caso em Educação –Investigação em profundidade com recursos reduzidos e outro modo de generalização*, *Revista Lusófona da Educação*, 11, 113-132, <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n11/n11a08.pdf>
- Elizasu, carolina. *La animación personas mayores*, col. «escuela de animación», editorial ccs, madrid, 2002.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death. *American Psychologist*, 45 (4), 537 543.
- Fernandes, A. A. Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas* [online]. 2001, n.36, pp. 39-52. ISSN 0873-6529.
- Fernandes, ana alexandre (1997), *velhice e sociedade*, oeiras, celta editora.
- Fernandes, J. M. M. B. L. (2000). *Qualidade de vida e auto-eficácia em idosos institucionalizados*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Dissertação de Mestrado).

- Fernandes, M. J. S. R. S. (1996). Conceito de qualidade de vida para o idoso. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa (Dissertação de Mestrado).
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2 (1), 57-65.
- Ferrans, C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17(3), 15-19.
- Ferrans, C., & Power, S. (1985). Quality of life index: development and psychometric.
- Ferreira, P. (1985). Manual de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Brasileira de Medicina.
- Figueira, H., Figueira, J., Mello, D., & Dantas, E. (2008). Quality of life throughout ageing. *Acta Médica Lituânica*, 15 (3), 169-172.
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleck, M. et alii. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre, Artmed.
- Fleck, M. P. A; **Lousada, S; Xavier, M, Chachamovich, E , Vieira, G; Santos, L, Pinzon V.** Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, Apr. 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101999000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101999000200012>.
- Fleck, M., Chachamovich, E., & Trentini, M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 14-19.
- Fnuap (1998), a situação da população mundial: as novas gerações, fundo das nações unidas para a população (tradução portuguesa).
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, F. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta..
- Fortin, M.F; (1999). -O Processo De Investigação: Da Concepção À Realização, Loures: Lusociências.
- Fortner, B., & Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23 (5), 387-411.
- Fortner, B., & Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23 (5), 387-411.
- Fragoso, A. (2012). Older Learners in the Community? Provocative Reflections on the Situation of Older Adults in Portugal, *Journal of Contemporary Educational Studies*, Vol. 63, nº 5, 70-83.
- Fragoso, A., & Guimarães, P. (2010). Is there still a place for social emancipation in public policies? Envisioning the future of adult education in Portugal, *European Journal for Research on the Education and Learning of Adults*, 1 (1/2), 17-31.
- Fragoso, A., & Martins, V. (2011). Older adults in the cross-border areas of southern Portugal and Spain: shared narratives, learning and the construction of identity, *International Journal of Education and Ageing*, Vol. 1, No. 3, 253–266.
- Freitas, E. Py, L. Neri, A. Cançado, F. Gorzoni, M. Rocha, S. 2002. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Editora guanabara koogan, Rio de Janeiro.
- Freitas, E. Py, L. Neri, A. Cançado, F. Gorzoni, M. Rocha, S. 2002. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Editora guanabara koogan, Rio de Janeiro.
- Gaugleer, J. et al. (2003). Secondary dementia caregiving and its consequences. *American Journal of Alzheimer's Disease and other dementias*. Volume 18, n.º 5, September/October.
- Gaugleer, J. et al. (2003). Secondary dementia caregiving and its consequences. *American Journal of Alzheimer's Disease and other dementias*. Volume 18, n.º 5, September/October.
- Gaullier, xavier (1988), *la deuxième carrière*, paris, editions du seuil; properties. *Advanced Nursing Science*, 8, 15-24.
- Gaullier, xavier (1999), *les temps de la vie: emploi et retraite*, paris, éditions esprit.
- Gay, L.R. (2003). *Educational Research: Competencies For Analysis And Application*. Upper Saddle River, Nj: Prentice Hall.
- Gil, A.P. (1999), "redes de solidariedade intergeracional na velhice", *cadernos de política social*, apss, 1 (93-114).

- Grande, nuno - linhas mestras par uma política nacional de terceira idade. Rev. Portuguesa de medicina geriátrica. N.º 68 (1994), p. 6-10.
- Greaves, D. (2000). The obsessive pursuit of health and happiness. *British Medical Journal*, 321, pp. 283-285.
- Gualda, E., Fragoso, A., & Lucio-Villegas, E. (2011). The border, the people and the river: Development of the cross-border area between southern Spain and Portugal. Publicado online em dezembro de 2011 no *Community Development Journal*. doi: 10.1093/cdj/bsr064.
- Gualda, E., Lucio-Villegas, E., Martins, V., González Gómez, T., Gualda, J.M., & Fragoso, A. (2011). Learning Contexts of the Others: Identity building processes in southern Europe, *European Journal for Research on the Education and Learning of Adults*, Vol. 2, nº 2, 151-163.
- Guillemard, anne-marie (1995), "emploi, protection sociale et cycle de vie", em anne-marie guillemard (org.), entre travail retraite et vieillesse, paris, l'harmattan.
- Guimarães, P.– o estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso crepuscular. *Geriatrics*. Issn 0871-5386. Vol. 11, n.º 101 (1998), p. 11.
- Gyll, josias – introdução à geriatria . *Pathos*. Issn 0872 –1165. N.º 5 (1998), p. 9-18; *Health Nursing*, 27 (7), 795-813.
- Henriques, A. e Sá, E. (2007). Qualidade de Vida de Idosos em Lares e Centros de Dia. *Pensar Enfermagem*, 2 (11), pp. 25-34.
- Henriques, A. e Sá, E. (2007). Qualidade de Vida de Idosos em Lares e Centros de Dia. *Pensar Enfermagem*, 2 (11), pp. 25-34. Lusociência.
- Ine (1981 e 1991), recenseamentos gerais da população: 1981 e 1991.
- Ine (2000), esperanças de vida sem incapacidade física de longa duração: portugal continental, 1995/96, caderno temático n.º 10, lisboa, ine/ins ricardo jorge, onsa.
- Ine(1999), as gerações mais idosas, série de estudos, 83.
- Jacob, luís (2001), a velhice, dissertação de mestrado, iscte.
- Jacob, luís. Animação de idosos. Atividades, col. «idade do saber», ambar, lisboa, 2007.
- Kellerhals, jean (1987), "les types d'interaction dans la famille", *l'année sociologique*, 37, (153-179).
- Lakatos, E; Marconi, A. (2001). Fundamentos da metodologia científica.4 ed. São Paulo: Atlas.
- Lara, teresa e victoria cubero. Las personas mayores. Perspetivas desde la animación, col. «escuela de animación», editorial ccs, madrid, 1993.

- Lesemann, Martin, C. *Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um "Wealfare-mix"*. Revista sociologia – Problemas e práticas, nº 17, pp.115-139, 1995.
- Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (2005), *Investigação Qualitativa : Fundamentos e Práticas* (2ª edição). Lisboa: Instituto Piaget
- Limón, m. ^a rosario e juan antonio crespo. Grupos de debate para mayores. Guía práctico para animadores, col. «narcea sociocultural», narcea ediciones, madrid, 2002.
- Lisboa: Climepsi Editores.
- Liu, B. -C. (1975), Quality of Life: Concept, Measure and Results. American Journal of Economics and Sociology, 34: 1–14. doi: 10.1111/j.1536-7150.1975.tb01151.
- López, M. & Martínez, J. (2006). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar" Madrid, IMSERSO, Estudios, n.º 6, [10/02/2008].
- López, M. & Martínez, J. (2006). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar" Madrid, IMSERSO, Estudios, n.º 6, [10/02/2008].
- Ludke, M., & André, M. (1986). Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU.
- Lusociência.
- Marconi, A. Lakatos, E. (2001) Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, Pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, Publicações e trabalhos científicos. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Marconi, M. A. (1986). Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e interpretação de dados (1ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Maroco, J. e Bispo, R. (2003). Estatística aplicada às ciências sociais e humanas.
- Martin, claude (1995), "vieillissement, dépendence e solidarités en europe", em claudine attias-donfut (org.), les solidarités entre générations: vieillesse, familles, état, paris, éditions nathan..
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social, in C. Paúl & A. Fonseca (coord.), Envelhecer em Portugal, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 179-202.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social, in C. Paúl & A. Fonseca (coord.), Envelhecer em Portugal, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 179-202.
- Martín, I. (2005). O Cuidado informal no âmbito social. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados (pp. 183-202). Lisboa: Climepsi.

- Mateus, L. (2008). Cuidar da higiene pessoal. Idade Maior (pp. 14-15) Lisboa:Companhia do Texto (Pfizer).
- Matsudo, S. M. M.; Matsudo, V. K. R.; Barros. Neto, T.L.. Actividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. Em: Análise Social, vol. 39 (171), pp.339-363. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Mazza, M. M. P. R. (2002). Cuidar em família: Análise da representação social da relação cuidador familiar com o idoso. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado).
- McIntyre, T. M, (1994) Psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In Mendonça - Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras. Associação dos Psicólogos Portugueses, Braga.
- Merriam, S. B. (2009). Qualitative research: A guide to design and implementation. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Michel, M. H. (2005), Metodologia E Pesquisa Científica Em Ciências Sociais: Um Guia Prático Para Acompanhamento Da Disciplina E Elaboração De Trabalhos Monográficos. São Paulo: Atlas, 2005.
- Minois, G (1999). História da Velhice no Oriente. Lisboa:Teorema..
- Moreira, I. (2001). O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra: Edição FORMASAU.
- Nazareth, J M.. O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. Geriatria. Issn 0871-5386. Vol. 7, n.º 64 (1994), p. 5-17.
- Nogueira, P.C A..*O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono?*. Lisboa: [s.n.], 1996. Monografia de fim de curso apresentada ao instituto superior de psicologia aplicada.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2003). CIF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness. *Br J Psychiatry* 1998; 172:291-3.
- Osório, agustín requejo e fernando cabral pinto (coord.). As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa, trad. De susana silva, rui martins, col. «horizontes pedagógicos», editorial piaget, lisboa, 2007.
- Osório, agustín requejo. «a animação sociocultural na terceira idade» in animação sociocultural. Teorias, programas e âmbitos. Coord. De jaume trilla, trad. De

- ana rabaça, col. «horizontes pedagógicos», editorial piaget, lisboa, 2004, 251-263.
- Panzini, R., Rocha, N. e Fleck, M. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Psiquiatria Clínica*, 34 (1), pp.105-115.
- Paschoal, S. (2004). Qualidade de Vida na velhice. In: Freitas, E. et alii. (Ed). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 149-163.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation methods*. London: Sage Publications.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*, Lisboa. Climepsi.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). Apresentação. In C. Paúl & A. Fonseca (coords), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 15-18). Lisboa. Climepsi.
- Paúl, C. (1977). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida- Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida- Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paul & A. Fonseca (coords), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 21-41). Lisboa. Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (77-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C.; Fonseca, A.; Cruz, F. & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 2, 415-426.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M., Franceschini, S. C., Ribeiro, R. S., Priore, S. E. e Cecon P. R. (2006) Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria RS* 28(1), 27-38.

- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2005). Análise de dados para ciências sociais – a Complementaridade do SPSS (4ªEd). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, L. (2001). O lugar do Idoso na família: contextos e trajetórias. Quarteto Editora, Coimbra. Colecção Teses, nº 11.
- Pimentel, L. M. G. (1995). O Lugar do idoso nas redes de interacção e solidariedade primárias: um Estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (Dissertação de Mestrado).
- Pinho, M. M. N. (2005). Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar “X”, comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos que residem em sua casa. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Pitrou, agnés (1977), "le soutien familial dans la société urbaine", revue française de sociologie, xviii, pp. 47-84.
- Polit, D., Hungler, F. (1995) Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal. Ministério da saúde – os mais velhos: relatório de atividades. Lisboa : ministério da saúde, 1998.
- Relvas, A. (1996). O ciclo Vital da família: perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.
- Robine, jean-marie (1997), "espérance de santé: concepts, théories et objectifs", em jacques dupâquier (org.), l'espérance de vie sans incapacités, paris, puf.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Sanches, I. (2005). Compreender, Agir, Mudar, Incluir. Da Investigação-Acção à Educação Inclusiva. *Revista Lusófona de Educação* , 005 , 127-142.
- Santos, P. (2000). A depressão no idoso - estudo da relação entre factores pessoais institucionais e manifestações da depressão. Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, purificação I. D. F. C. – a depressão no idoso: factores pessoais e situacionais nos idosos internados em lares, utentes de centros de dia e residentes no domicílio. Coimbra: [s.n.], 1995. Dissertação de mestrado apresentado à universidade da Extremadura.
- Scocco P, Rapattoni M, Fantoni G. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21 (3):281-287.

- Segalen, martine (1999), sociologia da família, lisboa, edições terramar.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções. Coimbra: Quarteto.
- Simões, A (2006)., “A nova velhice”, novo público a educar.
- Soares, M. (Dezembro 2001). Envelhecimento e dependência/ Cadernos de Bioética – Coimbra - Ano XI, n.º 27, pp.123-128.
- Sousa, L. (Janeiro 2002). Quem são os prestadores de cuidados ao idosos?: um estudo exploratório/ Revista Sinais Vitais – Coimbra - n.º40, pp.45-48.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & CERQUEIRA (2004). Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar.
- Stake, R. (2005). Investigación con estudio de casos: tradução do original de 1995, The art of case study research. Madrid: Sage Publications.
- Tennstedt, S.(1999). Family Caregiving in an Aging Society Presented at the U.S. Administration on Aging Symposium: Longevity in the New American Century Baltimore, MD, March 29.
- Turato, E.R. *Tratado Da Metodologia Da Pesquisa Clínico- Qualitativa*. Petrópolis Rj.: Editora Vozes, 2003.
- Yin, R. K. (2002). *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Artemed, tradução do original de 1994, Case study research: design and method, Sage Publications.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research - Design and Methods*. London : Sage Publication.
- Yin, R. K. (2005). *Introducing the world of education. A case study reader*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Yin, R.,(2009). *Case Study Research: Design And Methods (2ª Ed)* Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.
- Zagher, M., Pierezan, P. e Claudino, R. (2009, Agosto). Avaliação da qualidade de vida nos profissionais da saúde, que prestam assistência a pacientes geriátricos. Revista Digital – Buenos Aires: efdeportes.com, 135. Retirado de Revista Digital Buenos Aires.

SITES:

www.fisioweb.com.br

www.psicologia.com.pt

www.socialgest.pt

.http://www.nogome.com/blogs/marujo

Plano Nacional para a saúde das pessoas idosas

ANEXOS

Guiões de Entrevista

- Aplicado aos Idosos – Centro de Convívio
Apoio Domiciliário

APÊNDICE I – GUIÕES DE ENTREVISTA

GUIÕES DE ENTREVISTAS - IDOSOS

1 – Na sua opinião, considera-se ainda uma pessoa com energia e saúde para realizar todas as atividades e tarefas no seu dia a dia? Porquê?

Sim 1 Não 2

2 – Qual a sua perspetiva de olhar a vida no presente e no futuro?

3 – Sente necessidade de conviver com pessoas e sentir-se útil para a sociedade, de modo a conseguir ter uma qualidade de vida estável? Porquê?

Sim 1 Não 2

4 – Na sua opinião, para uma melhor qualidade de vida e um bem-estar equilibrado, o que pensa sobre o desempenho de uma atividade física ou outro tipo de atividade para o seu dia a dia?

5 – Neste momento participa nalgum tipo de atividade?

Sim 1 Não 2

Se sim, qual?

De um modo geral, sente-se satisfeito?

Sim 1 Não 2

6 – Sente-se satisfeito, com os serviços que lhe são prestados pela instituição?

Sim 1 Não 2

7 – Sente respeito e educação por parte dos funcionários em relação à sua privacidade, intimidade, aos seus hábitos e costumes, e sua autonomia?

Sim 1 Não 2

Se quiser, dê a sua opinião pessoal?

9 – Tem necessidade de um dia integrar-se num lar de idosos? E porquê?

Sim 1 Não 2

Já está insrito?

Sim 1 Não 2

☛ Entrevistas aos utentes do Centro de Convívio

1. Gosta das atividades que realiza no Centro de convívio? Justifique a sua resposta.
2. Sente gosto em praticar e continuar com as atividades? Justifique a sua resposta.
3. Sente alguma dificuldade na realização das atividades?
4. Participa em todas as atividades desenvolvidas?
 - 4.1. Se não, porquê?
5. Em que atividades gosta mais de participar? E Porquê.
6. Em que atividades gosta menos de participar? Porquê?

QUESTIONÁRIO

O presente questionário pertence ao trabalho de investigação subordinado ao tema "A Qualidade De Vida Do Idoso E O Seu Bem-Estar Social sob a Professor Doutora Joaquina Castillo e Professor Doutor António Fragoso de Almeida da Universidade do Algarve.. Se desejar participar nesta investigação, onde a sua opinião é importante, pelo que solicito que responda a todas as questões.

N.º do questionário _____

I – DADOS PESSOAIS

1. Freguesia de Residência do Inquirido: _____

2. Naturalidade do Inquirido:(concelho/freguesia) _____

3. Sexo: 1 - Masculino 2 – Feminino 4.Idade _____

4.1. Grupo etário

65-69 Anos 70-74 anos 75-79 anos
80-84n anos 85-90 >90 anos

5. Estado Civil

1.Solteiro 2.Casado/a 3.Separado/a
4.Divorciado/a 5.Viúvo/a 6.União de Facto

6. Escolaridade

1.Ensino primário 2.Ensino preparatório 3.Ensino Secundário
4- Curso médio 5. Curso superior 6. Não sabe ler nem escrever
7. Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal)

7. Tipo de Pensão

Pensão de Velhice. Pensão Social de Velhice Pensão de Invalidez
Pensão Social de Invalidez Pensão pincapacidade permanente Pensão de Sobrevivência
Pensão de Orfandade Pré-reforma Situação desconhecida

8. Rendimento Mensal

Até € 250 € 250 a € 500 € 500 a € 750
€ 750 a € 1000 € 1000 a € 1250 € 1250 a € 1500
€ Mais de € 1500

II ESTADO GERAL

9. . Como é constituído o seu agregado familiar?

1. Uma pessoa 2. Duas pessoas
3. Três pessoas 4. Quatro pessoas
5. Ou mais pessoas

10. Neste momento com quem vive?

- Sozinho(a) Filho(s)
Companheiro(a) ou Cônjuge Amigo(a)
Netos Outros: _____

11.. Se não tivesse condições para morar sozinho, com outro familiar ou amigo(a), qual o lugar que gostava de viver?

- Numa Pensão Em quarto alugado
Num Centro de Abrigo Numa Instituição Social "Lar de Idosos"
Numa Lar Residencial Outra: _____

12.. Tem algum problema de saúde?

Sim Não

Se Sim, qual ou quais? _____

13. Está a tomar algum tipo de medicamento para o(s) seu(s) problema(s) de saúde?

Sim Não

Se Sim, qual ou quais? _____

14. Sente-se uma pessoa:

- Autónoma Pouco Autónoma Dependente
Muito Dependente

15. De um modo geral sente que os seus familiares não estão a conseguir dar o apoio necessário para o seu bem-estar social no seu dia-a-dia?

- Nenhum Pouco Sempre
Sempre que possível Outro: _____

16. Quando precisa de resolver algum assunto pessoal, a quem normalmente pede ajuda?

- Família Vizinhos Amigos
Cônjuge A uma instituição social Outro: _____

17. Sente-se ainda bem e com capacidades de viver sozinho(a) ou com outro tipo familiar?

Sim Não

18. No caso de ter respondido "não" à questão anterior, pretende mudar para algum tipo de instituição social?

Sim Se sim, qual? _____

.Não

19. Neste momento já recebe algum tipo de apoio de alguma Instituição Social?

Sim Não

20. No caso de ter respondido “Sim” à questão anterior, qual o tipo de serviços que lhe são prestados pela instituição?

Alimentação Tratamento de roupas Higiene pessoal
Outros: _____

21. Em que valência da instituição está integrado?

Apoio Domiciliário Centro de Dia Lar de Idosos
Outra: _____

22. Para melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar social, pretende integrar-se num futuro próximo numa instituição social?

Sim Não

23. Qual o tipo de valência que gostava de pertencer para uma melhor satisfação de vida?

Apoio Domiciliário Centro de Dia Lar de Idosos
Outra: _____

24. Qual o motivo de querer integrar-se numa instituição social?

_____.

25. Se desejar integrar-se num Lar de Idosos, pretende colaborar voluntariamente nas actividades lúdicas institucionais sempre que for solicitado(a), no sentido de se sentir uma pessoa útil e mais ocupado(a) no seu dia-a-dia? Se sim, escreva as suas preferências(s)?

26. Refira sugestões pertinentes, caso venha a ser integrado numa instituição social, com o objectivo de se proporcionar aos utentes/clientes um ambiente de bem-estar social, para que assim haja um bom funcionamento institucional.

27. Colocar um círculo no número que melhor descreve a sua saúde. Em geral diria que a sua saúde é:

Óptima Muito boa Boa Razoável
Fracas

28. Comparando com o que lhe acontecia há 2 anos atrás, como descreve o seu estado geral actual?

- Muito melhor Com algumas melhoras
 Aproximadamente igual Um pouco pior
 Muito pior

29. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nesta actividade? Se sim, quanto? (Por favor assinale nos quadros que se seguem, um círculo num número em cada linha.)

<i>“Função Física”</i>	Sim, muito limitado/a	Sim, pouco limitado/a	Sim, nada limitado/a
a) Actividades violentas, tais como, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.	1	2	3
b) Actividade moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar as compras da mercadoria.	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas.	1	2	3
e) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	1	2	3
f) Andar mais de um Km.	1	2	3
g) Andar uma centena de metros.	1	2	3
h) Tomar banho ou vestir-se sozinho	1	2	3

30. Durante os últimos tempos, teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados no quadro seguinte, como consequência do seu estado de saúde física?

<i>“Desempenho Físico”</i>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria ter feito.	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras actividades.	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (p.ex: foi preciso mais esforço).	1	2	3	4	5

31. Durante os últimos tempos, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

<i>“Desempenho Emocional ”</i>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria ter feito.	1	2	3	4	5
c) Executou o trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente como era costume.	1	2	3	4	5

Nas próximas 3 perguntas que se seguem, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

32. Durante os últimos tempos, em que medida a sua saúde física ou problemas emocionais, interferiram com o seu relacionamento social normal, com a sua família, amigos, vizinhos, ou outras pessoas?

“Função Social”

Absolutamente nada Pouco Moderadamente
Bastante Imenso

33. Durante estes últimos tempos sentiu algum tipo de dores?

“Dor Corporal”

Nenhumas Muito fracas Ligeiras
Fortes Muito Fortes

34. Durante os últimos tempos, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa com o trabalho doméstico)? “Dor corporal”

Absolutamente nada Pouco Moderadamente
Bastante Imenso

Os seus Sentimentos

35. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nos últimos tempos da sua vida.

Para cada pergunta coloque por favor 1 círculo à volta do número que melhor descreva a forma como se sentiu.

<u>“Saúde Mental”</u>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade.	1	2	3	4	5
b) Se sentiu nervoso/a.	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava.	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a.	1	2	3	4	5
e) Se sentiu triste e em baixo.	1	2	3	4	5
f) Se sentiu com muita energia.	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a.	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz.	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado/a.	1	2	3	4	5

36. Durante os últimos tempos, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

“Função Social”

Sempre A maior parte do tempo Algum tempo
Pouco tempo Nunca

Saúde em geral

41. Por favor diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações, no que se refere aos últimos tempos da sua vida.

Coloque 1 círculo à volta do número de cada linha.

<i>“Saúde em geral”</i>	Absolutamente verdade	Verdade	Não Sei	Falso	Absolutamente Falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros.	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é óptima.	1	2	3	4	5

42. Na sua perspectiva de vida sente-se neste momento uma pessoa satisfeita e com alguma qualidade de vida? Dê a sua opinião?

Obrigado pela sua colaboração!

