

MARIA DE LURDES MADEIRA DA LUZ JERÓNIMO

**CAUSAS DO ABANDONO DOS IDOSOS PELOS SEUS FAMILIARES
EM CONTEXTO HOSPITALAR- UM OLHAR DESDE A EDUCAÇÃO SOCIAL**



ESCOLA SUPERIOR DA EDUCAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO

2024

MARIA DE LURDES MADEIRA DA LUZ JERÓNIMO

**CAUSAS DO ABANDONO DOS IDOSOS PELOS SEUS FAMILIARES
EM CONTEXTO HOSPITALAR- UM OLHAR DESDE A EDUCAÇÃO SOCIAL**

Mestrado em Educação Social

Trabalho efetuado sob a orientação de: Professora Doutora Aurízia Anica



ESCOLA SUPERIOR DA EDUCAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO

2024

**CAUSAS DO ABANDONO DOS IDOSOS PELOS SEUS FAMILIARES
EM CONTEXTO HOSPITALAR- UM OLHAR DESDE A EDUCAÇÃO SOCIAL**

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

(Maria de Lurdes Madeira da Luz Jerónimo)

Direitos de cópia ou Copyright ©(Maria de Lurdes Madeira da Luz Jerónimo) A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

“Os idosos são fontes inestimáveis de conhecimento e experiência e têm muito a contribuir para a paz, o desenvolvimento sustentável e a proteção do nosso planeta.”

Secretário-Geral da ONU, António Guterres

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais António Jerónimo e Alice Madeira, que não tiveram a oportunidade de viver a sua velhice, ao meu querido e sempre menino Ricardo.

AGRADECIMENTOS

Agradecer profundamente ao meu estimado Adérito, às minhas amigas Cármen, Susana, Ana Paula e Adriana pelo apoio, pelas palavras de incentivo e motivação, sem eles este caminho não seria possível.

À estimada orientadora a Professora Aurízia Anica, por aceitar este desafio, pela partilha de conhecimentos e dedicação, pela sua imprescindível ajuda e contribuição para a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial à Dra. Graça Ramos, pela forma como me acolheu e me ajudou neste caminho e no hospital de Faro. A todas as assistentes sociais pela simpatia e sentido de disponibilidade para contribuir para a realização das entrevistas no hospital de Faro.

A todos os meus colegas de mestrado e a todos os professores serei sempre grata, pelo incentivo e motivação.

Aos adultos mais velhos que aceitaram participar neste estudo.

A todos, o meu muito obrigada.

RESUMO

O envelhecimento demográfico em Portugal tem gerado uma série de desafios sociais e económicos, destacando-se o aumento de idosos em situação de dependência e a escassez de recursos familiares e institucionais para garantir os cuidados necessários. Este estudo visa compreender as causas que levam ao abandono de idosos pelos seus familiares em contexto hospitalar, através de uma abordagem qualitativa centrada no Hospital de Faro, na região do Algarve. Esta região, caracterizada por um índice de envelhecimento elevado, reflete de forma particularmente evidente os problemas associados à falta de respostas sociais e de saúde para a terceira idade.

Optou-se por desenhar um estudo de caso, tendo sido recolhidos os dados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas a pacientes internados no Hospital e a uma assistente social. Os resultados apontam para a existência de vários fatores que contribuem para o abandono de idosos, incluindo o esgotamento das famílias devido à conciliação entre vida profissional e cuidados ao idoso, a inexistência ou insuficiência de políticas públicas de apoio, e a limitada capacidade das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Este estudo conclui que o abandono de idosos em hospitais é um reflexo das falhas nas redes de apoio social e familiar, bem como das carências nas políticas públicas. Para mitigar esta problemática, são sugeridas soluções como o reforço das políticas de cuidados domiciliários, o aumento da capacidade de resposta das ERPI e da RNCCI, e a promoção de estratégias de educação social que fortaleçam os laços intergeracionais e a responsabilidade social para com os idosos.

Palavras-chave: envelhecimento, família, redes sociais de apoio, abandono.

ABSTRACT

Demographic aging in Portugal has generated a series of social and economic challenges, highlighting the increase in elderly people in situations of dependence and the scarcity of family and institutional resources to guarantee the necessary care. This study aims to understand the causes that lead to the abandonment of elderly people by their families in a hospital context, through a qualitative approach centered on the Hospital de Faro, in the Algarve region. This region, characterized by a high aging rate, reflects in a particularly evident way the problems associated with the lack of social and health responses for old age. The investigation was based on patients admitted to the hospital and an interview with social workers. The results point to the existence of several factors that contribute to the abandonment of elderly people, including the exhaustion of families due to the conciliation between professional life and care for the elderly, the lack or insufficiency of public support policies, and the limited capacity of Residential Structures for Elderly People (ERPI) and the National Network for Integrated Continuing Care (RNCCI). This study concludes that the abandonment of elderly people in hospitals is a reflection of failures in social and family support networks, as well as deficiencies in public policies. To mitigate this problem, solutions are suggested such as strengthening home care policies, increasing the response capacity of ERPI and RNCCI, and promoting social education strategies that strengthen intergenerational ties and social responsibility towards the elderly.

Keywords: aging, family, social support networks, abandonment.

ÍNDICE GERAL

	Página
AGRADECIMENTOS	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
ÍNDICE DE QUADROS	xii
Página	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ABREVIATURAS	xiii
INTRUDUÇÃO	14
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	18
1. Conceito de Envelhecimento	18
2. Patologias Prevalentes em Pessoas Idosas.....	20
3. Conceito de Abandono.....	24
4. Abandono em Contexto Hospitalar.....	27
CAPÍTULO II – FAMÍLIA, REDE DE APOIO E SAÚDE	31
1. Família	31
2. Redes de Apoio (Social)	34
3. Saúde no Envelhecimento.....	38
4. Educação Social e Envelhecimento Ativo	41
5. Cuidados prestados pelo Centro Hospitalar do Algarve (CHUA) e outras respostas aos cuidados de saúde	44
CAPÍTULO III – METODOLOGIA E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO	49
1. Objetivos do Estudo.....	49
2. Paradigma de Investigação	49
3. Métodos e Técnicas Investigação	49
4. Potencialidades e Limitações da Investigação	51
CAPÍTULO IV – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	53
1. Caracterização do Serviço CHUA-FARO	53

2. Entrevistas	54
3. Análise e Interpretação dos Dados das Entrevistas	55
3.1 Relações Familiares	58
3.2 Percepção de Abandono Familiar	59
3.3 Expectativas Após Alta Hospitalar	59
3.4 Necessidades durante o Internamento.....	61
3.5 Discurso Livre.....	62
4. Análise da entrevista à Assistente Social.....	64
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
APÊNDICES	80
Anexos.....	101

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Índice de Envelhecimento em Portugal no ano de 2023	19
Quadro 2 – Óbitos e Taxas Brutas de Mortalidade por algumas coisas de morte e sexo em 2022	23-24
Quadro 3 – Principais Características da Amostra	55-56

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Gráfico 1 – Estado Civil dos Entrevistados	57

ABREVIATURAS

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APAH- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

APTESES- Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

COVID-19- Coronavírus Disease 2019

DGS - Direção-Geral da Saúde

ENEAS- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

GRP- Governo da República Portuguesa

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

ONU- Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SNS24 - Serviço Nacional de Saúde 24

UIPSS - União das Instituições Particulares de Solidariedade Social

INTRUDUÇÃO

Inserido no âmbito do curso de mestrado em Educação Social, da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, a escolha do tema da dissertação incidiu nas causas do abandono dos idosos pelos seus familiares em contexto hospitalar, tendo sido o trabalho de campo realizado no Hospital de Faro.

O interesse por este tema deu-se principalmente pela procura de respostas para uma questão tão sensível quando polémica e pelo facto de terem sido realizados em Portugal poucos estudos nesta área, apesar de o envelhecimento da população portuguesa ser efetivamente uma realidade e as respostas por parte das instituições tardarem a chegar.

A metodologia adotada baseia-se no paradigma interpretativo, tendo-se optado por desenhar um estudo de caso, que implicou a recolha de dados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas a pacientes internados e a uma assistente social.

Sendo o público-alvo deste estudo os idosos em situação de internamento no hospital de Faro, foram abordados temas como a família, e o que esta significa, as redes sociais de apoio, expectativas em relação à alta hospitalar, e aqui verificou-se as fracas expectativas dos idosos e poucos desejos de realizar algo, após a alta hospitalar. No que respeita ao abandono, ele surge associado ao sentimento de solidão, de violência, negligência, maus-tratos, para com os idosos.

O principal objetivo do estudo foi o de compreender de que forma as redes sociais de apoio e a família enquanto estrutura social pode contribuir para o abandono de idosos em situação de internamento hospitalar. Pretendeu-se também analisar quais as perceções de assistentes sociais relativamente a este tema, e verificar as respostas que são dadas a estas situações, caso se verifique o abandono de idosos. O internamento hospitalar pode causar impactos negativos nos idosos, sobretudo em hospitalizações prolongadas. Segundo Cabete (2005), as hospitalizações têm efeitos negativos a nível cognitivo, físico e emocional, sobretudo em hospitalizações mais prolongadas. As consequências do internamento passam por confusão mental, desorientação, perda de autonomia, depressão e solidão, entre outras. O afastamento da família leva a sentimentos de solidão e a um

desgaste da família. É ainda referida a importância da família, enquanto rede de apoio, para a recuperação do idoso.

A população portuguesa tem vindo a envelhecer e atualmente está entre as mais envelhecidas da Europa. De acordo com a base de dados PORDATA, Portugal apresenta um índice de envelhecimento de 157.4%, que comparando com outros países europeus, verifica-se que apenas a Itália e a Alemanha superam este valor, com 171% e 158.5% respetivamente (PORDATA, 2020).

A contribuir para o envelhecimento da população, existem vários fatores sociológicos e demográficos, como a diminuição das taxas de natalidade e de fecundidade e o aumento da esperança média de vida (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015). A melhoria das condições de vida da população em várias áreas altera também a forma como os indivíduos observam o meio que os rodeia, o que contribui para que se viva hoje numa sociedade cada vez mais envelhecida e que coloca maiores desafios.

Verifica-se que o envelhecimento acarreta em si perdas a vários níveis e, por este motivo a problemática da dependência, da necessidade de mais cuidados de saúde, é usualmente muito associada a esta faixa etária da população. Neste sentido, a negligência face às pessoas idosas, oriundas de contextos sociais menos favorecidos, pode contribuir para o abandono das mesmas (Giddens, 2008). O não cumprimento dos direitos fundamentais da pessoa idosa é uma grave violação dos direitos humanos instituídos pelas sociedades ocidentais. A falta de condições económicas e de suporte familiar, entre outros fatores, poderão conduzir ao abandono dos idosos, por parte das suas famílias. Podendo aqueles contribuir para uma despesa acrescida e constituir um fardo para as famílias.

Estudos apresentados por vários autores (Ramos, 2015; Jesus 2017; Ferreira & Espírito Santo, 2018; Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, 2018) traçaram o perfil dos idosos/utentes em situação de internamento. Estes eram maioritariamente do sexo feminino, com idades entre os 80 e os 89 anos, apresentavam elevado grau de dependência e com várias patologias. Verificou-se ainda que o número médio de dias de protelamento de alta hospitalar era de pelo menos 60 dias.

No que concerne às causas do protelamento da alta hospitalar, foram mencionadas como principais a escassez de vagas na RNCCI e a incapacidade da família em receber o

idoso, o que contribuiu para o aumento de dias de internamento e a necessidade de procurar respostas junto de instituições e estruturas de residência para idosos (Ferreira & Espírito Santo, 2018 citado em Almeida & Ferreira, 2020).

Conforme envelhecem, as pessoas vão se tornando mais frágeis e podem se afastar progressivamente do convívio social. Tendo as famílias cada vez mais dificuldades nas respostas às necessidades, associadas às grandes transformações da sociedade atual. Alguns idosos e familiares procuram apoio no centro de dia, como resposta ao isolamento social, por questões de saúde, por conflitos familiares, por perda de capacidades psíquicas, físicas e sociais (Macedo & Fragoso, 2021). Em alguns casos, verificou-se que havia casais que decidiram frequentar o centro de dia com o intuito de melhorar as suas relações.

A importância de o idoso manter o contacto com a família e as redes de apoio foi demonstrada em Macedo e Fragoso (2021), bem como a importância do envolvimento de todos e a participação da família na vida do idoso. O facto de não “deixar” apenas o idoso no centro de dia, mas também participar em atividades diárias revelou-se bastante positivo, para o idoso, para a família e até para os funcionários do centro. Embora inicialmente todos tenham estranhado o novo método adotado pelo centro de dia. Este método levou a que os familiares pudessem dar mais apoio afetivo aos idosos e participar nas atividades desenvolvidas pelo centro. As relações tornaram-se de proximidade, quer da família, quer dos idosos, quer do staff. A participação dos familiares passou a ser considerada natural na organização de eventos, festas e outras atividades.

Nas respostas de apoio social (Carta Social, 2021), foram observadas um conjunto das atividades e serviços desenvolvidos direcionados para o apoio às pessoas idosas e aos seus familiares e a pessoas com necessidades especiais. Verificou-se um aumento nos apoios prestados à população em geral, mas em especial aos grupos vulneráveis, como os idosos. Por outro lado, as ofertas dos serviços de apoio direcionados para idosos têm aumentado, nomeadamente no que se refere a respostas por parte das Estruturas Residenciais para Idosos e Apoio Domiciliário. Nos serviços prestados pelas ERPI'S apurou-se que a fisioterapia e a psicologia ganharam mais destaque quando comparadas com outros serviços.

Dos serviços prestados em Portugal, realça-se o apoio domiciliário que contempla o acompanhamento na resolução de assuntos pessoais, obrigações legais, higiene pessoal e da casa, entre outras.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1. Conceito de Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno natural e inevitável que resulta em transformações a nível físico, psicológico, social e económico. A forma como a velhice é encarada varia, dependendo de fatores externos, incluindo o ambiente em que a pessoa idosa está inserida (Giddens, 2008).

Em Portugal, a partir da década de 1960, observou-se uma redução significativa da população jovem. Segundo Rosa (2012), verificou-se uma diminuição considerada significativa do número de jovens. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), as projeções indicam que o envelhecimento populacional continuará a aumentar significativamente. Embora a taxa de fecundidade tenha subido ligeiramente e o saldo migratório seja positivo, esses fatores não são suficientes para reverter a tendência de envelhecimento.

Entre os fatores que contribuem para o envelhecimento populacional estão a diminuição das taxas de natalidade e fecundidade, bem como o aumento da esperança de vida (INE, 2015). A melhoria das condições de vida em várias áreas também influencia a forma como os indivíduos percebem o seu ambiente, resultando numa sociedade mais envelhecida (Giddens, 2008).

O índice de envelhecimento é um indicador que reflete a proporção de pessoas idosas em relação às jovens. De acordo com o INE (2003), este índice é calculado pela relação entre a população com 65 anos ou mais e a população com menos de 15 anos. Em 2023, o índice de envelhecimento em Portugal atingiu 188,1, indicando que existem significativamente mais idosos do que jovens. Esta tendência tem-se mantido, com o índice a aumentar de 181 em 2021 para 185 em 2022 (INE, 2023).

No Quadro 1, verificamos o índice de envelhecimento da população portuguesa em 2023. Este valor estava em 188,1. O índice de envelhecimento é superior a 100, o que significa que há mais idosos do que jovens. Já em 2021, o índice foi de 181. Verifica-se, portanto, que este índice apresenta uma tendência ascendente (INE, 2023).

Quadro 1

Índice de Envelhecimento em Portugal no ano de 2023

Índice de envelhecimento (N.º) por Local de Residência				
	Portugal	Continente	Região Autónoma dos Açores	Região Autónoma da Madeira
2023	188.1	190.2	122.3	171.5

Nota. retirado do INE; Estimativas anuais por população residente

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2006), o envelhecimento humano pode ser definido como um processo de mudança progressiva nas estruturas biológica, psicológica e social dos indivíduos, que começa antes mesmo do nascimento e se desenvolve ao longo da vida. Este fenómeno tem vindo a ganhar proporções globais, especialmente em sociedades mais desenvolvidas, como na Europa, muitas vezes referida como o "continente grisalho" (Rosa, 2012:27).

O envelhecimento demográfico é caracterizado pelo aumento da proporção de pessoas idosas em relação à população jovem e em idade ativa. Em Portugal, este fenómeno tem-se intensificado (INE, 2012). O envelhecimento pode ser analisado sob duas perspetivas: o aumento da longevidade dos indivíduos e o envelhecimento biológico, que se refere à progressiva diminuição das capacidades de adaptação do organismo, o que resulta numa maior probabilidade de doenças e mortalidade (INE, 2010).

O conceito de "idoso" varia de acordo com as sociedades e organizações internacionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define uma pessoa idosa como aquela com 60 anos ou mais, embora este limite varie entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, influenciado por fatores socioeconómicos e culturais. No entanto, a idade cronológica por si só não é um indicador preciso das mudanças associadas ao envelhecimento.

O envelhecimento é um processo complexo que envolve várias áreas da vida. Robert (1995) define-o como uma incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições ambientais. Sob uma perspetiva biológica, há uma necessidade constante de adaptação às mudanças que o indivíduo enfrenta ao longo do tempo. O envelhecimento pessoal, portanto, não é um estado fixo, mas um processo contínuo de desgaste físico, emocional e psicológico (Fontaine, 2000).

Fontaine (2000) também sugere que os indivíduos envelhecem de maneiras distintas, o que nos permite falar em idades biológica, social e psicológica, que podem diferir da idade cronológica. A gerontologia, área dedicada ao estudo do envelhecimento, define-o como um processo caracterizado por perdas progressivas ao longo do tempo (Castro, 2001).

Ser idoso não é um estado absoluto, e não há uma idade exata que determine quando alguém se torna idoso. No entanto, em Portugal, a idade de reforma, atualmente fixada nos 66 anos e 7 meses é frequentemente associada ao envelhecimento. Estudos estatísticos, como os do INE (2002), indicam que os 65 anos são geralmente considerados o limiar mínimo para o grupo de idosos.

Rosa (2012) refere dois tipos de envelhecimento: o cronológico, que se baseia apenas na idade, e o biopsicológico, que reflete as experiências de vida individuais, influenciadas por fatores como estilo de vida, género, genética e ambiente social. Cada indivíduo apresenta sinais de envelhecimento de maneira única, com sentimentos que podem ser tanto positivos como negativos. Para alguns, envelhecer é visto como um privilégio, possibilitando a concretização de sonhos, a manutenção de uma vida ativa e a partilha de experiências.

A idade cronológica não é por si só um marcador preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento.

2. Patologias Prevalentes em Pessoas Idosas

Com o avanço da medicina e a consolidação do modelo biomédico de saúde, predominante na Europa Ocidental, assim como a promoção da saúde pública, houve um aumento significativo na esperança média de vida. De acordo com Giddens (2008), “o modelo biomédico de saúde define a doença de forma objetiva e acredita que o corpo pode recuperar a saúde através de tratamentos médicos baseados na ciência” (p.145). O autor também afirma que “a aplicação da ciência ao diagnóstico médico e aos processos de cura é a característica principal dos sistemas de saúde modernos” (p.156).

O desenvolvimento deste modelo trouxe inúmeros benefícios para a saúde pública, resultando no aumento da longevidade da população. As doenças infecciosas, que antes eram uma das principais causas de morte, foram controladas e substituídas por doenças crónicas, que afetam as pessoas em idades mais avançadas. O controlo da dor por meio

de medicamentos também foi uma conquista importante da medicina moderna (Giddens, 2008).

A noção do "papel do doente", apresentada por Parsons e discutida por Giddens (2008), descreve como o indivíduo adapta o seu comportamento para melhorar a sua condição de saúde, seguindo as recomendações médicas para recuperar-se. Em sociedades onde a sociologia do corpo assume um papel relevante, observa-se que, com o aumento da longevidade, as doenças crónicas e debilitantes substituíram as doenças agudas como as principais causas de morbilidade (Giddens, 2008).

Mudanças na estrutura etária da população também trouxeram o aumento de doenças associadas ao envelhecimento, como doenças cerebrovasculares e tumores malignos, que hoje são predominantes em idades avançadas, substituindo as infeções como principais causas de morte (Rosa, 2012). Essas condições não transmissíveis, resultantes da perda progressiva de funções fisiológicas, são geralmente crónicas e incapacitantes, impactando significativamente a qualidade de vida dos idosos (Rosa, 2012).

Sob uma perspetiva sociológica, fatores sociais e ambientais desempenham um papel crucial na determinação dos padrões de saúde e doença. Grupos sociais com menos recursos, por exemplo, são mais suscetíveis a piores condições de saúde e menor expectativa de vida, em comparação com aqueles de classes mais elevadas (Giddens, 2008). Nos países industrializados, as desigualdades sociais resultam em maior vulnerabilidade a doenças entre os mais pobres.

Segundo dados da Direção-Geral da Saúde (DGS), a prevalência de demência aumenta significativamente com a idade, de 1% aos 65 anos para 30% aos 85 anos. Doenças como o AVC também se tornam mais comuns em idades avançadas, sendo uma das principais causas de morte e incapacidade na União Europeia (DGS, 2006). Em Portugal, as principais causas de morte após os 64 anos são as doenças cardiovasculares e os tumores malignos (DGS, 2006).

O aumento da longevidade exige maior demanda por cuidados de saúde, especialmente para doenças crónicas e degenerativas, como Alzheimer, Parkinson e diabetes, que são predominantes entre os mais velhos. Essas condições muitas vezes resultam em maior dependência de familiares e serviços de apoio (Rosa, 2012).

Fonseca (2014) argumenta que o envelhecimento não é sinônimo de doença, mas com o avançar da idade, o organismo torna-se mais suscetível a doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e osteoporose. Embora seja possível distinguir envelhecimento de doença, o uso excessivo de medicação entre idosos pode agravar a sua saúde. Além disso, o envelhecimento saudável tem sido uma prioridade, com foco em retardar os efeitos físicos e cognitivos do envelhecimento e estabilizar as doenças já existentes.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da DGS (2006), destaca a necessidade de desconstruir percepções negativas sobre o envelhecimento, promovendo uma visão mais adaptada às necessidades dos idosos. Doenças crônicas como Parkinson, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), demências e diabetes estão entre as mais prevalentes nessa população, com grande impacto individual e social (DGS, 2006).

Em 2021, o INE relatou que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pela maior parte dos óbitos em Portugal, embora tenha havido uma diminuição em comparação com anos anteriores. As mortes por AVC, por exemplo, somaram 9613, uma queda de 16% em relação a 2020 (INE, 2021). As doenças respiratórias, por outro lado, apresentaram um aumento significativo, especialmente devido a complicações como pneumonia e COVID-19 (INE, 2024).

Os idosos tendem a acumular múltiplas patologias, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento. Estima-se que cada idoso sofra, em média, de seis doenças diferentes, o que agrava os desafios de saúde física e mental, principalmente em contextos de pobreza e isolamento social (Stefanacci, 2022).

Segundo Veras (2012), a principal característica do envelhecimento é a coexistência de múltiplas doenças crônicas, e o foco dos profissionais de saúde deve ser a estabilização dessas condições para garantir uma melhor qualidade de vida.

O envelhecimento saudável deve ser promovido por políticas públicas, que ajudem a prevenir o declínio físico e cognitivo e a melhorar a qualidade de vida dos idosos. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas da DGS (2006) visa precisamente promover um envelhecimento ativo, adaptando os cuidados médicos e criando respostas adequadas às necessidades dos mais velhos.

Em 2022, o INE registou um aumento nas mortes por doenças respiratórias e tumores malignos em Portugal. As mulheres foram mais afetadas por AVC, enquanto os homens apresentaram maior prevalência de tumores pulmonares (INE, 2022). As mortes

por COVID-19 também continuaram a impactar significativamente a mortalidade no país, reforçando a importância de uma abordagem abrangente à saúde dos idosos.

No quadro 2, podemos verificar que em 2022 ocorreram em Portugal 124942 óbitos, apurou-se que faleceram mais homens do que mulheres. Entre as principais causas de morte estão as doenças do aparelho circulatório (33190), os tumores malignos (27933) e doenças do aparelho respiratório (12159). Comparativamente com 2021 houve uma ligeira diminuição do número total de óbitos, que foi de 125223 em 2021 e de 124942 em 2022.

Quadro 2

Óbitos e taxas brutas de mortalidade por algumas causas de morte e sexo em 2022

	Óbitos (N)			Taxas bruta de mortalidade (por 100 mil habitantes)		
	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher
Total	124 942	62 136	62 805	--	--	--
Portugal	124 361	61 739	62 621	1 190.5	1 238.4	1 146.8
Doenças do aparelho circulatório						
Total	33 190	14 793	18 397	--	--	--
Portugal	32 996	14 646	18 350	315.9	293.8	336.0
Doenças cerebrovasculares						
Total	9 656	4 172	5 484	--	--	--
Portugal	9 616	4 145	5 471	92.1	83.1	100.2
Doença isquémica do coração						
Total	6 926	4 119	2 807	--	--	--
Portugal	6 826	4 036	2 790	65.3	81.0	51.1
Enfarte agudo do coração						
Total	3 975	2 432	1 543	--	--	--
Portugal	3 908	2 380	1 528	37.4	47.7	28.0
Tumores malignos						
Total	27 933	16 391	11 542	--	--	--
Portugal	27 836	16 335	11 501	266.5	327.6	210.6
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão						
Total	4 426	3 225	1 201	--	--	--

Portugal	4 410	3 214	1 196	42.2	64.5	21.9
Tumor maligno do cólon. reto e ânus						
Total	3 609	2 061	1 548	--	--	--
Portugal	3 597	2 055	1 542	34.4	41.2	28.2
Doenças do aparelho respiratório						
Total	12 150	6 275	5 875	--	--	--
Portugal	12 114	6 253	5 861	116.0	125.4	107.3
Pneumonia						
Total	4 508	2 356	2 152	--	--	--
Portugal	4 488	2 343	2 145	43.0	47.0	39.3
Doença COVID-19						
Total	7 797	4 087	3 710	--	--	--
Portugal	7 769	4 068	3 701	74.4	81.6	67.8

Fonte: INE. Óbitos por causas de morte.

3. Conceito de Abandono

O termo "abandono" é definido no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2008-2024) como o ato de abandonar, relacionado com conceitos como desprezo, renúncia e desistência, entre outros. A Organização Mundial de Saúde (OMS) associa o abandono ao conceito de negligência, referindo-se à ausência ou recusa de prestar os cuidados necessários ao idoso. Embora existam algumas controvérsias na definição destes termos, ambos remetem para a falta de prestação de cuidados essenciais e de apoio ao idoso.

Escobar (2010), citado no relatório da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), define o abandono como o ato de "deixar a pessoa idosa sem receber os cuidados necessários por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia ou que havia assumido essa responsabilidade" (APAV, 2020, p. 34). A OMS classifica o abandono ou o deixar ao abandono como formas de abuso e negligência, podendo manifestar-se tanto como um ato único como de forma repetida. Este tipo de violência reflete a ausência de respostas adequadas às necessidades básicas e de saúde do idoso (APAV, 2020).

A relação de confiança entre o idoso e o cuidador – que pode ser um familiar ou outro responsável – é essencial para a saúde e bem-estar do idoso. Quando essa confiança é quebrada, o abandono pode causar sérios danos físicos, psicológicos, emocionais,

financeiros e até sexuais. O abuso resultante pode ser intencional ou não, e pode ocorrer através da falta de prestação de cuidados ou da recusa em fazê-lo (World Health Organization, 2012, citado pela APAV no relatório Portugal Mais Velho, 2020).

De acordo com a APAV (2020), o abandono é considerado um tipo de violência, independentemente do local em que ocorra, e pode manifestar-se através do isolamento físico e emocional do idoso, muitas vezes deixado sozinho, até mesmo em locais públicos, sem capacidade de procurar ajuda ou apoio.

A APAV (2020) sugere que o abandono se caracteriza pelo "distanciamento físico e/ou emocional absoluto e definitivo que resulta na falta de prestação de cuidados, conduzindo o idoso à total carência de redes de apoio familiar ou outras" (p.35). Este abandono pode ocorrer mesmo na presença física do cuidador, ou seja, o cuidador pode residir na mesma casa ou nas proximidades, mas ainda assim não prestar o apoio necessário ao idoso. Assim, o abandono não implica sempre distanciamento físico, mas sim a cessação absoluta de cuidados, muitas vezes com intenção deliberada.

De acordo com a APAV, o conceito de abandono é considerado um tipo de violência e que surge associado à negligência, solidão, a não prestar cuidados ao idoso e até deixá-lo sozinho o que contribui para sentimentos de solidão. Barboza citado em APAV (2020) refere o abandono como negligência e que esta contribui para sentimentos de solidão na pessoa idosa.

Além do abandono, a solidão é outro fator frequentemente relacionado com o idoso, e pode ser um resultado direto da negligência. Segundo o Serviço Nacional de Saúde 24 (SNS24, 2023), a solidão é uma sensação de ausência de contacto social, que pode ter impactos profundos na vida das pessoas, em particular dos idosos. Embora este sentimento não seja exclusivo dos mais velhos, o seu impacto tende a aumentar com a idade. Dados indicam que 9,9% dos indivíduos entre 50 e 64 anos relatam sentir-se solitários, número que sobe para 26,8% entre os idosos com 85 ou mais anos. Entre as mulheres, a prevalência de solidão é superior (20%) em comparação com os homens (7%), e a solidão é mais comum entre pessoas viúvas (30%) e solteiras (15%), em contraste com as casadas (9%) (SNS24, 2023).

São vários os fatores de risco podem contribuir para o isolamento social e a solidão entre os idosos. Entre eles destacam-se problemas financeiros, institucionalização, fragilidade de saúde, ausência de familiares, falta de redes de apoio, sentimentos

negativos, episódios traumáticos e doenças incapacitantes, tanto físicas como psicológicas (SNS24, 2023).

Silva (2016) explora o abandono também como um sentimento, relacionado com solidão, ausência, infelicidade e violência psicológica contra o idoso. A autora identifica que muitas vezes o abandono resulta de laços familiares frágeis, de relações familiares desestruturadas ou marcadas por conflitos não resolvidos, e até de um histórico de violência familiar. Estes fatores contribuem para que o idoso seja negligenciado, tanto fisicamente – na ausência de cuidados básicos como alimentação, higiene e medicação – como emocionalmente, pela falta de apoio e companhia. Essa falta de cuidado provoca nas pessoas idosas sentimentos de abandono, solidão e desespero, que podem agravar o seu estado de saúde (Silva, 2016).

O Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Saudável (SNS, 2017) salienta que, à medida que envelhecem, as pessoas tendem a necessitar de mais cuidados de saúde devido à complexidade das patologias crónicas e das incapacidades funcionais. Assim, a prestação de cuidados adequados torna-se essencial. Santos, Tura e Arruda (2013), citados por Silva (2016), referem que o abandono está diretamente relacionado com a perda de afetos, o isolamento e a deterioração das relações familiares, o que reflete uma forma de violência social e psicológica.

O abandono pode ser categorizado em diferentes formas, desde a ausência de cuidados físicos – como não garantir a alimentação, higiene e tratamento médico – até à falta de apoio emocional, como companhia e afeto. Ambos os tipos de abandono podem gerar sentimentos profundos de solidão e exclusão no idoso, agravando o seu estado de saúde e contribuindo para a deterioração psicológica (Silva, 2016).

Costa (2013) destaca que o abuso e o abandono de idosos, embora sejam problemas recentes no âmbito da saúde pública, têm um impacto significativo na qualidade de vida dos idosos. Além de agravarem problemas de saúde e psicológicos, o abandono está associado a um aumento das taxas de mortalidade prematura entre a população idosa (WHO, 2011, citado em Costa, 2013).

As causas do abandono de idosos são variadas e complexas, envolvendo fatores individuais, sociais e económicos. Relações familiares conflituosas, mudanças no contexto económico e a sobrecarga emocional e física do cuidador, muitas vezes também idoso, podem levar ao abandono. Este cuidador, frequentemente um familiar em situação

de grande stress, pode não conseguir mais prestar os cuidados necessários, prolongando a situação até à exaustão (Silva, 2016).

As principais causas de abandono, segundo Silva (2016), são consideradas complexas e podem envolver aspetos individuais, sociais e económicos. As relações entre familiares difíceis, complicadas e desentendimentos familiares podem levar ao abandono do idoso. As mudanças a nível económico, recursos financeiros, perda de rendimentos da família, a insensibilidade e a carga emocional e física do cuidador. O cuidador é muitas vezes um familiar, cuidador informal, também ele idoso, e se sentido sobrecarregado entre em stress e deixa de ter capacidade de prestar cuidados. Onde ele próprio necessita de cuidados e vai adiando a procura de ajuda, levando até à exaustão.

O conceito de abandono é para Pais (2016) não apenas um conceito, ele está marcado nos rostos e na vida daqueles que a vivem, conforme a sua experiência, os significados atribuídos à solidão, apesar de ser um sentimento individual ele é partilhado por aqueles que o sentem. Solidão não é apenas solidão: “a solidão é uma realidade individual. O seu significado não é independente dos contornos sociais em que é vivida. O próprio medo da solidão é um medo social” (p. 351).

O sentimento de solidão pode levar à depressão. Silva (2016) aponta o sentimento de abandono como um sentimento de solidão, ligado também ao estado de depressão.

Sentimentos de infelicidades pela ausência dos filhos, quando os idosos estão mais fragilizados em contexto hospitalar. Foram ainda referidos como abandono sentimentos de exclusão, desprezo pela família, ausência da família, falta de suporte material e de afeto.

Portanto, o abandono de idosos é um fenómeno multifacetado que abrange a ausência de cuidados físicos e emocionais, refletindo uma forma de violência que compromete o bem-estar do idoso. Este fenómeno, frequentemente associado à solidão, exige maior atenção e intervenção social, dado o impacto profundo que tem sobre a qualidade de vida e saúde da população idosa.

4. Abandono em Contexto Hospitalar

O relatório da APAV (2020) revela que o abandono de idosos nos hospitais portugueses é um fenómeno pouco estudado, dado que o sistema de saúde não recolhe

dados específicos sobre este tema. As causas e motivações que levam as famílias a deixar os seus familiares idosos hospitalizados após a alta médica permanecem desconhecidas. Apesar de o abandono ser considerado uma forma de violência com consequências negativas no bem-estar emocional dos idosos, a institucionalização reflete-se num afastamento físico e emocional entre os idosos e as suas famílias ou cuidadores, prejudicando as relações e a comunicação. Estas situações ocorrem tanto em lares como em hospitais (APAV, 2020).

A revisão de literatura sobre a população envelhecida (Marques et al., 2015) aponta que o sentimento de abandono nos idosos é frequentemente causado pelo distanciamento dos familiares e pela rutura nas relações com os cuidadores, mesmo quando recebem cuidados médicos adequados. Este isolamento persiste durante o internamento hospitalar, reforçando a sensação de solidão, apesar da assistência de saúde disponível.

Não existe consenso sobre a definição de abandono de idosos no contexto dos cuidados de saúde. O termo é interpretado de diferentes formas, abrangendo uma dimensão subjetiva de sofrimento que pode resultar não só da ausência física dos familiares, mas também da falta de apoio emocional e social. Marques et al. (2015) destacam que o abandono não se limita à ausência física, mas inclui também a carência de suporte emocional e relacional, provocando sofrimento nos idosos.

Lima (2016) observa que o internamento hospitalar pode suscitar sentimentos de medo, isolamento e sofrimento nos idosos, muitas vezes agravados pela ausência de visitas familiares, o que tem impactos negativos na sua saúde física e psicológica. A dependência dos profissionais de saúde tende a aumentar com o prolongamento destas situações.

O papel da família é crucial no apoio emocional e na recuperação dos idosos. No entanto, fatores como a falta de apoio familiar, a fragilidade das redes de suporte e a escassez de recursos financeiros e sociais podem contribuir para o abandono hospitalar. Martins (2023) identifica a elevada dependência do idoso como um fator relevante na decisão familiar de aceitar ou não o seu regresso ao domicílio. Mesmo em famílias com maior capacidade de apoio, a sobrecarga emocional e física associada aos cuidados pode conduzir à exaustão.

Almeida e Ferreira (2020) estudaram os motivos por detrás do prolongamento das hospitalizações de idosos após alta médica. No Hospital de São José, em 2018, a maioria dos idosos com alta protelada eram mulheres, com idades entre 81 e 85 anos, viúvas e com várias comorbidades. As principais razões para o atraso na alta incluíram a falta de suporte familiar informal e a demora na resposta das instituições sociais. Entre os 36 pacientes analisados, 14 enfrentaram dificuldades devido à ausência de apoio familiar, e 9 devido à resposta tardia das redes de suporte social.

Verificou-se que muitos idosos viviam sozinhos ou com redes de apoio frágeis. À medida que o grau de dependência aumentava, a relutância das famílias em acolhê-los tornava-se mais frequente, justificando-se com a falta de disponibilidade ou de condições adequadas. Em casos de dependência total, os idosos eram encaminhados para Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) devido à incapacidade familiar de fornecer cuidados (Almeida & Ferreira, 2020).

O Barómetro dos Internamentos Sociais (2022) identifica a insuficiência da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) como uma das principais causas dos internamentos prolongados e inapropriados. Em 2022, apesar do aumento de camas na região do Algarve, o número de internamentos inadequados continuou a subir, com mais de 50% dos casos atribuídos à incapacidade da RNCCI de dar resposta às necessidades dos idosos. A nível nacional, mais de 70% dos internamentos inadequados ocorreram em pessoas com mais de 65 anos, com maior incidência em homens.

Estudos anteriores (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, 2018; Ferreira & Espírito Santo, 2018; Jesus, 2017; Ramos, 2015) revelam que os idosos com alta hospitalar protelada são, na sua maioria, mulheres entre os 80 e 89 anos, com múltiplas patologias e elevado grau de dependência, particularmente em casos de doenças neurológicas. A média de protelamento da alta nestes casos ultrapassa os 60 dias (Ferreira & Espírito Santo, 2018; Jesus, 2017; Ramos, 2015).

Orlandi (2009) associa o abandono de idosos nos hospitais à ausência de vínculos afetivos, dificuldades económicas e, em alguns casos, à violência familiar. O autor destaca que a falta de escolaridade e as pensões baixas contribuem para a negligência dos idosos, que muitas vezes optam por não denunciar estas situações por vergonha ou medo, perpetuando assim o ciclo de abandono.

Mesmo com assistência médica, muitos idosos hospitalizados sentem-se emocionalmente desamparados, o que intensifica o sentimento de abandono. Esta situação é difícil de identificar e estudar, uma vez que muitos idosos, debilitados fisicamente, não têm condições para denunciar o que sentem. O sentimento de "acompanhados, mas sós" é frequente, já que, apesar dos cuidados médicos e de higiene, a ausência de laços familiares agrava o sofrimento emocional (Silva, 2016).

CAPÍTULO II – FAMÍLIA, REDE DE APOIO E SAÚDE

1. Família

A família é uma instituição fundamental para a socialização e educação dos filhos, contribuindo para moldar o seu comportamento e promover atitudes responsáveis na sociedade. O papel da família no desenvolvimento de cada indivíduo, seja criança ou adulto, é essencial. No seio familiar, transmitem-se valores, crenças e comportamentos que facilitam o processo de socialização das crianças (Giddens, 2008).

De acordo com Giddens, a família é vista como uma instituição social, tradicionalmente composta por pai, mãe e um ou mais filhos, formando a chamada família nuclear. O autor define família como "um grupo de pessoas ligadas diretamente por laços de parentesco, onde os adultos assumem a responsabilidade de cuidar das crianças" (2008, p. 175). Este autor sublinha que as relações familiares são reconhecidas dentro do grupo e que a família nuclear consiste em dois adultos que coabitam com os seus filhos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou o conceito de família em 1994, destacando a importância das relações de confiança, suporte mútuo e destino comum, independentemente de laços biológicos ou legais. Segundo a OMS, "o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção" (OMS, 1994).

Outros autores, como Rowland (1997), identificam que as relações familiares, baseadas em laços de parentesco biológico, legal ou afetivo, frequentemente envolvem cooperação económica e interação tanto instrumental quanto emocional. Também é destacado o papel central da família na construção social da realidade, onde os acontecimentos mais naturais da vida, como nascer, crescer, envelhecer, e até morrer, adquirem significado dentro das relações familiares. Saraceno, por exemplo, refere que, "a família se revela como um dos lugares privilegiados de construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais. (...) seu significado e através destes são entregues à experiência individual: o nascer e o morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação" (Saraceno, 1997, p.12).

Com a evolução das sociedades, o conceito de família tem-se transformado. Saraceno (1997) menciona que a estrutura familiar e a perceção individual sobre o que constitui uma família mudaram significativamente ao longo do tempo, refletindo as mudanças sociais e culturais.

Em Portugal, Wall e Aboim (2002) demonstram, através de estudos sobre a família, que a sociedade portuguesa contemporânea não segue um modelo familiar dominante. Pelo contrário, existe uma diversidade considerável de formas de viver em casal e em família, que variam entre estilos mais fusionais e mais autónomos, revelando um cenário plural e matizado.

Do ponto de vista estatístico, em Portugal, o INE define a "família clássica" como um grupo de pessoas que coabitam e possuem relações de parentesco, seja de direito ou de facto. O conceito inclui famílias compostas por um único indivíduo que resida de forma independente (INE, 1994).

Giddens (2008) sublinha que, embora a família nuclear tradicional tenha predominado em muitas sociedades, o seu modelo sofreu uma erosão significativa ao longo do século XX. Para o autor, a vida familiar engloba uma vasta gama de experiências emocionais, desde relações calorosas e gratificantes até tensões profundas, ansiedade e culpa. Segundo Giddens (2008), os sociólogos “consideram que não podemos falar de “família” como se existisse um modelo de vida familiar mais ou menos universal. A predominância da família nuclear tradicional foi sofrendo uma erosão pronunciada ao longo da segunda metade do século vinte” (p.176).

Além disso, a vida familiar abrange

“virtualmente toda a gama de experiências emocionais, pois as relações familiares ou de parentesco fazem parte da existência de toda a gente. As relações familiares- entre marido e mulher, pais e filhos, irmãos e irmãs, ou entre parentes mais afastados- podem ser calorosas e gratificantes. Mas podem igualmente estar impregnadas das mais pronunciadas tensões que levam as pessoas ao desespero ou as enchem de um sentimento profundo de ansiedade e culpa” (Giddens, 2008, p. 195-196).

O estudo da família tem sido abordado por diversos sociólogos, como Ulrich e Elisabeth Beck, que analisam a família como uma instituição social central, com destaque para o seu papel na socialização das crianças (Giddens, 2008). Caniço (2014) reforça esta perspetiva ao considerar a família como um grupo social que partilha objetivos comuns, funcionando num contexto institucional com normas e costumes próprios. Segundo Chaves (1994), as funções tradicionais da família incluem reprodução, segurança e

transmissão de cultura e valores, enquanto as funções mais recentes incluem proteção, apoio afetivo e realização pessoal.

Nas últimas quatro décadas, a família tem passado por várias mudanças, em grande parte devido ao envelhecimento da população, aumento da longevidade e diminuição das taxas de natalidade. Em Portugal, estas transformações tornaram o país um dos mais envelhecidos da Europa, exigindo adaptações nas políticas de solidariedade intergeracional e na forma como as gerações convivem (Cabral & Mucuch, 2017).

A teoria da solidariedade intergeracional, desenvolvida por Bengston analisa as relações entre diferentes gerações dentro da família, focando-se nas interações entre pais, filhos e avós. A teoria identifica várias dimensões de solidariedade, como a estrutural (proximidade geográfica), associativa (interações e atividades), afetiva (intensidade dos sentimentos), normativa (coesão nas obrigações familiares) e funcional (troca de recursos) (citado por Cabral & Mucuch, 2017).

Em Portugal, as estruturas familiares têm-se diversificado. Se antigamente prevaleciam famílias extensas e nucleares, atualmente observamos um aumento de famílias monoparentais e recompostas. Wall (2003) revela que entre 1991 e 2001, a percentagem de famílias monoparentais aumentou significativamente, particularmente no Algarve, onde o número subiu de 12.7% para 21.8%.

A gestão da vida familiar moderna, com horários laborais intensos e dificuldades financeiras, torna cada vez mais difícil o cuidado informal dos idosos, especialmente quando estes sofrem de doenças crónicas ou demência. Estas circunstâncias muitas vezes adiam a procura de apoio formal, sobrecarregando as famílias e agravando os problemas de assistência (Macedo & Fragoso, 2021).

Entre as várias teorias sobre a família, destaca-se a teoria do desenvolvimento familiar, que aborda o ciclo de vida familiar como um processo dinâmico, marcado por estágios de estabilidade e adaptação. Esta teoria, desenvolvida por autores como Glick e colaboradores analisa as mudanças que ocorrem dentro das famílias ao longo do tempo, incluindo a chegada dos filhos, a adolescência, a saída de casa e o envelhecimento dos pais (Hoffman et al., 2005). A família, enquanto instituição social, está em constante transformação. No seu interior, os indivíduos assumem diferentes papéis ao longo do tempo, desde filho a pai ou avô, enquanto na sociedade a família reage às mudanças externas, como crises económicas, migrações e políticas educativas. Estas transformações

exigem uma reorganização das dinâmicas familiares e uma adaptação contínua aos novos desafios sociais (Hoffman et al., 2005).

A teoria do desenvolvimento familiar oferece uma perspectiva valiosa para compreender as funções e interações dentro das famílias, ajudando a identificar as fragilidades e potencialidades nas suas dinâmicas. Quando aplicada ao campo da saúde, esta teoria permite abordar a família como um grupo social que necessita de cuidado ao longo do ciclo da vida (Hoffman et al., 2005).

2. Redes de Apoio (Social)

As redes sociais podem ser definidas como o conjunto de relações interpessoais de um indivíduo, abrangendo todas as pessoas consideradas significativas no seu meio social. Estas redes, além de fornecerem apoio funcional e emocional, desempenham um papel essencial na construção da identidade pessoal (Alarcão & Sousa, 2007).

Embora seja por vezes difícil distinguir as diferentes funções das redes sociais, podemos destacar alguns elementos-chave, tais como a companhia social, o apoio emocional, o suporte cognitivo, a ajuda material ou instrumental, o apoio técnico ou de serviços e o acesso a novos contactos (Alarcão & Sousa, 2007).

No caso dos idosos, os suportes sociais devem ser adequados às suas necessidades específicas, já que contribuem significativamente para a melhoria da sua qualidade de vida. O termo "apoio social" é amplo, referindo-se à coesão, aos laços e à frequência de contacto entre os membros de um grupo, bem como à forma como esses laços são percebidos (Bergman et al., 1999, citado por Serra, 2007). Cutrona (1996), citado por Serra (2007), realça a importância da confiança, considerando-a essencial para a formação de boas relações entre os indivíduos.

Para Serra (2007), a família é a principal rede de apoio, proporcionando suporte imediato em situações de necessidade. Este apoio estende-se a outras redes sociais próximas, como amigos e colegas, que desempenham também um papel importante em momentos de crise. No entanto, nem todas as famílias têm relações saudáveis, sendo comum a existência de tensões devido a conflitos passados. Em contrapartida, há famílias que mantêm laços fortes e coesos, oferecendo um apoio robusto quando necessário.

O conceito de apoio social começou a ser estudado mais intensamente em consequência dos fenômenos de urbanização e industrialização, que suscitaram interesse pelos seus impactos nas relações sociais. As sociedades urbanas, ao fragilizarem os laços interpessoais, contribuem para o isolamento, solidão e desenraizamento social (Nunes, 2005).

O suporte social integra tanto a quantidade de relações sociais (tamanho e densidade das redes, frequência de interação) como a qualidade dessas relações, percebida na disponibilidade e efetividade do apoio recebido (Schwarzer e Rieckmann, 2002, citado por Massa, 2013). Assim, o suporte social refere-se às funções desempenhadas por pessoas ou grupos que são significativos para o indivíduo em determinadas fases da sua vida, sendo a percepção de cada pessoa um fator subjetivo (Martins, 2005).

A coesão e solidez das redes sociais de apoio são determinantes na eficácia da resposta às necessidades dos idosos. Indivíduos que mantêm relações familiares próximas tendem a recorrer mais ao suporte emocional. Estudos indicam que pessoas do sexo feminino, com idade avançada (+75 anos), sem atividade, com rendimentos baixos e residentes em áreas isoladas têm maior propensão para a ausência de redes sociais de apoio (Cabral, 2013). As mulheres, em particular, apresentam tendência para o isolamento à medida que envelhecem, resultando na perda progressiva de contactos sociais.

Com o envelhecimento, as redes de apoio tendem a diminuir, devido a fatores como mudanças de residência, dificuldades de mobilidade ou morte de entes queridos. Este isolamento progressivo pode levar ao surgimento de doenças psiquiátricas e depressivas, além de aumentar a institucionalização e piorar as condições socioeconómicas dos idosos (Fonseca, 2014). Contudo, os idosos que permanecem ativos, participando em atividades comunitárias, conseguem atenuar o sentimento de isolamento e melhorar o seu bem-estar (Fonseca, 2014).

Mesquita (2011) refere que o apoio social beneficia tanto quem presta cuidados como quem os recebe, ajudando a reduzir o isolamento e promovendo o sentido de vida. Apesar da tendência para a redução das redes sociais nos idosos, é crucial manter o relacionamento interpessoal para assegurar uma vida mais satisfatória e socialmente

integrada. A participação ativa em atividades comunitárias também desempenha um papel importante na promoção de um envelhecimento ativo.

As redes sociais podem ser categorizadas em formais e informais. As redes informais incluem familiares, amigos e vizinhos, enquanto as redes formais envolvem instituições organizadas, como centros de dia, lares, serviços de apoio ao domicílio e hospitais. Em Portugal, o apoio aos idosos é prestado principalmente por dois subsistemas: o formal, composto por instituições públicas e privadas, e o informal, que inclui a família, amigos e vizinhos. A resiliência familiar e as relações intergeracionais são particularmente importantes no suporte aos idosos (Pereira, 2014).

Em relação ao suporte social na saúde, é essencial que o apoio seja eficaz, contribuindo para o envelhecimento ativo e para a manutenção da autonomia dos idosos. Aspectos como a idade, estado civil, nível de escolaridade, condições de saúde e situação económica devem ser considerados para garantir a eficácia do suporte social (Pereira, 2014).

Para Paúl (2005), as redes de suporte social devem ser promovidas, não só na terceira idade, mas em todas as idades. Pois contribuem para o bem-estar físico e mental dos idosos. Neste campo de ação surge a família, como o principal apoio, aquela que recebe e dá apoio. Embora nem sempre as relações familiares sejam fáceis, elas são consideradas complexas e com várias tensões.

A Constituição da República Portuguesa assegura o direito das pessoas idosas a condições de vida dignas, incluindo segurança económica, habitação adequada e convívio familiar, de forma a evitar o isolamento social (SNS, 2017). Recentemente, o governo tem investido em projetos para a promoção do envelhecimento ativo e autónomo, financiando iniciativas inovadoras que melhorem a saúde e o bem-estar dos idosos (Governo da República Portuguesa, 2023).

A celebração do Dia Internacional das Pessoas Idosas (1 de outubro) visa sensibilizar a sociedade para a importância do idoso na comunidade, promovendo uma participação ativa e o combate ao isolamento (GRP, 2023). A falta de informação sobre os equipamentos sociais existentes no país levou o Estado a desenvolver e realizar um estudo em 1998, focado na localização desses equipamentos e serviços. Este estudo deu origem à Carta Social. O projeto envolveu várias entidades, tais como misericórdias, autarquias, a União das Instituições Particulares de Solidariedade Social (UIPSS), a

Direção-Geral de Ação Social (DGAS), outros centros regionais de segurança social, e o (antigo DEPP) GEP-MTSSS, que efetuou um levantamento da informação sobre os serviços e equipamentos sociais no terreno (GEP, 2020).

A Carta Social reúne, num único estudo, a análise das dinâmicas da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) e visa compreender as respostas sociais na área da ação social, aquelas que fazem parte do Ministério do Trabalho e da Segurança Social, assim como a caracterização e localização dos equipamentos e respostas de apoio social (Carta Social, 2024).

Segundo a Segurança Social, existem sete tipos de respostas para pessoas idosas, cujo principal objetivo é promover a integração social, contribuindo para a autonomia dos idosos e melhorando as suas condições de vida e de saúde. De acordo com a SS (2024), as soluções e respostas para idosos incluem, por exemplo, o serviço de apoio domiciliário, centros de dia e noite, estruturas residenciais, centros de convívio, acolhimento familiar e centros de férias e lazer. Contudo, o acesso a estes centros e equipamentos depende da zona de residência, da proximidade geográfica das estruturas e do número de vagas disponíveis para acolher os idosos (Segurança Social, 2024).

No estudo apresentado por Macedo e Fragoso (2021), foi demonstrada a importância do envolvimento de todos e da participação ativa da família na vida diária do idoso. Não se trata apenas de "deixar" o idoso no centro de dia, mas sim de participar ativamente nesse dia, o que revelou ser muito positivo tanto para o idoso como para a família e até para os funcionários do centro. Embora inicialmente os funcionários tenham estranhado esta nova abordagem, habituaram-se à situação e passaram a considerá-la bastante positiva. O estudo revelou também a importância de o idoso manter, para além das relações familiares, as suas redes de amigos fora do centro, tal como fazia anteriormente.

Macedo e Fragoso (2021) identificaram alguns fatores que levam os idosos e os seus familiares a procurar os centros de dia, tais como questões de saúde, isolamento social e solidão, conflitos familiares, e perda de capacidades físicas, psíquicas e sociais. Em alguns casos, casais decidiram frequentar o centro de dia com o intuito de melhorar as suas relações, uma vez que as tensões do dia a dia podem gerar conflitos no quotidiano.

A política de "porta aberta" adotada pelos centros de dia permitiu que os familiares dessem mais apoio afetivo aos idosos e participassem mais na vida diária do centro. A

participação incluía visitas ao centro, a participação em atividades, refeições conjuntas, entre outras. Verificou-se uma melhoria nas relações entre familiares, idosos e funcionários, com a criação de um ambiente de proximidade. A presença dos familiares tornou-se mais natural, especialmente na organização de festas, atividades e outros eventos no centro de dia.

No que diz respeito às respostas de apoio social (Carta Social, 2024), observou-se um crescimento significativo nas respostas sociais direcionadas ao apoio a pessoas e às suas famílias, nomeadamente às pessoas com necessidades especiais. Embora estas respostas estejam disponíveis para toda a população, há uma especial atenção a grupos vulneráveis, como os idosos. Entre 2000 e 2022, registou-se um crescimento de 105.3% nas respostas sociais. Em 2022, 41.1% do total de respostas em funcionamento destinavam-se a pessoas idosas ou em situação de dependência. De acordo com a Carta Social (2024),

“As respostas sociais que visam o apoio à Família e Comunidade, embora representassem apenas 6.0% do total, registaram o maior aumento em 2022, comparado a 2021. Desde 2020, ano em que a resposta de Ajuda Alimentar do POAPMC foi integrada na Carta Social, esta área de intervenção apresenta-se como a terceira com maior número de respostas na RSES”.

3. Saúde no Envelhecimento

O envelhecimento é um processo complexo que pode ocorrer de diferentes formas. Enquanto alguns idosos se mantêm ativos e são considerados como tendo um envelhecimento “bem-sucedido”, outros perdem a sua autonomia, evidenciando a complexidade desse processo. Rosa (2012) identifica dois tipos de envelhecimento no plano individual: o cronológico e o biopsicológico. O envelhecimento cronológico refere-se exclusivamente à passagem do tempo, sendo universal, progressivo e inevitável para todos. Já o envelhecimento biopsicológico reflete uma combinação de fatores, como o estilo de vida, hábitos, género, genética e o ambiente social, resultando num processo de envelhecimento único para cada indivíduo.

Este envelhecimento biopsicológico, embora influenciado pelo envelhecimento cronológico, é menos linear e varia de pessoa para pessoa. O estilo de vida, os hábitos, o

género e o contexto social desempenham um papel determinante na forma como cada indivíduo envelhece. Por exemplo, enquanto uns mantêm um estilo de vida ativo, outros podem experienciar uma perda gradual das suas capacidades físicas e cognitivas (Rosa, 2012).

Ainda segundo Rosa (2012), apesar da chegada a idades avançadas poder ser vista como um privilégio, para muitos não é uma fase desejada. No entanto, é possível manter uma vida ativa, realizar atividades prazerosas e continuar a estabelecer e cultivar relações sociais. Valorização pessoal, partilha de experiências e a participação em atividades significativas podem contribuir para um envelhecimento positivo.

O avanço da medicina e o desenvolvimento do modelo biomédico de saúde, predominante na Europa Ocidental, juntamente com a promoção da saúde pública, têm resultado num aumento significativo da esperança média de vida em Portugal (Giddens, 2008). Este aumento, porém, trouxe consigo mudanças na estrutura das doenças predominantes. Se antes as doenças infecciosas, causadas por bactérias e vírus, eram as principais causas de mortalidade, agora são as doenças cerebrovasculares e os tumores malignos que prevalecem nas idades mais avançadas (Rosa, 2012).

As doenças crónicas e incapacitantes, típicas do envelhecimento, tornaram-se as principais causas de morbilidade e mortalidade entre os idosos, trazendo consigo enormes custos individuais, familiares e sociais. A saúde dos idosos é fortemente influenciada pelos estilos de vida passados, a exposição a diferentes ambientes e a qualidade dos cuidados de saúde recebidos ao longo da vida. A autonomia e a independência tornam-se, assim, fatores críticos na perceção da qualidade de vida na terceira idade (DGS, 2006).

De acordo com dados disponibilizados pela DGS, a prevalência de demência aumenta drasticamente com a idade, passando de 1% aos 65 anos para 30% aos 85 anos. Este aumento é acompanhado por uma maior incidência de doenças cerebrovasculares, que também se tornam mais comuns com o avançar da idade, afetando cerca de 30% das pessoas com mais de 85 anos. Tanto a demência quanto o AVC são causas importantes de incapacidade e morte entre os idosos na União Europeia (DGS, 2006).

As principais causas de mortalidade em Portugal a partir dos 64 anos são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, segundo a DGS. Para combater este cenário, têm sido promovidas várias campanhas de saúde direcionadas à população idosa, visando melhorar o seu bem-estar. No entanto, ainda não existe uma estratégia

nacional bem consolidada que promova, de forma integrada, o envelhecimento ativo ao longo da vida (DSG, 2006).

Os idosos em situação de dependência enfrentam riscos acrescidos, necessitando de atenção específica por parte dos serviços de saúde e sociais. Embora o sistema de saúde em Portugal esteja bem organizado para lidar com doenças agudas, mostra-se inadequado para responder às necessidades de uma população envelhecida e com doenças crónicas, o que leva a uma sobrecarga significativa nas famílias, muitas vezes incapazes de prestar os cuidados necessários (DGS, 2006).

A desigualdade social também afeta o acesso aos cuidados de saúde. Segundo Giddens (2008), a classe social, os recursos económicos e as redes de apoio desempenham um papel importante na forma como os idosos acedem a cuidados médicos. Envelhecer em condições de pobreza acarreta dificuldades no acesso a recursos e serviços básicos que garantam o bem-estar.

A perceção que os idosos têm da sua saúde varia conforme fatores como a idade, género, nível de escolaridade e ocupação. Estudos mostram que os homens tendem a avaliar a sua saúde de forma mais positiva do que as mulheres, apesar de estas viverem mais tempo. Idosos com maior nível de escolaridade também têm uma perceção mais favorável da sua saúde (Anica, 2018). Adicionalmente, casados e aqueles que vivem acompanhados, seja por cônjuges ou filhos, relatam melhor qualidade de vida em comparação com viúvos ou pessoas que vivem sozinhas.

De acordo com estudos citados por Anica (2018), a qualidade de vida percebida pelos idosos está intimamente ligada à sua condição socioeconómica, estado civil e saúde. Embora as mulheres vivam mais tempo, tendem a apresentar pior perceção sobre o seu estado de saúde e uma maior incapacidade funcional à medida que envelhecem. Com o avançar da idade, as capacidades físicas e cognitivas declinam, afetando negativamente a saúde e a perceção que os idosos têm dela.

A adoção de hábitos saudáveis, como uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico moderado, pode contribuir para um envelhecimento bem-sucedido. Oliveira (2008) defende que evitar o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo são fatores cruciais para manter a saúde na velhice. Além disso, o uso moderado de medicação, apenas quando necessário, também é fundamental.

Fontaine (2000), citado por Oliveira (2008), destaca três fatores essenciais para um envelhecimento bem-sucedido: a manutenção de uma boa saúde física e cognitiva, a participação em atividades sociais e o envolvimento em práticas que promovam o bem-estar geral. A promoção da saúde na velhice é, portanto, indispensável para garantir uma maior qualidade de vida.

Por fim, o progresso tecnológico e médico tem permitido diagnósticos mais precoces e tratamentos mais eficazes, prolongando a vida e melhorando a qualidade de vida dos idosos. Com maior autonomia e menos dependência, os idosos conseguem viver de forma mais tranquila, sem o receio de se tornarem um fardo para as suas famílias (Orlandi, 2009).

4. Educação Social e Envelhecimento Ativo

O debate sobre políticas públicas e estratégias de promoção para um envelhecimento saudável e ativo tem vindo a ganhar uma relevância crescente tanto no âmbito político como no académico. A promoção de um envelhecimento com menos patologias entre a população idosa é uma meta que se pretende atingir, sendo este tema abordado em diversas áreas profissionais, como a educação social, a animação sociocultural, entre outras. A animação socioeducativa, que se foca na promoção de atividades e na participação ativa da população idosa, tem demonstrado ser uma ferramenta essencial na prevenção de patologias relacionadas com o envelhecimento (Simões & Barros, 2018).

O principal objetivo da animação sociocultural é melhorar e manter a qualidade de vida dos idosos, tanto no plano físico como psicológico. Neste contexto, a intervenção visa combater o isolamento social, enquanto desenvolve projetos onde os idosos se sintam acolhidos e motivados para continuarem autónomos e saudáveis. De acordo com Barros (2018), é fundamental que os idosos se mantenham envolvidos em atividades que lhes proporcionem satisfação e realização pessoal. A manutenção de elevados níveis de atividade física e de participação social está associada a uma melhor saúde mental e física, como sublinhado por Simões e Barros (2018).

A integração ativa dos idosos na vida comunitária tem-se revelado um aspeto central na promoção e manutenção das redes de contacto social. A OMS define o envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde,

segurança e participação social, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Este conceito não se limita à ausência de doença, integrando também o bem-estar físico, mental e social (SNS, 2017).

A educação social tem desempenhado um papel crucial neste processo, através da promoção de competências e capacidades que permitem aos idosos participarem de forma ativa na sociedade, sem se sentirem excluídos. A sensação de integração e utilidade é fundamental para o bem-estar geral dos idosos, contribuindo para o seu equilíbrio emocional e psicológico (SNS, 2017). O envelhecimento ativo deve ser encarado como um processo contínuo, cuja manutenção depende de múltiplos fatores. É essencial que os idosos mantenham as suas capacidades físicas e mentais, participando ativamente na sua própria vida e comunidade (Anica, 2018).

As formas de educação social podem ser tanto formais como informais, promovendo o desenvolvimento de competências digitais, a familiarização com novas tecnologias, e o fortalecimento das redes sociais. Estas iniciativas podem incluir a participação em atividades comunitárias, que ajudam a combater o isolamento social. A educação social também desempenha um papel importante no apoio à saúde, através da implementação de programas que incentivam uma alimentação saudável e a prática regular de exercício físico. Adicionalmente, a criação de oportunidades de interação intergeracional é benéfica, ao permitir a troca de conhecimentos e experiências entre jovens e idosos, enriquecendo ambos os grupos.

A educação social é uma ferramenta poderosa para melhorar a vida dos idosos, incentivando-os a participar mais ativamente na comunidade. No entanto, a participação dos idosos em atividades é influenciada por fatores económicos, sociais, físicos e educacionais. Indivíduos com menores recursos tendem a isolar-se e a não participar em atividades comunitárias, o que agrava o seu isolamento social. Paúl (2005) destaca que o envelhecimento ativo deve incluir todos os indivíduos, sendo um dever da sociedade garantir que existam ambientes acessíveis e seguros para os idosos. A criação de infraestruturas adequadas que fomentem a participação social é crucial, assim como a promoção de atividades voluntárias e o envolvimento em redes de apoio social baseadas na confiança e na segurança relacional.

Por outro lado, a educação social também pode ser utilizada para sensibilizar os mais jovens sobre a importância de integrar os idosos na sociedade. A criação de

programas de formação e sensibilização, bem como de atividades intergeracionais, pode fortalecer as relações entre as gerações. A implementação de programas com jogos e atividades com animais também tem mostrado ser eficaz na motivação dos idosos, promovendo laços afetivos e retardando o declínio cognitivo e físico.

A formação de profissionais capazes de lidar com as necessidades dos idosos, bem como a criação de infraestruturas que permitam responder de forma adequada às exigências desta população, são igualmente necessárias. Este tipo de intervenção contribui para aliviar o fardo das famílias e dos cuidadores informais, que muitas vezes enfrentam desafios significativos ao cuidar dos seus familiares mais velhos. Contudo, a elaboração de estudos nesta área enfrenta algumas limitações, uma vez que muitos idosos não possuem competências básicas de leitura ou escrita, o que pode dificultar a sua participação em inquéritos e outros tipos de estudos (Barros & Fragoso, 2021).

A importância da educação social na promoção da saúde e no envelhecimento ativo é de extrema importância e o seu contributo, está de facto comprovado, através de vários estudos desenvolvidos na área ao longo dos últimos anos. Neste sentido, Cunha, Pereira e Loureiro (2019) referem a importância da função da educação social como “a função da educação social é fazer com que os idosos continuem a participar na sociedade, sempre que possível, com uma consciência crítica e criativa, e prevenir declínios prematuros tanto físicos como cognitivos” (p.49).

Em Portugal, é frequente que profissionais de saúde e de instituições notem um afastamento das famílias em relação aos idosos, com muitas a delegarem a responsabilidade de cuidar dos mais velhos às instituições e hospitais. Este afastamento é muitas vezes justificado pelas obrigações laborais, o que resulta na solidão e no isolamento dos idosos, especialmente quando os laços familiares não são mantidos (Macedo & Fragoso, 2021). Por outro lado, as próprias instituições nem sempre estão preparadas para envolver as famílias de forma ativa no cuidado dos idosos, sendo necessário criar espaços de diálogo e cooperação entre ambas as partes para fortalecer os laços e melhorar a comunicação.

A educação social e a educação ao longo da vida têm o potencial de motivar a população idosa, promovendo a saúde e a prevenção de doenças, o que contribui para um envelhecimento mais ativo e positivo. Simões e Barros (2018) argumentam que a educação socioeducativa, no contexto gerontológico, deve ser uma intervenção crítica

que integre diferentes áreas do saber, promovendo o diálogo entre a teoria e a prática, entre o conhecimento dos educadores e a experiência de vida dos idosos.

Estudos e projetos têm sido desenvolvidos com o objetivo de promover um envelhecimento mais ativo e saudável. Um exemplo disso é o trabalho de Gonçalves e Anica (2018), que analisaram a expressão dramática como ferramenta para o envolvimento dos idosos. A participação em atividades dramáticas revelou-se muito positiva, destacando sentimentos de valorização pessoal, gratidão, partilha de ideias e felicidade entre os participantes. Além disso, a prática teatral demonstrou ser uma excelente forma de promover o desenvolvimento de novas aptidões e competências, que muitas vezes se vão perdendo com o avançar da idade. O reconhecimento social que resultou da participação no teatro também trouxe satisfação e um sentimento de utilidade aos idosos, aumentando a sua autoestima e contribuindo para o seu bem-estar geral (Gonçalves & Anica, 2018).

A socialização proporcionada pela participação em atividades teatrais ajudou a reduzir o isolamento social e a solidão, especialmente entre aqueles que viviam sozinhos. O impacto destas atividades no quotidiano dos idosos foi notório, melhorando significativamente a sua qualidade de vida. O teatro, neste contexto, afirmou-se como uma poderosa ferramenta de educação social, com um forte potencial para promover a saúde e as relações sociais (Gonçalves & Anica, 2018).

A relevância da educação social na promoção de um envelhecimento ativo é, assim, amplamente reconhecida. Como afirmam Cunha e colaboradores (2019), a função da educação social é permitir que os idosos continuem a participar de forma crítica e criativa nos meios sociais em que estão inseridos, prevenindo o declínio físico e cognitivo e contribuindo para um envelhecimento mais saudável e pleno.

5. Cuidados prestados pelo Centro Hospitalar do Algarve (CHUA) e outras respostas aos cuidados de saúde

O envelhecimento demográfico é um fenómeno cada vez mais evidente em Portugal, e o Algarve destaca-se como uma das regiões onde este fenómeno é mais acentuado, devido às suas especificidades demográficas. A atratividade da região, reconhecida pelo clima ameno e elevada qualidade de vida, tem sido um fator decisivo na fixação de uma população idosa, tanto nacional como estrangeira. Este influxo

populacional contribuiu para um aumento significativo da proporção de idosos, particularmente nas áreas rurais do interior serrano do Algarve, criando desafios acrescidos nos cuidados à terceira idade (Anica, 2018). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), o Algarve apresenta uma das taxas de envelhecimento mais elevadas do país, com uma concentração crescente de pessoas acima dos 65 anos, especialmente nas zonas rurais, onde os recursos de apoio social e de saúde são mais escassos.

Esta alteração demográfica reflete-se diretamente nas necessidades de saúde e de apoio social, exercendo uma pressão crescente sobre os serviços de saúde da região, incluindo o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA). Ao contrário de outras regiões mais urbanizadas do país, onde a migração de jovens para centros urbanos é menos pronunciada, o Algarve enfrenta não só uma maior taxa de envelhecimento como também uma diminuição no tamanho dos agregados familiares e um aumento na taxa de dependência. Este fenómeno agrava as dificuldades na prestação de cuidados de saúde e no suporte social à população idosa (INE, 2012).

Historicamente, a família desempenhava um papel central no cuidado aos idosos em Portugal, sustentada por fortes laços intergeracionais. No entanto, mudanças sociais, económicas e demográficas nas últimas décadas têm vindo a transformar esta realidade. O aumento da esperança média de vida, combinado com a redução da natalidade, resultou numa redução do número de familiares em idade ativa para prestar cuidados aos idosos, o que levou a uma diminuição do apoio informal (Macedo & Fragoso, 2021). Esta transição é particularmente evidente no Algarve, onde o envelhecimento populacional e a emigração de jovens se traduzem numa dependência crescente de cuidados formais e de instituições, contrastando com as práticas tradicionais em que os idosos eram cuidados dentro do núcleo familiar.

As mudanças nas estruturas familiares, marcadas por uma redução dos seus membros, pela migração dos mais jovens para outras regiões ou países, têm implicações profundas no suporte social disponível para os idosos. No Algarve, onde a população jovem frequentemente emigra, sobretudo nos anos 60 do séc. XX verificou-se um aumento da emigração sobretudo para a Europa. Procurando melhores oportunidades de vida, de trabalho, onde as famílias tendem a ser menores, e muitos idosos acabam por

viver sozinhos ou em casal, sem apoio próximo dos filhos ou outros familiares (Fabião, 2011).

Os agregados familiares no Algarve, são na sua maioria reduzidos, verificou-se um predomínio de famílias sem crianças e sem dependentes familiares (Fabião, 2011). O autor refere que ao analisarmos os agregados familiares verifica-se que eles são constituídos maioritariamente por um ou dois adultos. Dado ao seu contexto demográfico regional, o Algarve apresenta particularidades distintas, com o interior algarvio bastante envelhecido, onde os idosos apresentam níveis baixos de escolaridade, o isolamento social, o facto de viverem distantes dos centros urbanos, dificulta a procura e o acesso aos cuidados de saúde (Anica, 2018).

Os serviços de apoio social disponíveis em Portugal para a população idosa incluem centros de dia, lares de idosos, apoio domiciliário, Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), entre outras (Segurança Social, 2024). No entanto, a eficácia e a disponibilidade destes serviços variam significativamente de região para região. No Algarve, a oferta é muitas vezes insuficiente para responder à crescente procura, especialmente nas zonas rurais, onde o acesso aos serviços de apoio é limitado (Carta Social, 2024). Além disso, muitas das infraestruturas de apoio aos idosos estão sobrecarregadas ou mal equipadas para lidar com as necessidades complexas da população idosa, em particular os idosos com doenças crónicas ou que necessitam de cuidados paliativos. A escassez de unidades de internamento de curta, média e longa duração agrava ainda mais a situação, forçando muitos idosos a permanecerem em hospitais, frequentemente inadequados para os seus cuidados prolongados, ou a regressarem às suas casas sem o apoio necessário.

Marques et al. (2015, p.164) referem que “As transformações sociais refletem um atual modelo familiar, em que a possibilidade de coexistência entre pais, filhos e avós é cada vez mais rara, que se traduz em crescente institucionalização maioritariamente com quebra de laços afetivos de referência para as pessoas muito idosas.”

Em uma análise sobre determinantes sociais e a sua influência na saúde (Fabião, 2011, p. 27) identificou a importância do emprego, do salário, da educação e o acesso aos cuidados de saúde, “o acesso a serviços básicos como a educação e a disponibilidade para aquisição de bens, são determinantes de saúde, pois influenciam o bem-estar, a saúde ou os resultados de saúde, atingíveis por indivíduos e comunidades”.

De acordo com o Barómetro dos Internamentos Sociais (APAH, 2023), verificou-se no Algarve um aumento dos dias de internamentos inapropriados entre os anos de 2022 e de 2023. A falta de respostas da RNCCI foi indicada como uma das principais causas referidas no aumento do número de dias de internamento inapropriado. Em seguida surge a causa a aguardar respostas para admissão na Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).

De acordo com a Carta Social (2024), Portugal dispõe de várias respostas sociais para idosos, incluindo centros de dia, lares de idosos, apoio domiciliário e unidades de cuidados continuados. No entanto, a eficácia dessas respostas varia significativamente de região para região, com o Algarve enfrentando desafios particulares devido à sua geografia e demografia. A oferta de serviços no Algarve é insuficiente para atender à crescente demanda, particularmente em áreas mais rurais, onde o acesso a serviços de apoio é limitado.

As doenças mais comuns que afetam a população idosa no Algarve, destacam-se as doenças crónicas, como a hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. No entanto o impacto da solidão e do isolamento social, frequentemente subestimado, é igualmente significativo. A solidão está associada a um aumento do risco de depressão, declínio cognitivo e mortalidade prematura. O isolamento social, por sua vez, pode agravar os problemas de saúde já existentes, tornando mais difícil o acesso a cuidados de saúde e a aderência a tratamentos (SNS, 2012).

Como já referido no Algarve onde muitos idosos vivem sozinhos ou distantes de familiares, verifica-se um índice de envelhecimento elevado sobretudo nos concelhos de Alcoutim, Aljezur e Monchique (Fabião, 2011). O índice de envelhecimento tende a aumentar, não só na Europa, como em Portugal, levando também a um aumento dos encargos na segurança social e na saúde.

No sentido de colmatar as deficiências nas respostas aos cuidados de saúde aos idosos e também a encontrar respostas quando o idoso recebe alta hospitalar, o Algarve conta recentemente com a Hospitalização Domiciliária (HD), desde 2021. Esta hospitalização é uma alternativa ao internamento convencional, onde o paciente recebe cuidados na sua casa. Os doentes que cumprem os requisitos para este tipo de internamento, estão em constante comunicação com a família, promovendo assim a humanização dos cuidados ao idoso e valoriza o papel ativo da mesma no processo de recuperação do indivíduo (SNS, 2024).

De referir que a Unidade de Hospitalização Domiciliária do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), iniciou a sua atividade em 2019. Embora no Barlavento Algarvio (Portimão e Lagos) já estivesse a funcionar desde 2011. A HD, dispõe de um protocolo com várias ERPI'S do sotavento desde o ano de 2022, as zonas de Portimão e Lagos contam com acordos da Santa Casa de Misericórdia de Lagos, onde se verificou um aumento nos cuidados prestados e nas estruturas dessa região do Algarve (SNS, 2024).

Entre as respostas encontradas, podemos mencionar a Rede de Cuidados Continuados, que surgiu no sentido de prestar cuidados ao idoso e utentes que necessitam de cuidados de forma contínua e permanente. Esta rede apresenta uma estratégia que articula os serviços de saúde e a segurança social para dar resposta a carências, a emergências que podem surgir em saúde e a nível social. Dando também respostas às necessidades específicas do idoso, a doentes com carências, com problemas de mobilidade e também a pessoas com doenças incuráveis (SNS, 2024).

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no Algarve teve início em 2006. As infraestruturas da rede incluem ações de promoção do envelhecimento ativo e de proximidade. Além disso, a prestação de cuidados continuados integrados não se limita apenas a idosos, mas abrange também indivíduos em qualquer idade que se encontrem em situação de dependência, seja por várias razões de saúde ou por diversas patologias.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

1. Objetivos do Estudo

A questão de partida foi determinada pelo fenómeno da possível existência de idosos abandonados em hospitais. Facto que influenciou a definição do objetivo geral da presente investigação, o qual passa por compreender se existe de facto abandono de idosos no CHUA e quais as suas motivações. Pretendeu-se mais especificamente saber qual a relação dos idosos internados com os seus familiares, quais as suas redes de contacto e apoio e quais as alternativas propostas pelo CHUA.

2. Paradigma de Investigação

O paradigma de investigação que considerámos mais adequado para o presente estudo é o interpretativo, devido às suas diretrizes e à forma como orienta a condução da investigação. Neste quadro, a realidade social é entendida como sendo construída e dependente do contexto em que ocorre. O conhecimento sobre a sociedade é gerado através das interações sociais e da interpretação dos significados atribuídos pelos indivíduos.

Este paradigma recorre a métodos qualitativos, como entrevistas e outras técnicas de investigação científica, que visam compreender os significados subjetivos atribuídos pelos participantes (Quivy, L.V, Marquet J.& Campenhoudt, 2017).

Segundo Guba (1990), citado por Aires (2015), o paradigma interpretativo refere-se a um conjunto de crenças e práticas que orientam a forma como a investigação é realizada no âmbito de uma disciplina científica. Este paradigma impõe ao investigador certas condições, como as questões que deve formular e os significados que deve atribuir aos problemas estudados (Aires, 2015).

3. Métodos e Técnicas Investigação

De acordo com o tema desta investigação, optámos por seguir o modelo de estudo de caso, conforme proposto por Yin (2005), no âmbito de uma abordagem qualitativa (Flick, 2005) e enquadrada no paradigma interpretativo. As técnicas de recolha de dados

escolhidas são a entrevista semiestruturada e o inquérito por questionário, seguindo as recomendações de Quivy, L.V, Marquet, J. & Campenhoudt (2017).

Flick (2005, p. 26) sublinha que "a realidade estudada pela investigação qualitativa não é dada; é, sim, construída por diversos atores". O que está em consonância com a abordagem interpretativa adotada, segundo Erickson (1986), citado por Hébert (1990). Este paradigma é adequado para explorar significados subjetivos e interpretar as construções sociais que emergem das interações entre os indivíduos.

Quanto ao método de investigação, decidimos pelo estudo de caso, conforme Yin (2005), devido à sua capacidade de investigar fenómenos contemporâneos dentro de contextos de vida real. No presente estudo, focámo-nos em idosos internados no hospital de Faro, com o objetivo de identificar as causas que levam ao abandono dos idosos e de analisar a relevância das redes sociais de apoio, tanto formais quanto informais.

Yin (2005) define o estudo de caso como "uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo no seu contexto da vida real" (p. 32). Este método é especialmente útil quando as questões da investigação são do tipo "como" ou "porquê", e o investigador tem pouco ou nenhum controlo sobre os eventos estudados (p. 28). Yin também enfatiza a relevância das entrevistas como uma ferramenta fundamental para a recolha de dados no contexto de um estudo de caso.

Neste estudo, escolhemos aplicar entrevistas semiestruturadas devido à especificidade da população-alvo, isto é, idosos em situação de internamento hospitalar. Este método permite captar as perceções subjetivas dos participantes, com o intuito de compreender os seus sentimentos em relação ao internamento, à família e às suas expectativas futuras. Pretendemos ainda avaliar a importância das redes sociais de apoio e da família na vida destes idosos e no impacto que estas têm durante o seu internamento (Quivy, L.V, Marquet J.& Campenhoudt, 2017).

Optou-se por construir uma amostra não probabilística, por conveniência, uma escolha comum em estudos exploratórios. Reconhecemos, contudo, que este tipo de amostra pode acarretar riscos de não representatividade, o que será tido em consideração na análise dos resultados.

4. Potencialidades e Limitações da Investigação

Entre as principais limitações da investigação indicamos as características específicas dos indivíduos, como as fragilidades físicas, problemas de saúde e comorbidades. Assim neste sentido, consideramos algumas limitações como as condições de saúde, o ambiente hospitalar que podem causar desconforto nos pacientes, afetando a sua disposição para a entrevista. A hospitalização é por norma emocionalmente difícil, especialmente, para os idosos, o que pode afetar a sua vontade para falar sobre determinados temas.

As entrevistas foram realizadas entre o dia 15 de junho e o dia 8 julho de 2022. Neste período, após Covid-19, as entrevistas foram ainda mais impactadas. Com acesso restrito, a autorização para conduzir as entrevistas dependeu do uso obrigatório de equipamentos de proteção individual, como a máscara, e a obrigatoriedade da vacina (covid-19).

Adicionalmente, não foi possível alargar o estudo aos familiares dos participantes, devido à dificuldade em obter a sua colaboração e disponibilidade para a realização de entrevistas. Acreditamos que a inclusão da perspectiva dos familiares seria enriquecedora, permitindo compreender as suas perceções, emoções e desafios relativamente ao tema abordado.

Em termos de potencialidades, consideramos pertinente a realização de um estudo longitudinal, que permitisse acompanhar o percurso dos idosos em situação de internamento hospitalar, avaliando as respostas e encaminhamentos concretos que lhes são oferecidos.

Segundo Quivy, L.V., Marquet J. & Compenhoudt (2017), não existe um método ideal que seja, por si só, superior aos restantes. Cada método pode cumprir os objetivos esperados, desde que tenha sido sensatamente escolhido, aplicado com rigor, mas sem rigidez, e que o investigador saiba reconhecer os seus limites e validade" (p. 332).

Consideramos igualmente importante uma análise qualitativa que inclua a perspectiva das famílias, de modo a compreender as suas necessidades, o tipo de relações que mantêm com os idosos e como essas dinâmicas influenciam a situação de internamento. Seria relevante, por exemplo, identificar se os laços familiares são frágeis ou fortes, dado que, na nossa amostra, observámos que muitas famílias eram compostas apenas pelo casal, ou por um número reduzido de filhos.

A relevância deste estudo é evidente, uma vez que, durante a revisão de literatura, encontramos poucos trabalhos que abordem especificamente o abandono de pessoas idosas em contexto de hospitalar.

Uma potencial área de intervenção seria a promoção da educação social, mesmo em idades mais avançadas e em contexto hospitalar, como forma de mitigar o sentimento de solidão e abandono frequentemente experienciado pelos idosos. A promoção do voluntariado e o incentivo à participação em atividades dirigidas a idosos e doentes constituem outras vias importantes para melhorar o seu bem-estar.

Torna-se evidente a necessidade de mais investigações que se debrucem sobre este tema, utilizando uma diversidade de métodos e técnicas, com o objetivo de aprofundar o conhecimento das situações e identificar as soluções mais adequadas. É essencial que se tenha em conta o bem-estar físico e emocional dos idosos, especialmente daqueles que já não conseguem decidir autonomamente qual a melhor resposta para o seu caso específico. Devem ser priorizadas ações que visem recuperar a saúde dos doentes e que respondam com celeridade aos internamentos de carácter social, garantindo dignidade às pessoas mais vulneráveis.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

1. Caracterização do Serviço CHUA-FARO

O Hospital de Faro é reconhecido como a principal unidade hospitalar da região do Algarve, integrando o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA). Este agrupamento inclui ainda o Hospital de Portimão e o Hospital de Lagos, bem como os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Algarve e respetivas unidades de cuidados primários, os quatro serviços de urgência básica, e o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, entre outros serviços (SNS, 2024).

A criação do CHUA, que reúne centros de saúde, hospitais e unidades hospitalares, visa proporcionar uma resposta mais eficaz às necessidades dos utentes, promovendo a articulação e partilha de informações entre os profissionais de diferentes especialidades. Esta integração melhora a coordenação dos cuidados prestados aos cidadãos e à comunidade em geral, facilitando um acompanhamento mais eficaz e global (SNS, 2024).

O Hospital de Faro serve toda a população algarvia, incluindo não só os residentes, mas também os turistas que visitam a região, sendo especialmente relevante durante a época alta do turismo. A sua importância é ainda mais evidente no atendimento de emergências médica, que aumentam significativamente nesse período (SNS, 2024). Este hospital presta serviços em diversas especialidades, como cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, pediatria, pneumologia, neurologia, oncologia, gastroenterologia e dermatologia, entre outras. Além disso, o hospital dispõe de um serviço de urgência geral 24 horas, complementado por serviços de radiologia, anestesiologia, cuidados intensivos, tratamentos complexos e internamento (SNS, 2024).

A recolha de dados para o presente estudo foi realizada em diversas especialidades hospitalares, dado que a população em análise apresentava uma variedade de patologias. Por esta razão, optou-se por não limitar a investigação a um único serviço do Hospital, abrangendo várias áreas, nomeadamente pneumologia, onde se efetuaram entrevistas com idosos internados. Esta abordagem permitiu uma visão mais abrangente e detalhada da situação clínica dos pacientes.

De acordo com o SNS (2024), o Centro Hospitalar Universitário do Algarve colabora ativamente com o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, a Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) e a Universidade do Algarve, através do CBMR – Center for Biomedical Research e do Departamento de Ciências Biomédicas

e Medicina. Esta parceria está inserida no âmbito das políticas de saúde do séc. XXI Governo Constitucional, que visam reforçar a rede e estrutura hospitalar através de uma maior interligação entre ensino universitário, investigação científica e prática clínica.

Desde 2009, foram estabelecidos Centros Académicos Clínicos que reúnem escolas médicas, centros hospitalares e unidades de investigação, com o objetivo de promover o desenvolvimento de novos conhecimentos científicos, melhorar a formação dos profissionais de saúde e, simultaneamente, aplicar esses avanços na prática clínica. Esta estratégia procura fortalecer a comunicação e colaboração entre as instituições académicas e os centros hospitalares, garantindo uma prestação de cuidados de saúde mais qualificada e inovadora (SNS, 2024).

2. Entrevistas

Na realização das entrevistas, contamos com o valioso apoio da Dra. Graça Ramos, assistente social do Hospital de Faro, que nos acompanhou e orientou durante todo o processo, tendo sido fundamental para a execução adequada das mesmas.

Optámos por utilizar a técnica de entrevista semiestruturada, de acordo com o modelo descrito por Quivy, L.V., Marquet J. & Compenhoudt (2017). Segundo estes autores, “A entrevista semidirectiva, ou semidirigida, é certamente a mais utilizada em investigação social. É semidirectiva no sentido em que não é inteiramente aberta nem conduzida por um grande número de perguntas específicas” Quivy, L.V., Marquet J. & Compenhoudt (2017, p.261). Esta técnica oferece flexibilidade ao investigador, permitindo-lhe explorar mais profundamente as respostas do entrevistado através de perguntas relativamente abertas, o que facilita a obtenção de informação mais rica e detalhada.

As entrevistas são amplamente utilizadas em estudos de educação social, constituindo uma ferramenta fundamental para captar as perceções e desafios enfrentados pelos participantes no tema em análise. Caracterizam-se pela interação direta entre o entrevistador e o entrevistado, o que, como apontam Quivy, Marquet e Campenhoudt (2017), permite ao investigador “recolher das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e materializados” Quivy, L.V., Marquet J. & Compenhoudt (2017, p.260). Este contacto direto torna o processo particularmente útil para a recolha de dados qualitativos profundos e contextualizados.

As entrevistas no âmbito deste estudo foram conduzidas no Hospital de Faro entre os dias 15 de junho e 8 de julho de 2022. Os participantes incluíram pacientes internados em várias especialidades, como medicina interna e pneumologia, entre outras. Dado que a população-alvo apresentava uma diversidade de condições de saúde, foi necessário recolher dados em várias áreas médicas, de modo a garantir uma visão mais abrangente e representativa.

3. Análise e Interpretação dos Dados das Entrevistas

Este é um estudo composto por uma amostra de 11 indivíduos, selecionados através dos seguintes critérios de inclusão: estar internado no Hospital de Faro e com idade superior a 60 anos.

Quanto à caracterização da amostra, como se pode verificar através do quadro 3, a mesma apresenta uma predominância de homens em relação a mulheres, sendo constituída por 8 homens e 3 mulheres, com uma média de idades de 77 anos.

No que diz respeito ao estado civil, verificámos que 5 participantes eram casados, 4 eram viúvos, 1 era divorciado e 1 solteiro. Em termos de descendência, 4 dos inquiridos não tinham filhos, 3 tinham dois filhos, e 3 possuíam apenas um filho(a) (quadro 3).

Estes dados permitem caracterizar o perfil demográfico da amostra e fornecem uma base importante para a compreensão das dinâmicas familiares e sociais dos participantes, essenciais para a análise dos resultados do estudo.

Quadro 3 - Principais características da amostra

Código	Idade	Sexo	Estado civil	Nº Filhos	Patologias	Com quem reside
1E	82	M	Casado	0	Demência	Esposa
2D	82	M	Casado	2	Demência	Filho
3G	86	F	Casada	0	Cancro (pulmão)	Marido

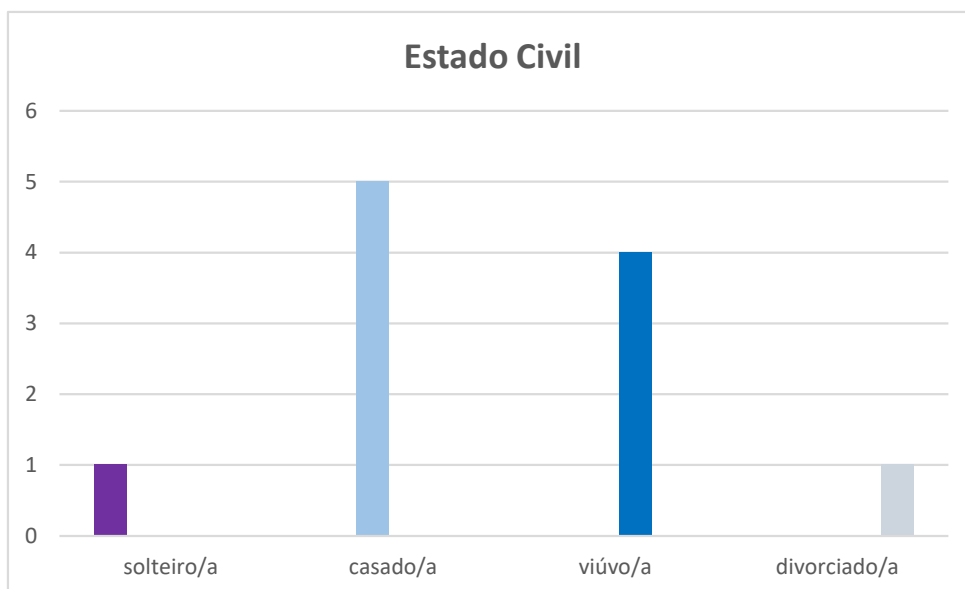
4 ^a	70	M	Viúvo	1	Cancro (pulmão)	Sozinho
5 ^a	63	M	Divorciado	0	Pneumonia	Sozinho
6M	84	F	Viúva	1	Cancro	Filho
7J	76	M	Casado	0	Cancro	Esposa
8C	69	M	Divorciado	2	Cancro	Sozinho
9S	85	M	Viúvo	1	Cancro	Sozinho
10S	80	F	Viúva	1 (falecido)	Cancro	Sozinho
11V	69	M	Casado	2	Cancro	Esposa

Nota. M = Masculino; F = Feminino;

Verifica-se que o participante mais idoso da amostra tinha 86 anos, enquanto o mais jovem tinha 63 anos. A maioria dos entrevistados apresentava um baixo nível de escolaridade. Dos 11 inquiridos, 9 estavam reformados, 1 era empresário, e o entrevistado de 63 anos referiu estar a aguardar a reforma por invalidez, devido a múltiplas patologias. Este último acrescentou que não aceitaria a alta hospitalar por não ter uma solução habitacional para onde pudesse ir após a sua saída. Verifica-se, também, que a maioria dos participantes eram casados ($n = 5$), seguindo-se da categoria de viuvez ($n = 4$) e, em igual número, os solteiros ($n = 1$) e divorciados ($n = 1$) (ver Gráfico 1).

De acordo com os dados da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH, 2023), foi confirmado que 68% dos internamentos médicos são considerados inapropriados, sendo que 81% dos pacientes têm mais de 65 anos. Observou-se ainda um aumento no número de internamentos entre pessoas com mais de 80 anos, passando de 40% em 2022 para 45% em 2023.

Gráfico 1- Estado civil dos entrevistados



Relativamente ao tempo de internamento, verificámos que o indivíduo com maior permanência no hospital estava internado havia 6 meses. Outros casos apresentavam períodos de internamento mais curtos, nomeadamente de 3 meses, enquanto o período mais breve registado foi de 1 semana no Hospital de Faro.

Para avaliar a orientação temporal e espacial dos entrevistados, foi questionado diretamente o tempo de internamento. Alguns demonstraram uma boa capacidade de memória, referindo até datas específicas, por exemplo, “*desde dezembro 2021*” (1E), enquanto outros não conseguiam recordar-se com exatidão da duração do seu internamento.

Segundo o Barómetro dos Internamentos Sociais (2023), a principal causa de internamentos inapropriados, a nível nacional, está relacionada com a espera por uma vaga em estruturas residenciais para pessoas idosas, representando 49% dos casos. No ano anterior, em 2022, a principal causa identificada foi a espera por admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que representava 32% dos internamentos inapropriados.

3.1 Relações Familiares

Na análise das **relações familiares** e das redes de apoio, verificámos que o conceito de "família" variava significativamente entre os idosos entrevistados, refletindo tanto a estrutura familiar como o grau de proximidade e dependência emocional. Para alguns dos entrevistados, a família é composta apenas pelo cônjuge, enquanto outros incluem membros da família alargada, como sobrinhos, ou mesmo mencionam um sentimento de solidão apesar de terem filhos.

O entrevistado 1E, por exemplo, sublinha que para ele, a família é composta unicamente pela esposa: "*Família sou eu e a minha mulher*" (1E, 82 anos, sem filhos). Este caso reflete uma visão íntima e restrita da estrutura familiar, onde o cônjuge é a única referência de proximidade e apoio, talvez devido à ausência de descendentes ou de outros familiares próximos.

Já a entrevistada 3G amplia este conceito ao incluir a sobrinha no círculo familiar: "*Família é o meu marido e a minha sobrinha*" (3G, 86 anos, sem filhos). Aqui, vemos que, na ausência de filhos, os laços familiares se estendem para além do núcleo tradicional, incluindo parentes mais afastados como parte essencial da rede de apoio. Este é um exemplo de como as relações familiares podem adaptar-se em resposta às necessidades de companhia e suporte emocional.

Em contraste, o entrevistado 4A expressa inicialmente a ideia de não ter ninguém, mas logo em seguida menciona a filha como parte da sua família, revelando uma certa ambiguidade no reconhecimento dos seus laços familiares: "*Não tenho ninguém, só a minha filha*" (4A, 70 anos, viúvo). Este comentário pode evidenciar sentimentos de isolamento ou uma relação distante com a filha, mesmo que ela seja formalmente reconhecida como família.

Por outro lado, o entrevistado 11V identifica a família como a esposa e os dois filhos, sublinhando o papel dos filhos na continuidade do seu trabalho: "*Tenho 2 filhos, um com 33 anos e outro com 29 anos. Os filhos tomam conta do negócio. Podem fazer aquilo que eu já não posso*" (11V, 69 anos, casado). Neste caso, a família não só é vista como uma rede de apoio emocional, mas também como parte integrante do suporte prático, já que os filhos assumiram responsabilidades que o pai já não consegue desempenhar.

As relações familiares expressas pelos entrevistados revelam uma diversidade de experiências, desde o apoio exclusivo do cônjuge até à inclusão de familiares mais distantes ou o reconhecimento da família como um suporte tanto emocional como prático. Estas dinâmicas mostram como os laços familiares podem ser moldados pelas circunstâncias da vida e pelos desafios impostos pelo envelhecimento e pela doença.

3.2 Perceção de Abandono Familiar

Um dos temas centrais que emergiu foi a **perceção de abandono** por parte dos familiares. Muitos dos idosos entrevistados relataram um sentimento de isolamento, agravado pela diminuição ou ausência de visitas de familiares durante o período de internamento. Este abandono foi descrito como um fator que acentuou a sua fragilidade emocional e a sensação de desamparo.

Vejamos alguns exemplos da perceção de abandono pelos entrevistados. O entrevistado 9C, de 85 anos, viúvo, mencionou que era visitado apenas pela sua nora, mas que as visitas tinham cessado recentemente: “A minha nora. mas ela agora tirou um peito” . Outro idoso (6M, 82 anos) indicou que o filho o tinha visitado, mas reconheceu que as visitas eram raras: “*Ainda ontem veio (o filho), mas vem pouca vez*”. Estes relatos mostram como a ausência de interações familiares regulares cria um sentimento de abandono reconhecido pelos doentes internados.

3.3 Expectativas Após Alta Hospitalar

Na categoria dos desejos a realizar após a alta hospitalar, notou-se uma tendência predominante para a ausência de expectativas futuras e uma falta de interesse por concretizar algo, o que reflete uma baixa motivação e uma perceção limitada sobre o futuro entre os entrevistados.

A entrevistada 3G, de 86 anos, exemplificou este sentimento de resignação ao afirmar que já não sabia o que gostaria de fazer após a alta, mostrando uma certa indiferença e desinteresse em relação ao futuro: “*Já não sei*” (3G, 86 anos). Esta resposta sugere não apenas uma ausência de planos concretos, mas também uma desconexão

emocional face ao que o futuro possa trazer, como se já não houvesse espaço para novas ambições ou desejos.

Da mesma forma, o entrevistado 4A, um homem de 70 anos diagnosticado com cancro do pulmão, respondeu de forma ainda mais desoladora quando questionado sobre os seus planos após a alta: "*Nada, o que vou fazer?*" (4A, 70 anos, viúvo). Este comentário reflete uma profunda falta de esperança e de propósito. Embora não se saiba ao certo se o entrevistado tinha consciência da gravidade do seu diagnóstico, a sua resposta denota uma aceitação passiva da sua situação, sem qualquer expectativa positiva ou interesse em atividades futuras.

Outro caso, o entrevistado 1E, de 82 anos, com demência, manifestou um desejo simples e algo incongruente, dizendo que gostaria apenas de "descansar". Este senhor estava internado há cerca de seis meses, mas, devido à sua condição, mencionou estar hospitalizado há "mais de um ano": "*Descansar, estou há muito tempo aqui retido. Vai para um ano e tal.*" (1E, 82 anos, demência). Embora demonstre algum desejo de recuperar a normalidade, a perceção temporal distorcida revela as limitações impostas pela sua condição de saúde, o que também pode influenciar as suas expectativas futuras.

Por outro lado, existiu um caso em que o entrevistado 8C, de 69 anos, expressou uma preocupação mais concreta e urgente, relacionada com a sua situação de habitação após a alta. Este senhor, que vivia num quarto alugado antes do internamento, mostrou-se bastante ansioso com a possibilidade de não ter para onde ir, apesar de mencionar que tinha duas filhas: "*Isso é que me está a dar cabo da cabeça. Para a rua não vou.*" (8C, 69 anos). A sua angústia revela a insegurança habitacional que muitos idosos enfrentam, especialmente quando não têm um apoio familiar ou financeiro sólido para garantir um lugar seguro para viver após o período hospitalar.

As respostas dos entrevistados indicam poucas expectativas de vida e uma baixa motivação para o futuro. Em muitos casos, a combinação de fatores como a idade avançada, problemas de saúde graves e a solidão parece minar qualquer esperança ou desejo de realizar algo após a alta. Mesmo quando há preocupações mais imediatas e tangíveis, como no caso do entrevistado 8C, estas estão mais associadas a necessidades básicas de sobrevivência do que a qualquer aspiração de melhoria ou realização pessoal.

3.4 Necessidades durante o Internamento

Na dimensão que procurou apurar as **necessidades sentidas durante o internamento**, os entrevistados revelaram diferentes níveis de privação, variando desde a ausência de contacto com os familiares até necessidades mais pessoais e rotineiras.

A entrevistada 3G, de 86 anos, expressou saudades do seu círculo familiar mais próximo, mencionando especificamente o marido e a sobrinha, que considerava os pilares principais da sua rede de apoio: *“De estar com o marido e a sobrinha.”* (3G, 86 anos, casada). Esta resposta destaca a importância do contacto familiar para o bem-estar emocional durante o internamento, reforçando a ideia de que, para muitos idosos, a família desempenha um papel crucial no conforto e na estabilidade emocional.

O entrevistado 1E, de 82 anos, também revelou sentir muita falta da sua esposa e das suas redes de amizade, mencionando que a ausência de visitas da esposa o deixava *“descontrolado”* e com uma sensação de desconexão da realidade: *“Da minha esposa. Desde que estou aqui ando descontrolado. isto não bate certo. Falava com ela todos os dias, mas está tudo bem e eu estou aqui. Antes ia até à baixa tomar café. aparecia uma pessoa conhecida, o que é difícil já.”* (1E, 82 anos). Este testemunho não só realça o impacto da separação conjugal durante o internamento, mas também mostra como a quebra nas rotinas sociais e nos pequenos prazeres do dia a dia, como ir à baixa e encontrar conhecidos, contribui para um sentimento de perda e isolamento.

Por outro lado, o entrevistado 11V, de 69 anos, mencionou que o que mais sentia falta era o conforto de estar em casa. Este desejo reflete a importância do ambiente familiar e dos bens materiais que simbolizam segurança e estabilidade: *“Sinto falta de casa, do conforto, comprei uma casa em Vale Judeu. Num edifício em frente à praia. Perto do casino, o apartamento agora está fechado, mas fica para os filhos.”* (11V, 69 anos). Este depoimento reflete também um certo desprendimento do futuro, ao mencionar que a casa ficaria para os filhos, sugerindo que ele próprio já não contava com usufruir desse espaço novamente.

Em contraste, o entrevistado 5A, de 63 anos, com uma fraca rede de apoio e um historial de vida mais precário, focou-se numa necessidade mais imediata e pessoal: o hábito de fumar e o desejo de poder sair à rua: *Sinto falta de fumar, de ir à rua.”* (5A, 63 anos). Este relato, embora simples, revela como a falta de uma rede de suporte emocional

e familiar pode direcionar a atenção para desejos mais imediatos, como a satisfação de vícios ou a necessidade de liberdade.

Já a entrevistada 10S, de 80 anos, que morava sozinha antes do internamento, foi a única a indicar que não sentia falta de nada, possivelmente demonstrando uma aceitação mais conformada da sua situação ou uma ausência de laços emocionais significativos: "*Não sinto falta de nada.*" (10S, 80 anos). Este tipo de resposta pode refletir um estado de solidão prolongado ou uma independência emocional que minimiza a percepção de carências durante o período de internamento.

Os entrevistados mostram a diversidade de necessidades sentidas durante o internamento, desde a falta de familiares e do conforto do lar até à satisfação de prazeres, embora problemáticos, como fumar. Estes relatos sublinham o impacto do isolamento, da falta de contacto social e da rutura das rotinas diárias no bem-estar psicológico dos idosos hospitalizados, evidenciando também como a presença de redes de apoio, ou a falta delas, afeta profundamente as suas experiências durante o internamento.

3.5 Discurso Livre

Na parte final da entrevista, foi colocada a questão se os entrevistados gostariam de acrescentar algo que ainda não tivesse sido abordado. As respostas revelaram diferentes estados de espírito e preocupações, com alguns a manifestarem resignação e outros a expressarem inquietações mais práticas.

O entrevistado 1E, de 82 anos, reconheceu a limitação imposta pela idade e pela sua condição mental, demonstrando uma certa dificuldade em articular novos pensamentos ou expressar desejos: "*A idade não escapa, o que perguntar da minha iniciativa é difícil, esta cabeça está difícil.*" (1E, 82 anos). Esta resposta reflete a frustração com o declínio cognitivo, uma preocupação frequente entre os idosos, que muitas vezes limita a sua capacidade de participar ativamente em decisões sobre a sua saúde e bem-estar.

Entre aqueles que estavam mais conscientes da sua situação de saúde, houve uma preocupação clara em não ser um fardo para a família. O senhor 7J, de 76 anos, demonstrou uma aceitação pragmática da sua condição e da necessidade de ser internado

numa instituição, reconhecendo as limitações da sua esposa no cuidado contínuo: *"Tenho de ir para uma instituição, a minha mulher já não dá conta. Só me dão alta quando tiver outro lugar. Vinha ao hospital várias vezes. À urgência, tive uma fratura. Mas a minha doença já não dá para ficar melhor, é canceroso."* (7J, 76 anos). Este senhor encontrava-se à espera de vaga para cuidados paliativos, mostrando uma consciência clara da gravidade da sua condição e a inevitabilidade de precisar de cuidados especializados.

Por outro lado, o entrevistado 11V, de 69 anos, aproveitou para elogiar o tratamento recebido no hospital, expressando gratidão pelo cuidado das enfermeiras: *"Não, sinto-me bem, sou bem tratado, as enfermeiras são fantásticas."* (11V, 69 anos). Este tipo de comentário evidencia a importância da relação com os profissionais de saúde no bem-estar emocional dos pacientes, principalmente num ambiente hospitalar onde a atenção e o cuidado podem fazer uma grande diferença na experiência do internamento.

Contudo, nem todos partilhavam desta satisfação. A entrevistada 10S, de 80 anos, mostrou-se bastante insatisfeita, criticando as enfermeiras e assistentes de forma agitada: *"Parecem umas galinhas aqui a passar. Eu não gosto de pessoas aldrabonas."* (10S, 80 anos). Este comportamento revela a frustração e o desconforto que alguns idosos podem sentir durante o internamento, especialmente aqueles com menos paciência ou em situações de maior debilidade física e emocional.

A entrevistada 3G, de 86 anos, que lutava contra um cancro no pulmão, estava visivelmente debilitada e apresentou sinais de confusão durante a entrevista. Referiu-se às suas dores e cansaço constantes, que afetavam o seu apetite e energia: *"Tenho dores nas costas. sinto-me muito cansada. Ainda ontem me senti mal. Estou sem apetite e tive febre."* (3G, 86 anos). Apesar das visitas ocasionais da sobrinha, esta senhora estava claramente a enfrentar um período difícil, marcado pelo sofrimento físico e pela fragilidade associada à sua condição.

Estas respostas finais mostram uma ampla gama de sentimentos, desde a aceitação resignada da condição de saúde até à preocupação em não sobrecarregar os familiares, passando por elogios ao cuidado recebido e críticas ao ambiente hospitalar. Estas observações revelam a diversidade de experiências e emoções que os idosos enfrentam durante o internamento, muitas vezes dependentes da gravidade da sua condição de saúde, da presença de redes de apoio e da qualidade das interações com os profissionais de saúde.

4. Análise da entrevista à Assistente Social

A análise da entrevista com a assistente social, com 53 anos de idade e 26 anos de experiência na área, revelou alguns pontos críticos relativos à prestação de cuidados aos idosos, destacando-se a falta de políticas de apoio adequadas à terceira idade. A entrevistada salientou a ausência de políticas que garantam os direitos de cidadania dos idosos, o que impacta diretamente a sua qualidade de vida.

Relativamente às patologias mais frequentes nos idosos, foram identificadas doenças reumatológicas, mentais, degenerativas, neurológicas e o alcoolismo como as principais. Estas condições são referidas como especialmente incapacitantes, podendo prolongar o tempo de internamento hospitalar dos pacientes.

Na dimensão das visitas familiares, a assistente social confirmou que os idosos recebem visitas da família sempre que possível, contudo, a pandemia de COVID-19 condicionou significativamente a regularidade e frequência destas visitas.

Outro ponto abordado foi o prolongamento da alta hospitalar. A entrevistada referiu que fatores como as exigências profissionais, especialmente das mulheres, o tamanho reduzido das famílias, o nível de cuidados necessários ao idoso, a disponibilidade ou não de uma rede de apoio (formal e informal, como centros de dia) e as dificuldades de acesso a ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas) influenciam decisivamente a possibilidade de regresso do idoso ao seu domicílio. Este cenário agrava-se nos casos de demência e elevados níveis de dependência, quando as famílias se sentem esgotadas e sem condições de cuidar adequadamente do idoso doente.

No que respeita ao encaminhamento dos doentes idosos, foi referida a ativação do protocolo de altas com a Segurança Social e o encaminhamento para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), uma prática comum e necessária para lidar com os casos de maior dependência.

Em síntese, verifica-se uma carência de políticas públicas robustas e de estruturas de apoio que possam ser mobilizadas como solução para as famílias que não têm capacidade ou condições para assegurar os cuidados de um idoso doente e dependente. Esta situação é especialmente preocupante na região do Algarve, onde, segundo dados da

APAH (2023), as principais causas de internamentos prolongados de forma indevida se devem à falta de respostas adequadas da RNCCI e de vagas em ERPI. Em 2023, 38% dos internamentos indevidos resultaram da espera de resposta para admissão na rede de cuidados continuados, e 32% aguardavam vaga numa ERPI, demonstrando a necessidade urgente de reforço nas respostas sociais e de saúde para esta faixa etária.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento demográfico é uma das transformações sociais mais marcantes das últimas décadas, especialmente em Portugal, que se encontra entre os países mais envelhecidos da Europa. Esta transição coloca inúmeros desafios ao nível da saúde, da economia e das redes de apoio social. Ao longo deste estudo, procurou-se explorar a problemática do abandono de idosos em contexto hospitalar, destacando as suas causas e consequências para a qualidade de vida dos mesmos, com especial foco no Hospital de Faro.

O abandono de idosos em unidades hospitalares é um fenómeno complexo, que resulta da combinação de fatores sociais, familiares e institucionais. A família, tradicionalmente vista como a principal rede de apoio, enfrenta atualmente desafios significativos na prestação de cuidados aos seus membros mais velhos. Mudanças estruturais nas famílias, como a redução do seu tamanho e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, têm dificultado o cuidado informal dos idosos, contribuindo para a sua permanência prolongada em instituições de saúde. De acordo com Caniço (2014), a família moderna está a transformar-se, sendo cada vez mais comum encontrar estruturas familiares monoparentais ou recompostas, o que fragiliza os laços de apoio intergeracional.

Este cenário é agravado pela escassez de políticas públicas eficazes que promovam a autonomia dos idosos e o fortalecimento das redes de apoio social. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) têm demonstrado limitações na resposta às necessidades crescentes da população envelhecida. Em 2023, o Barómetro dos Internamentos Sociais apontou que 38% dos internamentos prolongados indevidamente estavam relacionados com a falta de vagas na RNCCI, e 32% deviam-se à espera de vagas em ERPI. Estes dados revelam uma falha estrutural nas políticas de retaguarda, que deixam as famílias sem alternativas viáveis para cuidar dos seus idosos dependentes.

As questões económicas também desempenham um papel central no abandono dos idosos. Muitas famílias, especialmente as que vivem em condições socioeconómicas precárias, enfrentam dificuldades para suportar os custos associados ao cuidado de um

idoso, como medicação, equipamentos e adaptação do ambiente doméstico. Esta realidade é agravada em áreas rurais, onde o acesso a serviços de saúde é limitado, como observou Santana (2000), e onde a rede de apoio é muitas vezes inexistente.

Do ponto de vista institucional, os hospitais enfrentam desafios crescentes no cuidado a idosos que dependem de respostas quer da família, quer das instituições. Muitas vezes, os profissionais de saúde lidam com doentes cuja permanência no hospital se deve mais à falta de alternativas sociais do que a necessidades clínicas. Este cenário contribui para a sobrecarga dos serviços hospitalares, que ficam impossibilitados de dar alta a pacientes em condições estáveis devido à inexistência de suporte familiar ou institucional adequado. De acordo com Macedo e Fragoso (2021), a falta de preparação das instituições para lidar com o envelhecimento da população reflete-se na sobrecarga dos profissionais e na falta de um planeamento adequado para responder à crescente demanda por cuidados continuados. Tendo em conta que o número de vagas nas instituições mostrou-se insuficiente.

A pandemia de COVID-19 veio exacerbar ainda mais esta problemática, limitando as visitas e o apoio familiar direto aos idosos internados. A ausência de contato físico e emocional agravou o sentimento de solidão e isolamento entre os idosos, com efeitos devastadores no seu bem-estar mental e físico. A limitação nas visitas contribuiu para aumentar o sentimento de solidão e “abandono” nos idosos. Este período evidenciou a importância de redes de apoio formal e informal e de estratégias alternativas, como o uso da telemedicina, para assegurar o acompanhamento médico e social das pessoas mais velhas.

A análise das entrevistas realizadas no Hospital de Faro revelou que os idosos participantes neste estudo manifestam de alguma forma um sentimento de abandono, apesar dos cuidados médicos prestados. Este sentimento de “acompanhados, mas sós” reflete a desconexão emocional que muitos idosos sentem, mesmo quando estão cercados de profissionais de saúde e de outros doentes. O apoio emocional proporcionado por familiares e amigos é frequentemente substituído por uma relação institucional, que, embora eficiente do ponto de vista médico, não supre as necessidades afetivas dos idosos. Esta realidade é difícil de medir, pois muitos idosos não possuem as condições físicas ou emocionais para expressar o que sentem.

A solução para o “abandono” de idosos em hospitais, ou pelo protelamento da alta hospitalar passa por um conjunto de medidas interligadas que envolvem o reforço das políticas públicas, o apoio às famílias e a capacitação das instituições. Em primeiro lugar, é necessário investir em políticas que promovam a permanência dos idosos no seu ambiente familiar, sempre que possível. Para isso, torna-se fundamental o desenvolvimento de programas de apoio domiciliário e de apoio às famílias que permitam aos idosos viver com dignidade em suas casas, reduzindo a necessidade de institucionalização precoce. Programas como a telemedicina e o apoio domiciliário têm demonstrado ser eficazes na promoção da autonomia dos idosos e na redução da sobrecarga das famílias. Este tipo de apoio tem também contribuído para a diminuição dos sentimentos de solidão nos idosos.

A educação social e o envelhecimento ativo também desempenham um papel crucial na prevenção do abandono dos idosos. De acordo com Simões e Barros (2018), a animação sociocultural tem-se revelado uma ferramenta eficaz na promoção da saúde e no combate ao isolamento social, proporcionando aos idosos atividades que estimulam o seu bem-estar físico e mental. A promoção de atividades lúdicas e educativas, como a expressão dramática e os convívios organizados em torno de outras atividades, têm demonstrado ser uma forma eficaz de envolver os idosos na vida comunitária, melhorando a sua autoestima e a sua perceção de utilidade social. A participação do idoso em atividades educativas e de animação revelaram-se de extrema importância no adiamento do envelhecimento físico, cognitivo e do isolamento social.

Finalmente, a construção de mais infraestruturas o reforço da RNCCI e das ERPI são medidas essenciais para responder às necessidades da população idosa. Estas instituições devem estar preparadas para oferecer um cuidado humanizado, que respeite a dignidade dos idosos e que esteja em sintonia com as suas necessidades afetivas e emocionais. A formação contínua dos profissionais de saúde, com enfoque nas especificidades da geriatria, é igualmente fundamental para garantir um atendimento adequado.

Em conclusão, o “abandono” de idosos em hospitais é um fenómeno multifatorial que exige uma resposta integrada das famílias, do Estado e das instituições particulares de solidariedade social. Somente através de uma abordagem coordenada será possível garantir que os idosos não sejam esquecidos ou negligenciados, enquanto aguardam vaga

para as instituições para que possam envelhecer e convalescer com dignidade e qualidade de vida. A promoção de políticas públicas inclusivas, a valorização da família como principal rede de apoio aos idosos e a criação de estruturas sociais de saúde adequadas e com respostas atempadas são passos fundamentais para enfrentar este desafio, que será encontrar respostas específicas para cada caso individual, pois cada idoso é um ser com necessidades únicas e particulares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboim, S., & Wall, K. (2002). Tipos de família em Portugal: Interações, valores, contextos. *Análise Social*, 37(163), 475-506. <https://doi.org/10.31447/AS00032573.2002163.05>.

Aires, L. (2015). Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional. Universidade Aberta.

Alarcão, M., & Sousa, L. (2007). Rede social pessoal: Do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44, 353-376.

Almeida, J., & Ferreira, P. (2020). A intervenção do serviço social no protelamento de alta do idoso no serviço de urgência: o caso do hospital de São José. *Revista Temas Sociais*, 1, 170-187.

Anica, A. (coord.) (2018). *Envelhecer no Algarve*. Universidade do Algarve.

[\(99+\) Envelhecer no Algarve](#)

Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (2023). 7ª edição do Barómetro de Internamentos Sociais: Uma iniciativa da APAH com o suporte da EY.

Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (n.d.). *Barómetro dos Internamentos Sociais*. <https://apah.pt/portfolio/barometro-de-internamentos-sociais/>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). *Relatório Portugal Mais Velho*. Fundação Calouste Gulbenkian. https://vm.apav.pt/apav_v3/index.php/pt/2488-relatorio-portugal-mais-velho

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (n.d.). *Estatísticas de violência sobre as pessoas idosas*. https://vm.apav.pt/apav_v3/index.php/pt/2835-estatisticas-apav-pessoas-idosas-vitimas-de-crime-e-de-violencia-2013-2020.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (n.d.). *Folha informativa*. Disponível em: <http://www.apav.pt/folhainformativa>

Barros, R., & Fragoso, A. (2021). *Investigação em educação social - prática e reflexão*. Universidade do Algarve.

Cabete, D.G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital- O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas. Lda.

Cabral, M. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos

Cabral, M., & Macuch, R. (2016). *Solidariedade intergeracional: perspectivas e representações*. Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Campehouth, L. V., Quivy, R., & Marquet, J. (2019). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª ed.). Gradiva.

Caniço H., Bairrada, P., Rodriguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família-plano de cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Carta social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2021. In *GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento*. <https://www.cartasocial.pt/relatorios>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve. (2022). *Relatório do governo societário, 2021*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Cunha, L.; Pereira, F.; Loureiro, A. (2019) Educação para o suporte social e satisfação com a vida em idosos. In: Barroso, Á.; Hoyos, A.; Silva, H.; Fortunato, I. (Org.). *Diálogos interdisciplinares do envelhecimento* (pp. 47-65). Edições Hipótese.

Dias, S. A. (2005). A teoria do desenvolvimento da família: Buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. Universidade Federal do Pampa.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2008-2013).
<http://www.priberam.pt/dlpo/abandono>

Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para as pessoas idosas*.
<http://nocs.pt/programa-nacional-saude-pessoas-idosas/>

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*.
Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*.
Ministério da Saúde.

Costa, A. (relatora) (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. Direção Geral de Saúde.
[ENEAS.pdf](#)

Fabião, Estela (coord.) (2011). *Algarve- Perfil de Saúde da Região*. Administração Regional do Algarve, IP. <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/perfil-de-saude-regiao-do-algarve/>

Fernandes, A. (2015). Processos e estratégias de envelhecimento. *Sociologia*, 1(15), 223-248.

Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Revista de Sociologia: Problemas e Práticas* (36) 9-53. <http://hdl.handle.net/10071/407>

Fernandes, A. (2015). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Revista de Sociologia: Problemas e Práticas*, (36), 30-52.

Fernandes, A. (2017). Velhice, solidariedades familiares e política social. Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul*, 18 (1).

Fernandes, A. T. (2017). Processos e estratégias de envelhecimento. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2390>

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Monitor.

Fonseca, S. C. (Org.). (2016). Apresentação: *O Envelhecimento Ativo e seus Fundamentos*. (1ªed.) Portal Edições.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores.

Giddens, A. (2008). *Sociologia* (6ªed.). Fundação Calouste Gulbenkian.

Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*. Direção-Geral da Saúde.

Hébert, M. L., Goyette G., Boutin G. (1990). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Instituto Piaget.

Hoffmann, A., Karkotli, A., Dias, S., Paes, Z. (2005). Entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. *Família Saúde e Desenvolvimento*. <https://doi.org/10.5380/fsd.v7i1.8056>

Instituto de Segurança Social (s/d). *Manual de Boas Práticas – Um Guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. ISS.

Instituto Nacional de Estatística. (INE). Estatísticas. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE

Instituto Nacional de Estatística. (2002). Estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. *Revistainstituto de Estudos Demográficos*, 56.

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas de saúde, 2021*.
[url:https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508](https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508)

Instituto Nacional de Estatística. (2007). *Dia Internacional do Idoso: 1 de outubro de 2007*
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *estatísticas demográficas-2022*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=280978178&PUBLICACOESmodo=2

Lima, C. A. (2016). *O abandono do idoso hospitalizado: A importância da família e da atuação do (a) assistente social* (Artigo de conclusão de curso de graduação em serviço social). Universidade Católica de Brasília.

Macedo, N., & Fragoso, A. (2021). Adultos mais velhos, serviços e família. O triângulo mágico? In R. Barros (Ed.), *Investigação em Educação Social – prática e reflexão*. Universidade do Algarve.

Marques, G., Amendoeira, J., & Vieira, M. (2015). À procura do significado de abandono para pessoas muito idosas. Clientes de cuidados de enfermagem. *Revista UIIPS – Escola Superior De Saúde de Santarém*, 3(5), 161-177.

Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*. <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>

Massa, V. A. T. (2013). *Qualidade de vida e suporte social em idosos* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Mesquita, J. R. D. (2011). *Suporte social e redes de apoio social em idosos* (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Portugal. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Direção-Geral da Saúde.

Nações Unidas. (n.d.). *Dia Internacional do Idoso*. <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>

Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20(4), (49-71). <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4>

Organização das Nações Unidas. (1982). *Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento* (resolução 37). [United Nations: Key Conference Outcomes on Ageing](#)

Organização das Nações Unidas. (2002). *Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento Plano de Acção Internacional e Declaração Política*. Madrid. [Madrid International Plan of Action on Ageing in 2002](#)

Organização Mundial da Saúde. (n.d.). *Envelhecimento*. https://cdn.who.int/media/images/default-source/health-topics/ageing/who-011007-res.tmb-1024v.jpg?sfvrsn=abe2b80b_8

Orlandi, A. (2009). *Investigação sobre o abandono de idosos em situação de alta hospitalar*. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica São Paulo.

Pais, M. (2016). *Nos rastros da solidão deambulações sociológicas*. Âmbar.

Pappamikail, L., & Delgado, L. (2021). Editorial - Educação Social: Diálogos entre a Formação e a Profissionalidade. *Revista Interações*, 17(56), 1–10. <https://doi.org/10.25755/int.24515>

Paúl, C. (2017). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Sociologia: Revista Da Faculdade De Letras.

Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecimento em Portugal (Psicologia, saúde, prestação de cuidados)*. Climepsi Editores.

Pereira, F. (2014). Saúde, fatores sociais e suporte social dos idosos. In *Os Muito Idosos: Estudo do Envelhecimento em Coimbra. Perfis Funcionais e Intervenção*. (pp.47-67). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pordata. (2018). *Indicadores de envelhecimento: Índice de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento> -

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2017). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.

Rosa, J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Saraceno, C. (1997). *Sociologia da família*. Editorial Estampa.

Segurança Social, atualizado em: 7/04/2016- *Idosos- Conteúdo Final*.

<http://www4.seg-social.pt/idosos>

Segurança Social. (2016). *Idosos - Conteúdo Final* (Atualizado em 7 de abril de 2016).

<http://www4.seg-social.pt/idosos>

Serviço Nacional de Saúde - Centro Hospitalar Universitário do Algarve. (n.d.). *CHUA Algarve*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>

Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS*. <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude/>

Stefanacci, R. G. (2022). Considerações gerais sobre o envelhecimento. *Manual MSD, versão saúde para a família*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/quest%C3%B5es-sobre-a-sa%C3%BAde-de-pessoas-idosas/o-envelhecimento-corporal/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-o-envelhecimento>

Torres, A. (2001). *Sociologia do casamento, a família e a questão feminina*. Celta Editora.

Veras, K. (2016). *As diversas faces do abandono de idosos: um levantamento bibliográfico*. Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Brasília.

Veras, R. (2012). Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (10) <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000003>

Wall, K. (2003). Famílias monoparentais. *Revista de Sociologia: Problemas e Práticas*, 43, (43-56).

Wall, K., & Lobo, C. (1999). Famílias monoparentais em Portugal. *Análise Social*, 150, (123-145).

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Bookman.

APÊNDICES

APÊNDICE I - GUIÃO DE ENTREVISTA AOS IDOSOS

Guião de Entrevista- Utentes (idosos) internados no Hospital de Faro.

Entrevistadora: Maria Jerónimo

Entrevistados: Utentes internados (Idosos)

Com os dados recolhidos através desta entrevista, pretendemos compreender se existe situações de abandono de idosos que se encontram internados no hospital de Faro.

Bloco	Objetivos	Questões
1-Apresentação	-Breve apresentação e esclarecimentos necessários ao entrevistado; - Perfil socioeconómico do entrevistado. - Patologia principal e tempo de internamento.	1-Tem alguma dúvida sobre o estudo, que queira esclarecer? 2-Estado civil, idade, profissão (anterior à reforma) 3- Qual a causa do seu internamento? 3.1- Há quanto tempo está internado?
2-Utentes internados/ idosos/ habitação	- Conhecer a situação habitacional; -Compreender se habita só, com familiares ou está institucionalizado.	1-Com quem mora? (Caso o idoso estar numa instituição) Com quem morava antes? 2- Antes do internamento, no hospital com quem passava o dia?
3- Redes de apoio e familiares dos idosos	-Compreender as relações familiares; - Compreender as redes sociais de apoio;	1- Para si o que significa a família? 2-Como contacta os seus familiares? 2.1- Tem algum familiar em quem confia mais? 3- Quando necessita de alguma coisa a quem recorre? (família, amigos ou outro?)

4- Laços em tempo de internamento	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar quem visita o idoso; - Com que frequência recebe visitas; - Identificar possíveis fragilidades/coesão familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Quem o costuma visitar? 2- Com que frequência recebe visitas? 3- Há alguém que gostava que o visitasse? (Se sim, quem?)
5- Desejos a realizar	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar vontades e desejos a realizar; - Compreender quem o idoso deseja estar/ver; 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Quando tiver alta, há alguma coisa que gostaria de fazer? 2- Gostaria de ver ou ir visitar alguém?
7- Questão Final	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar eventuais necessidades do idoso 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Durante o tempo de internamento, o que sente mais falta?

APÊNDICE II - GUIÃO DE ENTREVISTA A ASSISTENTE SOCIAL

Guião de Entrevista – Assistentes sociais do hospital de Faro.

Entrevistadora: Maria Jerónimo

Entrevistados: Assistentes Sociais

Objetivo geral: Através desta entrevista, pretendemos compreender quais as perceções dos assistentes sociais em relação às redes sociais de apoio e familiares dos idosos, e quais as maiores necessidades demonstradas pelos utentes.

Bloco	Objetivos	Questões
1-Apresentação/ legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer os objetivos da entrevista; - Garantir a confidencialidade dos dados. 	<ul style="list-style-type: none"> (- A entrevista destina se a recolher dados no âmbito da dissertação de mestrado. - Os dados recolhidos são confidenciais e serão destruídos quando terminar o estudo)
2-Caraterização dos profissionais (assistentes sociais)	<ul style="list-style-type: none"> - Género, idade; - Formação superior; - O tempo de serviço/ experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode indicar a sua idade? - Qual a sua formação académica? - Qual a sua formação profissional? - Há quanto tempo trabalha na função que desempenha atualmente? Trabalhou em outros locais antes deste? Quais?

<p>3- Percepção sobre os idosos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar algumas fragilidades individuais; - Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as necessidades dos idosos; - Identificar as dificuldades mais sentidas pelos idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Qual foi a maior dificuldade que encontrou ao lidar com os idosos? - Quais as maiores necessidades que identifica nos idosos? - Qual são as patologias mais frequentes dos idosos neste serviço?
<p>4- Percepção sobre as relações familiares e redes de apoio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar diferentes relações familiares; - O papel da família; - Verificar a existência de redes sociais de apoio; 	<ul style="list-style-type: none"> - De um modo geral considera existir coesão familiar entre os idosos e as suas famílias? - Os idosos recebem outras visitas para além dos familiares? - Quem visita os idosos com mais frequência? Em que serviços isso acontece?

<p>5- Respostas existentes</p>	<p>- Identificar tipos de problemáticas sociais são tratadas por este serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quais os tipos de problemáticas mais frequentes tratadas neste serviço? - Em seu entender quais são os fatores do abandono de doentes idosos nos hospitais? - Que encaminhamento podem fazer os técnicos de serviço social destes casos de abandono? - Têm sempre sucesso em termos de encontrar a solução para esse necessário encaminhamento?
--------------------------------	--	--

APÊNDICE III - Declaração de Consentimento Informado aos Inquiridos

Universidade do Algarve
Escola Superior de Educação e Comunicação

Formulário de Consentimento Informado Investigação no Âmbito do Mestrado em
Educação Social

O trabalho de investigação, com o título “**Causas do abandono de idosos pelos seus familiares em contexto hospitalar- um olhar desde a educação social**”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Educação Social e tem como objetivo compreender aspetos da importância do papel dos familiares e redes sociais de apoio aos idosos que se encontram em situação de internamento no hospital de Faro.

Pretendemos clarificar e contribuir para o conhecimento deste tema, sendo necessário incluir neste estudo a participação dos idosos em situação de internamento, os assistentes sociais e enfermeiros do serviço em causa.

A investigação será orientada pela professora Doutora Aurízia Anica, será apresentada à Escola Superior de Educação e Comunicação, da Universidade do Algarve. Relativamente aos resultados obtidos no estudo poderão ser consultados pelos interessados e envolvidos no estudo, através de contato com a autora.

Garantimos que este estudo não lhe causará nenhum risco ou despesa. Os dados recolhidos serão efetuados através de questionário ou entrevista estruturada, que poderão ser gravados para permitir à investigadora tratar melhor os dados.

Todas as informações são confidenciais e não serão reveladas a terceiros. Apenas servirão para o estudo em causa.

A sua participação neste estudo é voluntária, mas fundamental. Poderá retirar-se em qualquer altura, ou recusar participar se assim o entender.

Orientadora: Professora Doutora Aurízia Anica; aanica@ualg.pt
Investigadora: Maria Jerónimo; nº aluno 40195; maria.ml@sapo.pt

Declaração de Consentimento Informado

Eu, _____ tomei conhecimento do estudo em que serei incluído (a) e compreendi a explicação que me foi fornecida a cerca do mesmo.

Declaro ter conhecimento que a participação é voluntária, com a possibilidade de me retirar da investigação a qualquer momento e sem qualquer tipo de prejuízo.

Concordo participar de livre vontade e responder ao questionário ou à entrevista estruturada proposta pela investigadora.

_____, _____ de 202__

Assinatura do Participante

Obrigada pela sua participação!

Quadros

Quadro 1- Índice de Envelhecimento em Portugal em 2023

Quadro 1- Índice de Envelhecimento em Portugal em 2023

Quadro 1

Índice de Envelhecimento em Portugal no ano de 2023

Índice de envelhecimento (N.º) por Local de Residência				
	Portugal	Continente	Região Autónoma dos Açores	Região Autónoma da Madeira
2023	188.1	190.2	122.3	171.5

Nota. retirado do INE; Estimativas anuais por população residente

Quadro 2- Óbitos e taxas brutas de mortalidade em Portugal, por causas de morte e sexo em 2022

Quadro 2- Óbitos e taxas brutas de mortalidade por algumas causas de morte e sexo em 2022

Quadro 2

Óbitos e taxas brutas de mortalidade por algumas causas de morte e sexo em 2022

	Óbitos (N)			Taxas bruta de mortalidade (por 100 mil habitantes)		
	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher
Total	124 942	62 136	62 805	--	--	--
Portugal	124 361	61 739	62 621	1 190.5	1 238.4	1 146.8
Doenças do aparelho circulatório						
Total	33 190	14 793	18 397	--	--	--
Portugal	32 996	14 646	18 350	315.9	293.8	336.0
Doenças cerebrovasculares						
Total	9 656	4 172	5 484	--	--	--
Portugal	9 616	4 145	5 471	92.1	83.1	100.2
Doença isquémica do coração						
Total	6 926	4 119	2 807	--	--	--
Portugal	6 826	4 036	2 790	65.3	81.0	51.1
Enfarte agudo do coração						
Total	3 975	2 432	1 543	--	--	--
Portugal	3 908	2 380	1 528	37.4	47.7	28.0
Tumores malignos						
Total	27 933	16 391	11 542	--	--	--
Portugal	27 836	16 335	11 501	266.5	327.6	210.6
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão						
Total	4 426	3 225	1 201	--	--	--
Portugal	4 410	3 214	1 196	42.2	64.5	21.9
Tumor maligno do cólon, reto e ânus						
Total	3 609	2 061	1 548	--	--	--
Portugal	3 597	2 055	1 542	34.4	41.2	28.2
Doenças do aparelho respiratório						
Total	12 150	6 275	5 875	--	--	--
Portugal	12 114	6 253	5 861	116.0	125.4	107.3

Pneumonia						
Total	4 508	2 356	2 152	--	--	--
Portugal	4 488	2 343	2 145	43.0	47.0	39.3
Doença COVID-19						
Total	7 797	4 087	3 710	--	--	--
Portugal	7 769	4 068	3 701	74.4	81.6	67.8

Fonte: INE. Óbitos por causas de morte.

Quadro 3- Principais Características da Amostra

Quadro 3- Principais Características da Amostra

Quadro 3

Principais características da amostra

Código	Idade	Sexo	Estado civil	Nº Filhos	Patologias	Com quem reside
1E	82	M	Casado	0	Demência	Esposa
2D	82	M	Casado	2	Demência	Filho
3G	86	F	Casado	0	Cancro (pulmão)	Marido
4A	70	M	Viúvo	1	Cancro (pulmão)	Sozinho
5A	63	M	Divorciado	0	Pneumonia	Sozinho
6M	84	F	Viúva	1	Cancro	Filho
7J	76	M	Casado	0	Cancro	Esposa
8C	69	M	Divorciado	2	Cancro	Sozinho
9S	85	M	Viúvo	1	Cancro	Sozinho
10S	80	F	Viúva	1 (falecido)	Cancro	Sozinho
11V	69	M	Casado	2	Cancro	Esposa

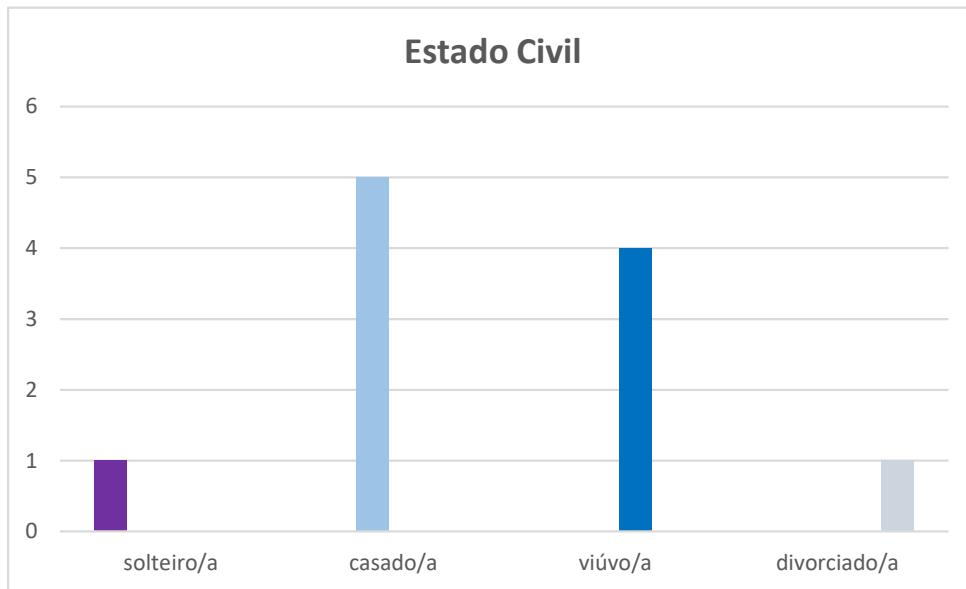
Nota. M = Masculino; F = Feminino;

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1- Estado Civil dos Entrevistados

Gráfico 1- Estado Civil dos Entrevistados

Gráficos 1



Anexos

Hospitalar Universitário do
Algarve

FOLHA DE ROSTO ⁱ - UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

Título CAUSAS DO ABANDONO dos idosos pelos familiares, em Contexto Hospitalar
Um olhar desde a educação social.

Classificação

Trabalho Académico de Investigação Conferidor de Grau Licenciatura

Set/Out. 2020
Set. 2021

Estudo de Mestrado
Investigação Doutoramento
Ensaio Medicamentos Dispositivos
Clínico

Versão Novo
 Alteração

Calendário Início

Fim

INVESTIGADORES

Investigador Principal

Investigador Responsável CHUA

Outros Investigadores

Serviços de Proveniência

ALUNOS e ORIENTADORES

Aluno	MARIA JERONIMO
Orientador (Universidade)	AURIZIA ANICA
Orientador (CHUA)	

PROMOTOR

--	--

INSTITUIÇOES e SERVIÇOS ONDE DECORRE O ESTUDO

Unidades/Serviços do CHUA	
Outros Serviços/Instituições	

Centro de Formação, Investigação e Conhecimento — Centro Hospitalar Universitário do
Algarve



CARACTERÍSTICAS do ESTUDO

Natureza do Estudo	<input type="checkbox"/>	Clínico	<input type="checkbox"/>	Alvo do Estudo	<input type="checkbox"/>	Animais
	<input checked="" type="checkbox"/>	Epidemiológico	<input type="checkbox"/>	Humanos		
	<input type="checkbox"/>	Revisão				
	<input type="checkbox"/>	Literatura				
	<input type="checkbox"/>	Revisão Casuística				
		Terapêutico				
		Laboratorial				
Desenho do Estudo	<input type="checkbox"/>	Observacional		<input type="checkbox"/>		Retrospectivo
	<input type="checkbox"/>	Experimental		<input type="checkbox"/>		Prospectivo
Países/Instituições	<input type="checkbox"/>	Multinacional		<input type="checkbox"/>		Nacional
		Multicêntrico				Institucional
Participantes	<input type="checkbox"/>	Grupo		<input type="checkbox"/>		Seleção
	<input type="checkbox"/>	Controlo		<input type="checkbox"/>		Aleatória
				<input type="checkbox"/>		Seleção Não Aleatória
Est. Experimentais	<input type="checkbox"/>	Aberto		<input checked="" type="checkbox"/>		Fase 2
		Cego		<input type="checkbox"/>		Fase 3
		Duplamente Cego		<input type="checkbox"/>		Fase 4

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES PARA ANÁLISE DO ESTUDO

Consentimento informado	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Participação de Grupos Vulneráveis	<input type="checkbox"/>	Crianças		<input type="checkbox"/>
		Grávidas		
		Outros		

Realização de inquéritos
Realização de entrevistas

Realização de exames/análises No CHUA

Realização de estudos genéticos

Recolha de dados

Clínicos

Laboratoriais

Outros

Criação de base de dados

Anonimizados

Saída para outras instituições

Dados

Produtos
biológicos

Colheita de produtos biológicos

No CHUA

Anonimizados

Armazenamento produtos biológicos

No CHUA

Criação de bancos de produtos biológicos

No CHUA

No ABC

Centro de Formação, Investigação e Conhecimento — Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Anexo 3

Modelo 2: Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente do Conselho de
Administração do Centro
Hospitalar Universitário do
Algarve, E.P.E.

Assunto: Estudo de Investigação Causas do abandono dos idosos pelos seus familiares em contexto hospitalar- um olhar desde a educação social (título)

Maria de Lurdes Madeira da Luz Jerónimo (nome completo), na qualidade de Investigador Principal / Investigador Responsável / Aluno (sublinhar o que interessa), vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para realizar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data __/__/____

Assinatura _____

Declaração de Conformidade

Relativa ao estudo

“Causas do abandono de idosos pelos seus familiares em contexto hospitalar- um olhar desde a educação social”

Vimos por este meio assegurar que, em todas as etapas do desenvolvimento do estudo suprarreferido, se respeitam os princípios e valores do Código de Ética da Universidade do Algarve, nomeadamente o progresso e valorização do conhecimento, a qualidade da investigação e a verdade científica, respeitando os valores da honestidade intelectual, da autenticidade, da objetividade, do respeito pela propriedade intelectual e do rigor metodológico e experimental.

Faro, 27 / 05 /2021

A Investigadora responsável pelo projeto

Maria Jerónimo

