

Ano VI – Volume V. Número 1, 2012/13



Revista Transdisciplinar de  
**GERONTOLOGIA**

Universidade Sênior Contemporânea

**Volume V. Número 1**

# \_ÍNDICE

Editorial	1
-----------	---

Instruções para autores	2
-------------------------	---

## Estudos teóricos/ensaaios

Envelhecimento Pro-Ativo: Papel Do Enfermeiro Comunitário	4
---	---

*Ana Souto, Clara Ramos, Cláudia Pereira, Vera Azevedo, Assunção Nogueira e Clarisse Magalhães*

Envejecimiento Activo - Cuidado Y Autocuidado Del Adulto Mayor En Respuesta A La Problemática Social Del Envejecimiento. Nuestra Experiencia.	10
---	----

*Héctor Ganso, Graciela Scarimbolo e Silvia Berezin*

Motivos De Institucionalização Em Lar E Satisfação Com A Vida Em Idosos Da Cova Da Beira	17
--	----

*Paula Suzana da Silva Correia*

Para Compreender A Violência Contra As Pessoas Idosas - Problematização Das Categorias E Indicadores De Risco	44
---	----

*Maria Irene Lopes B. de Carvalho*

Temas Gerontológicos En La Formación De Los Trabajadores Sociales En La Universidad Nacional De La Plata (Argentina)	52
--	----

*Paula Danel, Verónica Cimatti, Analía Criado e Cecilia Molina*

A Promoção Da Saúde Em Idosos Com Apoio Social	63
--	----

*Marta Gracinda Tavares Reis e Assunção das Dores Laranjeira de Almeida*

Percursos De Envelhecimento: O Contexto De Um Núcleo De Estudos Da Terceira Idade No Sul Do Brasil	85
--	----

*Elaine Lima da Silva, Betânia de O. Laterza Ribeiro, Elizabeth Farias da Silva*

A Carta De Alta Num Internamento Psicogeriátrico	95
--	----

*Margarida Sotto Mayor e Manuela Leite*

## Artigos de Opinião

El Humbral	105
------------	-----

*Norma Sosa Vidarte*

## Reflexões

Como envelhecer Sem Dor	106
-------------------------	-----

*José Augusto Rodrigues dos Santos e Tânia Patrícia Amorim*

## FICHA TÉCNICA

REVISTA TRANSDISCIPLINAR DE GERONTOLOGIA  
ANO VI, VOLUME V. NÚMERO 1  
DEZEMBRO/JUNHO 2012/2013

EDIÇÃO  
Universidade Sénior  
Contemporânea

DIREÇÃO  
Artur Santos  
Marta Loureiro  
Vitor Fragoso

CONSELHO EDITORIAL/  
CIENTÍFICO  
**Ângela Escada**  
(Psicóloga Clínica)  
**Artur Santos**  
(Director da USC)  
**Irene Arcuri**  
(Psicologia C. / PUC/SP - BR)  
**Isabel Almeida**  
(Enfermeira - UCSP Foz do Douro)  
**Jadir Lessa**  
(Psicólogo/SAEP - BR);  
**Liliana Vasconcelos**  
(Psicóloga Clínica – IPNP)  
**Marília Alves**  
(Enfermeira)  
**Marta Loureiro**  
(Directora da USC)  
**Olga Pousa**  
(Enfermeira - UCSP Foz do Douro)  
Raquel Cruz  
(Psicóloga Clínica - IPNP)  
**Ruth Sampaio**  
(Psicóloga / ESE – Porto)  
**Valéria Gomes**  
(Psicóloga / ISMAI / IPNP)  
**Virginia Grünewald**  
(Psicóloga, UFSC / NETI - BR)  
**Vitor Fragoso**  
(Psicólogo, IPNP/USC)

PROPRIEDADE  
Universidade Sénior  
Contemporânea  
©Todos os direitos reservados  
ISSN: 1647-8703

CONTACTOS  
Web: [www.rtgerontologia.webnode.pt](http://www.rtgerontologia.webnode.pt)  
E-mail: [rtg.usc@gmail.com](mailto:rtg.usc@gmail.com)

## EDITORIAL.

Durante este ano celebramos o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações”. Por todo o Portugal e restante Europa realizaram-se conferências, colóquios, encontros e demais atividades culturais alusivas ao tema. Enaltecemos este tipo de iniciativas; desta forma, toda a população foi sensibilizada para a “problemática” do envelhecimento. Aqui usamos a expressão problemática pelo desafio, e não por ser um problema em si, contrariamente ao que muitas vezes é transmitido.

O “Ano Europeu” foi um excelente meio de sensibilizar técnicos e população. Os próprios média estiveram atentos, e divulgou em massa esta iniciativa. No entanto, é necessário notar, não descurando a intenção e empenho sincero de muitas instituições e organizações, que este tipo de iniciativas muitas vezes reveste-se de um cariz ideológico subjacente, que não corresponde à realidade; ou seja, existe uma grande distância entre o discurso e prática.

O desafio que a promoção do envelhecimento ativo coloca é essencialmente um desafio ético de educação para o cuidado, e estímulo a uma verdadeira solidariedade entre gerações, pois esta realidade - o crescente envelhecimento populacional - implica uma maior justiça social e económica, para que se concretize efetivamente o desígnio de um envelhecimento digno, saudável e efetivamente participativo.

Promover o envelhecimento ativo é uma tarefa de todos, um imenso desafio, pois, se não se tomarem medidas que garantam a otimização das oportunidades de saúde, as possibilidades de participação, de segurança, de justiça social e económica de forma a aumentar a qualidade de vida e o bem-estar social dos seniores, este desafio passará a problema. Há que “prever para prover”, pois as crianças de hoje serão os adultos do amanhã e os idosos do futuro.

Este ano representou o despertar generalizado para uma realidade que está efetivamente presente na vida da maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento que, como defendemos, mais do que “discurso”, exige compromisso e ação. Perante este cenário, as medidas adotadas ou omissas na atualidade terão fortes implicações num futuro próximo. Aqui recordamo-nos de Hans Jonas, filósofo alemão, que nos alerta para o seguinte desígnio ético: *“age de tal modo que os efeitos da tua ação sejam compatíveis com a permanência duma vida humana autêntica na Terra”*.

Por ser um desígnio de todos, e porque a Revista Transdisciplinar de Gerontologia está cada vez mais determinada neste compromisso, este número reflete um maior envolvimento e participação dos países latino-americanos, nomeadamente, Argentina e Brasil. Bem hajam.

**A Direção,**

*Vítor Fragoso, Artur Santos e Marta Loureiro*



## \_INSTRUÇÃO PARA OS AUTORES

### I - INFORMAÇÕES GERAIS

#### Directrizes

A Revista Transdisciplinar de Gerontologia da USC propõe-se publicar artigos que se refiram ao desenvolvimento humano, especificamente ao Envelhecimento/Terceira-idade, estes devem centrar-se na pesquisa, nas práticas profissionais e devem espelhar uma reflexão crítica da produção transdisciplinar do conhecimento sobre o envelhecimento humano.

### II - ORIENTAÇÕES EDITORIAIS

Os artigos serão submetidos a exame pela Comissão Editorial, que poderá fazer uso de consultores "ad hoc", a seu critério, omitida a identidade dos autores. Estes serão notificados da aceitação ou não dos artigos. Caso sejam necessárias pequenas modificações no texto será solicitado pela Comissão Editorial aos respectivos autores a sua alteração.

O editor reserva-se o direito de efectuar alterações ecebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando os conteúdos e o estilo do autor. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos.

### III - APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os artigos devem ser enviados à Revista Transdisciplinar de Gerontologia por e-mail: [rtg.usc@gmail.com](mailto:rtg.usc@gmail.com). Deve ser enviado resumo, em Português ou Espanhol contendo até 100 palavras, além de três ou quatro palavras-chave com respectivas "key words". Deve conter o título do trabalho, nome completo do autor, biografia (profissional) e seu respectivo endereço (e-mail). O texto proposto deverá ser enviado em formato Word letra Arial, tamanho 10. O autor pode enviar material de ilustração como sugestão, este deve ser entregue em arquivos separados do texto, no programa em que foram criados (Excel, CorelDraw, PhotoShop etc.).

As contribuições dos autores poderão ser redigidas em duas línguas, **português e/ou espanhol**.

**As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).**

### IV - TIPOS DE TEXTO

1. **Estudos teóricos/ensaios:** análises de temas e questões fundamentadas teoricamente;
2. **Relatos de pesquisa:** investigações baseadas em dados empíricos, recorrendo a metodologia quantitativa e/ou qualitativa. Neste caso, é necessário conter introdução, metodologia, resultados e discussão;
3. **Relatos de experiência:** relatos de experiência profissional de interesse para as diferentes práticas transdisciplinares;
4. **Comunicações:** relatos breves de pesquisas ou trabalhos apresentados em reuniões científicas/eventos culturais;
5. **Ressonâncias:** comentários complementares e réplicas a textos publicados em números anteriores da revista;
6. **Artigos de Opinião:** reflexões sobre temas relacionados com a gerontologia (de interesse geral) e suas políticas de actuação;
7. **Trabalhos Monográficos:** análises de temas e questões fundamentadas teoricamente em forma de artigo com base em trabalhos universitários (monografias de curso, entre outros);
8. **Reflexões:** temas gerais relacionados com o existir humano;





9. Temas de Educação para a Saúde: temas/assuntos gerais relacionados com foco na educação e promoção da saúde.

## V - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências no texto a outras devem ser indicadas dos seguintes modos: Robinson (1978); (Guilly & Piolat, 1986); (Bronckart, Papandropoulou & Kicher, 1976) ou (Bronckart et al., 1976).

*No final do artigo devem ser listadas alfabeticamente as referências bibliográficas (apenas as obras referidas no texto), obedecendo aos seguintes modelos:*

**Capítulo de um livro:** Bronckart, J.-P., Papandropoulou, J., & Kilcher, H (1976). Les Conduites Sémiotiques. In M. Richelle, & R. Droz (Eds.), Introduction à la Psychologie (pp. 286-302). Bruxelles: Dessart.

**Artigo de revista científica:** Gilly, M., & Piolat, M. (1986). Psicologia da Educação, Estudo da Mudança na Interação Educativa. Análise Psicológica, 11 (1), 13-24.

**Livros:** Carneiro, T. (1983). Família: Diagnóstico e terapia. Rio de Janeiro: Zahar.

**Tese de dissertação:** McCloy, R. A. (1990). A New Model of Job Performance: An Integration of Measurement, Prediction, and Theory. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

**Relatório Técnico:** Birney, A. J., & Hall, M. M. (1981). Early identification of children with written language disabilities (relatório Nº 81 - 1502). Washington, DC: National Educational Association.

**Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado:** Haidt, J., Dias, M. G., & Koller, S. (1991). Disgust, disrespect and culture: Moral judgement of victimless violation in the USA and Brazil. Trabalho apresentado no Annual Meeting of the Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

## Estudos Teóricos / Ensaaios

### ENVELHECIMENTO PRO-ATIVO: PAPEL DO ENFERMEIRO COMUNITÁRIO

Ana Souto<sup>1</sup>, Clara Ramos<sup>2</sup>, Cláudia Pereira<sup>3</sup>, Vera Azevedo<sup>4</sup>, Assunção Nogueira<sup>5</sup> e Clarisse Magalhães<sup>6</sup>

#### \_ Resumo

O envelhecimento é um processo biológico com início na concepção, constituído pelas transformações bio – psico – sociais que alteram o equilíbrio homeostático em que cada indivíduo se adapta com maior ou menor facilidade.

As alterações demográficas do último século refletem um envelhecimento global da população, tendo colocado novos desafios aos governos, famílias e sociedade. Este ano celebra-se o ano Europeu do envelhecimento ativo e, neste sentido, com este artigo, pretendemos refletir na importância de intervenção do Enfermeiro Comunitário na promoção de um envelhecimento ativo.

Pensamos que o envelhecimento da Pessoa deverá ser um processo de carácter ativo e saudável, com a manutenção do equilíbrio do indivíduo ao longo da evolução da sua idade cronológica onde o Enfermeiro Comunitário tem um papel de elevada importância na produtividade e qualidade de vida dos indivíduos.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento, Envelhecimento pro-ativo.

### PRO-ACTIVE AGING: PAPEL DE LA ENFERMERA DE LA COMUNIDAD

#### \_ Resumen

*La vejez es un proceso biológico que tiene su inicio en el momento de la concepción y es constituido por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que alteran el equilibrio homeostático en el que cada individuo se adapta con mayor o menor facilidad.*

*Los cambios demográficos del siglo pasado reflejan un envejecimiento de la población mundial, ha puesto a los nuevos desafíos para los gobiernos, las familias y la sociedad. Este año es el Año Europeo del envejecimiento activo y en este sentido, con este artículo se reflexiona sobre la importancia de la intervención de la enfermera comunitaria en la promoción del envejecimiento activo.*

*Creemos que la persona que envejece debe ser un proceso de carácter activo y saludable, con el mantenimiento del equilibrio de la persona durante la evolución de su edad cronológica, donde la enfermera de la Comunidad tiene un papel muy importante en la productividad y la calidad de vida de las personas.*

**Palabras clave:** envejecimiento, el envejecimiento pro-activa.

<sup>1</sup> Enfermeira no ACES Marão Douro I – Marão Douro Norte - Unidade de Saúde Familiar Fénix

<sup>2</sup> Enfermeira no ACES Marão Douro I – Marão Douro Norte - Unidade de Saúde Familiar Fénix

<sup>3</sup> Enfermeira no ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul, Unidade de Saúde Familiar de Baltar

<sup>4</sup> Enfermeira s/emprego

<sup>5</sup> Professora na ESSVS, IPSN-CESPU (assuncao.nogueira@ipsn.cespu.pt)

<sup>6</sup> Professora na ESSVS, IPSN-CESPU (clarisse.magalhes@ipsn.cespu.pt)

## **\_INTRODUÇÃO.**

O envelhecimento é um fenómeno biológico partilhado por todos os seres vivos. *“O envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam”* (Robert, 1995,p.7).

Durante o envelhecimento, surgem imensas alterações bio-psíquicas, para as quais o indivíduo se vai adaptando com maior ou menor facilidade. Com a velhice aparecem algumas deficiências; surge uma maior fragilidade para a doença; diminui a atividade física e mental, dando origem as dificuldades de adaptação e a diminuição da capacidade de resposta às solicitações criadas ao nível bio-psico-social.

A maneira como o indivíduo é afetado pelo seu próprio envelhecimento é determinada por todo o seu passado. Isto é, não se pode encarar o envelhecimento separadamente da forma como o indivíduo viveu a sua vida, de como ele se situa perante a vida que vive e o que espera da vida que lhe resta.

Segundo Watson (1985), citado por Moniz (2003, p.44) *“A pessoa é um ser no mundo, que tem uma história de vida, uma família e amigos e que vive experiências que marcam a sua individualidade”*.

O Enfermeiro Especialista em Comunitária elaborando diagnósticos de saúde de uma comunidade (identificando os determinantes dos problemas e as necessidades em saúde de grupos ou comunidades, entre outros) pode ajudar/orientar o indivíduo/família/comunidade a reestabelecer o seu equilíbrio, este alterado com o seu processo de envelhecimento, para conseguir manter ou obter melhor saúde.

As investigações relativas ao fenómeno “envelhecimento humano” assumem actualmente uma grande pertinência, devido ao aumento da população da chamada terceira idade em todo o mundo. Este aumento *“deve-se à diminuição da natalidade, juntamente com o aumento da expectativa de vida. O percentual de indivíduos com mais de 65 anos é superior a 10 a 15%. No entanto, o mais característico é o aumento dos indivíduos com idade superior a 80 anos (envelhecimento do envelhecimento), grandes candidatos a sofrerem de doenças e incapacidades”*. (Ruipérez, et tal, 1998,p. 2).

As estatísticas mostram-nos, que nos últimos 40 anos verificou-se mais que uma duplicação da população idosa. Esta é notória quer pela base da pirâmide etária com diminuição da população jovem (0-14 anos), quer pelo topo com aumento da população idosa (65 e mais anos). Prevê-se que entre o ano de 2010 e 2015 a percentagem da população com 65 e mais anos, ultrapasse a dos jovens com menos de 15 anos. Por volta de 2020 as pessoas com mais de 65 anos representarão 18,1% da população portuguesa. Nos próximos 50 anos, o país poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem.

Inserido no ano Europeu do envelhecimento ativo propusemo-nos refletir no papel do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na promoção de um envelhecimento ativo. Para tal recorremos a pesquisa no sentido de uma melhor fundamentação.

## **\_ ENVELHECIMENTO PRO-ATIVO.**

Refletindo neste aumento verificado da longevidade humana (esperança média de vida), as “Metas de Saúde para Todos” apelam a que o aumento dos anos de vida caminhe juntamente com uma melhor qualidade de vida. É neste âmbito que surge o conceito, cada vez mais discutido, de envelhecimento saudável, ou seja, preconiza-se que o envelhecimento deverá ser um processo de carácter ativo e positivo, com manutenção do equilíbrio do indivíduo ao longo da evolução da sua idade cronológica. Isto implica a adoção de estilos de vida saudáveis, ao longo da vida, com vista ao aumento da esperança de vida, da produtividade e da qualidade de vida na velhice.

Neste contexto, podemos denominar este processo como envelhecimento pro-ativo, uma vez que se pretende que o indivíduo se mantenha o mais autónomo, independente e participativo nesta etapa do ciclo vital.

A OMS preconiza que o envelhecimento seja um processo ativo e uma experiência positiva, de otimização das oportunidades que proporcionam saúde, participação e segurança e bem-estar físico, mental e social, ao longo da vida.

Envelhecer pro-ativo representa um dos grandes objetivos das populações que aspiram a uma sobrevivência saudável. No entanto, existem fatores que podem condicionar a saúde e o envelhecimento ativo, nomeadamente a capacidade de adaptação do indivíduo às perdas, a preservação dos estilos de vida saudáveis ao longo da vida, a manutenção da integridade física com autonomia e independência, o funcionamento e atitude mental positiva, a exposição a desafios, a estimulação cognitiva, a personalidade, o relacionamento sócio-familiar e a saúde (Bicudo, 2009).

## **\_ POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS.**

Desde 1978, com a realização da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, organizada pela OMS e UNICEF, em Alma-Ata, reafirmou-se o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Daqui resultou o consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos era essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social, e condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial.

Em 1986, a Carta de Ottawa elaborada na Conferência do Canadá, veio reforçar a importância da promoção de saúde e aponta principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população caracterizando-se como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo desse processo.

Em 1988, a Segunda Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, na Austrália, deu continuidade às orientações estabelecidas em Alma-Ata e em Ottawa, realçando a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, que no fundo, constituíam a base para a promoção da saúde, destacando a responsabilidade das decisões políticas, especialmente as de carácter económico para a saúde.

Em 1998, a Assembleia Mundial da Saúde adotou uma Declaração, formulando a estratégia de Saúde para Todos no Século XXI e a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais.

Nesse sentido, a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, passando a fazer parte da agenda dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores que não estão diretamente ligados à saúde, alertando-os para uma mudança de orientação, para uma política de promoção de saúde, baseada na ênfase do envolvimento das pessoas e à cooperação entre os setores, assim como, para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde.

Também os Estados Membros da União Europeia (UE) fazem desta temática do envelhecimento uma das suas maiores preocupações, alertando que cada Estado deve desenvolver políticas adaptadas às suas circunstâncias voltadas para a educação e cuidados com a pessoa idosa. Nesse sentido, surgiu em 23 de Outubro de 2001, o Livro Branco, intitulado «Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)». O Livro Branco define estratégia comunitária em matéria de saúde, a aplicar até 2013 para fazer face a problemas cada vez maiores de saúde da população, tais como o envelhecimento, que tem alterado significativamente os padrões das patologias, as alterações demográficas e as doenças associadas a estilos de vida pouco saudáveis. Esta estratégia visa reforçar a cooperação comunitária nos domínios em que os Estados-Membros não podem agir sozinhos; reduzir as desigualdades na saúde; assegurar uma maior compreensão da saúde a nível europeu e

global, atribuindo mais importância à saúde no conjunto das políticas, dando prioridade à promoção da saúde e à melhoria da informação sobre a saúde.

Desse modo, um dos objetivos do Livro Branco é promover a saúde numa Europa em envelhecimento. Tem-se observado, na Europa, que a taxa de natalidade é cada vez mais baixa e os cidadãos vivem uma vida mais longa. O envelhecimento da população implica decerto uma maior procura de cuidados de saúde e consequentemente maior despesa. No entanto, este aumento pode reduzir-se para metade se a população se mantiver com saúde enquanto for envelhecendo. Assim, a UE deve apoiar medidas apropriadas para melhorar a saúde dos idosos e das pessoas ativas, a fim de ajudar a população a ser mais produtiva e a envelhecer com saúde. Deve ainda tomar-se medidas, por exemplo, sobre o tabaco, a nutrição, o álcool e a saúde mental e elaborar-se novas diretrizes sobre o rastreio do cancro.

Em Portugal surge o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), (DGS,2004), que visa a manutenção de autonomia, independência, qualidade de vida do idoso e recuperação global das pessoas idosas no sentido de obter ganhos de saúde, nomeadamente anos de vida, com independência. Este reflete a preocupação de “desmontar” os estereótipos negativos ligados ao envelhecimento, assim como a mudança e mentalidade e atitudes da população.

O PNSPI assenta em três grandes estratégias de intervenção: promover o envelhecimento ativo e saudável ao longo da vida, adequar os cuidados adequados às novas necessidades da população idosa e promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores.

O princípio básico do programa é informar sobre o envelhecimento ativo e sobre as situações mais frequentes suscetíveis de influenciar a autonomia e independência das pessoas idosas; orientar todos os profissionais, da área da saúde, e todos os intervenientes, para a promoção de ambientes capacitadores da autonomia e independência, tendo em conta o impacto destas estratégias nos princípios determinantes do envelhecimento ativo de cada cidadão. (DGS,2004). Tem como finalidade dar ênfase à necessidade de mudança de comportamentos individuais para estilos de vida mais saudáveis, como por exemplo, a dieta mais equilibrada, a prática de exercício físico, o controlo do peso corporal, a redução do consumo do tabaco e do álcool, etc., permitindo melhorar a informação e os conhecimentos com vista ao desenvolvimento da saúde pública, aumentar a segurança na saúde, assim como, promover a saúde e prevenir a doença.

Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde e projetos de intervenção.

## **\_ O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM COMUNITÁRIA.**

Who citado por Farinatti (2008) salienta como aspeto multifatorial da promoção da saúde, a necessidade de desmedicalizar a comunidade e a importância da sua participação na saúde. O mesmo autor referido por Farinatti (2008, p.41) considera ainda a Promoção da Saúde como *“um processo de construção de autonomia que permita as pessoas [...] o controlo da sua própria vida.”*

Um aspeto fundamental da Promoção da Saúde seria então capacitar (“to empower”) as pessoas por forma a terem mais controlo sobre os aspetos da vida que afetam a sua saúde. Estes dois elementos (melhorar a saúde e ter maior controlo sobre ela) são fundamentais para os objetivos e processos da Promoção da Saúde.

Tones e Tilford (1994, p. 7), apresentam um conceito de Promoção da Saúde (PrS), através da fórmula: *“PrS = EpS X Política de saúde”*, baseando a sua conceptualização na opinião, de que um dos papéis da nova Educação para a Saúde (EpS) é capacitar as pessoas, torná-las mais conscientes acerca dos determinantes da saúde, principalmente, dos fatores ambientais e socioeconómicos, para que possam exercer pressão sobre quem define a política de saúde.

E neste âmbito Powell, Marshall, Stephens, Martil, e Heinemann (1996), referem que a promoção da saúde pretende não só informar, mas também persuadir, motivar e facilitar a acção. Pode considerar-se a educação em saúde como instrumento de promoção à saúde e estímulo ao autocuidado.

Neste contexto, o Especialista em Enfermagem Comunitária procura ao longo de todo o ciclo vital assumir a responsabilidade de ir ao encontro das necessidades da saúde da população, que está em constante envelhecimento. Centra a sua atuação nas atividades de educação em saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que fazem parte de uma determinada comunidade. Incorpora uma visão holística e contextual da pessoa/família, o que potencializa a adequação de respostas face à especificidade dos problemas encontrados. É a peça chave na geração de uma nova cultura da saúde, caracterizada pela humanização e integralização do cuidado ao ser humano, único caminho para o tão “sonhado” desenvolvimento preconizado pela Declaração de Alma-Ata há um quarto de século.

O Enfermeiro Especialista em Comunitária integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais. Tem em conta as especificidades dos utentes, grupos ou comunidade de forma a proporcionar um acolhimento mais humanizado, receptividade e aceitação das informações.

## \_ CONCLUSÃO.

O envelhecimento tende a aparecer como uma fase da vida associada a algum “negativismo”. No entanto, deve ser considerado não como um problema, mas como uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que se constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da atuação do Especialista em Enfermagem Comunitária.

O processo de envelhecimento pro-ativo pressupõe que se viva durante o maior tempo possível, mantendo as capacidades e independência, inserido no seu meio habitual. Este pressuposto aplica-se tanto a nível individual como coletivo (comunidade).

Do ponto de vista da comunidade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos, implica necessariamente a participação dos setores sociais, exigindo a sua intervenção e co-responsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e dos prestadores de cuidados, informais e formais, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Comunitária com as suas competências na área do envelhecimento pro-ativo.

Com isto, podemos concluir que o Enfermeiro Especialista em Comunitária deve possuir sempre uma visão globalizante e crítica sobre as necessidades de saúde do idoso; vendo-o sempre como um indivíduo inserido num grupo e numa comunidade, articulando-o com a equipa de saúde e com outras “entidades” da comunidade que representem uma mais-valia para um envelhecimento ativo da população.



## \_ BIBLIOGRAFIA.

Bicudo, M.J.(2009). Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade: contributos de Enfermagem [Em linha]. [Consult. em 15 Fev. 2012]. Disponível em WWW: <[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1844/2/20247\\_ulsd\\_re503\\_TD.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1844/2/20247_ulsd_re503_TD.pdf)>.

Regulamento nº 128/2011. D.R. II Série. 35 (2011-02-18) 8667-8669.

Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS.

Farinatti, P. (2008) - Promoção da saúde e envelhecimento: conceito, definições e princípios. In Paulo F. Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodologias. São Paulo: Manole. p. 39-51.

Instituto Nacional de Estatística (2002).- Estimativas da população residente [Em linha]. [Consult. Em 15 Fev. 2012]. Disponível em WWW: <[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE)>.

Moniz, J. M. (2003). A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa. Lisboa: Lusociência.

Powell, E. et al. (1996). Dimensiones de La Promoción de La Salud Aplicadas a La Actividad Física. In: Promoción De La Salud: Una Antología. Quinta Sección: Promoción De La Salud Para Grupos Específicos. Cap. 5, p. 352-364.

Robert, L. (1995). O Envelhecimento: Factos e Teorias. Lisboa: Instituto Piaget.

Ruipérez, & LLorente, P.(1998). Geriatria. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Companies.

Tones, K.; Tilford, S. (1994). Health education. Effectiveness, efficiency and equity. London: Chapman & Hall.

## ENVEJECIMIENTO ACTIVO - CUIDADO Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN RESPUESTA A LA PROBLEMÁTICA SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO. NUESTRA EXPERIENCIA.

Héctor Ganso<sup>1</sup>, Graciela Scarimbolo<sup>2</sup> e Silvia Berezin<sup>3</sup>

### \_ Resumen

Argentina con una población de 65 años y más, superior al 7% de la población total, es considerado un país envejecido. En la actualidad, el 10% de la población en Argentina tiene más de 65 años, ubicándose en el tercer país más envejecido de América Latina. Una respuesta a la problemática social que plantea el envejecimiento poblacional, más acentuada en los países en vías de desarrollo, es el logro de un Envejecimiento Activo, con la participación plena del adulto mayor, con el fin de obtener una mejor calidad de vida, lo que implica también el compromiso por parte del adulto mayor a participar activamente en el cuidado de su salud. En los Talleres para la Tercera Edad de la Universidad Nacional de Quilmes, nos proponemos, entre otros, promover el autocuidado y el aprendizaje a lo largo de la vida. Nuestro trabajo se basó en encuestas personalizadas realizadas entre los concurrentes a los distintos Talleres. Las mujeres son neta mayoría, la edad promedio es de 74 años. El 99% le asigna alta importancia al cuidado de la salud, pero la mayoría no cumple con controles ni exámenes preventivos recomendados. El 40% se siente en condiciones de cuidar a otro, el 60% restante, refieren no estar lo.

**Palabras claves:** Cuidado, Autocuidado, Adulto Mayor, Envejecimiento Activo.

### \_ INTRODUCCIÓN.

#### Argentina un país envejecido

En los últimos años, la tasa de nacimientos ha descendido considerablemente, mientras que los mayores de 65 años representan el 9,9 % de la población según arrojan las cifras del censo 2010. Este valor ubica a la Argentina como un país envejecido, si tenemos en cuenta que se considera internacionalmente que una población es envejecida cuando el grupo de edad de 65 años y más supera el 7% de la población total.

Para el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) esta proporción no cambiará, pudiendo estimarse que para el 2025 ascenderá aproximadamente al 12%. Argentina es el tercer país más envejecido de Latinoamérica, después de Cuba y Uruguay.

El proceso de envejecimiento se advierte en todas las provincias del país, pero presenta importantes diferencias jurisdiccionales, mas acentuado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que en ninguna otra parte. (1)

Un somero análisis de esta realidad nos conduce a pensar que la tendencia demográfica se fortalece por la baja sostenida en la natalidad, además del aumento de la expectativa de vida., pero como bien señala la OMS, más

<sup>1</sup> Profesor Titular Universidad Nacional de Quilmes

<sup>2</sup> Psicóloga. Universidad Nacional de Quilmes

<sup>3</sup> Terapeuta Ocupacional- Universidad Nacional de Quilmes.

importante que este incremento es la calidad de los años ganados. De hecho, si los progresos médicos y tecnológicos solo se limitan a posponer el evento del deceso, la consecuencia más directa es el aumento de los años vividos en condiciones de morbilidad y discapacidad. (2)

La Argentina de principios de los años 70 ya era considerado un país con una población vieja, debido a que sus mayores habían superado esa barrera del 7% de la población total. Índice que, internacionalmente, nos compara en este aspecto con los países desarrollados España, por ejemplo tendrá a una proporción de 19 ancianos mayores de 65 años por cada cien habitantes. Italia tiene un índice de fecundidad de 1.2 hijo por mujer, lo que significa que en 50 años habrá descendido su población de 57 a 38 millones. En tanto, en EEUU se estima que en el 2050 habrá más personas mayores de 65 años que de 20.

La magnitud que han alcanzado los desafíos suscitados por el envejecimiento poblacional, impele a los responsables políticos, al tejido social de personas mayores, y a la sociedad en general, a una reflexión sobre las que deben ser las estrategias adecuadas para enfrentar dichos desafíos de la mejor forma posible. (3)

Una respuesta a la problemática social que plantea el envejecimiento poblacional y su impacto demográfico, mayor en los países en desarrollo, es la del logro de un envejecimiento activo, entendido como un proceso dinámico, que asegure la participación activa del adulto mayor para el logro de una mejor calidad de vida, con la optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad. (4)

Este ser activo se refleja en una responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud: adquirir hábitos saludables, estar física y mentalmente activos y la inserción participativa en la realidad social: relacionarse con otros, asociarse, estar presentes en la vida de la comunidad.

Las personas mayores tienen derecho permanente a buscar oportunidades para fortalecer sus capacidades, mediante educación, capacitación, oportunidades de empleo y la oportunidad de participar en los asuntos de la comunidad.

Los Talleres para Adultos Mayores que se dictan en la UNQ, persiguen entre otros, el logro de estos objetivos. El autocuidado y el del aprendizaje a lo largo de la vida,

Teniendo en cuenta lo anterior, nos propusimos conocer como es el autocuidado y el cuidado de los otros por parte de los adultos mayores que concurren a los distintos talleres para capacitarse en diferentes áreas.

Como marco teórico seguimos la Teoría de la continuidad (Neugarten, Rosow, Atchley) que se basa en dos postulados básicos:

1. El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos.
2. Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Hétu, resume en siete puntos esta teoría:

1. Desde el punto de vista psicológico, los seres humanos evolucionan de una manera diferente.
2. El individuo, desde su nacimiento a su muerte constituye una sola entidad coherente, por lo que, en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente.
3. A lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen de él mismo en lo que se conoce como “autoconcepto” y personalidad lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones.

4. En función de su coherencia y funcionamiento interno, cada individuo tiende a producir su propio ambiente que le corresponde. Éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando.

5. Aplicado al envejecimiento, lo anterior implica que el estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del estilo de funcionamiento del sujeto para confrontar el envejecimiento.

6. El envejecimiento no hace más que acentuar las líneas principales de fuerza que constituyen la armadura de su personalidad. El individuo que envejece se puede transformar de manera más ostensible en lo que siempre ha sido.

7. Aunque estable, la personalidad sigue evolucionando durante toda la vida para integrar las experiencias que se le van presentando, en un proceso continuo de adaptación hasta el final de la vida. (5).

**Población y método:** adultos mayores (243) que concurren a los distintos Talleres en la UNQ, entre ellos se realizaron 70 encuestas personalizadas

Se encuestó acerca: **1)**-Edad- **2)**- Sexo- **3)**-Estado civil- **4)**-Con quien vive. **5)**- Enfermedades **6)**- Puede comprar los medicamentos , o requiere ayuda.Si—De quien./ No - **7)**-Importancia que le asigna al cuidado de la salud: Alta- Media- Baja—**8)**-Consulta al médico: A) para control B) cuando lo necesita por algún problema de salud- **9)**- Se realiza mamografía- Papanicolau- Densitometría ósea- Examen prostático: Si- No- Frecuencia-**10)** Cuida a otra/s personas: Si es afirmativo a quien/es- Cuanto tiempo- **11)**- Si Ud, tuviera un problema de salud, quien le gustaría que lo cuide. **12)**- Se siente Ud en condiciones de cuidar a otros o que lo cuiden-**13)**¿Por qué concurre al Taller?

## Resultados

De los encuestados, 98% de sexo femenino y 2% de sexo masculino. Todos viven en sus hogares,

La edad promedio es de: 74 años de edad. (rango entre 60 y 88 años)

55% viven solas, 24% viven con sus esposos y 21% viven con otros familiares.(hijos, nietos).

El ingreso económico que perciben les posibilita afrontar gastos de medicamentos, alimentación, pago de impuestos, vestimenta, higiene, etc. Un 37% requiere de la ayuda económica de un familiar (hijos) para afrontar gastos de medicamentos.

El 99% le asigna alta importancia al cuidado de la salud. Lo identifican relacionado con una sensación de bienestar personal, lo consideran "importante"; el 91% responde que " cuidarse es importante para sentirse bien"., otras respuestas: "poder vivir", "mantenerme activo-

**Pero ante la pregunta sobre cuidados puntuales**, como mamografía, papanicolau, densitometría ósea, el 99 % no lo hacen con la frecuencia que corresponde. El examen prostático, si bien los hombres encuestados no hacen una muestra representativa por el bajo número de hombres que concurren a los talleres, no se lo realiza ninguno.

El 39% consulta al médico anualmente, de no surgir otra situación que lo amerite .El 61% responde " voy cuando lo necesito".

**Si lo necesitara, quien le gustaría que lo cuide:** el 100% de los que viven con su pareja, responden que sea ésta de quien reciba el cuidado, pero en segunda instancia nombran a los hijos o nietos.

De los que viven solos, el 86%, le gustaría el cuidado de los hijos o nietos. 14% , una amistad.

En lo relacionado **al cuidado de los otros**, el 34% cuida a sus nietos, con una frecuencia de todos los días, 2% cuida a un hijo.

En lo referente a **si se siente en condiciones de brindar el cuidado**: 40% responden afirmativamente, el otro 60%, responde que no.

Cuando se los interroga sobre **el porque no esta en condiciones de cuidar de otras personas**, un 25% por razones “de salud”, 11% por “razones de salud” y “estar cansada”, y 13% “por estar cansada”. Al reinterrogar que significado tiene “estar cansada”, lo relacionan con “ya no estoy para criar chicos”, “los hijos los deben cuidar los padres”, “necesito mas tiempo para mí”,

Sin mencionárselos explícitamente, el cuidado lo refieren a sus nietos.

Ante la pregunta de porque concurren a los talleres, las respuestas que mas se obtuvieron fueron: “A esta edad puedo venir a la Universidad, es un ejemplo para mis nietos”

“Para aprender cosas, ahora tengo más tiempo.” “Me ayudan a vivir sola”.

### Discusión

Antes de continuar con el análisis de los resultados, consideramos pertinente establecer el concepto de salud y autocuidado en el adulto mayor. (4)

La salud definida como la capacidad para atenderse a si mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, lo cual le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí sólo.

El autocuidado de la salud, consiste en todas las medidas y decisiones que adopta un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, además del comportamiento personal dedicado a mejorar y mantener la salud, utilizando tanto los servicios de salud informales como los servicios médicos formales.

El aprendizaje y el autocuidado son dos actividades vinculadas estrechamente. El aprendizaje como la vía con la cual es posible la adquisición voluntaria de conductas favorables para la salud (5). Son estos, objetivos del Taller de Prevención y promoción de la salud, para modificar conductas, teniendo en cuenta los resultados anteriormente presentados, pues si bien al cuidado de la salud le dan una significación importante, no cumplen en la mayoría de los casos, con la realización de controles preventivos.

Entre los integrantes de los grupos hay una marcada participación de mujeres en relación a los varones.

Pareciera que son mujeres que desde siempre se preguntaron por su lugar mas allá de lo que era esperable para ellas. Por un lado compartían deseos y lugares convencionales para una mujer, como ser madre, esposa, y ama de casa, pero también tenían aspiraciones e interrogantes que las llevaban a poder pensar que otros ámbitos eran posibles para ellas.

Es interesante, ya que de no haber podido desarrollarse en otros ámbitos distintos que como esposas y madres, ese germen, esas inquietudes que tuvieron a lo largo de los años, rindieron sus frutos y de mayores pudieron concretarlas participando activamente en distintos talleres.

¿Cómo una revancha, tal vez, que se tomaron en la vida?

Hay que escucharlas y ver con que alegría y satisfacción viven esta nueva experiencia que, refieren, les ha dado otro sentido a sus vidas.

Hay un segundo sector de mujeres que desde siempre respondieron a lo que era esperable de ellas. A esta altura de la vida, luego de sentir que ya como madres o abuelas no podrán seguir llenando sus vidas en la crianza de sus hijos o nietos, también llegaron a estos grupos.(7)

Para ello tuvieron que vencer una gran resistencia interna y crear interiormente la posibilidad de pensarse en un espacio personal fuera de lo estrictamente familiar.

Lugar que no estaba permitido, sino mas bien censurado, repitiendo y reeditando mandatos que generalmente llegaron de sus propias madres.

Entonces, que estas señoras tengan la posibilidad de integrarse en un grupo de pares, con hombres y mujeres, constituye para algunas, quizás, la primera vez en sus vidas que pueden salir de su ámbito exclusivamente familiar, inaugurar un espacio, integrarse y realizar una actividad que es totalmente privada, sólo para ellas, dejando afuera lo familiar.

Es sumamente relevante el marco institucional en que se desarrollan los grupos ya que actúa como posibilitador y facilitador de esta salida. La Institución permite legitimar y garantiza desde lo social, la posibilidad de construir estos espacios que en otros momentos de la vida les estuvieron vedados.

Uno de los aspectos a investigar tiene que ver con la posibilidad de retomar deseos incumplidos que quedaron pendientes y que no pudieron concretarse por diferentes razones: estuvieron dedicadas a su familia, a su trabajo, etc.

Es valioso que a esta altura de su vida, esos deseos puedan ser canalizados, abriendo dimensiones y significaciones personales enriquecedoras, al transitar caminos que durante años estuvieron cerrados por el sometimiento a la “obediencia debida” que implicaban ciertos mandatos.

De esta manera pueden recuperar la posibilidad de proyectar y soñar, dándole renovadas significaciones a sus vidas en una etapa en la que creían que ya no tenían demasiado que ofrecer.(7)

Este tipo de observaciones surgen de la coordinación de distintos talleres sobre la tercera edad, cuyos participantes no son sólo personas pertenecientes a esa franja etaria, sino también jóvenes alumnos, de la carrera de Terapia Ocupacional.

## \_ CONCLUSIÓN.

El envejecimiento es un proceso individual, pero nuestra intención es aportar para el logro del *envejecimiento activo*, entendido como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida, a medida que las personas envejecen. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable, por el contrario, llevándolo a cabo, se puede evitar la discapacidad, el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida. Los pilares del envejecimiento activo son: la funcionalidad del adulto mayor y la promoción en salud.

En la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que se efectuó en Madrid en el año 2002, se planteó que hoy en día el problema de los adultos mayores no es la cifra, pues está claro que son muchos y van a seguir aumentando, sino la forma en que los profesionales de la salud y la sociedad van a responder a la profunda transformación que está sufriendo el proceso de envejecimiento. Posteriormente, en 2003, en la ciudad de Santiago, se llevó a cabo una Asamblea para analizar las estrategias para América Latina y el Caribe.

Como resultado de estas reuniones se establecieron seis prioridades:

- 1 - Favorecer el envejecimiento activo: lograr que los adultos mayores sean capaces de ser autónomos e independientes.
- 2 - Disminuir las brechas generacionales.
- 3 - Reconocer que los adultos mayores son un grupo heterogéneo en cuanto a sexo y estados funcionales.
- 4 - Enfocar el envejecimiento como una parte del ciclo vital: entender que la vejez no comienza a los 60 ó 65 años, sino desde que el individuo nace.
- 5 - Fomentar la solidaridad intergeneracional.
- 6 - Reasignar los recursos para evitar condiciones de pobreza en este grupo etario (Cepal, 2004).



Se envejece activamente en la medida en que se tiene la fuerza, la energía y los recursos necesarios para adaptarse a los cambios que van ocurriendo (Sims, Kerse, y Long, 2000).

Para concluir, dos pensamientos que resumen nuestra postura sobre el adulto mayor:

1- “La vejez no tiene nada que ver con la edad cronológica. Es un estado de espíritu, hay “viejos” de veinte años y “jóvenes” de noventa. Es una cuestión de generosidad del corazón, pero también una manera de conservar dentro de nosotros, la suficiente complicidad con el niño que hemos sido”. (Maud Manoní).(8)

2- En todos los países y sobre todo en los países en vías de desarrollo, las medidas para ayudar a que las personas ancianas sigan activas, sanas física y mentalmente, son, mas que un lujo, una auténtica necesidad.(5)



## \_ BIBLIOGRAFÍA.

1-<http://www.indec.gov.ar/censo2010/censo2010.asp>

2- Moscovich,L(2009). Envejecimiento y sistemas de cuidado ¿Oportunidad o crisis? Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL).

3-Palloni,A; Mc Emyry ,M (2005), El envejecimiento en América Latina y el Caribe. Revista gallega de Economía. Vol:14, N° 1.

4- Alvarez, R.( 2002) Revista Española de Geriatria y Gerontología, Vol:37- Madrid.

5-De la Huerta, D; . (2009) Gerontología al día. Grupo de "Envejecimiento y vejez", Facultad de Medicina UDCA; Bogotá. Colombia.

6-Arronte, F. (2005)-Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario. Salud y autocuidado. Edic. 1era. Pax México..

7- Iacub,R. (2001); Proyectar la vida. Ed. Manantiales. Buenos Aires. Argentina.

8- Mannoni,M (1992); Lo nombrado y lo innombrable, Ed. Nueva visión; Buenos Aires, Argentina.

Area Temática: Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención.

## MOTIVOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO EM LAR E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS DA COVA DA BEIRA.

Paula Suzana da Silva Correia<sup>1</sup>

Este artigo resulta do estudo realizado na tese de mestrado. A sua pertinência justifica-se pelo crescimento da institucionalização. Na região da Cova da Beira, região de investigação, este crescimento também está bem patente, uma vez que, a população mais velha representa 40% da população total. O aumento da população deveu-se ao avanço da medicina e à melhoria da qualidade de vida. A dependência dos mais velhos e a diminuição de cuidadores informais disponíveis, devido à reestruturação familiar, conduziu ao recurso a serviços formais.

Para se perceber o processo de institucionalização, procedeu-se à aplicação de um inquérito a utentes e técnicos de lares. O objectivo deste estudo foi conhecer os motivos/factores de institucionalização em lar e avaliar a Satisfação com a Vida de idosos da Cova da Beira a residir em lares da terceira idade. Os resultados revelaram um número muito elevado de pessoas muito mais velhas e do sexo feminino. Os motivos de maior peso na institucionalização são a dependência e a combinação entre dois factores. À Satisfação com a Vida estão associados, a ocupação, a percepção sobre o nível de saúde e a satisfação com a família.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, factores de institucionalização, Satisfação com a Vida.



### \_ INTRODUÇÃO.

O crescente envelhecimento demográfico é uma realidade mundial, sendo actualmente reconhecido por todos como uma problemática social. A tendência, quer a nível mundial, quer a nível nacional (Portugal), é para o aumento do número de pessoas mais velhas e diminuição do número de pessoas em idade activa. No caso português também se observa um aumento de pessoas mais velhas do sexo feminino (Carrilho & Patrício, 2008). Para este último facto, podem ser apontados como factores sociais a morte dos homens por doenças e nas guerras (Gemito, 2004; Oliveira, 2008b; Spirduso, Francis & MacRae, 2005).

As previsões retratam um crescimento da população portuguesa entre 2002 e 2020 de 1,68%, principalmente na população com 75 anos (Rebelo & Penalva, 2004). Esta tendência é mais acentuada no interior do país, podendo destacar-se a região da Cova da Beira, sobre a qual se debruça esta investigação. As pessoas mais velhas com mais de 65 anos já representavam em 2006, 40% da população total da Cova da Beira (INE, 2006).

Este aumento da esperança de vida, principalmente para as mulheres, deve-se em geral à melhoria das condições de vida, ao desenvolvimento de investigação na área da medicina, às mudanças ao nível das estruturas familiares (Oliveira, 2008b; Gemito, 2004; López, 2007; Santos & Encarnação, 1997), a uma participação mais activa das mulheres no mercado de trabalho (Gemito, 2004; Navascués & Ordovás, 2007) e consequente redução da mortalidade infantil e da natalidade (Fontaine, 2000; López, 2007).

As transformações económicas, sociais e familiares têm dificultado a permanência das pessoas mais velhas em sua casa ou com familiares, estando bem patente a redução de cuidadores informais e o aumento da

<sup>1</sup> Animadora Sócio Cultural (lares, centros de dia e cuidados continuados)

Licenciatura em Animação Sócio Educativa pela Escola Superior de Educação de Coimbra

Mestrado em Educação Social e Comunitária pelo Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior

Contacto: pupkys@yahoo.com

institucionalização (Inserções, 2007; Liu & Tinker, 2001; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). No interior de Portugal este cenário agrava-se com uma população muito envelhecida, com poucos recursos e serviços (formais e informais). De acordo com Hutchison, Hawes & Williams (2005) e Phillips et al. (2004) a combinação do aumento do envelhecimento com a ausência de recursos tem aumentado a procura de institucionalização em lar.

Esta evolução demográfica associada ao aumento da despesa com a velhice conduziu o conceito de envelhecimento para um novo prisma. A noção actual de envelhecimento é como bem-sucedido (*successful aging*) e está cooptada a novos conceitos: bem – estar, qualidade e Satisfação com a Vida, numa abordagem ao longo da vida (*long life span*) (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999; Fontaine, 2000; Hernández, Fernández & Alonso, 2009). É neste contexto que surge uma nova ideia de cuidado e de qualidade no funcionamento dos serviços e programas sociais (Marques & Calheiros, 2006). De acordo com Holmén & Furukawa (2002), este conceito envolve uma perspectiva integrada de diferentes áreas: biológica, médica, psicológica, fisiológica e social.

Esta nova perspectiva também se nota na institucionalização em lar, dado que os serviços já perpassam a satisfação das necessidades básicas, para se centrarem em dimensões menos tangíveis como é referido por Smith (2001, citado por Sousa et al., 2003). O objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida das pessoas mais velhas (Fontaine, 2000; Oliveira, 2008b; Naciones Unidas, 2002), pois quanto maior for a sua Satisfação com a Vida maior a longevidade. Arve et al. (2009) indicam uma associação entre envelhecimento bem-sucedido e Satisfação com a Vida.

A Satisfação com a Vida é um indicador de avaliação da qualidade de vida (Spiriduso et al., 2005) e do bem - estar subjectivo (Simões, 1992). Železnik (2007) define-a “*as an individual's own evaluation of her/his life. It refers to an overall assessment of one's life, including a comparison of aspiration and achievement*” (p. 21).

Perante esta nova visão do envelhecimento, os motivos de procura para a institucionalização também se foram alterando ao longo dos anos.

De acordo com a literatura (Arve et al., 2009; Bernal & Barbero, 2002; Bloem, Tilgurg & Thome'se, 2008; Branch & Jette, 1982; Bravell, 2007; Caldas, 2003; Cheek, Ballantyne & Tucker, 1999; Findlay & McLaughlin, 2005; Fonseca et al., 2005; Gaugler et al., 2007; Gaymu, Ekamper & Beets, 2008; Gemito, 2004; Grundy & Jitlal, 2007; Gu, Dupre & Liu, 2007; Hernández et al., 2009; Holmén & Furukawa, 2002; Hutchison et al., 2005; Jorgensen et al., 2009; Kleinjans & Lee, 2006; Liu & Tinker, 2001, 2003; Mahoney et al., 2000; Marques & Calheiros, 2006; Navascués & Ordovas, 2007; McAuley & Travis, 2000; Nihtilä et al., 2007; Nihtilä & Martikainen, 2008; Nussbaum et al., 2000; Oswald & Rowles, 2006; Rangelova, 2003; Ribeiro & Sousa, 2008; Scocco, Rapattoni & Fantoni, 2006; Tu, Wang & Yeh, 2006) podem destacar-se como motivos de institucionalização os seguintes factores:

- Características sócio-demográficas: idade avançada, não ser casado (solteiro, divorciado, viúvo), não ter filhos, nível de escolaridade, raça branca;
- Factores familiares: papel da família, falta de suporte familiar, disponibilidade e falta de condições da família, conflitos familiares, residência da família (proximidade/distância), depressão do cuidador, socialização intergeracional mais passiva (maior dependência);
- Factores económicos: baixos rendimentos, falta de condições de vida, não ter casa própria;
- Factores sociais: abandono e solidão, viver sozinho, falta de redes de suporte social, insuficiência ou falta de serviços comunitários, discriminação, isolamento leva à institucionalização desnecessária;
- Factores relacionados com a dependência: debilidade, dificuldade na realização das AVDs, sobrecarga para a família, percepção de incapacidade e de carga, incapacidade de tomar decisões, perda de autonomia, incapacidade cognitiva, incapacidade para tomar a medicação, necessidade de cuidados médicos profissionais, saúde, doenças degenerativas e crónicas, morbilidade, depressão da pessoa mais velha, quedas.

É pertinente mencionar que a interligação destes factores e a combinação entre os mesmos pode elevar o risco de institucionalização (Liu & Tinker, 2001), na medida em que torna a situação da pessoa mais velha mais problemática e com maiores necessidades.

Neste sentido, o principal objectivo deste estudo é explorar os motivos relacionados com a institucionalização em lar na região da Cova da Beira e avaliar a Satisfação com a Vida das pessoas institucionalizadas.

Pretende-se por um lado, caracterizar esta população mais velha da região da Cova da Beira e conhecer o processo de institucionalização, principalmente os motivos de admissão. Uma vez que, se tem observado uma procura massiva nacional à institucionalização (Sousa et al, 2003), assim como na região da Cova da Beira (Inserções, 2007).

Por outro, pretende-se avaliar a satisfação com a vida, na medida em que: alguns dos factores de institucionalização são igualmente indicadores de satisfação; os próprios serviços também foram sendo alterados ao longo dos anos, como já foi referido anteriormente; a falta de controlo na decisão e no processo de institucionalização podem ser traumáticos e comprometer a satisfação, a qualidade de vida e o bem - estar (Oswald & Rowles, 2006). Partindo da análise bibliográfica [Borg, Hallberg & Blomqvist (2006); Borg et al. (2008); Brajković, Godan & Godan, 2009; Fagerström et al. (2007); Fernández-Ballesteros et al. (1998); Frijters, Haisken-DeNew & Shields (2005); Gonçalves (2007b); Gwozdz & Sousa-Poza (2009); Helliwell & Putman (2004); Holmén & Furukawa (2002); Iwatsubo et al. (1996); Muzamil & Masood (2008); Paúl (2005); Ribeiro (1999); Sequeira & Silva (2002); Sierra et al. (2004); Zhang & Yu (1998); Železnik (2007)] destacam-se como indicadores de satisfação com a vida:

- Características sócio-demográficas: a idade, género, nível de educação, estado civil;
- Existência de boas relações e cuidados familiares;
- Qualidade das relações sociais;
- Capacidade funcional e o controlo percebido;
- Estado de saúde óptimo: saúde física, mental e saúde percebida;
- Condição financeira favorável.

A pertinência deste estudo afirma-se pelo aumento do número de pessoas mais velhas, pela mudança do conceito do envelhecimento e pelo aumento da utilização dos serviços formais e consequentemente custos cada vez mais elevados.

A ideia subjacente ao estudo é poder contribuir para o envelhecimento bem-sucedido de pessoas mais velhas que vivem em lares da terceira idade a partir da identificação e compreensão de aspectos relacionados com a institucionalização e Satisfação com a Vida dos mesmos.

## \_ PARTE EMPÍRICA.

### I. Amostra, material e método

#### A. Participantes

A amostra é constituída por 224 sujeitos institucionalizados em lar, sendo 154 do sexo feminino e 70 do sexo masculino. A idade varia entre 65 e mais de 85 anos, como se pode observar no Quadro 1.

Todos os sujeitos deste estudo residem em lares da região da Cova da Beira, tendo sido recolhidos dados em 13 instituições. Dos sujeitos inquiridos, 78,6% são naturais do concelho, 21,4% não pertencem.

No que diz respeito aos filhos, 173 sujeitos têm filhos, entre 1 e 7 filhos e 1 e 6 filhas, e 51 não têm. A média de filhos situa-se nos 1,93 (mediana:2; moda:1; DP: 1,191) e das filhas é de 1,83 (mediana:1; moda:1; DP: 1,072). A residência dos filhos, 15,2% reside no concelho, 10,7% em outra cidade e 28,6% residem em dois locais diferentes, que podem ser o concelho, região, outra cidade e outro país.

Relativamente à profissão 23 sujeitos foram domésticos, 2 sujeitos pertencem ao grupo dos técnicos e profissionais de nível intermédio (G3). Vinte e três pertenceram ao pessoal administrativo e similares (G4), 14 trabalharam nos serviços e vendedores (G5); 85 foram agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (G6); 35 foram operários, artífices e trabalhadores similares (G7); 26 foram operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem (G8); e 12 pertencem ao grupo dos trabalhadores não qualificados. Nenhum dos sujeitos pertence ao G1: quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa e ao G 2: especialistas das profissões intelectuais e científicas.

Na institucionalização, 55 sujeitos usufruíam de serviços formais antes da institucionalização e 169 não usufruíam. Dos 224 sujeitos, 53 encontram-se institucionalizados há 1 ano, 79 entre 2-5 anos, 35 entre 6-9 anos, 17 há 10 ou mais anos e 40 não se lembra.

O seu nível socioeconómico é avaliado como muito fraco para 9 sujeitos, fraco para 57, normal para 115, elevado para 38 e muito elevado para 5 sujeitos, conforme o Quadro 1. A prestação é paga pelos filhos para 8 inquiridos, por instituições para 1, pelo próprio para 110, pelo próprio com a ajuda dos familiares para 88, por outros para 2 e pelo próprio e por instituições para 14 inquiridos.

Quadro 1

*Distribuição das variáveis sócio-demográficas (n=224)*

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Idade</i>	224	100
65/74	27	12,1
75/84	87	38,8
+ 85	110	49,1
<i>Género</i>	224	100
Feminino	154	68,8
Masculino	70	31,2
<i>Naturalidade</i>	224	100
Concelho	176	78,6
Fora concelho	48	21,4
<i>Estado Civil</i>	223	99,6
Solteiro	24	10,7
Casado	39	17,4
Viúvo	157	70,1
Divorciado	3	1,3
<i>Escolaridade</i>	224	100
Sem Escolaridade	71	31,7
Outro	2	0,9
Ler/Escriver	15	6,7
1º ciclo incomp.	82	36,6
1º ciclo completo	48	21,4
3º ciclo	1	0,4
Curso técnico	1	0,4
Secundário	3	1,3
Curso superior	1	0,4

<i>Filhos</i>	224	100
Sim	173	77,2
Não	51	22,8
<i>Profissão</i>	220	98,2
Doméstica	23	10,3
G 3	2	0,9
G 4	23	10,3
G 5	14	6,2
G 6	85	37,9
G 7	35	15,6
G 8	26	11,6
G 9	12	5,4
<i>Nível Socioeconómico</i>	224	100
Muito Fraco	9	4,0
Fraco	57	25,4
Normal	115	51,3
Elevado	38	17,0
Muito Elevado	5	2,2

O processo de institucionalização em 5 instituições teve um programa de acolhimento para 84 dos inquiridos. Este programa traduziu-se em acompanhamento na adaptação; acompanhamento nocturno e psicológico; actividades de animação; actividades e dinâmicas grupais; apresentação das instalações; conversa com a família; ficha de inscrição; plano colectivo; e plano individual. As restantes instituições não têm qualquer tipo de programa de acolhimento, que corresponde a 140 sujeitos.

## B. Material

Partindo da análise da literatura e investigações, considerou-se que o instrumento a utilizar seria o inquérito por questionário. Pretendia-se obter representatividade, generalizar os dados e averiguar a existência de relação objectiva entre factores.

O questionário foi considerado o mais adequado para obter os dados necessários para a investigação pela dificuldade de concisão que grande parte dos sujeitos poderia apresentar nas respostas e por facilitar “o acesso a um número elevado de sujeitos e a contextos diferenciados” (Afonso, 2005a, p. 101).

Deste modo foram construídos, no âmbito deste estudo, dois questionários sobre a institucionalização, que se apresentam em seguida. Um dos questionários era dirigido aos sujeitos institucionalizados, e outro, também sobre os mesmos, era respondido por um técnico da instituição, uma vez que se reportava a aspectos mais administrativos.

### *Questionário sobre os factores relacionados com a institucionalização na velhice: pessoas mais velhas institucionalizadas*

O inquérito por questionário está dividido em 5 partes.

A primeira parte refere-se aos dados sócio demográficos: idade, género, naturalidade, estado civil, escolaridade, número de filhos e filhas, a residência dos filhos, profissão e a utilização de serviços formais antes da institucionalização. Ainda nesta primeira parte, nas observações, foi incluída a questão sobre a utilização de serviços formais imediatamente antes da admissão, pela sua referência na literatura. Nesta investigação foram

considerados serviços formais permanentes, tais como, o centro de dia e apoio domiciliário e serviços temporários, como os serviços de saúde. Neste caso, refere-se à hospitalização.

A segunda parte do questionário refere-se ao processo de institucionalização e situação actual da pessoa mais velha institucionalizada. As questões eram de resposta tipo Likert, de resposta categórica e resposta aberta. O objectivo era conhecer o tempo de permanência em lar, os motivos de institucionalização, a decisão de institucionalização, o nível de ocupação no quotidiano, em que tipo de actividades participa, as visitas, a avaliação da saúde e o poder de decisão dos sujeitos. A realização destas questões justifica-se pela necessidade de perceber a percepção que os sujeitos têm sobre si próprios, sobre a sua institucionalização, sobre o seu nível de ocupação e nível de saúde, sobre a sua interacção social e sobre o seu poder de decisão. Esta percepção, de acordo com a literatura, revela-se pertinente ao nível de Satisfação com a Vida e na visão sobre a velhice. Estas perguntas reflectem alguns dos indicadores de Satisfação com a Vida.

A terceira parte do questionário é composta pela sub-escala de Satisfação com a Família da Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais Ribeiro (1999). Esta sub-escala é constituída por 5 itens e é de resposta tipo Likert, de 1 a 5, em que 1 corresponde a *discordo totalmente*, e 5 a *concordo totalmente*. O objectivo da integração desta sub-escala é avaliar a satisfação com a forma como o sujeito se relaciona com a família, com a quantidade de tempo que passa com a família, e com o que faz em conjunto com a mesma. A aplicação desta escala deveu-se ao peso que a família tem em todo o processo de envelhecimento. Pode destacar-se, o apoio informal a prestar, a decisão de institucionalização, a continuidade da relação após a admissão em lar e o poder de decisão da pessoa mais velha, entre outros. Todos estes elementos são condicionantes, de acordo com a revisão da literatura, para o envelhecimento bem-sucedido e conseqüentemente para uma boa ou má adaptação na institucionalização. Como foi referido ao longo deste estudo a família é um factor de peso na Satisfação com a Vida. Esta ainda continua a ser a fonte principal na prestação de cuidados informais.

A quarta parte do questionário é composta igualmente por uma escala. Esta escala é a Escala de Satisfação com a Vida de Simões (1992), adaptada de Dierner et al (1985). A escala é constituída por 5 itens e é de resposta tipo Likert, de 1 a 5, em que 1 corresponde a *discordo muito*, e 5 a *concordo muito*. O objectivo é avaliar a Satisfação com a Vida dos sujeitos institucionalizados. Pretende-se avaliar se a vida se parece em quase tudo com o que se desejaria que ela fosse, se as condições de vida são muito boas, se está satisfeito com a vida, se até agora tem conseguido as coisas importantes da vida que desejaria; e se pudesse recomeçar a vida, não mudaria quase nada. Com a aplicação desta escala pretende-se igualmente, de acordo com os objectivos do estudo, relacionar factores, questionados anteriormente, considerados pertinentes para a Satisfação com a Vida dos sujeitos.

A quinta parte apresenta uma questão de resposta aberta referente à opinião sobre um lar da terceira idade para ser bom como é que deve ser. O que se pretende é conhecer a opinião que os sujeitos têm sobre os lares em geral, sobre o seu próprio lar. Esta questão foi colocada a título exploratório e pretende explorar opiniões que podem ser úteis para a organização geral das instituições e para os programas de acolhimento.

#### *Questionário sobre os factores relacionados com a institucionalização na velhice: técnico*

Construiu-se ainda outro inquérito por questionário dirigido aos técnicos das instituições que está dividido em três partes. Este inquérito era destinado aos responsáveis dos lares, que por norma são técnicos sociais e solicita informações de carácter mais administrativo que eram de recolha mais difícil junto do próprio utente.

A primeira parte do inquérito diz respeito à data de admissão, para confirmar a data apresentada no inquérito das pessoas institucionalizadas.

A segunda parte refere-se à avaliação que o técnico faz sobre a situação socio-económica do utente e quem paga a prestação do lar. O objectivo destas questões é conhecer o nível sócio-económico das pessoas mais velhas institucionalizadas, por ter sido considerado ao longo da literatura pertinente nas relações sociais, no estilo de vida e condições. É igualmente um indicador de Satisfação com a Vida. Com a questão sobre o pagamento da prestação pretende-se perceber que alternativas são utilizadas para se obter o pagamento dos lares. A despesa

pública com os serviços formais aumentou, mas os custos aumentaram da mesma forma para as pessoas mais velhas e suas famílias.

Por último, a terceira parte do inquérito faz referência à existência ou não de um programa de acolhimento aquando da institucionalização e a forma como este é implementado. A relevância desta questão justifica-se com a necessidade de conhecer as estratégias para a adaptação das pessoas mais velhas que são admitidas em lar. Esta adaptação pode condicionar o nível de dependência, a Satisfação com a Vida e o envelhecimento bem-sucedido. Foi ainda confirmada a idade.

De notar que após a construção dos dois inquéritos, foi feita uma aplicação piloto, quer em sujeitos da amostra em estudo quer em um grupo com características semelhantes. Para otimizar a sua eficácia, reformularam-se questões e retiraram-se outras questões consideradas não relevantes para o estudo.

### C. Procedimento

Inicialmente o grupo de investigação baseou-se nos dados da Carta Social em Abril de 2008, sendo o número total de sujeitos institucionalizados em lares comparticipados na Região da Cova da Beira nessa data, de 905 (concelho do Fundão, 239; concelho da Covilhã, 523; e concelho de Belmonte, 143).

Para definir a amostra, iniciou-se o primeiro contacto institucional em Julho de 2008, com uma carta a formalizar o pedido de autorização para a realização do estudo, com uma breve explicação dos objectivos.

Posteriormente foi realizado um contacto telefónico em Setembro de 2008 para a marcação de uma data para contacto presencial. O que se pretendia neste contacto presencial era esclarecer dúvidas, obter autorização e solicitar ao profissional que iria acompanhar que procedesse a uma avaliação dos sujeitos de acordo com os critérios da investigação e realizasse uma pré-sensibilização para se definir uma amostra.

Das 14 instituições contactadas aceitaram participar 13, que no total representavam 15 lares comparticipados pela Segurança Social, de acordo com a Carta Social.

Os critérios de selecção da amostra foram ter mais de 65 anos de idade, por ser considerada a idade legal e porque a grande maioria das pessoas mais velhas só recorre à institucionalização em lar depois da passagem à reforma. Seria necessário estar institucionalizado em lares comparticipados pelo Estado, há mais de 6 meses, por se considerar necessário ultrapassar a fase de adaptação. Os participantes do estudo deveriam ainda apresentar um grau de autonomia que permita a decisão de participar e responder às questões e não apresentar demência.

Na aplicação do instrumento esteve sempre presente a noção de neutralidade necessária e a ética da pesquisa, pela protecção e bem-estar dos sujeitos, o consentimento informado, o direito à não participação, a confidencialidade e o anonimato. Deste modo, antes de se iniciar a aplicação do inquérito, explicou-se sempre o objectivo do estudo, a questão do anonimato e da confidencialidade.

A aplicação do inquérito foi marcada no início de Novembro. Os questionários foram cross-seccionais, pois foram aplicados uma única vez, entre o mês de Novembro e Dezembro de 2008. Num número total de 873 sujeitos institucionalizados em lar, aquando da aplicação do instrumento, responderam 224.

A forma de recolha dos dados consistiu na administração indirecta e oral das perguntas, dada a grande percentagem de analfabetos, possível dificuldade de visão e interpretação e risco de divagação nas respostas. Algumas das questões poderiam causar algum tipo de constrangimento e também para garantir uma maior participação e fidedignidade na recolha da informação. As informações foram registadas directamente pelo investigador.

As dificuldades de aplicação do inquérito relacionaram-se com a dificuldade de audição e compreensão das questões. A probabilidade de divagação não se notou, porque as questões eram colocadas de forma a evitar uma possível morosidade com elementos desnecessários. Só se observou este tipo de dificuldade, para a grande maioria da amostra, na questão saúde. Os sujeitos, dada a importância deste factor, em vez de avaliarem a sua saúde enumeravam as doenças que consideravam ter.

Outra dificuldade observada, que implicou diversas paragens durante a aplicação do inquérito, foi a vulnerabilidade emotiva. Em determinadas questões por serem delicadas ou por estar presente o sentimento de tristeza, um grupo razoável de sujeitos principalmente do sexo feminino, choraram.

O horário de aplicação dos questionários foi articulado com as rotinas institucionais, de modo a não alterar o funcionamento das instituições. A aplicação dos questionários foi efectuada durante a semana. Só na primeira instituição é que a aplicação do inquérito foi ao fim de semana pela proximidade geográfica e para observar o tempo necessário para a aplicação.

No inquérito destinado aos técnicos procedeu-se de igual forma. Para garantir as respostas dentro do prazo estabelecido e porque era necessário verificar algumas informações sobre os sujeitos, a administração do inquérito foi igualmente indirecta e oral. A informação foi registada pelo investigador.

#### D. Tratamento de dados

No tratamento dos dados foram usadas metodologias quantitativas e qualitativas.

As metodologias quantitativas destinaram-se ao tratamento das respostas às perguntas fechadas que recolhiam: dados sócio-demográficos, tempo de permanência em lar, nível de ocupação, participação em actividades, ter visitas e a sua frequência, nível de saúde, decisões e sua frequência, a sub-escala de satisfação com a família, a escala de Satisfação com a Vida, nível sócio-económico e ter programa de acolhimento. Para a análise das respostas, foram utilizados processos de medida, análise estatística com o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0.

As metodologias qualitativas destinaram-se a tratar as questões abertas sobre os motivos de admissão, quem tomou a decisão de institucionalização, as actividades realizadas no lar, quem visita o utente, a opinião sobre o lar da terceira idade e sobre o programa de acolhimento. Foi realizada análise de conteúdo das respostas, fragmentação das mesmas por assuntos e registo da sua frequência. A categorização foi analisada por 2 elementos e a definição foi realizada por eliminação em concordância pelos mesmos.

Dada a complexidade e diversidade de respostas, foram criadas categorias e sub-categorias. As categorias com uma frequência inferior a 5 foram incluídas na categoria “outros”.

Posteriormente ao registo da frequência das categorias passou-se ao tratamento estatístico destes dados com o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0.

As respostas relativas ao programa de acolhimento tiveram tratamento apenas qualitativo, por se pretender conhecer quais as estratégias para o processo de acolhimento.

Em relação ao tratamento estatístico dos dados, tanto das respostas às perguntas fechadas (itens do questionário) como das categorias resultantes da análise de conteúdo das categorias encontradas para as respostas abertas, foi feito o cálculo das estatísticas descritivas básicas (media, mediana, moda, pontuação máxima e mínima e desvio padrão).

A seguir, para avaliar se existiam diferenças significativas entre os grupos foram utilizados os testes One Way ANOVA e o *t*-student.

O teste One Way ANOVA foi utilizado porque permitia conhecer as diferenças estatisticamente significativas entre grupos relativamente às variáveis analisadas. Este teste destinou-se à comparação da média de três ou mais grupos. No teste ANOVA foram analisadas as médias; o desvio padrão; o grau de liberdade, entre grupos e intragrupos; o rácio; e o nível de significância.

O *t*-student destinou-se ao tratamento das respostas categóricas (género, sim/não, concelho e fora do concelho). Este teste enquadra-se no tratamento de comparação da média entre dois grupos diferentes relativamente à mesma variável. No *t*-student foram analisadas as médias; o desvio padrão; o grau de liberdade, entre grupos e intragrupos; o rácio; e o nível de significância.

Para avaliar a força da associação entre variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. Neste estudo permite descrever a direcção da relação linear entre as variáveis questionadas no inquérito e a Satisfação com a Vida. A importância deste teste centra-se na necessidade de procurar explicar a Satisfação com a Vida. No coeficiente de correlação de *Spearman* foram analisados o coeficiente de correlação entre variáveis e o nível de significância. Foram ainda utilizados os critérios de Cohen & Holliday (1982, citados por Poeschl, 2006), que avalia a correlação como muito baixa abaixo de 0 a 0,19, como baixa entre 0,20 a 0,30, como moderada entre 0,40 e 0,69, como elevada entre 0,70 e 0,89; e acima de 0,89 a correlação é avaliada como muito elevada.

## **\_ RESULTADOS.**

Os resultados serão apresentados de acordo com os objectivos estabelecidos para este estudo. Inicialmente serão descritos os motivos de admissão em lar. Serão caracterizados os níveis de Satisfação com a Vida dos sujeitos. Posteriormente serão explorados e caracterizados os principais factores que constituem este estudo e analisada a sua relação com a Satisfação com a Vida.

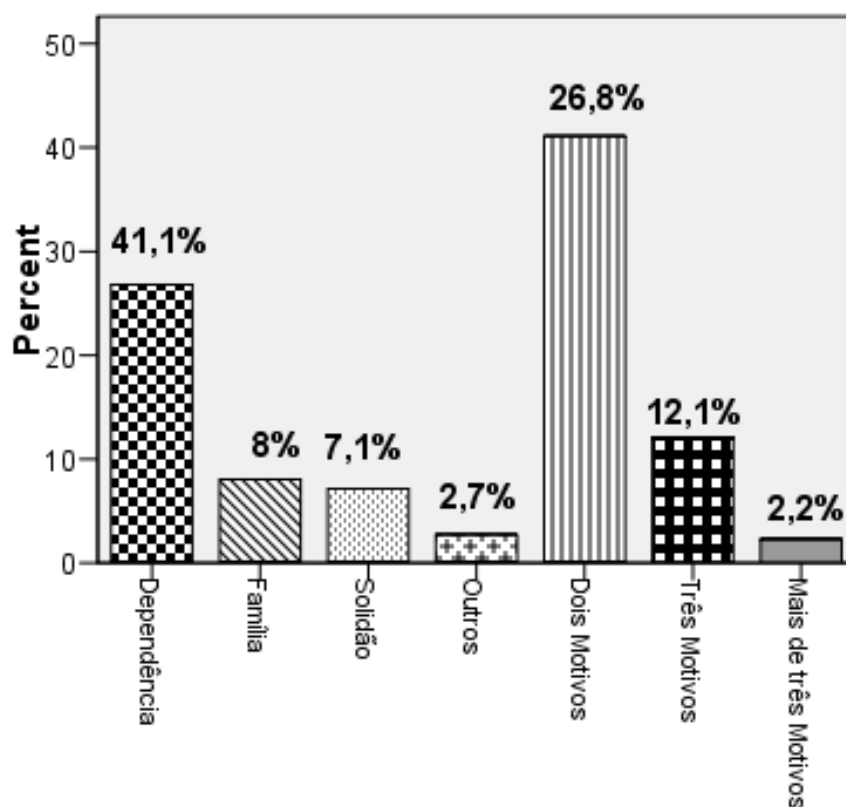
### **1. Descrever os motivos que levaram os sujeitos a recorrer à institucionalização em lar**

No que diz respeito aos motivos de institucionalização, conforme apresentado na Figura 1, 60 inquiridos, referiram a dependência. Dentro da “dependência” incluiu-se a dependência geral, incapacidade de realização das AVD’s, dependência e/ou problemas de saúde do cônjuge, institucionalização do cônjuge, problemas de saúde, sobrecarga dos cuidadores.

Para 18 sujeitos a família é o motivo de institucionalização, tendo sido incluídos nesta categoria conflitos familiares, decisão familiar, falta de apoio e tempo/condições da família. Para 19 sujeitos a solidão é o motivo de institucionalização, como é apresentado na Figura 1. Seis sujeitos referiram outros motivos: acesso a melhores condições, cansaço, dependência e/ou problemas de saúde de familiares, dificuldades económicas, distração, idade, liberdade, maus tratos, não poder trabalhar, não se lembra, ocupação, prestação de ajuda, problemas com vizinhos, reforma, regresso às origens.

Figura 1

Resultados para os “Motivos de Institucionalização em Lar” em percentagem (n=224)



(n=224)

Alguns sujeitos referiram mais do que um motivo para a institucionalização. Noventa e dois sujeitos referiram dois motivos, 27 sujeitos apontaram três motivos e apenas 5 sujeitos apresentaram mais de três motivos, para a institucionalização. A falta de condições habitacionais e a viuvez, outros dos motivos apresentados pelos sujeitos, estão incluídos nos dois, três ou mais de três motivos. Nunca apareceram como motivo único.

## 2. Avaliar os níveis de Satisfação com a Vida dos sujeitos

Dos 224 sujeitos, 12 não responderam à escala de Satisfação com a Vida. Dos participantes no estudo, 3 sujeitos (1,3%) obtiveram a pontuação mínima de 5, que significa *discordo muito* e 5 sujeitos (2,2%) tiveram a pontuação máxima de 25, que significa *concordo muito*. A média de Satisfação com a Vida é de 17,14 (DP= 4,92) e a Mediana observada é 18.

Tendo em conta que a escala não apresentava nenhum *scoring* formal de quantificação dos dados obtidos, nem tão pouco de comparação com uma tabela de aferição para a população portuguesa, optou-se por utilizar o critério da Mediana Teórica, pois este permite dividir teoricamente as pontuações esperadas em dois em torno do ponto de corte, enquadrando-se, assim, acima desse ponto os participantes com níveis mais elevados de Satisfação com a Vida e abaixo desse ponto de corte, os participantes com níveis mais baixos Satisfação com a Vida. Sendo a Mediana Teórica de 15, constata-se que 66,8% dos sujeitos apresentam uma satisfação superior ou igual à

Mediana Teórica, ou seja, níveis mais elevados de Satisfação com a Vida e 27,6% têm uma baixa Satisfação com a Vida. A comparação da Mediana Teórica (15) com a observada (18) indica que, globalmente, os sujeitos apresentam uma Satisfação com a Vida superior à esperada, segundo a mediana teórica.

### *3. Averiguar se existem diferenças na Satisfação com a Vida das pessoas mais velhas institucionalizadas comparativamente entre idades, géneros, estados civis e níveis sócio económicos*

Da comparação das médias entre grupos etários relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas  $F(2, 209) = ,04$ , entre grupos. Apesar de não serem dados significativos, a média dos sujeitos com idades entre 75 e 84 anos, de 17, 25 (DP= 5,09) é a mais elevada e a média dos sujeitos com idade entre 65 e 74 anos, de 16,96 (DP=5,72) é a mais baixa.

Da comparação das médias entre grupos do sexo feminino e os do sexo masculino relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas  $t(210; 117,4) = ,02$ , entre grupos. Ainda assim, a média dos sujeitos do sexo masculino, de 17, 48 (DP= 5,00) é superior à média dos sujeitos do sexo feminino, de 17 (DP=4,90).

Da comparação das médias entre grupos com estado civil diferente relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas  $F(3, 207) = ,63$ , entre grupos. Apesar de não serem dados significativos, a média dos divorciados, de 19,50 (DP=,70) é a mais elevada e a média dos casados, de 16,91 (DP=4,91) é a mais baixa.

Da comparação das médias entre grupos com nível sócio económico diferente relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram, diferenças estatisticamente significativas  $F(4, 207) = ,60$  entre grupos. A média dos sujeitos que são avaliados com o nível muito elevado, de 18,80 (DP= 3,11) é a média mais elevada e a média dos sujeitos que são avaliados com o nível muito fraco, de 15,77 (DP=5,19) é a média mais baixa.

### *4. Analisar a relação entre os motivos de institucionalização e a Satisfação com a Vida dos sujeitos*

Da comparação das médias entre grupos com diferentes motivos de institucionalização relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram, diferenças estatisticamente significativas  $F(6, 205) = ,95$ .

### *5. Explorar quem tomou a decisão de institucionalização em lar*

Relativamente à decisão, em 99 sujeitos (44,2%) foi a família que tomou a decisão de institucionalização, em 9 sujeitos (4%) foram instituições, em 92 (41,1%) foi o próprio, em 2 sujeitos (0,9%) foram outros, o próprio e instituições, em 18 (8%) foi o próprio e familiares e em 1 (0,4%) foram familiares, outros, o próprio, familiares e instituições.

### *6. Analisar a relação entre a decisão de institucionalização e a Satisfação com a Vida*

Da comparação das médias entre grupos com diferente decisão de institucionalização relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram, diferenças estatisticamente significativas  $F(7, 204) = ,32$ , entre grupos.

### 7. Caracterizar os níveis de ocupação dos sujeitos

No seu quotidiano 157 inquiridos (70,1%) não estão nada ocupados e 2 (0,9%) estão muito ocupados, situando-se os restantes sujeitos em níveis intermédios (pouco ocupado, mais ou menos ocupado e ocupado). Não respondeu a esta questão, um sujeito.

### 8. Analisar a relação entre o nível de ocupação e a Satisfação com a Vida dos sujeitos

Da comparação das médias entre grupos com maiores e menores índices de ocupação relativamente à Satisfação com a Vida, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas  $F(4, 206) = 3,00$ , para um  $p < 0,05$ , entre grupos de acordo com o Quadro 2.

A média dos sujeitos ocupados de, 19, 55 (DP= 3,74) é a mais elevada e a média dos sujeitos nada ocupados, de 16,40 (DP= 5,03) é a média mais baixa.

Quadro 2

Resultado para a comparação entre grupos: ocupação (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p	$\rho^*$	P
Ocupação			4; 206	3,00		<0.05	,22	$p < 0.001$
Nada Ocupado	16,40	5,03						
Pouco Ocupado	18,07	5,40						
Mais ou Menos Ocupado	19,05	3,26						
Ocupado	19,55	3,74						
Muito Ocupado	18,50	4,94						

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

\*Coeficiente de correlação de Spearman

O coeficiente de correlação de Spearman revelou uma correlação entre ocupação e Satisfação com a Vida ( $\rho = ,22$ ;  $p < 0.001$ ), que indica que quanto mais elevado o nível de ocupação, mais elevada é a Satisfação com a Vida. Contudo, a correlação é baixa, de acordo com a classificação de Cohen & Holliday (1982, citados por Poeschl, 2006).

### 9. Avaliar a percepção da saúde dos sujeitos

Relativamente à percepção de saúde, 33 sujeitos (14,7%) avaliam-na como muito má e 3 (1,3%) como muito boa situando-se os restantes sujeitos entre má, mais ou menos e boa.

### 10. Analisar a relação entre percepção do nível de saúde e a Satisfação com a Vida dos sujeitos

Da comparação das médias entre grupos com maiores e menores índices de percepção de saúde relativamente à Satisfação com a Vida, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas  $F(4, 207) = 11,81$ , para um  $p < 0.001$ , entre grupos de acordo com o Quadro 3.

A média dos sujeitos que consideram ter uma saúde boa, de 20, 65 (DP=3,34) é a mais elevada e a média dos sujeitos que consideram ter uma saúde muito má, de 13, 41 (DP= 4,89) é a média mais baixa

Quadro 3

Resultado para a comparação entre grupos: percepção da saúde (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p	p*	P
Saúde			4; 207	11,81		<0.001	,42	<0.001
Muito má	13,41	4,89						
Má	16,13	4,58						
Mais ou menos	18,32	4,51						
Boa	20,65	3,34						
Muito Boa	19,66	5,77						

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

\*Coeficiente de correlação de Spearman

O coeficiente de correlação de Spearman revelou uma correlação estatisticamente significativa entre saúde e Satisfação com a Vida ( $p = ,42$ ;  $p < 0.001$ ), que indica que quanto mais elevada for a percepção sobre o nível de saúde, maior será a Satisfação com a Vida. Esta correlação é moderada de acordo com Cohen & Holliday (1982, citados por Poeschl, 2006).

### 11. Avaliar os níveis de Satisfação com a Família dos sujeitos

Relativamente aos níveis de satisfação com a família, 14 sujeitos (6,2%) não responderam. Teve a pontuação mínima de 3, que significa *discordo totalmente*, 2 inquiridos (0,9%), por sua vez, 110 sujeitos (49,1%) obtiveram, a pontuação máxima de 15, que significa *concordo totalmente*. A média da satisfação com a família é de 13, 55 (DP= 2, 31) e a Mediana é de 15.

Uma vez que a sub-escala de Satisfação com a Família não apresentava nenhum *scoring* formal de quantificação dos dados, nem tão pouco de comparação com uma tabela de aferição para a população portuguesa, optou-se por utilizar, mais uma vez, o critério da Mediana Teórica, que permite dividir teoricamente as pontuações esperadas em dois em torno do ponto de corte. Enquadrando-se, assim, acima desse ponto os participantes com níveis mais elevados de Satisfação com a Família e abaixo desse ponto de corte, os participantes com níveis mais baixos Satisfação com a Família. Como não foi encontrado um critério para interpretar os resultados obtidos ao nível da Satisfação com a Família, adoptou-se o critério da Mediana teórica. Sendo a Mediana Teórica de 10,5, constatou-se que 88% dos sujeitos apresentam valores superiores ou iguais à mediana, ou seja, níveis mais altos de Satisfação com a Família e 5,8% têm pontuações inferiores à Mediana Teórica, ou seja, apresentam níveis mais baixos de Satisfação com a Família. Comparando a Mediana Teórica (10,5) com a observada (15), observa-se que, globalmente, a grande maioria dos sujeitos manifestou níveis de Satisfação com a Família muito superiores aos esperados.

### 12. Analisar a relação entre a satisfação com a família e a Satisfação com a Vida dos sujeitos

Da comparação das médias entre grupos com maiores e menores índices de percepção da satisfação com a família relativamente à Satisfação com a Vida, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas  $F(9, 19) =$

4,10, para um  $p < 0.001$ , entre grupos de acordo com o Quadro 4. A média dos sujeitos que obtiveram a pontuação mais elevada na escala de satisfação com a família (15), de 18, 47 (DP= 4,35) é a média mais elevada e a média dos sujeitos que obtiveram a pontuação de 9 na escala de Satisfação com a Vida, de 10, 5 (DP=6,36) é a média mais baixa.

Quadro 4

Resultado para a comparação entre grupos: satisfação com a família ( $n=224$ )

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	T	p	$\rho^*$	$\rho$
Escala_familia			9; 19	4,10		<0.001	,33	<0.001
3	13,00	1,41						
6	13,33	5,03						
7	12,60	3,04						
9	10,50	6,36						
10	12,00	1,41						
11	15,16	5,45						
12	14,25	4,88						
13	16,83	6,46						
14	18,15	4,85						
15	18,47	4,35						

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

\*Coeficiente de correlação de Spearman

O coeficiente de correlação de Spearman revelou uma correlação estatisticamente significativa entre a satisfação com família e a Satisfação com a Vida ( $p = ,33$ ;  $p < 0.001$ ), que indica que quanto mais elevada for a satisfação com a família mais elevada será a Satisfação com a Vida. Esta correlação é baixa, de acordo com a classificação de Cohen & Holliday (1982, citados por Poeschl, 2006).

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS.

Relativamente à amostra deste estudo, destaca-se que é composta por um elevado número de pessoas muito mais velhas, com mais de 75 anos e uma maior proporção de mulheres, características igualmente observadas no estudo de Hernández et al (2009) e referenciadas por Oswald & Rowles (2006). A grande maioria dos sujeitos corresponde à caracterização da população portuguesa, referida por autores como Sousa et al. (2003); Botelho (2005) e Gonçalves (2007b). Muitos dos sujeitos são viúvos, têm baixa escolaridade e trabalharam essencialmente na agricultura e em fábricas. O seu nível socioeconómico é considerado normal, sendo paga a prestação principalmente pelo próprio ou com a ajuda da família.

Relativamente à institucionalização em lar, os resultados indicam uma tendência para a procura de instituição/ Lar da terceira idade na zona de residência. A maioria dos sujeitos não utilizava qualquer tipo de serviço formal, imediatamente antes da institucionalização. Este resultado é contrário à apresentação de Branch & Jette (1982); Bravell (2007); Cheek et al (1999); Liu & Tinker (2001); Nussbaum et al (2000), que afirmam maior tendência para a institucionalização nos indivíduos que já usufruíam de serviços formais.

Em relação ao objectivo central deste estudo, que é conhecer os motivos e factores de institucionalização em lar e avaliar a Satisfação com a Vida de idosos da Cova da Beira a residir em lares da terceira idade, os resultados indicam que os motivos que se revelaram de maior peso na institucionalização em lar, foi a dependência e a existência em simultâneo de dois ou três dos motivos enunciados pelos sujeitos (dependência, falta de condições

habitacionais, família, solidão, viuvez e outros). O facto de 41,1% dos sujeitos referirem mais do que um motivo para a institucionalização pode apoiar a interligação entre factores, defendida por Liu & Tinker (2001) como motivo de maior risco para a admissão em lar.

A elevada taxa de respostas “Dependência” apoia, por um lado, o peso da dependência como factor de institucionalização, defendido por autores como Findlay & McLaughlin (2005); Lowenstein & Katz (2003) e por Oswald & Rowles (2006). Por outro lado, os resultados corroboram que o aumento do risco de institucionalização devido a situações de dependência podem limitar a autonomia e estar associados a problemas de saúde (Borg et al, 2006; Bloem et al, 2008; Bravell et al, 2007; Fagerström et al, 2007; Gaymu et al, 2008; Liu & Tinker, 2001; Liu & Tinker, 2003; Navascués & Ordovás, 2007; Nolan, Davies & Grant, 2001; Scocco et al, 2006; Sousa et al, 2003). Neste estudo, os problemas de saúde são problemas do sujeito ou do seu cônjuge.

Os resultados sobre a família, como motivo de institucionalização, apoiam os vários estudos apresentados na revisão da literatura (Bloem et al, 2008; Gaugler et al, 2007; Grundy & Jitlal, 2007; Gu et al, 2007; Liu & Tinker, 2001; Marques & Calheiros, 2006; Scocco et al, 2006; Tu et al, 2006), principalmente pela falta de tempo e condições da mesma. Paúl et al (2005) e o Inserções (2007) destacam precisamente a falta de suporte familiar no interior onde se insere a região da Cova de Beira.

Quer a solidão (Arve et al, 2009; Bernal & Barbero, 2002; Gemito, 2004; Holmén & Furukawa, 2002; Oswald & Rowles, 2006; Scocco et al, 2006), quer a viuvez (Branch & Jette, 1982; Bravell, 2007; Cheek et al, 1999; Findlay & McLaughlin, 2005; Gaugler et al, 2007; Grundy & Jitlal, 2007; Gu et al, 2007; Holmén & Furukawa, 2002; Hutchison et al, 2005; Liu & Tinker, 2001; Nihtilä & Martikainen, 2008; Nussbaum et al, 2000; Rangelova, 2003) aparecem em simultâneo com outros motivos, apoiando a interligação entre factores novamente referida por Bloem et al (2008) e por Liu & Tinker (2001). Relativamente a estes dois motivos (solidão e viuvez), os resultados apoiam o que apresenta Marques & Calheiros (2006) em relação à realidade portuguesa, a maioria vive só, tal como neste estudo. Esta situação pode justificar-se com a viuvez de mais de 50% da amostra. Como refere Rebelo & Penalva (2004) e Paúl et al (2005) as pessoas mais velhas a viverem sós têm maior propensão para terem dificuldades, principalmente, de acordo com Nihtilä & Martikainen (2008); Paúl (1997) e Sequeira & Silva, (2002), económicas e manutenção da habitação.

Não obstante a solidão e a viuvez serem motivos de institucionalização, nesta amostra a questão económica, referida anteriormente, como motivo indirecto ou directo de institucionalização, não se observou. Este resultado é contrário ao que é referido na literatura (Bravell, 2007; Grundy & Jitlal, 2007; Gu et al, 2007; Lai et al, 2005; Santos & Encarnação, 1997), relativamente ao elevado poder económico que pode minimizar o risco de institucionalização. Somente no estudo de Costa (2005) se observou que as pessoas mais velhas institucionalizadas apresentam um valor superior de reforma em relação às não institucionalizadas.

Quanto à Satisfação com a Vida, neste estudo 66,8% dos sujeitos apresentam os altos níveis de Satisfação com a Vida e 27,6% têm baixos níveis de Satisfação com a Vida.

No que diz respeito às diferenças nos grupos etários, de género, estado civil e nível socioeconómico, os resultados deste estudo não apoiam aos estudos de Borg et al (2006); Fagerström et al. (2007); Gwozdz & Sousa-Poza (2009); Helliwell & Putman (2004); Iwatsubo et al. (1996); Sierra et al. (2004); Sequeira & Silva (2002); Zhang & Yu (1998). Estes autores defendem que a idade, género, estado civil e nível socioeconómico parecem revelar-se significativas na Satisfação com a Vida. Neste estudo não se revelam significativas.

A título exploratório, procedeu-se à análise da relação entre os motivos de institucionalização e a Satisfação com a Vida, na medida em que alguns factores de institucionalização (dependência, saúde, família, solidão, entre outros) são igualmente indicadores de Satisfação com a Vida. Contudo, nesta investigação não se observou uma relação entre a Satisfação com a Vida e os motivos de institucionalização.

Quanto à decisão de institucionalização, os resultados indicam que é tomada em primeiro lugar pela família e em segundo o próprio sujeito. Este resultado corrobora, em parte o que afirmam Jorgensen et al, (2009) e por Liu &

Tinker (2001, 2003). Estes autores referem que é a família (filhos e cônjuge) quem toma quase sempre a decisão de institucionalização. No entanto, também é apontada a ausência da participação da pessoa mais velha (Jorgensen et al, (2009); Liu & Tinker, 2001, 2003; McAuley & Travis, 2000; Oswald & Rowles, 2006; Scocco et al, 2006), que é contrária aos resultados deste estudo, uma vez que o próprio também decide sozinho. Esta decisão de institucionalização por parte do próprio, tal como referido por Oswald & Rowles (2006), pode justificar-se para ausência de rede social informal (família ou outros cuidadores informais), o que obriga à auto-decisão.

A importância de quem toma a decisão, de acordo com a literatura revela-se crucial, na medida em que as pessoas mais velhas encaram a institucionalização como último recurso (Fonseca et al, 2005; Gemitto, 2004; Lage, 2005; Liu & Tinker, 2003; Gaymu et al, 2008; Oswald & Rowles, 2006; Nussbaum et al, 2000) e mostram contrariedade na vinda para o lar (Liu & Tinker, 2001; Scocco et al, 2006).

Relativamente ao nível de ocupação os resultados indicam que muitos utentes (70,1%) não estão nada ocupados. Tal como foi abordado ao longo da revisão da literatura (Borg et al, 2006; Gonçalves, 2007b; Iwatsubo et al, 1996; Sequeira & Silva, 2002), há uma associação entre ocupação e a Satisfação com a Vida. Nesta investigação, embora a correlação seja baixa, quanto mais elevado o nível de ocupação, mais elevada é a Satisfação com a Vida.

Relativamente à participação importa ainda referir que os sujeitos que afirmaram não participar nas actividades justificam com a falta de saúde, falta de visão e dificuldade na motricidade. Só um grupo restrito referiu já ter muita idade. Hernández et al. (2009) fazem referência à importância da participação em actividades sociais, como meio de participação social, crucial para a satisfação. Esta ideia parece ir ao encontro dos resultados relativamente à associação do nível de ocupação com a satisfação com a vida.

No que diz respeito à integração social, a falta de ocupação pode ser limitadora (Sequeira & Silva, 2002). Ainda assim, os sujeitos após a institucionalização, continuam a ter contactos principalmente com a família (Ryan & Scullion, 2000).

Quanto à percepção que os sujeitos têm sobre a sua saúde os resultados indicam que os sujeitos avaliam a sua saúde como má (34,8%) e como mais ou menos (36,6%). Os resultados deste estudo sugerem ainda que melhor percepção de saúde se correlaciona positivamente com Satisfação com a Vida. Quanto maior for a percepção sobre a saúde, mais elevada é a Satisfação com a Vida (Borg et al., 2006; Borg et al., 2008; Brajković et al, 2009; Fagerström et al., 2007; Fernández-Ballesteros et al., 1998; Frijters et al., 2005; Gwozdz & Sousa-Poza, 2009; Helliwell & Putman, 2004; Holmén & Furukawa, 2002; Iwatsubo et al., 1996; Muzamil & Masood, 2008; Paúl, 2005; Ribeiro, 1999; Sequeira & Silva, 2002; Zhang & Yu, 1998; Železnik, 2007).

No que diz respeito à família, os resultados indicam que 88% dos sujeitos apresentam altos níveis de satisfação com a relação, com o tempo que passam com a família e com o que fazem em conjunto com a mesma.

O factor família, tal como foi referido na revisão da literatura, tem um peso preponderante em todo o processo de envelhecimento e na Satisfação com a Vida (Borg et al, 2006; Gonçalves, 2007b; Muzamil & Masood, 2008; Ribeiro, 1999; Zhang & Yu, 1998; Železnik, 2007). Os resultados deste estudo sugerem que os sujeitos com maior percepção da satisfação com a família são aqueles que se encontram mais satisfeitos com a vida. Há uma correlação embora baixa, entre a satisfação com a família e a vida.

A opinião dos sujeitos sobre um lar para a terceira idade, para que este seja considerado bom, indica que “deve ser igual ao lar onde se encontram” (32,6%) e são referidos simultaneamente dois motivos (29,9%), entre condições, decisão, deve ser igual ao lar onde se encontram, relações interpessoais, serviços e outros. Os resultados também sugerem que as relações interpessoais e os serviços aparecem como indicadores para um lar da terceira idade ser considerado bom. Relativamente aos serviços, os sujeitos referem a boa alimentação, bons tratamentos e cuidados e rapidez de serviços; mais funcionários, que parecem apoiar a importância de serviços de qualidade apresentada por Matsui & Capezuti (2008); Paúl (2005) e bons tratamentos e cuidados referidos por Findlay & McLaughlin (2005). A importância dos serviços e tratamentos e este novo conceito de cuidar e qualidade

parece reflectir-se nos resultados apresentados por Brajković et al (2009). Estes autores observaram no seu estudo que os sujeitos institucionalizados apresentavam uma avaliação subjectiva da qualidade de vida mais elevada relativamente aos sujeitos não institucionalizados. A justificação para esta elevada satisfação prende-se com o acesso a serviços (saúde, sociais e cuidados básicos) e com as condições do contexto.

## \_ CONCLUSÃO.

Este estudo partiu das tendências demográficas do envelhecimento, que revelam um crescimento do número de pessoas muito mais velhas e da necessidade consequente de cuidados face ao aumento da dependência com o aumento da idade e pela diminuição de cuidadores informais.

Este trabalho permitiu conhecer os motivos e factores de institucionalização em lar e avaliar a Satisfação com a Vida de idosos da Cova da Beira a residir em lares da terceira idade.

Como conclusões gerais do estudo pode evidenciar-se, não haver diferenças entre grupos com características sociodemográficas diferentes e a Satisfação com a Vida, não obstante a sua referência na literatura (Borg et al, 2006; Fagerström et al., 2007; Helliwell & Putman, 2004; Iwatsubo et al., 1996; Sierra et al., 2004; Sequeira & Silva, 2002; Zhang & Yu, 1998).

Pode destacar-se a dependência como motivo de maior peso na institucionalização (Borg et al., 2006; Bravell et al., 2007; Fagerström et al., 2007; Gaymu et al, 2008; Liu & Tinker, 2001; Liu & Tinker, 2003; Navascués & Ordovás, 2007; Nolan et al, 2001; Oswald & Rowles (2006); Scocco et al, 2006; Sousa et al, 2003) e a combinação de vários factores (Liu & Tinker, 2001), continuando a família ainda a tomar a decisão de institucionalização (Liu & Tinker, 2001, 2003).

Relativamente à Satisfação com a Vida, neste estudo a grande maioria dos sujeitos apresentam os altos níveis de Satisfação com a Vida. Concluiu-se que para esta Satisfação com a Vida contribuem o nível de ocupação, a percepção da saúde e Satisfação com a Família. Este corrobora os resultados dos estudos apresentados ao longo da revisão da literatura, que indicam uma associação entre os 3 indicadores referidos anteriormente e a Satisfação com a Vida (Borg et al, 2006; Borg et al, 2008; Brajković et al, 2009; Fagerström et al, 2007; Fernández-Ballesteros et al, 1998; Frijters et al, 2005; Gonçalves, 2007b; Gwozdz & Sousa-Poza, 2009; Helliwell & Putman, 2004; Holmén & Furukawa, 2002; Iwatsubo et al, 1996; Muzamil & Masood, 2008; Paúl, 2005; Ribeiro, 1999; Sequeira & Silva, 2002; Zhang & Yu, 1998; Železnik, 2007).

A mesma tendência se observou neste estudo relativamente à Satisfação com a Família. Os sujeitos (88%) apresentam altos níveis de Satisfação com a Família.

Para um Lar da terceira idade ser considerado bom, concluiu-se que os lares da região da Cova da Beira foram considerados como bons exemplos. As relações interpessoais e os serviços foram considerados igualmente pertinentes para se considerar um Lar da terceira idade como bom. Esta conclusão parece reflectir o conceito de qualidade no funcionamento dos serviços apresentado por Marques & Calheiros (2006) e o novo conceito de cuidar sugerido por Holmén & Furukawa (2002).

Os programas de acolhimento ou não são implementados ou cingem-se ao acompanhamento na adaptação do utente, que se pode traduzir em reconhecimento do espaço, acompanhamento psicológico e actividades de animação sócio cultural.

As potencialidades deste estudo centram-se na caracterização das pessoas mais velhas institucionalizadas em Lares na Cova da Beira, o seu processo de institucionalização e a sua Satisfação com a Vida. Esta investigação pode ser útil às instituições que participaram no estudo, para melhorar a adaptação, o quotidiano, o bem-estar e qualidade de vida dos seus utentes.



Como limitações pode referir-se a subjectividade e o conformismo observado em algumas das respostas, que nem sempre corresponderam ao que os sujeitos realmente expressavam. Este conformismo detectou-se em relação à participação nas actividades, à Satisfação com a Família e com a Vida e à opinião sobre um lar da terceira idade para ser considerado bom.

As limitações deste estudo, também se referem à não participação das pessoas com incapacidade cognitiva, por não conseguirem responder às questões. Seria pertinente conhecer os seus motivos de admissão, dado que o declínio cognitivo é um motivo de institucionalização.

Relativamente a investigações futuras, esta investigação deveria ser alargada a outras regiões, para se proceder à comparação de resultados e avaliação dos processos de institucionalização. Seria ainda pertinente realizar esta investigação destinada aos técnicos e familiares. Deste modo, seriam conseguidos três ângulos de visão de todas as partes envolvidas na institucionalização, possivelmente diferentes, relativamente ao processo de institucionalização e Satisfação com a Vida.

## \_ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Afonso, N. (2005a). Técnicas de recolha/produção de dados. In N. Afonso, *Investigação Naturalista em Educação* (pp. 88-110). Porto: Edições ASA.

Afonso, N. (2005b). Técnicas de análise e interpretação de dados. In N. Afonso, *Investigação Naturalista em Educação* (pp. 111-123). Porto: Edições ASA.

Agich, G. J. (2007). Reflections on the Function of Dignity in the Context of Caring for Old People. *Journal of Medicine and Philosophy*, 32, 483–494. Retirado em 5 de Abril, 2008 de <http://dx.doi.org/10.1080/03605310701626455>

Arve, S., Lavonius, S., Savikko, N., Lehtonen, A. & Isoaho, H. (2009). Social functioning and survival: A 10-year follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 137–141. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.sciencedirect.com/science>

Baltes, P. B., Staudinger, U. M. & Lindenbergh, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Reviews Psychology*, 5, 471-507.

Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

Bernal, M. E., & Barbero, M. I. (2002). Aplicación de la teoría de la decisión en la elección de compañero en una residencia de ancianos. *Acción Psicológica*, 2, 109-119.

Bloem, B., Tilgurg, T. V., & Thome'se, F. (2008). Residential mobility in older Dutch adults: influence of later life events. *International Journal of Ageing and Later Life*, 1(3), 21-44.

Borg, C., Hallberg, I.R. & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal Of Clinical Nursing*, 15, 607–618. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de [http://www.bth.se/fou/forskinfor/nsf/0/0d21157831f56a17c12572ff0045d9c2/\\$FILE/jcn\\_1375.pdf](http://www.bth.se/fou/forskinfor/nsf/0/0d21157831f56a17c12572ff0045d9c2/$FILE/jcn_1375.pdf)

Borg et al (2008). Life Satisfaction in 6 European Countries: The Relationship to Health, Self Esteem, and Social and Financial Resources among People (Aged 65-89) with Reduced Functional Capacity. *Geriatr Nurs* 29, 1, 48-57. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.sciencedirect.com/science>

Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 111-153). Lisboa: Climepsi Editores.

Brajković, L., Godan, A. & Godan, L. (2009). Quality of life after stroke in old age: comparison of persons living in nursing home and those living in their Own Home. *Croat Med Journal*, 182-188. Retirado em 27 de Maio de 2010 de [www.cmj.hr](http://www.cmj.hr)

Branch, L. G. & Jette, A. M. (1982, Dezembro). A Prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *American Journal of Public Health*, 72, 12, 1373-1379. Obtido em de <http://www.ajph.org/cgi/reprint/72/12/1373>

Bravell, M. E. (2007). Care trajectories in the oldest old. Tese de doutoramento não publicada, Jönköping University, Institute of Gerontology, School of Health Sciences, Suécia. Retirado em 29 de Setembro, 2008 de [http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn\\_nbn\\_se\\_hj\\_diva-1027-1\\_fulltext.pdf](http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_hj_diva-1027-1_fulltext.pdf)

Bravell, M. E., Berg, S. & Malmberg, B. (2008). Health, functional capacity, formal care, and survival in the oldest old: A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46, 1–14. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.sciencedirect.com/science>

Caldas, C. P. (2003, Maio/Junho). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos Saúde Pública*, 19 (3), 773-781.

Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2008). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos* 42, 111-155. Retirado em 9 de Abril, 2008 de [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Carta Social (2006). Equipamentos. Retirado em 22 de Abril, 2008, de <http://www.cartasocial.pt>

Cheek, J., Ballantyne, A. & Tucker, M. (1999) Findings. In J. Cheek, A. Ballantyne, & M. Tucker. *Coping with Crisis: How Australian families search for and select an aged care facility for a family member upon discharge from an acute care setting* (pp. 20-42). Centre for Research into Nursing and Health Care, University of South Australia. Austrália: The Write Word. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de <http://www.unisa.edu.au/sustainablehealth/documents/Coping%20with%20crisis%20final%20report.pdf>

Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª Ed.) (pp. 158-176). Lisboa: Climepsi Editores.

Duarte, M., & Paúl, C. (2006-2007, Dezembro/Maio). Avaliação do ambiente institucional – público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gereontologia*, 1 (1), 17-29. Retirado em 15 de Abril, 2008 de <http://usc.no.sapo.pt>

Fagerström, C. et al (2007, 20 de Junho). Life satisfaction and associated factors among people aged 60 years and above in six european countries. *Applied Research in Quality of Life* 2, 33–50. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de <http://www.springerlink.com/content/27757th127j77751/fulltext.pdf>

Fernandes, D. (1991). Notas sobre os paradigmas de investigação em educação. *Noesis*, 18, 64-66.

Fernández-Ballesteros, R., Montorio, I. & Trocóniz, M. I. F. (1998) Personal and environmental relationships among the elderly living in residential settings. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26, 185–198. Retirado em 2 de Outubro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/archger](http://www.elsevier.com/locate/archger)

Findlay, R., & McLaughlin, D. (2005) Environment and psychological responses to ageing. In G. J. Andrews, D. R. Phillips (Eds.), *Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice* (pp. 118-132). Routledge: Taylor and Francis Group.

Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da « passagem à reforma». In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª Ed) (pp. 45-73). Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (1ª Ed.) (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). O envelhecimento e as suas causas. In R. Fontaine, *Psicologia do Envelhecimento* (J. N. Almeida, Trad., 1ª ed., pp. 19-32). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1999).

Frijters, P., Haisken-DeNew, J. & Shields, M. A. (2005, Fevereiro). Socio-economic status, health shocks, life satisfaction and mortality: evidence from an increasing mixed proportional hazard model. IZA Discussion Paper No. 1488. Germany: Institute for the Study of Labor. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de [ftp://ftp.iza.org/dps/dp1488.pdf](http://ftp.iza.org/dps/dp1488.pdf)

Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A. & Kane, R. L. (2007, 19 de Junho). Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BioMed Central Geriatrics*, 7, 13. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1914346&blobtype=pdf>

Gaymu, J., Ekamper, P. & Beets, G. (2008). Future trends in health and marital status: effects on the structure of living arrangements of older Europeans in 2030. *Eur J Ageing*, 5, 5–17. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.springerlink.com>

Gemito, M. L. (2004). O quotidiano familiar do idoso numa freguesia rural do alentejo. Tese de mestrado em Sociologia – Área de Especialização de Família e População não publicada. Évora: Universidade de Évora.

Gonçalves, J. (2007a) (coord.). *Carta Social de 2006*. Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Retirado em 22 de Abril, 2008, de <http://www.cartasocial.pt>

Goncalves, M. J. F. (2007b, 30 de Maio a 2 de Junho). O envelhecimento saudável nos Lares da Região Autónoma da Madeira. Trabalho apresentado no VIII Congresso de la Asociación de Demografía Histórica, Maó, Menorca.

Grundy, E. & Jitlal, M. (2007) Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991–2001: a record linkage study from England and Wales. *Age and Ageing*, 36, 424–430. Retirado em 28 de Setembro, 2008 de <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprint/afm067v1>

Gu, D., Dupre, M. E. & Liu, G. (2007). Characteristics of the institutionalized and community-residing oldest-old in China. *Social Science & Medicine*, 64, 871–883. Retirado em 28 de Setembro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/socscimed](http://www.elsevier.com/locate/socscimed)

Gwozdz, W. & Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. *Soc Indic Res*, 1-21 Retirado em 27 de Maio de 2010 de <http://www.springerlink.com>

Helliwell, J. F. & Putman, R. D. (2004, 31 de Agosto). The social context of well-being. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 359, 1435–1446. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de <http://journals.royalsociety.org/content/nrf2rbd3dx3tyvtj/fulltext.pdf>

Hernández, C. R., Fernández, V. L. & Alonso, T. O. (2009). Satisfaction with life related to functionality in active elderly people. *Actas Esp Psiquiatria*, 37(2), 61-67. Retirado em 27 de Maio, 2010 de <http://journals.royalsociety.org/content/nrf2rbd3dx3tyvtj/fulltext.pdf>

Holmén, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people—a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 261–274. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/archger](http://www.elsevier.com/locate/archger)

Howitt, D. & Cramer, D. (2008a). The *t*-test. In D. Howitt & D.Cramer, *Introduction to SPSS in Psychology* (4<sup>a</sup> Ed, pp. 104-112). Harlow: Pearson Education.

Howitt, D. & Cramer, D. (2008b). Analysis of variance (ANOVA). In D. Howitt & D.Cramer, *Introduction to SPSS in Psychology* (4<sup>a</sup> Ed, pp. 164-170). Harlow: Pearson Education.

Hutchison, L., Hawes, C. & Williams, L. (2005). Access to quality health services in rural areas – long term care: a literature review. In L. Gamm & L. Hutchison (eds). *Rural healthy people 2010: a companion document to healthy people 2010*, 3. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de [www.srph.tamhsc.edu/centers/rhp2010](http://www.srph.tamhsc.edu/centers/rhp2010)

Hwang, H.-L., Lin, H.-S., Tung, Y.-L. & Wu, H.-C. (2006) Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 429–437. Retirado em 2 de Outubro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/ijnurstu](http://www.elsevier.com/locate/ijnurstu)

Inserções, da Investigação à acção: inserção sócio-profissional em concelhos da Beira Interior (2007, Dezembro). Diagnóstico social em concelhos da beira interior. UBI\_CES, Centro de Estudos Sociais. Versão draft, Universidade de Beira Interior, Covilhã. Retirado em 2 de Maio, 2008 de <http://www.insercoes.ubi.pt>

Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994. Retirado em 15 de Janeiro, 2008 de <http://www.iefp.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2006). Anuário Estatístico da Região Centro. Lisboa: INE. Retirado em 11 de Abril, 2008 de <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2008, Fevereiro). Boletim Mensal de Estatística. Retirado em 5 de Abril, 2008 de <http://www.ine.pt>

Iwatsubo, Y., Derriennic, F., Cassou, B. & Poitrenaud, J. (1996). Predictors of life satisfaction amongst retired people in Paris. *International Journal of Epidemiology*, 25, 1, 160-170. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/25/1/160>

Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., & Losada, A. (2005). Caregivers' expectations and care receivers' competence, Lawton's ecological model of adaptation and aging revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics* (41), 129–140. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/archger](http://www.elsevier.com/locate/archger)

Jan, M. & Masood, T. (2008). An Assessment of Life Satisfaction among Women. *Stud. Home Comm. Sci.*, 2 (1): 33-42. Obtido em Novembro 1, 2008 de <http://www.krepublishers.com/02-Journals/S-HCS/HCS-02-0-000-08-Web/HCS-02-1-001-08-Abst-Text/HCS-02-1-033-08-035-Jan-M/HCS-02-1-033-08-035-Jan-M-Tt.pdf>

Jefferys, M. (1996). Cultural aspects of ageing: gender and inter-generational issues. In *Soc. Sci. Med.*, 43 (5), 681-687. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de <http://www.sciencedirect.com/science>

Jorgensen, D., Arksey, H., Parsons, M., Senior, H. & Thomas, D. (2009). Why Do Older People in New Zealand Enter Residential Care Rather than Choosing to Remain at Home, and Who Makes that Decision? *Ageing Int*, 34, 15–32. Retirado em 27 de Maio de 2010 de <http://www.springerlink.com>

Kleinjans, k. J. & Lee, J. (2006). *The link between individual expectations and savings: do nursing home expectations matter?* (Working paper no. 2006-5). Denmark: University of Aarhus, School of Economics and Management, Department of Economics. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de <http://ssrn.com/abstract=1147034>

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.

Lai, K., Tzeng, R., Wang, B., Lee, H., Amidon, R. L. & Kao, S. (2005) Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research*, 14, 1169–1180.

Lee, S-H., & Mason, A. (2007). Who gains from the demographic dividend? Forecasting income by age. *International Journal of Forecasting* (23), 603-619. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/ijforecast](http://www.elsevier.com/locate/ijforecast)

Liu, L.-F. & Tinker, A. (2001). Factors associated with nursing home entry for older people in Taiwan, Republic of China. *Journal of interprofessional care*, 15 (3), 245-255. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.ebscohost.com>

Liu, L.-F. & Tinker, A. (2003). Admission to Nursing Homes in Taiwan. *Social Policy & Administration*, 37 (4), 376-394. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.ebscohost.com>

López, A. E. (2007, Novembro). Tercera Edad: Diferentes percepciones y necesidad de relaciones basadas en una nueva Ética Social. *KAİROS, Revista de Temas Sociales*, 11 (20), 1-14. Retirado em 6 de Abril, 2008, de <http://www.revistakairos.org>

Lowenstein, A., & Katz, R. (2003). Theoretical perspectives and conceptual framework. In A. Lowenstein & J. Ogg (eds.). *OASIS, Old age and autonomy: the role of service systems and intergenerational family solidarity*, (Final

Report, ISBN: 965-90602-0-3) 1. Israel: Centre of Research and Study of Aging, University of Haifa. Retirado em 27 de Julho, 2008 de [http://www.nova.no/asset/436/2/436\\_2.pdf](http://www.nova.no/asset/436/2/436_2.pdf)

Lubinski, R. (2006) Professionalism in long-term care settings. *Journal of Communication Disorders* (39), 292–300. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

McAuley, W. J. & Travis, S. S. (2000). Factors Influencing Level of Stress During the Nursing Home Decision Process. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6 (4), 269-278. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.springerlink.com>

MacGregor, D. G. (2003). Psychology, meaning and the challenges of longevity. *Futures* (35), 575–588. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/futures](http://www.elsevier.com/locate/futures)

Mahoney, J., Eisner, J., Havighurst, T., Gray, S. & Palta, M. (2000). Problems of older adults living alone after hospitalization. *J Gen Intern Med*, 15, 611-619. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.ebscohost.com>

Marques, S., & Calheiros, M. M. (2006, Dezembro). O modelo lógico como instrumento de avaliação da qualidade: o centro de dia para pessoas idosas. *Revista Kairós, Gerontologia*, 9 (2), 147-167. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf#page=69>

Matsui, M. & Capezuti, E. (2008). Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatric Nursing*, 29, 2, 141-147. Retirado em 12 de Outubro, 2008 de [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Meijer A., Van Campen, C. & Kerkstrs, A. (2000). A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 554-561. Retirado em 23 de Março, 2009, de <http://www.ebscohost.com>

Musaiger, A. O., & D' Sousa, R. (2008) (in press). Role of age and gender in the perception of aging: a community-based survey in Kuwait. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1-8. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/archger](http://www.elsevier.com/locate/archger)

Naciones Unidas (2002, Abril 18 a 12). Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. Paper apresentado na 2ª assembleia do envelhecimento, Nações Unidas, Organização Mundial de Saúde, Nova York. Retirado em 3 de Agosto, 2008 de <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>

Navascués, L. J., & Ordovas, C. A. (2007). Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. *GEROKOMOS*, 18 (1), 16-23.

Nihtilä, E. K., Martikainen, P. T., Koskinen, S. V. P., Reunanen, A. R., Noro, A. M. & Häkkinen, U. T. (2007, Junho 11). Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *European Journal of Public Health*, 1–8.

Nihtilä, E. & Martikainen, P. (2008). Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: The role of socioeconomic factors and health characteristics. *Scandinavian Journal Public Health*, 36, 35, 35–43. Retirado em 29 de Setembro, 2008 de <http://sjp.sagepub.com/cgi/content/abstract/36/1/35>

Nolan, M., Davies, S., & Grant, G. (2001). Quality of life, quality of care. In M. Nolan, S. Davies & G. Grant (eds.), *Working with older people and their families* (1ª ed., pp. 1-18). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Nussbaum, J. F., Pecchioni, L. L., Robinson, J. D. & Thompson, T. L. (2000). Health, communication, and aging. In J. F. Nussbaum, L. L. Pecchioni, J. D. Robinson & T. L. Thompson, *Communication and Aging* (2ª ed., pp. 260-291). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Oliveira, J. H. (2008a). *Psicologia do Idoso, Temas Complementares*. Porto: Livpsic/Legis Editora.

Oliveira, J. H. (2008b). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Livpsic/Legis Editora.

Oswald, F., & Rowles, G. D. (2006). Beyond the relocation trauma in old age: New trends in today's elders' residential decisions. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer, & A. Hoff (Eds.), *New Dynamics in Old Age: Environmental and Societal Perspectives* (pp. 127-152). Amityville, New York: Baywood Publ. Retirado em 19 de Maio, 2010 de <http://usc.no.sapo.pt>

Pallant, J. (2007). *SPSS, Survival Manual*. Inglaterra: Open Press University.

Paúl, C. (2005) A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da Vida*. Coimbra: Livraria Almedina.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos Portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Perez, F. R., Fernandez-Mayoralas, G., Rivera, F. E. P. & Abuin, J. M. R. (2001) Ageing in place: predictors of the residential satisfaction of elderly? *Social Indicators Research*, 54, 173–208. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.springerlink.com>

Phillips, C. D., Holan, S., Sherman, M., Williams, M. L. & Hawes, C. (2004, Outubro). Rurality and nursing home quality: results from a national sample of nursing home admissions. *American Journal Public Health*, 94, 10, 1717–1722. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/10/1717>

Plano Nacional de Saúde (PNS) (2004). *Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Documento de trabalho de 11 de Fevereiro. Lisboa: Ministério da Saúde.

Poeschl, G. (2006). Medidas de associação para duas variáveis. In G. Poeschl, *Análise de dados na investigação em psicologia: teoria e prática* (pp. 152-161). Coimbra: Editora Almedina.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grávida.

Rangelova, R. (2003). Bio-demographic change and socio-economic trends in Bulgaria. *Economics and Human Biology* (1), 413–428. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/ehb](http://www.elsevier.com/locate/ehb)

Rebelo, J. & Penalva, H. (2004, Setembro). Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade. Paper apresentado no II Congresso Português de Demografia, Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal, Lisboa.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.

Ribeiro, A., & Sousa, L. (2008). Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, II (1), 22-38. Retirado em 2 de Maio, 2008 de <http://usc.no.sapo.pt>

Ryan, A. A. & Scullion, H. F. (2000). Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 626-634. <http://www.ebscohost.com>

Santos, F. & Encarnação, F. (1997). *Modernidade e gestão da velhice*. Algarve: Centro Regional da Segurança Social.

Scocco, P., Rapattoni, M. & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly? *Int J Geriatr Psychiatry*, 21, 281–287. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.ebscohost.com>

Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). *O bem estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, 3 (XX): 505-516.

Sierra, M. I., Delgado, C. R., Muñoz, A. F., Vilán, J. M., Prado, M. B., & Parody, T. R. (2004). La calidad de vida de las personas mayores en una zona de salud de Huelva. *Portularia*, 4, 199-208.

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, XXVI, 503-515.

Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

Sousa, L. & Cerqueira, M. (2006). Influência do género nas imagens da velhice: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Kairós, Gerontologia*, 9 (2), 69-86. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf#page=69>

Spirduso, W. W., Francis, K. L. & MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging* (2ª ed.). Champaign: Human Kinetics.

Stuck, A E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E. & Beck, J. C. (2002) Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression Analysis. *JAMA*, 287 (8), 1022-1028. Retirado em 29 de Setembro, 2008 de <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/287/8/1022>

Subas, F. & Hayran, O. (2005). Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 23–29. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.sciencedirect.com/science>

Takeda, Y., Kawachi, I., Yamagata, Z., Hashimoto, S., Matsumura, Y., Oguri, S., & Okayama, A. (2004). Multigenerational family structure in Japanese society: impacts on stress and health behaviors among women and men. *Social Science & Medicine* (59), 69–81. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/socscimed](http://www.elsevier.com/locate/socscimed)

Tinker, A. (2002). The social implications of an ageing population. *Mechanisms of Ageing and Development* (123), 729–735. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de [www.elsevier.com/locate/mechagedev](http://www.elsevier.com/locate/mechagedev)

Tu, Y.-C., Wang, R.-H. & Yeh, S.-H. (2006). Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 673–680. Retirado em 2 de Outubro, 2008, de [www.elsevier.com/locate/ijnurstu](http://www.elsevier.com/locate/ijnurstu)

Wurm, S., Tomasik, M. J. & Tesch-Römer, C. (2008). Serious health events and their impact on changes in subjective health and life satisfaction: the role of age and a positive view on ageing. *Eur J Ageing*, 5, 117–127. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.springerlink.com>

Yeh, S. J. & Liu, Y. (2003) Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BioMed Central Health Services Research*, 3, 9. Retirado em 2 de Outubro, 2008 de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/9>

Železnik, D. (2007). Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia. Tese de dissertação de mestrado não publicada. *Acta Universitatis Ouluensis D medica* 954. Finlândia: Faculty of Medicine, Department of Nursing Science and Health Administration, University of Oulu. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>

Zhang, A. Y. & Yu, L. C. (1998). Life satisfaction among chinese elderly in Beijing. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 13, 109–125. Retirado em 2 de Outubro, 2008 de <http://www.springerlink.com/content/t723725770963478/fulltext>.

## PARA COMPREENDER A VIOLÊNCIA CONTRA AS PESSOAS IDOSAS PROBLEMATIZAÇÃO DAS CATEGORIAS E INDICADORES DE RISCO.

*Maria Irene Lopes B. de Carvalho<sup>1</sup>*

### \_ Resumo

Este artigo tem como objectivo problematizar a noção de violência sobre os idosos, identificar categorias e indicadores de risco associados ao abuso e aos maus-tratos. Apresenta alguns dados acerca da violência sobre os idosos nestes últimos anos no contexto português e questiona o modo como as políticas podem, ou não, modificar os processos de violência, actuando na protecção e promoção da autonomia do grupo mais vulnerável a este fenómeno.

**Palavras-chave:** violência, categorias, indicadores, risco.



### \_ INTRODUÇÃO.

A violência e os maus-tratos sobre as pessoas idosas ganharam expressão e visibilidade face ao aumento do número de pessoas com mais de 65 anos na população total dos países desenvolvidos<sup>2</sup>, a par da violência contra as mulheres e os maus-tratos a crianças. Contudo, esta questão não é apenas explicável pelo aumento da população idosa e pela longevidade, mas também pela consciência de que o problema existe, sobretudo dos profissionais que trabalham na área social e da saúde, constatação que se alia às múltiplas investigações realizadas nestes últimos anos (Dias, 2004; Faleiros, 2007).

São cada vez mais os idosos que entram nos hospitais vítimas de todo o tipo de violência (psicológica, física, sexual, abandono, negligência, entre outras). Estes actos de violência são geralmente praticados por aqueles que são responsáveis pelas pessoas idosas e lhes prestam os cuidados básicos, ou pelo próprio idoso que já perdeu a auto-estima e a identidade, mas também podem ocorrer no âmbito da comunidade, onde desconhecidos ou conhecidos se aproveitam da sua fragilidade.

Em Portugal, este tema tem tido uma relativa visibilidade no que respeita ao número de situações sinalizadas às autoridades policiais e à APAV – Associação de Portuguesa de Apoio à Vítima – e uma considerável visibilidade no que respeita às investigações e preocupações dos profissionais que trabalham nesta área.

Neste artigo vamos, em primeiro lugar, identificar as noções de violência, sobre os idosos, enunciadas pelas organizações internacionais (OMS, UE) e por algumas pesquisas realizadas nesta área. Além desta problematização, apresentaremos as categorias conhecidas da violência e os indicadores de risco. Nesta linha de análise, reportamo-nos aos sinais a que devemos estar atentos quando abordamos situações de violência sobre os idosos. Iremos terminar com a apresentação de dados estatísticos sobre o fenómeno em Portugal e de algumas orientações para as políticas nesta área.

<sup>1</sup> Assistente Social, Docente Universitária, Investigadora, Supervisora e Formadora (mariacarvalho21@gmail.com)

<sup>2</sup> O número de pessoas idosas ultrapassa já o número de jovens com menos de 14 anos (INE, 2001).

## \_ 1. PROBLEMATIZAÇÃO DA NOÇÃO DE VIOLÊNCIA.

A violência e o abuso das pessoas mais velhas não são fenómenos actuais. A violência sempre existiu, sobretudo nos grupos socialmente mais fragilizados e vulneráveis. Até ao século XX, era entendida com algo natural e com pouca ou nenhuma expressão pública. A questão toma visibilidade no pós-guerra com a Declaração dos Direitos do Homem, a Declaração dos Direitos da Criança e, posteriormente, na década de sessenta com a reivindicação dos direitos das mulheres. Foi neste contexto que surgiram os primeiros estudos sobre esta questão<sup>1</sup>. No início, foi identificada como problema social e da idade, para posteriormente ser assumida como um problema de saúde pública e de justiça criminal (OMS, 2002: 125) e, actualmente, como uma questão de direitos humanos.

Nas sociedades democráticas, os direitos humanos são direitos fundamentais no funcionamento dos Estados e os direitos cívicos, políticos e sociais fazem parte do quotidiano dos cidadãos. Apesar disso, são constantemente violados e prevalecem os abusos e a violência sobre os grupos considerados mais frágeis, como as mulheres, as crianças e os idosos. Estes grupos estão frequentemente associados à pobreza e à exclusão (Capucha, 2005). O acréscimo destes fenómenos tem impulsionado as organizações internacionais a divulgar orientações no sentido de conceptualizar e actuar face a este problema (OMS, 2002a e Comissão Europeia, 2008).

Actualmente procura-se uma definição abrangente que possibilite criar um consenso internacional do conceito de violência, abuso e maus-tratos aos idosos. Este ainda não foi conseguido devido, em parte, ao modo como os países o conceptualizam, com diferentes expressões que decorrem dos diferentes contextos culturais. Habitualmente assume-se a noção de violência sobre o idoso conforme é definida pela OMS (2002a: 126) e também pela Comissão Europeia (2008: 2): “um ato simples ou repetido, ou ausência de acção apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa”. Na Declaração de Toronto (OMS, 2002b) a noção integra as categorias de abuso físico, psicológico, emocional, sexual, financeiro e negligência, considerando-se que este pode ser intencional ou involuntário.

Também o Conselho da Europa (1992) definiu maus-tratos como “acto não accidental ou omissão que prejudica a vida, a integridade física e psicológica de uma pessoa mais velha ou prejudica o desenvolvimento da sua personalidade e provoca danos e compromete a sua segurança financeira”. A questão do dano causado pela omissão ganha pertinência nestas duas últimas definições e remete a violência para uma questão para-jurídica. Em termos legais, o acto de violência e abuso involuntário ou intencional sobre idosos representa sempre uma omissão<sup>2</sup>.

Para Minayo (2003: 785), “a violência é um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupo, de classe, de género, ou objectivadas em instituições quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coacção directa ou indirecta, causando-lhe danos físicos, mentais e morais”. Esta definição integra uma visão mais alargada em termos sociais da noção de violência sobre os idosos.

Com o argumento de que a violência não pode ser concebida só como um acto, Faleiros (2007) considera-a “um processo relacional complexo e diverso. É relacional pois deve ser entendido na estruturação da própria sociedade e das relações interpessoais, institucionais e familiares (...), é complexa por envolver relações de poder tanto no contexto social mais geral como nas relações particulares numa perspectiva histórica e dinâmica (...), e é diversificada nas manifestações familiares, individuais e colectivas (...) entre os diferentes grupos e segmentos e atinge o corpo físico e a psique” (Faleiros, 2007: 27).

Desta forma, o autor interpreta a violência sobre os idosos como uma “relação desigual de poder, implicando a negação do outro, da diferença, da tolerância e das oportunidades. Como consequência, traduz-se num prejuízo,

<sup>1</sup> A OMS (2002<sup>a</sup>) referencia que os primeiros estudos sobre abuso de idosos foram publicados em Inglaterra na década de setenta.

<sup>2</sup> A violência cometida por omissão pode ser entendida como negligência, seja ela intencional ou involuntário. No caso do Código Penal português, a omissão intencional é crime imputável ao que perpetra o facto e é considerado negligência quando não intencional, sendo também punida por lei (crimes de omissão, capítulo 37, in Dias, 2007: 905 e segs.).

dano ou sofrimento e infringe o pacto social de convivência, de garantia de direitos e de modo civilizatório fundado nos direitos humanos” (Faleiros, 2007: 30). Traduz ainda prejuízos materiais, morais e de identidade para quem dela sofre, que permanece em desvantagens face à estrutura da sociedade.

Esta noção de violência é também defendida por Strümpel e Hackl (2008: 10), que propõem que esta integre uma dimensão estrutural, cultural e pessoal. Em termos estruturais, a violência remete para a influência das leis, modo de vida na pobreza e circunstâncias do meio. Em termos culturais, remete para a importância dos valores religiosos, ideologias, imagens negativas da velhice. Em termos pessoais, remete para a motivação, auto-estima, aspectos biográficos e de trajetória de vida.

As autoras, Strümpel, e Hackl (2008), coordenaram um estudo europeu sobre as representações da noção de violência em vários países e concluíram que as definições têm características distintas decorrentes precisamente desses aspectos. Neste sentido, foi possível distinguir, nalguns países, que a violência é associada aos aspectos físicos e que o abuso e o maus-tratos à negligência e abuso emocional. Além destas distinções, foram identificadas características similares, com destaque para o uso indiscriminado das noções de violência, abuso e maus-tratos como se de um todo se tratasse. É neste sentido que estamos também aqui a abordar a noção de violência. Vejamos de seguida as categorias de violência quando se fala de pessoas idosas.

## 2. AS CATEGORIAS DA VIOLÊNCIA.

A violência e o abuso podem ser praticados, em três níveis: auto-infligida (suicídio, self-abuso); interpessoal (família e comunidade); e colectiva (social, política e económica (OMS, 2004). A mais frequente é a interpessoal praticada ou por familiares, ou por instituições onde vivem os idosos e/ou se relacionam, pelos funcionários destas organizações que lhes prestam, ou não, cuidados, e também por pessoas estranhas ou conhecidas da comunidade. Habitualmente, a violência sobre os idosos divide-se em categorias: abuso físico; abuso psicológico e emocional; abuso financeiro ou material; abuso sexual; negligência e auto-negligência – Figura 1.

O abuso físico é uma forma de infligir dor ou lesão, coacção física ou domínio induzido pela força ou utilização indevida de medicamentos, assim como brutalidade física. O abuso psicológico e emocional é um modo de infligir angústia mental, insultos, palavras injuriosas, intimidação, falsas acusações, difamação, sofrimento psicológico, crueldade mental e assédio moral. O abuso financeiro ou material diz respeito à exploração ilegal ou imprópria, ou uso de fundos financeiros ou recursos materiais do idoso. Também estão incluídos a extorsão e controlo do dinheiro da pensão, a apropriação de bens móveis e imóveis e a exploração dos idosos como, por exemplo, a coacção à mendicância.

Figura 1 – Categorias de violência

CATEGORIAS	CARACTERÍSTICAS
Abuso físico	Dor ou lesão, coacção física ou domínio pela força ou por drogas infligido ao idoso. Brutalidade física.
Abuso psicológico e emocional	Angústia mental, insultos, palavras injuriosas, intimidação, falsas acusações, difamação, sofrimento psicológico ou crueldade mental infligido ao idoso. Assédio moral.
Abuso financeiro ou material	Exploração ilegal ou imprópria, ou uso de fundos ou recursos do idoso. Extorsão e controlo do dinheiro da pensão e apropriação de bens móveis e imóveis e exploração dos idosos (obriga-los a mendigar).
Abuso sexual	Contacto sexual não consensual de qualquer tipo com o idoso. Incesto, estupro e outras formas de coacção sexual

Negligência	Recusa ou falta em desempenhar a obrigação de cuidar do idoso. Recusa de afecto e falta de interesse pelo bem-estar do idoso. Abandono do idoso.
Auto-negligência	Comportamento do idoso que coloca em perigo a sua própria segurança e a saúde.

Fonte: (OMS, 2002: 126-127; Strümpel e Hackl, 2008: 17)

O abuso sexual implica o contacto sexual não consensual de qualquer tipo com o idoso, no qual também se inclui o incesto, o estupro e outras formas de coacção sexual. A negligência envolve recusa ou falta em desempenhar a obrigação de cuidar do idoso, a recusa de afecto, a falta de interesse pelo bem-estar dos idosos e abandono. Por último, na auto-negligência, o comportamento do idoso coloca em perigo a sua própria segurança e saúde.

Existem ainda outras categorias de violência, aquelas que são frequentes em instituições. Pode ser infligida em instituições sociais e de saúde com responsabilidades na protecção, promoção e cuidado às pessoas idosas e tem contornos específicos que decorrem tanto da falha do seu funcionamento, como de condutas abusivo dos funcionários. Contudo uma e outra são identificadas em conjunto e não acontecem uma sem a outra. São identificadas as seguintes causas (Figura 2): o tipo de assistência em instituições de saúde e sociais; o stress do pessoal; a dificuldade de interacção entre os residentes e os idosos; o ambiente interno; as políticas organizacionais.

Figura 2 – Causas da violência institucional

CAUSAS DA VIOLÊNCIA	CARACTERÍSTICAS DO RISCO
Tipo de assistência em instituições de saúde e sociais	Assistência e alimentação inadequada, enfermagem deficiente, falta de cuidados básicos e especializados.
Stress do pessoal	Condições precárias de trabalho, desgaste dos funcionários, formação insuficiente e problemas psicológicos.
Dificuldade de interacção entre os residentes e os idosos	Má comunicação, agressividade por parte dos residentes e diferenças culturais. Tratamento do idoso que não respeita a sua dignidade. <i>Bullying</i> .
Ambiente interno	Falta de privacidade básica, uso de repressão, estímulo sensorial inadequado, propensão a acidentes dentro da instituição.
Políticas organizacionais	Abuso de poder contra o idoso pela sua não participação nas decisões que lhe dizem respeito. Atitudes autoritárias e burocráticas. Uso de repressão, roubo e fraude. Falta de conselho e informação aos residentes e familiares. Redução ou alta rotatividade do pessoal.

Fonte: (OMS, 2002:133)

Quando falamos no tipo de assistência em instituições de saúde e sociais estamos a referir-nos a falta de assistência, a alimentação inadequada, a enfermagem deficiente e falta de cuidados básicos e especializados. O stress do pessoal decorre das condições de trabalho precário, desgaste dos funcionários, formação insuficiente e problemas psicológicos. A dificuldade de interacção entre os residentes e os profissionais remete para a má comunicação, para a agressividade por parte dos residentes e para diferenças culturais. Também o tratamento do idoso que não respeita a sua dignidade e o fenómeno do *bullying* podem ser identificados como violência. No que diz respeito ao ambiente interno das instituições, inclui-se a falta de privacidade, o uso de repressão, os estímulos

sensoriais inadequado e a propensão para acidentes dentro da instituição. As políticas organizacionais referem-se ao abuso de poder contra o idoso e à não participação deste nas decisões que lhe dizem respeito, mas também a atitudes autoritárias e burocráticas e ao uso de repressão, ao roubo e à fraude. A falta de conselho e informação aos residentes e familiares e a redução ou alta rotatividade do pessoal são também características destas categorias de violência. Vejamos de seguida outros indicadores de risco que nos permitem compreender e identificar o fenómeno da violência sobre os idosos.

### 3. INDICADORES DE RISCO DE VIOLÊNCIA SOBRE AS PESSOAS IDOSAS.

Muitas pessoas idosas são bem tratadas e cuidadas, quer vivam com os familiares, quer vivam em instituições onde dedicados cuidadores lhe prestam um serviço de qualidade. Apesar disso, existe ainda um grupo que sofre de violência e maus-tratos. Segundo a Comissão Europeia (2008), estas pessoas apresentam maior risco por se encontrarem fragilizadas. São elas: i) doentes crónicos, pessoas idosas com problemas físicos, sensoriais e intelectuais, deficientes, doentes dependentes de outras pessoas para a prestação de cuidados e que perderam a sua autonomia quer para actividades da vida diária, quer para a decisão e escolha; ii) indivíduos com problemas mentais (como doença mental, demências, dificuldades de comunicação); iii) pessoas em situações sociais de risco (isolamento, solidão, pobreza, falta de suporte comunitário, barreiras culturais em caso de idosos imigrantes); iv) pessoas vítimas de determinadas condições sociais, tais como insuficientes recursos a nível do sistema de bem-estar, políticas não favoráveis à autonomia da pessoa idosa e do familiar cuidador ou inexistência de solidariedade intergeracional).

No relatório sobre a violência coordenado por Strümpel e Hackl (2008), são identificados indicadores que alguns países utilizam para avaliar o nível de risco. As autoras apresentam o caso de Itália (Carreta, 2002, citado por Strümpel e Hackl 2008: 38) onde existem alguns indicadores de risco para identificar abuso e negligência sobre os idosos – Figura 3.

Como já referimos neste artigo, a noção de violência integra as dimensões de negligência e de abuso. Para as categorias identificadas – física, psicológica, económica e ambiental – foram definidos vários indicadores de negligência ou abuso que permitiram criar um quadro de referência para aferir as situações de violência sobre idosos. Este quadro de referência é útil para os profissionais que trabalham com pessoas idosas em equipamentos sociais ou no domicílio.

Para os profissionais que trabalham no domicílio, é necessário compreenderem que a violência dentro da família aumenta, por um lado, quando as pessoas idosas estão muito dependentes, por outro, quando os cuidadores familiares sofrem de stress face à tarefa de cuidar. Sobretudo quando se sabe que a maioria dos cuidadores familiares são mulheres, em geral esposas ou filhas, e que muitas delas mantêm também um emprego a tempo inteiro para lá da tarefa de cuidar do pai ou da mãe que se encontra dependente.

Figura 3 – Indicadores de risco de violência sobre os idosos

CATEGORIAS DE VIOLÊNCIA	INDICADORES DE RISCO DE VIOLÊNCIA	
	Negligência	Abuso
Física	Sinais de má nutrição (perda de peso, astenia, sonolência), sinais de desidratação, falta de higiene (roupas sujas, dentes danificados, unhas sujas, lençóis sujos), escaras, diarreia, overdose de medicamentos, contracção dos músculos devido a actividade física insuficiente.	Arranhões, mordidas, contusões, queimaduras, fracturas ósseas, ausência de óculos, de próteses parciais e de próteses acústicas (que são retidos pelo perpetrador), olhos negros ou dentes partidos, cabelo arrancado, feridas de face, pescoço, peito, tratamentos médicos fora do prazo, consultas e exames médicos anulados, recusa em se despir (para exames médicos, ou banho) e em expor o corpo violado.

Psicológica	Falta de participação no processo decisório, isolamento social, baixa auto-estima, nervosismo, solidão.	Insónia, alterações do apetite, tristeza a evoluir para depressão, paranóia, medo de pessoas estranhas, confusão e falta de orientação, ansiedade, apatia.
Económica	Escassez de alimentos em casa, falta de medicamentos prescritos, acumulação de contas e cheques não descontados.	Súbita impossibilidade de pagar as contas, incompatibilidade entre capacidades económicas e condições de vida, redução súbita de uma conta bancária, cheques assinados por pessoas não autorizadas.
Ambiental	Desatenção das instituições da comunidade face à situação de risco do idoso, falta de acesso e desadequação dos recursos sociais e de saúde.	Falta de electricidade, aquecimento ou água corrente, presença de medicamentos expirados e não identificáveis ou prescritos por diversas vezes, falta de condições mínimas de higiene.

Fonte: adaptado de Carreta, 2002, citado por Strümpel e Hackl 2008: 39-40

No caso dos profissionais que desenvolvem a sua actividade em estruturas residenciais, residências, lares para idosos e serviços de saúde, é necessário compreenderem que o risco aumenta quando as organizações são muito fechadas e burocratizadas e quando os responsáveis racionalizam as actividades e restringem a liberdade dos residentes. É também necessário entender que a comunidade/ambiente é cada vez mais discriminatória(o) e agressiva(o) para com as pessoas idosas, nomeadamente no que diz respeito à participação, protecção e valorização deste grupo na sociedade.

#### 4. A SITUAÇÃO EM PORTUGAL.

Em Portugal não existe um plano específico para a área da violência sobre os idosos, que está inserida no Plano Nacional Contra a Violência Doméstica. Por sua vez, a análise estatística enferma deste enquadramento legal, pois os crimes contra os idosos incluem-se na estatística da violência doméstica. Apesar disso, podemos enunciar alguns dados apresentados pela APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, entidade que, a par da polícia judiciária, tem a responsabilidade de acompanhar estes processos em Portugal. Em 2009 foram assinalados 7.639 crimes por esta associação (APAV, 2010: 8). O tipo de crime assinalado refere-se a violência doméstica em 90,3% dos casos, a crimes contra as pessoas e a humanidade em 7%, a crimes contra o património em 2,3%, a crimes contra a vida em sociedade e o Estado em 0,2%, a crimes rodoviários em 0,1% e a outros, como tráfico de drogas, em 0,2%. Na maioria destes crimes (86%), as vítimas são do sexo feminino. A idade destas vítimas situa-se entre os 26 e os 45 anos. Com 65 e mais anos foram contabilizados 642 casos, correspondendo a 8,4% do total dos crimes assinalados e a maioria são mulheres (APAV, 2010: 8). Estes números significam que ocorrem em média 2 crimes contra idosos por dia.

Na estatística global da violência doméstica deste relatório, o autor do crime é o cônjuge em 50,4% dos casos, mas também o ex-cônjuge em 9,2%, o pai ou a mãe em 9% e o filho ou a filha em 7,5%. A maioria dos crimes, 59%, é cometida na residência comum e/ou na da vítima, em 12% dos casos.

A falta de informação nesta área torna clara a necessidade de criar uma base de dados que nos permita compreender melhor este fenómeno em Portugal nas suas várias componentes – categoriais de abuso, grupo da população que é vítima e grupo dos abusadores de pessoas idosas.

A falta de conhecimento adequado em Portugal requer medidas urgentes que definam estratégias de prevenção do fenómeno, intervenção imediata quando a violência ocorre e apoio após a violência ocorrer. Desta forma, Carreta (Carreta, 2002, citado por Strümpel e Hackl 2008: 51) identifica um primeiro nível de prevenção, com iniciativas educacionais para sensibilizar a opinião pública, organização de programas de formação, publicação de artigos em revistas, jornais e outras publicações, formação em defesa pessoal, medidas legais e assistência

directa aos familiares. Num segundo nível, quando o facto ocorre, propõe denúncia dos maus-tratos às autoridades, apresentação de documentação apropriada e apresentação de medidas de penalização para o ofensor. Num terceiro nível, de acompanhamento, é importante o apoio psicológico, a psicoterapia e a terapia ocupacional, o apoio nas actividades da vida diária, nas actividades de socialização, no apoio individual e no apoio à família e a avaliação da retirada da pessoa idosa do contexto familiar e/ou institucional.

Além destas acções estratégicas, é importante construir um quadro de referência para avaliar as situações de violência e identificar os procedimentos quando essas situações se verificam. A questão que se coloca é como proceder. As autoras Strümpel e Hackl (2008: 52) apresentam alguns passos que devem ser tidos em conta. Em primeiro lugar, reconhecer os sinais; em segundo lugar, efectuar um estudo da situações, confiar na intuição, observar, examinar e objectivar a situação situando os factos ocorridos; em terceiro lugar, conferir os factos com o infractor e a vítima; em quarto lugar, dar a conhecer os factos na organização e envolver a vítima e o infractor no processo; em quinto lugar, elaborar um relatório dos factos ocorridos; em sexto lugar, desenvolver uma estratégia e um plano de intervenção e de acompanhamento quer à vítima, quer ao infractor. O envolvimento dos sujeitos nas acções deve ser efectuado separadamente, pois as acções são diferentes para um e para outro. A finalidade da acção com a vítima é a protecção e a promoção, enquanto que com o infractor é a prevenção das situações e actuação legal e judicial adequada.

#### \_ PARA CONCLUIR.

A violência contra as pessoas idosas tem sido objecto de análise, mas em Portugal ainda não se conhece o fenómeno em profundidade. Esta questão é da responsabilidade da sociedade, em particular dos *policy makers*. Neste enquadramento, a Comissão Europeia (2008) considera que os Estados-membros devem desenvolver medidas de prevenção da violência e dos maus-tratos aos idosos, nomeadamente: criar um sistema global de recolha de informação, do tipo base de dados, capaz de tornar claro para cada país a prevalência e incidência destes fenómenos; desenvolver sistemas para reportar ou denunciar casos de violência dos idosos; conceber legislação específica nesta área; criar e aperfeiçoar serviços específicos para as pessoas idosas vítimas deste tipo de situação, designadamente grupos de auto-ajuda, linhas telefónicas de apoio e serviços de apoio especializados.

É igualmente necessário criar programas educacionais e campanhas de prevenção para que o público em geral possa identificar os sinais de abuso e denunciar as situações, treinar os profissionais da saúde e da área social com responsabilidades na protecção dos idosos e introduzir *guidelines* que permitam homogeneizar os procedimentos, desenvolver programas de prestação de cuidados em casa que melhorem os procedimentos dos cuidadores informais e conceber sistemas de monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados prestados aos idosos, sobretudo os de longo termo. São estas recomendações que se espera sejam reconhecidas a favor das pessoas idosas que sofrem de violência.

## \_ BIBLIOGRAFIA.

APAV (2010). *Estatísticas APAV 2009*. APAV.

Capucha, L. (2005). *Desafios da Pobreza*. Oeiras: Celta Editora.

Conselho da Europa (2002). *Violência contra as pessoas idosas*. Relatório para o Conselho e Comissão Europeia. Estrasburgo. França.

Dias, J. F. (2007). *Código Penal*. Coimbra: Editora.

Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma Abordagem Sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.

European Commission (2008). *What can the European Union do to protect dignity in old age and prevent elder abuse?*. Discussion paper: Brussels.

Faleiros, V. P. (2007). *Violência Contra Idosos, Ocorrências, Vítimas e Agressores*. Brasília: Editora Universa.

INE (2001). *Censo 2001*. Lisboa: INE.

Minayo, M. C. de S. (2003). Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, nº 19 (3), pp. 783-791. Rio de Janeiro.

OMS (2002a). *Relatório Mundial da Violência e Saúde*. in [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br).

OMS (2002b). *The Toronto Declaration, on the Global Prevention of Elder Abuse*, Toronto,

OMS. INPEA: University of Toronto.

OMS (2004). *Preventing violence*. Geneve.

Strümpel, C.; Hackl, C. (2008., *Breaking the Taboo*. European Report: Daphne.

## TEMAS GERONTOLÓGICOS EN LA FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (ARGENTINA).

*Mg. Paula Danel<sup>1</sup>, Lic. Verónica Cimatti<sup>2</sup>, Lic. Analía Criado<sup>3</sup>, Estud. Cecilia Molina<sup>4</sup>*

### \_ Resumen

La presente producción tiene como objetivo compartir el proceso de trabajo que venimos desarrollando en la Facultad de Trabajo Social – UNLP, en relación a la construcción y legitimación de un espacio en el ámbito académico, destinado al campo de la vejez. Señalamos la centralidad que reviste introducir temas gerontológicos en los procesos de formación de grado, extensión e investigación de los Trabajadores Sociales. Anudaremos esto con las problemáticas que presentan los profesionales que trabajan en éste campo. Es nuestro propósito compartir los interrogantes, desafíos y tensiones presentes en las experiencias que se vienen trabajando como así también trazar líneas de acción a largo plazo.

**Palabras claves:** formación - gerontología - extensión - análisis.

La presente producción escrita tiene como objetivo compartir el proceso de trabajo que como equipo venimos desarrollando en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, en relación a la construcción y legitimación de un espacio en el ámbito académico, destinado al campo de la vejez.

Es de nuestro interés señalar la centralidad que, consideramos, reviste el introducir los temas Gerontológicos en los procesos de formación de grado, extensión e investigación de los Trabajadores Sociales. Para lo cuál en primera instancia, explicitaremos qué entendemos por temas Gerontológicos y porqué consideramos pertinente ahondar en su abordaje durante la formación de grado.

### \_ TEMAS GERONTOLÓGICOS.

Cuando hablamos de temas Gerontológicos estamos generando un dialogo con la producción creciente del campo. La gerontología se instituye como espacio de saber / poder interdisciplinario. Como en todo espacio social se han generado ciertas tendencias hegemónicas en las producciones de conocimiento sobre los procesos de envejecimiento y vejez. Hacemos referencia a la instalación de un excesivo determinismo biológico por sobre las trayectorias singulares y colectivas de los adultos mayores. Asimismo la producción científica en este campo ha posibilitado la argumentación creciente de quienes trabajamos / intervenimos en el mismo.

<sup>1</sup> Magíster en Trabajo Social (2007), JTP Cátedra Antropología Social II Facultad de Trabajo Social, docente a cargo del Seminario “Análisis crítico de las intervenciones de los trabajadores sociales en el campo de la vejez y discapacidad” de la misma unidad académica. En ejercicio de la profesión

<sup>2</sup> Lic. en Trabajo Social, Auxiliar Docente cátedra Antropología Social II y JTP del seminario mencionado precedentemente. En ejercicio de la profesión

<sup>3</sup> Lic. en Trabajo Social, Auxiliar Docente del seminario antes mencionado. Alumna en la Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Universidad Nacional de Mar del Plata / Ministerio de Desarrollo Social (Cohorte 2009) En ejercicio de la profesión

<sup>4</sup> Estudiante avanzada de la Carrera de Trabajo Social de la UNLP Adscripta a la cátedra Antropología Social II de la FTS – UNLP. Becaria de Extensión en el Proyecto “Capacitación y Supervisión a Equipos Técnicos” 2011.

En tal sentido, nos interesa destacar cómo los temas Gerontológicos posibilitan la construcción de una mirada crítica sobre el envejecimiento y su impacto en los procesos de intervención profesional de los trabajadores sociales.

La idea de tematizar el envejecimiento nos ha permitido traer a escena los saberes producidos por otras disciplinas. Pues entonces, comprender el impacto demográfico nos permitió visualizar los desafíos en términos de magnificación del número de usuarios de los sistemas de seguridad social, fundamentalmente vinculado al incremento de la expectativa de vida. Asimismo conocer las patologías prevalente en el adulto mayor nos permitió visualizar cuáles eran los mitos que se habían constituido frente a las formas de enfermar y morir de los adultos mayores. Por otra parte el derecho nos advierte sobre los tratados vigentes de protección y seguridad social.

Vamos a retomar lo planteado por Roque y Fassio (2007:12) en relación a que “la gerontología estudia la vejez y el proceso de envejecimiento desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Es decir, que los desarrollos científicos, tecnológicos, biomédicos, educativos y sociales han contribuido a que las personas vivamos más tiempo”.

Los saberes de cada disciplina, articulan, dialogan, confluyen en el espacio gerontológico.

Con el fin de identificar que tratamiento se le da a los temas gerontológicos en la Carrera de Trabajo Social, partimos de reconocer y recuperar la trayectoria académica e institucional de nuestra Facultad que, desde hace más de setenta años, se ha venido construyendo como proyecto institucional, donde la formación profesional de los trabajadores sociales ha estado vinculada y contextualizada en el ámbito universitario. La función como institución educativa se apunala en tres pilares fundamentales: **la docencia, la investigación y la extensión.**

En la historia institucional de La Carrera de Trabajo Social en la Universidad Nacional de La Plata, se visualizan los siguientes momentos:

- Desde 1937 hasta 1987 funcionó en el ámbito de la Facultad de Ciencias Médicas, iniciándose como curso hasta configurarse en carrera de grado
- En 1974 se elabora un nuevo plan de estudios de 5 años de formación para la obtención del título de Licenciado en Servicio Social
- Recién en el año de 1984, con posterioridad a la dictadura militar, se inicia el período de normalización de la Universidad, por lo que se retoman los objetivos de creación de una carrera autónoma.
- En 1987 se crea la Escuela Superior de Trabajo Social como carrera autónoma. En este proceso se modifica el Plan de Estudios, se incorporan asignaturas vinculadas al estudio de la problemática social, aspectos metodológicos y técnicos de la intervención profesional.
- En 1989 se aprueba la Licenciatura y finalmente en el año 2005 la Universidad Nacional de La Plata crea la Facultad de Trabajo Social, en tanto reconocimiento al crecimiento cualitativo en la formación. Investigación y extensión.
- La matrícula de ingresantes a la carrera ha crecido considerablemente en los últimos años: aproximadamente un 80 %.
- En el año 2011 se crea el centro de estudios e Investigación “Trabajo Social y Sociedad”, pionero en la producción de conocimiento en nuestro campo específico.

Con respecto al plan de estudios vigente, observamos que se compone de 23 materias anuales y 5 seminarios curriculares optativos, y la duración de la carrera es de 5 años. Los pilares de la formación se asientan en aquellas asignaturas cuyos contenidos refieren a la profesión: cátedras de Trabajo Social. Cada una de estas cátedras sostiene dos espacios pedagógicos: prácticas de formación profesional en terreno y talleres de análisis de las intervenciones desarrolladas.

Además, un conjunto de materias (sociología, epistemología, psicología, derecho, Antropología, etc.) brindan elementos teóricos y metodológicos del desarrollo de las ciencias sociales a las que se agregan asignaturas que se vinculan con campos / espacios de posible inserción profesional de los egresados, entre los que se encuentran los Seminarios Curriculares.

En relación a los programas vigentes de las distintas asignaturas que la conforman, nos encontramos que la temática Vejez se hace presente en las cátedras de: Psicología II, correspondiente al tercer año de la carrera y Derecho II correspondiente al cuarto año de la carrera.

En el Programa de Psicología II, queda reflejada en la Unidad denominada: Constitución subjetiva y momentos evolutivos. Allí se aborda el concepto de vejez; el proceso de envejecimiento; los prejuicios sociales con relación a la vejez; discursos y prácticas sociales. Así como también, los procesos de institucionalización y la problemática de los duelos. Todos estos temas desarrollados en escasas clases de dos horas.

En cuanto a la cátedra de Derecho II, se aborda desde el Derecho de la Seguridad Social, se menciona como una de las “principales contingencias” además se aborda el Sistema Integrado Previsional Argentino; las Pensiones no contributivas y el Seguro Nacional de Salud /Obras Sociales.

En este sentido por un lado reconocemos un desarrollo de la temática en la currícula de la carrera, sin embargo creemos que se trata de una mirada que no consigue dar cuenta de la complejidad del abordaje gerontológico tal como lo definimos, es decir, que no logra incorporar debates y contenidos que configuran el campo de la vejez:

- El desarrollo de la Gerontología en tanto disciplina reciente.
- La Gerontología comunitaria, que aborda el impacto de las condiciones sociales, culturales, económicas, familiares y ambientales del envejecimiento y la vejez.(Roque y **Fassio** 2009: 7)
- La mirada de los adultos mayores en cuantos sujetos de derechos vs. etapa de carencias.
- El Rol del Estado y el interjuego con otros actores sociales, en particular las organizaciones conformadas por los Adultos Mayores.
- Los lineamientos de las políticas sociales destinadas a la promoción, prevención y asistencia de este grupo poblacional.
- El impacto en los procesos de intervención profesional de los trabajadores sociales. La configuración de un espacio socio ocupacional emergente para nuestra profesión.

## **EXPERIENCIAS, INTERROGANTES, DESAFÍOS Y TENSIONES.**

Desde el año 2008, venimos realizando diversas experiencias tendientes a aportar en la construcción y legitimación de un espacio dentro del ámbito académico destinado al campo de la Vejez.

En esta oportunidad, nos interesa compartir dos experiencias que hemos desplegado en el presente año:

- Una de ellas, corresponde al espacio configurado por el Seminario cuatrimestral de grado, que se viene desarrollando desde el año 2006, destinado a estudiantes avanzados de la Facultad de Trabajo de la UNLP. El propósito central del Seminario es brindar un acercamiento a la temática, a las discusiones centrales que se han desatado en los últimos años, a fin de posibilitar a los estudiantes el logro de las competencias necesarias para su inserción profesional en ámbitos que abordan la vejez. Concordantemente se persiguen como objetivos favorecer actitudes de reflexión crítica de la intervención profesional de los Trabajadores Sociales en el campo de la vejez; incluyendo la temática a partir de los procesos de intervención profesional e introducir el estudio y reflexión sobre el envejecimiento poblacional en la formación profesional de los trabajadores sociales.

- La otra, se inscribe en el proyecto de Extensión denominado “Capacitación y Supervisión a equipos interdisciplinarios: “Saldando deuda pendiente en temas de vejez y discapacidad”, aprobado y subsidiado en la convocatoria 2010 de la UNLP. El mismo propone el desarrollo de cursos de capacitación e instancias de

supervisión institucional, destinado a equipos técnicos y profesionales que se desempeñen en Centros de salud, áreas de acción social municipal, organizaciones específicas de adultos mayores e instituciones de y para personas con discapacidad posibilitando, con su instrumentación, la optimización de la calidad de atención institucional y comunitaria hacia adultos mayores y personas con discapacidad.

Hemos forjado espacios que posibilitaron, a través del intercambio de los diversos profesionales, la problematización de la imagen de vejez y discapacidad, la incorporación de nuevos conocimientos que potencien el cuestionamiento de las prácticas vigentes, la incorporación de metodologías de análisis situacional, el conocimiento, diseño e implementación de modelos de planificación y gestión y el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario. Por lo tanto, en el avance de las acciones desarrolladas recreamos y actualizamos saberes específicos, potenciamos en los partícipes la adquisición de estrategias de planificación y gestión de la intervención profesional. Nuestra unidad académica, a partir de estos otros proyectos se ha venido instalando en un espacio intersectorial de referencia en la temática, propiciando el intercambio con los organismos gerenciantes de la política pública y contribuyendo en la replicabilidad de las acciones.

En ese sentido, conjuntamente al desarrollo de las capacitaciones y las instancias de supervisión hemos encarado la sistematización de la experiencia, lo que nos está permitiendo transitar un proceso de crecimiento académico que no habíamos previsto al inicio del proceso.

Ahora bien, durante el desarrollo de las experiencias que presentamos (formación de grado y extensión) se nos plantearon una serie de interrogantes, desafíos y tensiones que nos interesa compartir:

Respecto a los estudiantes, en el seminario de grado, se abordan las representaciones sociales que subyacen en relación a la categoría Vejez, así como las diferentes formas de nominación que aparecen arraigadas en relación a este colectivo. Entendemos fundamental poner en jaque prácticas homogeneizantes y tutelares con Adultos Mayores para volver visibles los significantes sociales que se encuentran latentes cuando hablamos e intervenimos en el campo de la vejez.

Atento a lo anteriormente señalado, se propone al inicio del primer encuentro un ejercicio anónimo donde los estudiantes responden sobre *qué les sugiere la palabra vejez y con qué otras palabras pueden asociarla*. A partir de este proceso de trabajo, podemos decir que la noción de vejez aparece mayormente vinculada a la variable “tiempo”, recortando la vejez en una etapa de la vida que se circunscribe a la edad. En palabras de Laura Irene Golpe “la vejez, está asociada con la pérdida del capital de poder de los agentes sociales segregados por las marcas que deja el paso del tiempo, pero no como rito de inclusión, sino como un rito de segregación” (Golpe; 2003: 34).

La concepción del Adulto Mayor aparece ligada a la idea de limitación, de dificultad para manejarse por sí mismo, pérdida de independencia y necesidad de otros para realizar las actividades de la vida diaria. Encontramos las siguientes afirmaciones: “Última etapa de la vida antes de la muerte”; “última etapa cronológica, etapa generativa” “una etapa que tiene que ver con el paso del tiempo”, “recorrido en el tiempo que se encuentra atravesado por determinaciones”; “persona excluido del sistema productivo”; entre otras. En estas afirmaciones se pone de manifiesto las ideas de finitud de la vida, lo que nos remite a pensar que cuando hablamos de vejez se hace alusión irremediabilmente a la caducidad de la vida y a las representaciones, mitos y creencias que hemos contruidos en relación a este momento vital.

De este ejercicio se desprende una mirada homogeneizante de la vejez, sin que se reconozca la heterogeneidad en las formas de envejecer. Este es punto central para trabajar en el espacio pedagógico a fin de dar cuenta que los “viejos no son un colectivo homogéneo, ya que sus condiciones de existencia responden a la suma de posiciones que hayan ocupado en los distintos campos de la estructura social” (Golpe; 2003: 35).

En relación a los graduados, la reflexión se deslinda en dos ejes:

- Por un lado, explicitar los motivos que llevaron a los graduados a inscribirse en la instancia de capacitación y supervisión, documentando las dificultades que manifiestan poseer en su intervención profesional en marcos organizacionales y las problemáticas, que pretenden abordar en el espacio académico propuesto.

- Por el otro, las nociones de Vejez presentes en los graduados que participan del proyecto de extensión.

A las motivaciones, dificultades y problemáticas de los graduados, hemos accedido a través de diferentes instrumentos de recolección de información aplicados en los primeros encuentros presenciales, surgiendo la siguiente información:

- un 34 % realizó la capacitación motivados por la posibilidad de acceder a una actualización gratuita en la UNLP,

- el 28% indicó que era para recibir capacitación en gestión de las organizaciones y RRHH;

- un 28 % señaló que decidieron asistir a la capacitación porque carecen información suficiente en la temática.

- un 10% indico que los motivos eran otros, entre los que se especificaron: dificultades en la intervención profesional; para conocer más sobre la temática; para obtener un aporte actualizado en el desempeño cotidiano y para el trabajo interdisciplinario.

Por otra parte,

- el 62% de los cursantes reseñó no haber recibido formación en la temática de vejez en las carreras de grado,

- el 38 % restante afirmaron haber recibido formación pero consideran que fue “escasa”.

Al ser invitados a enumerar las dificultades que han tenido en su intervención profesional dentro de la organización en que se desempeñan, los mismos indicaron:

- tener dificultades por la falta de especialización,

- desconocimiento o el poco conocimiento en la temática.

- Carencia de bibliografía que acompañe la práctica profesional

- Desconocimiento en relación a los programas nacionales, provinciales y regionales vigentes para esta población.

- Condiciones laborales precarizadas de los profesionales conforman dificultades para la intervención, las características de estas condiciones están relacionadas a modalidades de contratación precarias (especialmente en las organizaciones privadas) y el pluriempleo demarcado por extensas jornadas laborales y retribución salarial insuficiente.

- excesiva demanda de atención<sup>1</sup>.

En estas directrices mencionadas es notable los señalamientos que marcan en torno a las características organizacionales:

- dificultades en relación a la burocracia,

- falta de lineamientos claros en los procesos de trabajo,

- limitaciones en el espacio físico para el desempeño cotidiano,

- resistencias organizaciones a la hora de concretar abordajes grupales.

<sup>1</sup> Un punto nodal que será reconsiderado en una línea específica.

Este conjunto de variables explicitadas plantean límites concretos en el desempeño cotidiano y condicionan a la hora de elaborar estrategias de intervención. Se especifican dificultades para pensar la institución y los usuarios de los servicios, problemas en relación a las demandas puntuales y en la comunicación con los familiares de los adultos mayores, conflictos ante el funcionamiento y la tramitación, sobre determinadas gestiones respecto a las obras sociales, complicaciones para el intercambio y reuniones de equipo por el volumen de trabajo, lo cual obtura la vinculación con otras áreas de intervención especialmente para diagramar una propuesta interdisciplinaria.

Finalmente, y como punto significativo los profesionales aluden tener inconvenientes en los procesos de intervención debido al desconocimiento de los derechos de los adultos mayores, por parte del entorno familiar.

Asimismo, al ser consultados en torno a que temas pretendían abordar en la capacitación plantearon en un 48 % que esperaban abordar los problemas de gestión y planificación, un 23 % abordar problemas de RRHH, un 10% no contesto y el 19% restante marcó otros problemas que esperaban ahondar, entre los que especificaron los siguientes:

- Problemas de organización de la tarea asistencial para optimizar la respuesta profesional y aportes al servicio.
- Problemas para abordar la temática desde el punto de vista de los tipos de abordajes.
- Necesidad de profundizar intervención como trabajadora social;
- Problemas y/o dificultades en la intervención de éste tipo de sujeto, dentro de este tipo de instituciones (hogares).

Una multiplicidad de dificultades y problemáticas fueron expresadas y comunicadas a la Universidad. Frente a los cual nos preguntamos ¿Cómo procesarlas desde un proyecto de extensión? Entendimos que la salida colectiva a estas dificultades podía provenir del proceso de supervisión. Consideramos que el devenir del proyecto nos abrió la posibilidad de introducir en la comunidad académica la discusión sobre, a quién le corresponde dar respuesta a las carencias de la formación de profesionales egresados y si es función de la Secretaría de Extensión Universitaria abordar este espacio de vacancia. Estos interrogantes nos llevaron a incluir estrategias de supervisión Institucional. En ese sentido, podemos plantear que colectivamente estamos inscribiendo en la agenda universitaria la necesidad de generar espacios de supervisión de las prácticas. En cuanto al primer aspecto mencionado, en el Preámbulo del estatuto de la UNLP (2008) encontramos que “La Extensión Universitaria será el principal medio de la Universidad Nacional de La Plata para lograr su función social, contribuyendo al tratamiento de los problemas que afectan al bienestar de la comunidad, la reconstrucción del tejido social, el desarrollo económico sustentable y el fortalecimiento de la identidad cultural”. Ahora bien, apoyados sobre la proclama anterior entendemos que los objetivos perseguidos buscan intervenir sobre una problemática social y que el abordaje aportará en mejoras de los servicios destinados a esta población, dando por sentado la pertinencia de la propuesta dentro del campo de la extensión.

A su vez, explicitaremos desde qué lugar estamos pensando el proceso de supervisión, habida cuenta que el mismo se constituye en un concepto polisémico. Las disciplinas que conformamos el equipo de Extensión hemos transitado la experiencia de supervisión de diferentes maneras, algunas ligadas a la clínica psicoanalítica, otras a lo normativo vinculado a la auditoría prestacional, otras a la formación en servicio, etc. Siguiendo a Valentín Barenblit creemos que este término (supervisión) “puede traer malentendidos y puede en determinado nivel generar dificultades de prejuicio o de asentamiento de otros contenidos de esta actividad que no correspondan estrictamente a los que se supone debiera tener, es decir, aquello que pueda enfatizarse de la palabra “supervisar”, “controlar” o “estar por encima de” y las asociaciones que puedan darse con una conceptualización de autoridad, incluso el riesgo del examen, la evaluación o la sanción eventual puede o suele acompañar como fantasía a estas palabras.”

Entonces, ¿Qué supervisión es posible en el marco de un proyecto de extensión en el que la Universidad reconoce un área de vacancia en la formación profesional? Aquí apelamos a las opciones teóricas desde las que

configuramos el Proyecto de Extensión. Entendemos que los aportes teóricos elegidos se inscriben en teorías críticas que intentan desnaturalizar lo dicho, lo establecido, lo dado. Revisar las prácticas profesionales y organizacionales se constituye en el puntapié inicial para construir pensamiento crítico en torno a nuestros “haceres”. La supervisión ayuda a realizar nuestros trabajos con eficacia reconociéndonos como protagonistas de procesos sociales más amplios.

Decíamos que la supervisión ha tomado formas diferenciales en campos disciplinarios diversos. En el caso del Trabajo Social ha estado presente en los procesos de institucionalización de la disciplina (Estados Unidos, 1930), defendido fuertemente en el Proceso de Reconceptualización (década del 60 en América Latina) y abandonado paulatinamente en los últimos 30 años. Se constituye para algunos graduados en un reclamo histórico en torno a las condiciones de trabajo y las responsabilidades de quienes nos contratan (fundamentalmente el Estado).

En tal sentido la presente propuesta se inscribe en una Supervisión grupal siendo nuestra responsabilidad la de crear un ambiente que favorezca el aprendizaje colectivo, el intercambio, la colaboración y la puesta en juego de los saberes de todos y cada uno de los participantes. Retomamos “el concepto de co-visión que expresa una forma democrática de construcción social del conocimiento durante el taller, basada en los principios de la autonomía de criterios del trabajador, la convicción de sus ideas, la libertad de expresión y de la palabra ...” (Mansilla, 2008) Entendida bajo estos lineamientos la supervisión se inscribe como un proceso de co-visión, de mirar entre, de compartir conocimientos y experiencias, lo que implica entonces una relación de acompañamiento profesional buscando juntos aprender frente a nuevos acontecimientos, experiencias, como un proceso dialéctico en el cual se aprende a aprender, en equipo, en conjunto para optimizar la prestación del servicio. De manera tal que, la reflexión colectiva sobre la práctica pueda generar capacidades nuevas para la acción en quienes participan en una acción profesional. (Cantaruti)

La iniciativa y desarrollo del dispositivo de SUPERVISION PROFESIONAL desde la “COVISION” ha contribuido en experiencias vigentes a dilucidar los procesos instituidos de las instituciones, favoreciendo una corriente instituyente, crítica y apoyada en los hechos históricos colectivos (Mansilla, 2008).

La supervisión en el marco del presente Proyecto de Extensión se propone entonces generar en el espacio áulico condiciones de enseñanza - aprendizaje colectivos trabajando en la recuperación conceptual desarrolladas en las clases teóricas. Nuestra propuesta genera prácticas tendientes a la construcción de una “caja de herramientas” o a incluir nuevas herramientas a las existentes, en tal sentido el aporte de la gestión estratégica Planificada<sup>1</sup> (GEP) es relevante.

Como mencionábamos retomamos la propuesta “construida sobre la base de un particular modo de entender y abordar la intervención profesional, que en el marco de la GEP (Gestión estratégica Planificada) reconozca la importancia de los aportes de la Planificación Estratégica Situacional.” (GEP, 2010) El análisis de actores, la identificación del escenario, la revisión de las demandas, son tareas que en forma incremental se fueron realizando a lo largo de todo el proceso. Se recrearon los conceptos gerontológicos y los provenientes de la ciencia social crítica para discutir las prácticas sociales. El análisis institucional y las teorías organizacionales proveyeron los conceptos que en tanto herramientas operativas que fueron dotándonos, colectivamente, de elementos para “Revisar las prácticas”.

La escucha atenta, respetuosa es el hilo conductor de nuestras acciones. Volver a mirar lo que ya fue mirado (Skliar, 2002) nos permite aportar a dar cumplimiento, desde nuestro rol como Extensionistas, a los preceptos volcados en el nuevo estatuto de Nuestra Universidad, fundamentalmente los vinculados a la búsqueda del “bienestar de nuestra comunidad”.

Ahora bien, retomando los aspectos de la reflexión iniciada en párrafos precedentes, nos pareció oportuno compartir los datos que surgieron en relación al análisis de la concepción de vejez que circula en los decires de los

<sup>1</sup> Propuesta metodológica trabajada desde la cátedra de Administración en Trabajo Social, que será puesta en juego en el cuarto encuentro de la capacitación.

profesionales. Concepto que aparece vinculado a un cambio físico, psicológico y social, de transformaciones tanto en el cuerpo como en la afectación del tiempo, del cambio de diversas funciones y de los roles dentro de la sociedad incluso dentro del mismo núcleo familiar. Es posible marcar como síntesis de la mirada de los profesionales la asociación de la vejez a un periodo de la vida signado por la enfermedad, debilidad, pasividad e indefensión.

Ahora bien, esto nos lleva a los siguientes interrogantes los siguientes interrogantes: ¿Que impacto tiene en las intervenciones profesionales cotidianas la percepción que tienen los profesionales en torno a la vejez? ¿Como la mirada a esos “otros”, performa los límites y posibilidades de las prácticas de intervención profesional cotidianas?

## **\_ LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL.**

La intervención profesional como dimensión constitutiva del Trabajo Social, es comprendida como un momento de construcción socio-histórico, a partir de una demanda social, que exige al sujeto profesional la capacidad para comprender e interpretar esa demanda en el marco socio-histórico en el que surge, incorporando una reflexión ética que posibilite reconocer las consecuencias que sobre el Otro produce la intervención. En palabras de Susana Cazzaniga “se trata de una práctica profesional específica -no la única- sostenida por un conjunto de saberes fundados y argumentados teóricamente que le permiten comprender/ decir/ hacer, desplegando su intervención en los espacios públicos estatales y públicos societales, lugares estos que se estructuran como aspectos de la institucionalidad social de cada momento histórico” (Cazzaniga, 2007:87)

Es primordial, comprender que los dispositivos de intervención social donde participamos como práctica profesional, fueron contruidos en el escenario capitalista como mecanismo de respuesta a las manifestaciones de la cuestión social, lo cual permite reconocer la impronta de control social constitutiva a dichos espacios y posibilita, a su vez, la búsqueda de intersticios donde podamos plasmar acciones y estrategias creativas e innovadoras en pos de los derechos de los sujetos que se inscriban material y simbólicamente en la escena pública. Este reconocimiento es primordial en la construcción de la autonomía relativa del Trabajo Social.

En este sentido “si lo social se presenta como cuestión, es decir, como interrogante, como un conjunto de circunstancias que interpelan a la sociedad, no sólo se liga con la pobreza, sino que se vincula con (...) los emergentes de la tensión entre integración y desintegración de ese todo que cada época, desde la modernidad, denominada sociedad” (Carballeda, 2008 :51); los esfuerzos del colectivo profesional tienen que estar orientados a descifrar y elucidar los emergentes actuales que estructuran nuestro campo de actuación.

Podemos decir entonces, que la intervención profesional es algo más que el trabajo teórico metodológico específico, en el ejercicio profesional se dirimen construcciones discursivas y representaciones sociales acerca de las condiciones de vida de los sujetos; estas últimas son el foco de atención donde se centra el quehacer del Trabajo Social y es a partir de las condiciones de vida, tanto materiales como simbólicas, que debemos construir procesos de intervención que aprehendan la complejidad de lo social desde una mirada de totalidad.

En la intervención con Adultos Mayores se torna fundamental la ruptura con prácticas profesionales signadas por una mirada homogeneizante, tutelar, que se sostienen en la exaltación de los valores morales y humanitarios abstrayéndose de los procesos singulares y las trayectorias de vida de los sujetos concretos, para implementar propuestas estandarizadas que aún hoy perduran fuertemente en el ejercicio profesional. En este sentido, consideramos fundamental poner en tensión las implicancias de dicha práctica en el campo de la vejez, interrogándonos sobre el lugar que adquiere el sujeto destinatario en la elaboración de los procesos de intervención. Es decir, interpelarnos sobre la cuestión ética de las prácticas de Trabajo Social y la imperiosa necesidad de reconocer al “otro” como sujeto activo; situación que también nos marca los límites del accionar profesional. Es a partir del cuestionamiento de dichas prácticas que podemos elaborar una propuesta que tienda a “tomar en cuenta al otro”, que busqué traducir la demanda con el otro, aportando en el proceso de toma de

decisiones sobre el modo de organizar su cotidiano; en términos de Saúl Karz “se puede acompañar, hacer algunos pasos con el sujeto, a su lado pero no en su lugar” (Karsz: 2006)

La relación entre formación profesional e inserción laboral no es una relación mecánica, sin embargo constituye una relación ineludible. En este sentido, desde el equipo pensamos la formación desde una perspectiva más amplia que implica la formación del campo más allá de las competencias técnicas que habilitan a un profesional en el ejercicio profesional.

Con esto señalamos que las narrativas de los trabajadores sociales entrevistados nos invitaron a pensar que la profesión sólo podrá ser comprendida en tanto inserta en espacios sociales singulares con atravesamientos estructurales. Esto implicará en términos analíticos la generación de conocimientos científicos que permitan comprender una sociedad compleja, con viejos y nuevos problemas que le asignan un nivel de complejidad y transformación de valores y necesidades. Reconociendo la transformación de los actores y la presencia de nuevos que ponen en cuestión los modos y concepciones de una matriz de intervención tradicional. En tal sentido, planteamos que la profesión se instituye con carácter histórico en forma estructurada y estructurante.

Aquí surgen dos cuestiones centrales que en las intervenciones profesionales aparecen como naturalizadas y nos parece necesario señalar como líneas de discusión:

- la presunción de vulnerabilidad de los adultos mayores
- los modelos de normalidad familiar presentes en los discursos de algunos de los trabajadores sociales.

En relación a esta presunción de vulnerabilidad nos parece oportuno señalar que es posible entender la vulnerabilidad como uno de los factores que generan desventaja social y que es definida por la CEPAL como un “fenómeno social multidimensional que da cuenta de los sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión y de la base material que los sustenta, provocado por la implantación de una nueva modalidad de desarrollo que introduce cambios de gran envergadura que afectan a la mayoría de la población. La vulnerabilidad está directamente asociada con la cantidad y calidad de los recursos o activos que controlan los individuos y familias en el momento del cambio, así como con la posibilidad de utilizarlos en nuevas circunstancias económicas, sociales, políticas y culturales que van definiendo este proceso. En tal sentido, se refiere a los recursos “cuya movilización permite el aprovechamiento de las estructuras de oportunidades existentes en un momento, ya sea para elevar el nivel de bienestar o mantenerlo durante situaciones que lo amenazan” (Panorama Social 2000, p. 52, recuadro I.4).

Algunos adultos mayores, experimentan vulnerabilidad al estar más expuestos que otros grupos de edad a enfermedades (declive fisiológico), a la pobreza dada la contracción de los ingresos, jubilación o discriminación laboral) y al aislamiento (disminución del flujo de relaciones sociales). Estos factores determinantes de la vulnerabilidad no son propios de la vejez, es decir no son inherentes a la “edad”. Sin embargo, el impacto de estas situaciones va a ser diferente en este grupo poblacional, dado que se trata de etapas del ciclo vital, cronológica, social y fisiológicamente particulares.

La situación de vulnerabilidad se sustenta en otras variables que probablemente marcaron las etapas anteriores de su ciclo de vida tales como la inserción social y laboral, el género, la etnia y la zona de residencia. Es factible, entonces, pensar que nos encontramos frente a grupos de adultos mayores que no presentan estas características y por lo tanto no son especialmente vulnerables frente a otros grupos de edad (Aranibar, 2001)

La pobreza, la dependencia, la enfermedad o la incapacidad no son características inherentes a la vejez; si estas condiciones están presentes, tal situación está determinada por una serie de variables sociales, económicas y culturales distintas a la edad cronológica. (Aranibar; 2001: 38) En este sentido, la calidad de vida en los adultos mayores y especialmente en los pertenecientes a grupos de edades avanzadas, no depende únicamente de los activos materiales disponibles sino que depende también de las redes de solidaridad/ reciprocidad y apoyo social con que cuentan (capital social). Asimismo, debemos considerar que la familia constituye la red de contención más

importante para los adultos mayores, con lo cual se debe tener presente la capacidad de ayuda que la misma puede brindar.

En ese sentido, plateamos que la idea de familia cual modelo de referencia, etnocéntricamente fundada, moldea las respuestas que brindamos en los procesos de intervención.

“Si la familia aparece como la más natural de las categorías sociales, y si debido a ello está condenada a servir de modelo a todos los cuerpos sociales, es porque la categoría de lo familiar funciona, en los hábitos, como esquema clasificatorio y principios de construcción del mundo social y de la familia como cuerpo social particular, que se adquiere en el seno mismo de la familia como ficción social realizada” (Bourdieu, 2007:131)

Reconocer la construcción social de la familia es posibilitar desnaturalizar ciertos idearios de las obligaciones familiares, sobre todo si estamos en presencia de personas en situación de pobreza o empobrecimiento. Con esto queremos señalar, que es necesario revisar, interpelar ciertas decisiones cotidianas vinculadas a la imposición de ciertas certezas sobre las obligaciones familiares.

“La familia en su definición legítima es un privilegio que se instituye en norma universal. Privilegio de hecho que implica un privilegio simbólico: el de ser como se debe, dentro de la norma, obtener por tanto un beneficio simbólico de normalidad.” (Bourdieu, 2007: 132)

Es relevante para nuestro equipo re pensar la construcción social de la vejez, los idearios de autovalimiento y dependencia que se han configurado, y desde allí los dispositivos de atención que se delinear. En tal sentido, esto permitirá analizar el para qué, por qué y cómo de nuestras intervenciones.

El punto de partida para dar sustento al para qué, por qué y cómo de la intervención en el campo de la vejez, es la elucidación de los entramados de significaciones sociales que subyacen en la actuación profesional y que ponen en tensión el sentido mismo de la práctica, es decir, nos interrogan en tanto agente mediador de procesos que conlleven como fin último la construcción de autonomía de los Adultos Mayores.

## **\_ DELINEANDO NUEVOS TRAZOS.**

¿Qué nos proponemos en términos de política académica en torno a los procesos de formación de grado, posgrado, investigación, extensión referente a los temas gerontológicos en la facultad de Trabajo Social de la UNLP? Nos encontramos delineando una propuesta de configurar un Área de Investigación y Extensión, en el marco del Centro de Estudios de Trabajo Social y Sociedad en la que confluiremos los intereses de varios docentes, investigadores y extensionistas que conforman el equipo de trabajo. En tal sentido, dos cuestiones se incluirán en nuestra propuesta a corto plazo:

- las discusiones propias de la seguridad social, en tanto posibilitadoras de la construcción de estatus de ciudadanía de aquellos que requieren la activación de redes de protección,
- por otra parte, estamos analizando / discutiendo / interpelando la configuración misma de ciertos grupos como “naturalmente” sujetos de la seguridad social. La construcción social de ciertas identidades colectivas como pasibles de ser usuarios de la seguridad social, excluyéndolos per se del mundo del trabajo, entendemos debiera ser investigada.

En este camino estamos confluyendo intereses, marcando líneas de investigación y posibilitando un diálogo interdisciplinario.

## \_ BIBLIOGRAFÍA.

BOURDIEU, Pierre Razones prácticas. Editorial Anagrama, 2007

CARBALLEDA Alfredo "La Cuestión Social como cuestión Nacional, una mirada genealógica" Revista Margen edición N° 51. Año 2008.

CAZZANIGA, Susana "Abordaje desde la singularidad" En: Revista Desde El Fondo n° 22 Facultad de Trabajo Social, UNER, Paraná

CAZZANIGA, SUSANA Hilos y nudos. La formación, la intervencion y lo politico en el trabajo social. Espacio Editorial. Bs As, 2007

CIAPPA, GUSTAVO ALGUNAS APRECIACIONES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LAS POLÍTICAS PARA EL ADULTO MAYOR. Inédito, 2003

CONRAD PETER "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social" En: Psiquiatría Crítica David Ingleby, ed. Grupo Editorial Grijalbo. Barcelona. 1982

DANEL, Paula M Adultos mayores institucionalizados.: objetos de protección, cuidados y rentabilidad". (en línea) En: Jornadas cuerpo y cultura de la UNLP. 15 al 17 de mayo 2008, la Plata. [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.654/ev.654.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.654/ev.654.pdf)

DANEL, PAULA (2010) Las intervenciones de los trabajadores sociales en las instituciones de larga estadía para personas mayores. Revista Escenarios Número 14, Espacio editorial.

DANEL, PAULA MARA Algunas pistas para reflexionar sobre la construcción social de la vejez con dependencia. ¿ocultar el deterioro es la respuesta socialmente tolerable? En: Actas de las V Jornadas Nacionales Universidad y Discapacidad "De la exclusión a la inclusión social", Universidad Nacional de Tucumán 2008.

GOFFMAN, Erving Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu, 1992

GOLPE, Laura "Edaísmo y Trayectoria vital: una encrucijada de la cultura". En: GOLPE, Laura; BIDEAIN, Luisa; ARIAS Claudia (Comp.) EDAÍSMO Y APOYO SOCIAL. Ediciones Suárez. Mar del Plata, 2003.

HUENCHUAN NAVARRO, Sandra "Definición de la cuestión en las políticas de vejez: pobreza e integración" En: MARCO LEGAL Y DE POLÍTICAS A FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMERICA LATINA. CEPAL, Santiago de Chile, 2004.

LE BRETON, David "El envejecimiento intolerable: el cuerpo deshecho". En: ANTROPOLOGÍA DEL CUERPO Y MODERNIDAD. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 2002.

LUDI, MARIA DEL CARMEN Envejecer en contextos de (des)protección social Claves problemáticas para pensar la intervención social. Espacio Editorial. Bs. As. 2005.

MACIEL, FERNANDO: Lo posible y lo imposible en la interdisciplina. N° 8. FEPI BsAs.1997.

YUNI JOSE "Envejecimiento y cambio cultural: tramas y configuraciones emergentes" EN: Fundación Navarro Viola Ver y Vivir la Ancianidad. Hacia el Cambio Cultural. Premio Bienal de Ancianidad. 2005-2006.Talleres Gráficos DEL S.R.L. Julio.2007.

## A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS COM APOIO SOCIAL.

Marta Gracinda Tavares Reis<sup>1</sup>, Assunção das Dores Laranjeira de Almeida<sup>2</sup>

### \_ Resumo

O aumento da esperança média de vida está associado à necessidade crescente de serviços sociais e cuidados de saúde, designadamente em razão do aumento da prevalência de doenças crónicas. Este estudo pretende identificar as necessidades e prioridades das pessoas idosas com doença crónica, tendo subjacentes as áreas da promoção da saúde e os cuidados prestados. Consiste num estudo exploratório do tipo quantitativo e descritivo. Os instrumentos utilizados foram: i) Questionário sociodemográfico; ii) Índice de Barthel; e iii) Questionário sobre a promoção da saúde da pessoa idosa. A amostra global inclui 50 clientes (25 de LI e 25 de SAD) de uma IPSS. Os resultados indicam que: **i)** em termos de capacidade funcional, 40% da amostra é *independente* e 36% apresenta *dependência ligeira*; **ii)** nos aspetos relativos à saúde: 52% tem *excesso de peso*; 46% avalia a sua saúde como *regular* e 40% como *má*; 78% indica o *psicológico* como o aspeto da vida em que a doença crónica teve maior impacto; 66% caracteriza a informação recebida pelos profissionais de saúde como *alguma* e 76% como *satisfatória*; **iii)** quanto às áreas de promoção da saúde: 88% considera ter uma alimentação saudável; 58% pratica algum tipo de atividade física; 66% tem problemas de sono; 42% teve acidentes domésticos; 94% *não* fuma e 92% considera-o prejudicial; 52% *nunca bebe* bebidas alcoólicas e dos que consomem álcool, a maioria *não* demonstra vontade em abandonar o consumo; 82% toma *sempre* os medicamentos de acordo com a prescrição e 94% faz vigilância regular da saúde.

**Palavras-chave:** Idosos; Resposta Social; Doença Crónica; Promoção da Saúde.

### \_ INTRODUÇÃO.

O envelhecimento é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o processo dinâmico de mudança progressiva nas estruturas biológica, social e psicológica (WHO, 1999), e tem sido privilegiado como objeto de estudo devido ao aumento da esperança média de vida verificado a nível mundial (fenómeno de envelhecimento demográfico) e consequente aumento das implicações sociais e económicas que surgem associadas. Este fenómeno, acompanhado paralelamente por mudanças nas estruturas e nos papéis da família, fundamenta a necessidade do desenvolvimento de estratégias que possibilitem uma melhor estrutura de suporte à população idosa crescente, tais como respostas sociais de apoio ao idoso e à família (Lar de Idosos ou o Serviço de Apoio Domiciliário, e.g.). No seguimento desta perspetiva, a OMS (2006) defende que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo”, sendo este entendido como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (WHO, 2002:12). Assim, apesar de ser um dos maiores triunfos da humanidade, o envelhecimento da população é também um dos maiores desafios.

O aumento da população idosa gera repercussões em várias áreas, destacando-se a área da saúde, não só pela previsão de que a doença e a incapacidade serão adiadas para idades cada vez mais tardias devido ao aumento da esperança média de vida, como também pela chamada transição epidemiológica, ou seja, a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crónicas não transmissíveis (Freitas, Miranda & Nery, 2002; Papaléo

<sup>1</sup> Secção Autónoma de Ciências de Saúde da Universidade de Aveiro

<sup>2</sup> Secção Autónoma de Ciências de Saúde da Universidade de Aveiro

Netto & Ponte, 2005 cit in Mendonça, Squassoni & Zanni, 2010). A tendência atual do número crescente de idosos portadores de doenças crônicas não devidamente controladas pode originar sequelas e desencadear a incapacidade funcional e, conseqüentemente, gerar sentimentos de inutilidade, depressão e falta de motivação pela vida (Freitas & Haag, 2009). Assim, a cronicidade de doenças que outrora eram fatais apresenta novos desafios, não só para os profissionais de saúde, mas também para os doentes crônicos e respectivas famílias, pela necessidade de (re)adaptação dos seus projetos de vida devido às alterações/implicações subjacentes (controle rigoroso nos estilos de vida e vigilância constante sobre os sinais e sintomas, e.g.), o que justifica a necessidade de políticas de prevenção e promoção da saúde.

A promoção da saúde definida na Carta de Ottawa como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986) e o conceito de “envelhecimento bem-sucedido”, entendido como a capacidade para manter comportamentos que permitam diminuir o risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença, manter um funcionamento físico/mental elevado e manter um compromisso ativo com a Vida, constituem perspetivas essenciais no processo de adaptação ao envelhecimento e à condição de doente crónico. Uma abordagem positiva da promoção da saúde com a pessoa idosa pode facilitar a adaptação entre as suas atitudes e as atitudes das outras pessoas sobre a velhice, encarando-a como um período inevitável de declínio e promovendo uma abordagem mais positiva do envelhecimento, a qual deve contemplar a eventual influência de circunstâncias ambientais e estilos de vida do indivíduo.

De acordo com Poínhos et al. (2009), a reconhecida influência que os estilos de vida apresentam no aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas justifica a importância de estudar estes fatores e suas relações, de modo a possibilitar o delineamento de estratégias de promoção da saúde. Assim, é fundamental a prevenção dos fatores de riscos comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada e adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente, prática de atividade física, alimentação saudável, qualidade do sono e repouso, prevenção de acidentes domésticos, desincentivar o consumo do tabaco e o consumo excessivo de álcool e vigilância de saúde/toma de medicação.

Baseando-se nestes pressupostos, o presente estudo pretende identificar as necessidades e prioridades das pessoas idosas com doença crónica, tendo subjacentes as áreas da promoção da saúde e os cuidados prestados. Mais especificamente, os objetivos são: a) caracterizar a capacidade funcional das pessoas idosas com doença crónica através do grau de autonomia no desempenho de atividades básicas de vida diária; b) identificar quais são as necessidades das pessoas idosas em termos físicos, psicológicos e sociais; c) identificar os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida com vista à caracterização dos hábitos das pessoas idosas que podem constituir elementos preventivos da doença; d) identificar os cuidados de saúde e prevenção adotados pelas pessoas idosas com doença crónica; e) identificar a perceção que as pessoas idosas têm sobre a informação que lhes é facultada sobre as áreas da promoção da saúde.

## **\_ METODOLOGIA.**

Este estudo consiste num estudo exploratório do tipo quantitativo e descritivo, baseado em elementos recolhidos através de questionários.

### **Instrumentos**

Foram utilizados três instrumentos: i) *Questionário sociodemográfico*, usado no âmbito da caracterização sociodemográfica, constituído pelas dez questões que integram o item relativo à recolha de informação pessoal da versão portuguesa do EASYCare (no original, *Elderly Assessment System*) (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003); ii) *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965), para avaliar a capacidade funcional do idoso para realizar as

atividades básicas de vida diária (ABVD's) - alimentar, higiene pessoal, uso da sanita, tomar banho, vestir-se, controlo esfinteriano, mobilidade, transferências, subir e descer escadas; iii) *Questionário sobre a promoção da saúde da pessoa idosa*, estruturado e elaborado especificamente para este estudo, constituído por 2 partes que englobam 52 questões fechadas. Na primeira parte (13 questões) é efetuada recolha de informações gerais sobre a saúde. A segunda parte (39 questões) recolhe informações específicas sobre cada um dos temas preconizados pela OMS para a prevenção da doença e promoção da saúde no idoso.

Foi realizado um pré-teste centrado na avaliação dos instrumentos (dois momentos) de modo a verificar a sua aplicabilidade e compreensão junto da população alvo. Os clientes intervenientes no pré-teste foram incluídos no grupo de estudo.

### População e amostra

A população em estudo foi os clientes das respostas sociais de Lar de Idosos (LI) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) do Centro Social Paroquial São Pedro de Maceda (CSPSPM), localizado na freguesia de Maceda, concelho de Ovar, distrito de Aveiro.

### Amostra

A amostra foi selecionada através do método de amostragem não probabilística e de conveniência e incluiu 50 clientes do CSPSPM: 25 de LI e 25 de SAD. Constituíram critérios de inclusão: i) ter idade superior ou igual a 65 anos, ii) ter doença(s) crónica(s), iii) apresentar discurso coerente e orientação no espaço e no tempo e capacidade de expressar opiniões, iv) ser cliente do CSPSPM (LI ou SAD) e v) aceitar participar no estudo (consentimento informado).

As considerações éticas estiveram presentes desde a preparação e durante toda a execução do estudo.

### Procedimentos na recolha de dados

O protocolo dos instrumentos foi administrado por entrevista (duração média de 30 minutos) nos dois contextos: i) na Instituição, no caso dos clientes da resposta social de LI e dos clientes de SAD com capacidade e/ou disponibilidade para deslocação; e ii) no domicílio, no caso dos clientes da resposta social de SAD que não tivessem capacidade e/ou disponibilidade para deslocação.

A recolha de dados decorreu entre novembro de 2010 e fevereiro de 2011.

### Tratamento estatístico dos dados

O procedimento para a análise dos dados compreendeu a estatística descritiva, através do programa SPSS versão 17 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

## Caracterização geral da amostra

A amostra total compreende 50 participantes, sendo 25 de LI e 25 de SAD, e uma predominância do género *masculino* (54%), situação também verificada na amostra de SAD (60% do sexo masculino), mas não em LI (48% do sexo masculino).

Quase a totalidade da amostra (98%) reside em zona *rural*, justificado pela localização do CSPSPM (Maceda, concelho de Ovar).

A faixa etária predominante é *entre os 76 e 85 anos* (44% no global; 40% em LI e 48% em SAD). Os restantes indivíduos na amostra global distribuem-se pelos *mais de 86 anos* (30%) e *65 a 75 anos* (26%).

A maioria dos indivíduos que compõem a amostra total é *viúvo* (56%) e *casado/união de facto* (32%). Contudo, verificam-se diferenças entre LI e SAD: em LI a maioria (68%) é *viúvo*, 16% são *casados/união de facto* e 16% *solteiros*; no SAD, 48% são *casados/união de facto*, 44% *viúvos*, 4% *solteiro* e 4% *divorciado/separado*.

Na amostra total, a maioria dos participantes (78%) frequentou a escola, tendo como escolaridade formal o *1.º Ciclo*, embora 14% *não tenha frequentado* e apenas 8% apresentarem uma escolaridade *superior ao 1.º Ciclo*. Nas amostras por resposta social, prevalece também o *1.º Ciclo* (72% em LI e 84% em SAD).

Na caracterização dos seus rendimentos/mês, 46% da amostra total responde que é *suficiente* e 40% que é *insuficiente*. No caso do LI, a maioria (60%) responde que é *suficiente* e 32% que é *insuficiente*; em SAD, pelo contrário, verifica-se maior percentagem (48%) na opção de resposta é *insuficiente*, seguindo-se a *suficiente* (32%). A opção *excede necessidades* é seleccionada apenas por 20% dos idosos de SAD.

Metade da amostra total vive em *instituição* (50%), correspondendo à totalidade dos idosos de LI; dos idosos de SAD, 22% vive com o *cônjuge*, 16% *sozinho* e apenas 6% vive *em família alargada* e igual percentagem *noutra situação*.

Quanto à situação profissional, a maioria da amostra total (96%) é *reformado* (92% em LI e 100% em SAD).

## \_ RESULTADOS.

### Avaliação da capacidade funcional

Em termos de pontuação global, verifica-se que a maioria é *independente* (40%) e dos que apresentam dependência, 36% é *ligeira*, 14% *grave*, 6% *moderado* e 4% *muito grave*. Entre as respostas sociais verificam-se algumas diferenças: maior percentagem de *independentes* em SAD (48%); e maior percentagem de *dependentes ligeiros* em LI (48%); inexistência do grau de *dependência moderada* em LI; maior percentagem de *dependência grave* em LI (16%); igual percentagem de *dependência muito grave* (4%).

### A saúde da pessoa idosa

#### Avaliação antropométrica da pessoa idosa

Nos resultados obtidos no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), verifica-se que mais de metade dos idosos da amostra global (52%) apresenta *excesso de peso*, resultado também presente na análise por resposta social (52% em LI e 52% em SAD) e 22% são *obesos*, sendo mais prevalente em LI (32% em LI e 12% em SAD); de salientar que 6% apresenta *baixo peso* (4% em LI e 8% em SAD).

### Perceção da sua saúde

No que concerne a avaliação da sua saúde, 46% consideram-na *regular* e 40% consideram-na *má*. A saúde é percebida de forma mais positiva pelos idosos de LI, a maioria (56%) avalia-a como *regular*, 24% como *má* e 20% como *boa*; no caso do SAD, a maioria (56%) avalia-a como *má*, 36% como *regular* e 8% como *boa*.

### Doença crónica

A *Hipertensão arterial* (HTA) é a doença crónica mais prevalente nos idosos que compõem a amostra no global, sendo que 80% dos participantes revela ser hipertenso independentemente da resposta social (80% em LI e 80% em SAD). Segue-se a *Dislipidemia* presente em 36% dos participantes (40% em LI e 32% em SAD), a *Diabetes Mellitus* (30%) e aqui 28% em LI e 32% em SAD, as *Varizes* (30%) sendo 36% da resposta social de LI e 24% de SAD, a *Osteoporose* (28% no global, sendo 36% em LI e 20% em SAD), a *Arritmia* (26% no global, sendo 32% em LI e 20% em SAD) e o *Síndrome depressivo* (20% no total, sendo 20% em LI e 20% em SAD).

### Impacto da doença crónica

Relativamente aos aspetos da vida em que as doenças crónicas tiveram maior impacto: a maioria, 78%, indica o aspeto *psicológico* (80% em LI e 76% em SAD), seguindo-se o *económico* (58%; 56% em LI e 60% em SAD), o *relacional* (40%; 36% em LI e 44% em SAD), o *familiar* (16%; 12% em LI e 20% em SAD) e o *ambiental* (8%; 12% em LI e 4% em SAD).

### Informação recebida

Relativamente ao tipo e quantidade de informação fornecida pelos profissionais de saúde, a maioria (66%) classifica-a como sendo *alguma* (68% em LI e 64% em SAD), mas 20% consideram-na como *pouca* (24% em LI e 16% em SAD) e apenas 12% consideram-na como *muita* (8% em LI e 16% em SAD).

Em termos de grau de satisfação com a informação recebida, a maioria (76%) responde estar *satisfeito* (80% em LI e 72% em SAD); 12% refere estar *pouco satisfeito* (8% em LI e 16% em SAD) e apenas 10% refere estar *muito satisfeito* (maior percentagem em LI: 12% em LI e 8% em SAD).

### Áreas da promoção da saúde da pessoa idosa

#### Alimentação

A maioria dos idosos participantes (88%) considera ter uma alimentação saudável, independentemente da resposta social (88% em LI e 88% em SAD).

Quanto à confeção das refeições, nenhum dos participantes as elabora. Em LI, as refeições são confeccionadas pela *instituição*. No caso do SAD, as refeições de 19 idosos (76%) são também confeccionadas pela *instituição*; 3 idosos (12%) têm as refeições confeccionadas por um familiar e igual número pela *instituição* e *familiar*.

Relativamente à informação disponibilizada pelos profissionais de saúde sobre a necessidade de se ter uma alimentação saudável, as respostas dos idosos no global centram-se nas opções *nunca* (46%) e *por vezes* (42%); no caso do SAD, verifica-se, porém, que uma percentagem de 20% responde *muitas vezes* (em LI apenas 4%).

### Atividade física

No global a maior parte dos participantes (58%) refere praticar algum tipo de atividade física destacando-se as *caminhadas* (50%) e a *ginástica* (32%). Na análise por resposta social, verificam-se algumas diferenças: em LI, também se destacam as *caminhadas* (64%) e a *ginástica* (48%) como a atividade física mais comum, sendo que a maioria pratica *diariamente* (56%); em SAD, a percentagem que pratica algum tipo de atividade física é menor (44%), contudo, novamente, as *caminhadas* (36%) e a *ginástica* (16%) são as mais predominantes, também praticadas *diariamente* (40%).

Quanto à informação dada pelos profissionais de saúde sobre a prática de exercício físico, no global, metade dos idosos (50%) refere que *nunca* são informados sobre a necessidade de praticar exercício físico, sendo esta percentagem ligeiramente superior em LI (56%); 38% dos idosos, no global, refere *por vezes* serem informados (sendo 32% em LI e 44% em SAD) e apenas 10% refere *muitas vezes* (12% em LI e 8% em SAD).

Relativamente à forma como os idosos ocupam/utilizam o seu tempo, a atividade mais efetuada é *ver televisão* (46%), seguindo-se a(s) *atividade(s) física(s)* com 38%, *realizar atividades domésticas* (24%) e *conversar com os amigos/vizinhos* (22%). É de salientar que uma percentagem elevada responde que “*não faz nada*” (28%). Em LI, a(s) *atividade(s) física(s)* é a que aparece com maior percentagem (48%), seguindo-se *ver televisão* e “*não faz nada*” com igual percentagem (36% cada), *ouvir rádio/música* (24%) e *realizar trabalhos manuais* (20%). No caso do SAD, mais de metade dos idosos refere *ver televisão* (56%) e cerca de metade indica *realizar atividades domésticas* (48%), seguindo-se *atividade(s) física(s)* e *conversar com os amigos/vizinhos* com igual percentagem (28% cada) e ainda uma percentagem significativa refere que “*não faz nada*” (20%).

### Sono e repouso

A maioria dos idosos, no global, refere ter problemas de sono (38% *muitas vezes* e 28% *por vezes*), mais evidente no caso do SAD (36% *muitas vezes* e 36% *por vezes*, enquanto no LI 40% *muitas vezes* e 20% *por vezes*).

O hábito de efetuar períodos de repouso durante o dia é praticado por metade dos idosos da amostra global (28% *muitas vezes* e 22% *por vezes*). Os que não têm esse hábito são também 50% da amostra total que referem *nunca* fazer uma sesta durante o dia, e aqui na sua maioria pertencentes a LI (60%). Em SAD, 60% costuma fazer uma sesta durante o dia. No caso do LI, apenas 40% dos idosos refere ter esse hábito.

Quanto à informação prestada pelos profissionais de saúde sobre a necessidade da adoção de hábitos de sono e repouso saudáveis, tanto em LI como em SAD, a maioria dos idosos (76%) responde que os profissionais de saúde *nunca* costumam informar sobre a necessidade de se ter hábitos de sono saudáveis (80% em LI e 72% em SAD).

### Acidentes domésticos

Na amostra total mais de metade dos participantes (58%) relata que *nunca* costuma ter acidentes em casa. Em LI, mais de metade dos idosos (68%) também responde que *nunca* costuma ter acidentes e 32% *por vezes*, devido especialmente a *calçado não apropriado* (12%) e *pavimento escorregadio* (8%). No caso do SAD, a maioria (52%) refere que costuma ter acidentes em casa (28% *por vezes* e 24% *muitas vezes*) seleccionando como principais motivos o *enfraquecimento dos ossos e dos músculos* (20%) e *factores do ambiente* (12%).

Na questão sobre se alguma vez teve aconselhamento/informação para evitar/prevenir acidentes domésticos, a maioria dos participantes em ambas respostas sociais responde negativamente (72% em LI e 72% em SAD).

### Consumo de tabaco

Verifica-se uma forte predominância de idosos que consideram que o tabaco é prejudicial à saúde, correspondendo a 92% da amostra total. Na atualidade, apenas 6% *fuma*, ou seja, 3 idosos, 2 de LI e 1 de SAD. Os dois idosos de LI referem ter conhecimento sobre as desvantagens de fumar e que *por vezes* costumam receber orientações pelos profissionais de saúde para alterar ou eliminar os seus hábitos tabágicos. O idoso de SAD refere *não* ter conhecimento sobre as desvantagens de fumar e nega ter recebido orientações pelos profissionais de saúde.

### Consumo de álcool

A maioria dos participantes no global (52%) responde *nunca* beber bebidas alcoólicas, percentagem mais elevada em LI (60% em LI e 44% em SAD). Quase metade dos participantes (48%) bebe bebidas alcoólicas (40% em LI e 56% em SAD), sendo o *vinho de mesa* o tipo de bebida mais consumido em ambas respostas sociais: 32% em LI e 44% em SAD.

Dos idosos que bebem (40% em LI e 56% em SAD), quase todos referem ter conhecimento do risco do consumo excessivo de bebidas alcoólicas para a sua saúde, contudo, na questão se gostaria de abandonar o consumo de bebidas alcoólicas, a maior parte (44%) responde negativamente e apenas 4% dos idosos responde positivamente.

Em ambas respostas sociais, a maioria destes idosos refere *nunca* ter recebido orientações pelos profissionais de saúde para alterar ou eliminar os seus hábitos alcoólicos.

### Vigilância de saúde/toma da medicação

No âmbito da toma da medicação, verifica-se que na amostra total quase todos os participantes (96%) tomam medicação com regularidade. Dos idosos que tomam medicação todos os dias, a maioria (52%) toma *entre 5 a 9 comprimidos*, sendo a opção com maior percentagem de resposta tanto em LI como em SAD (40% em LI e 64% em SAD); 20% toma *menos de 5 comprimidos* (20% em LI e igual percentagem em SAD), 14% *entre 10 a 14 comprimidos* (20% em LI e 8% em SAD) e 4% *15 ou mais comprimidos* (4% em LI); 12% de LI *não responde à questão*.

A maioria dos idosos (84%) responde que foi informado pelos profissionais de saúde sobre a(s) ação(ões) do(s) medicamento(s) que tomam (50% responde *muitas vezes* e 34% *por vezes*). A percentagem que responde *muitas vezes* é superior em SAD (36% em LI e 64% em SAD), pelo contrário, a percentagem que responde *nunca* é inferior em SAD (16% em LI e 8% em SAD).

A maioria dos participantes (82%) toma *sempre* os medicamentos de acordo com a prescrição médica (88% em LI e 76% em SAD) e 14% *por vezes* (12% em LI e 16% em SAD); de salientar que nenhum dos participantes seleciona a opção *nunca*.

Em relação à necessidade de ajuda na toma da medicação, a maioria dos participantes (66%) responde *nunca* necessitar, resultados superiores no caso de LI (84% em LI e 48% em SAD). Em LI, apenas 16% confirma necessitar de ajuda (12% refere *muitas vezes* e 4% *por vezes*), enquanto que em SAD a percentagem é de 44% (32% *muitas vezes* e 12% *por vezes*).

A maioria dos idosos de LI (96%) refere *nunca* ter acidentes/problemas na toma da medicação. Em SAD, verifica-se um número bastante mais elevado a responder que *por vezes* tem acidentes/problemas na toma da medicação (46%).

No global, a maioria dos idosos (94%) costuma fazer vigilância regular da saúde, sendo mais expresso nos idosos de LI (76% *muitas vezes* e 24% *por vezes*) que em SAD (52% *muitas vezes* e 36% *por vezes*); os 6% que negam fazer vigilância regular de saúde são da resposta social de SAD. Os idosos de LI (96%) fazem habitualmente esta vigilância na *instituição*, enquanto os de SAD recorrem a outros locais (36% no *centro de saúde*, 28% em *casa*, 16% na *instituição* e 8% na *farmácia*).

## \_ DISCUSSÃO.

### Avaliação da capacidade funcional

A incapacidade funcional, além de ser prevalente com o aumento da idade e forte determinante de dependência, aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crónicas (Alencar, Aragão, Ferreira & Dantas, 2010), sendo também um dos fatores de risco apontado na literatura para a institucionalização (Guedes, 2008; Lobo & Pereira, 2007; Rosa, Silva, Rossato & Rosa, 2009; Vaz, 2009; Vitorino & Silva, 2010). No estudo em análise, apesar da maioria dos participantes serem classificados como *independentes* ou com grau de *dependência ligeira*, verifica-se que o grau de independência é superior nos idosos de SAD, ou seja, os de LI são mais dependentes. Tendo em conta a ausência de dados relativos à avaliação da capacidade funcional dos idosos aquando a admissão em LI e o(s) motivo(s) de internamento, não é viável concluir que a diminuição da capacidade funcional tenha sido determinante para a institucionalização. Porém, alguns estudos têm verificado que existem diferenças em relação à capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados, isto é, há um deficit maior da capacidade funcional de idosos institucionalizados (Mincato & Freitas, 2007). A este respeito, Lobo (2006) salienta que apesar de muitas vezes os idosos serem institucionalizados com um nível de autonomia bastante elevado, as oportunidades que lhes são proporcionadas nestas instituições para terem uma vida mais ativa são limitadas. Pelo contrário, Araújo et al. (2010) verificaram que idosos institucionalizados submetidos a um atendimento multiprofissional e incentivo diário na realização de suas AVD's eram mais independentes do que os não institucionalizados (provavelmente por falta de orientações adequadas para a melhoria da capacidade funcional nestes últimos). Assim, independentemente da diminuição da capacidade funcional poder constituir uma das razões para a institucionalização, esta poderá também contribuir para o retardamento do aumento do grau de dependência, o que explicaria o facto da maioria dos idosos de LI deste estudo que apresentam alguma incapacidade funcional, classificarem-se na categoria *dependência ligeira*.

### A saúde da pessoa idosa

#### Avaliação antropométrica da pessoa idosa

Os resultados obtidos no cálculo do IMC revelam que mais de metade dos idosos participantes neste estudo têm excesso de peso e que 11 são *obesos*. Resultados semelhantes foram encontrados por Cavalcanti et al. (2009) num estudo cujo objetivo era avaliar a prevalência de doenças crónicas e o estado nutricional de um grupo de idosos e em que 46,2% dos idosos apresentaram sobrepeso e 40,2% obesidade. Não obstante, a prevalência de pré-obesidade está associada ao aumento da idade, sendo superior nos mais idosos ( $\geq 65$  anos). É uma das doenças crónicas em expansão e constitui um dos principais fatores de risco para as principais causas de morte em Portugal (doenças cardiovasculares e cancro) e conduzem a elevados custos sociais e financeiros (Ministério da Saúde/Alto Comissariado para a Saúde, 2010).

#### Perceção da sua saúde

Em Portugal, a percentagem de indivíduos inquiridos que classificaram o seu estado de saúde como sendo "Bom" ou "Muito bom" aumentou, entre 1999 e 2006. Este aumento foi verificado em todos os grupos etários, sendo mais

relevante para os indivíduos dos 45 aos 54 anos e para os mais idosos (85 ou mais anos) (Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde, 2008). Na análise do presente estudo, os resultados obtidos remetem a utilização de categorias mais baixas por parte dos idosos para classificação da sua saúde: *regular* e *má*, respetivamente. A prevalência destas duas categorias foi também obtida num estudo realizado por Ferreira e Raposo (2006). Estes autores utilizaram um questionário EUROPEP (instrumento de medição da satisfação dos utilizadores da prática da medicina geral e familiar na Europa) numa amostra de 11.166 indivíduos que pertenciam a 358 Centros de Saúde de Portugal Continental, com uma média de idades de 56,49 anos. Mais de metade dos respondentes (55,3%) declarou ter uma perceção razoável do seu estado de saúde e 22,1% uma perceção má, sendo que os utentes mais velhos (idade superior ou igual a 45 anos) foram os que avaliaram essencialmente o seu estado de saúde como razoável ou mau.

A baixa escolaridade que caracteriza a amostra em estudo poderá ter influenciado os resultados obtidos. Segundo Fernandes (2007), a educação é também um dos fatores que interfere na perceção subjetiva de saúde. A autoconfiança e a capacidade de gestão da saúde derivadas do conhecimento e informação resultante de competências escolares influencia a forma como o indivíduo considera e avalia a sua própria saúde.

Vários estudos têm explorado o valor preditivo da autoavaliação da saúde para o início da incapacidade e os resultados indicam um maior risco de incapacidade subsequente em pessoas cuja autoavaliação de saúde seja pior (Giacomin, 2008). No estudo em análise, os idosos de LI, apesar dos níveis superiores de dependência na avaliação da capacidade funcional, revelam uma perceção de saúde mais positiva do que os de SAD. Bowling et al. (2007 cit in Lima, Silva & Galhardoni, 2008) perante um estudo com resultados semelhantes concluíram que, entre outros fatores, foram preditivos para a autoavaliação positiva de saúde: i) possuir maior perceção de controlo sobre a vida, e, ainda, ii) maiores níveis de envolvimento social. Ou seja, mesmo em condições vulneráveis, existem fatores protetores, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos. A institucionalização poderá, nalguns casos, constituir-se num fator protetor extrínseco. Por exemplo, solidão e motivos de saúde (Almeida, 2008; Guedes, 2008; Vaz, 2009) são razões evocadas para justificar a opção de institucionalização. Almeida e Rodrigues (2008) confirmaram esta situação aquando a realização de um estudo em que uma percentagem de 77,7 idosos indicou que a decisão da institucionalização assentou nestes dois motivos principais. Se a institucionalização se constituir como uma alternativa de resposta às necessidades subjacentes às duas razões apontadas, poderá ser um dos motivos para explicar uma perceção mais positiva da saúde por parte dos idosos de LI (a solidão poderá ser atenuada pelo convívio com os outros idosos e pela participação nas atividades de animação, e os motivos de saúde pela maior vigilância por parte dos profissionais de saúde integrados nas instituições).

### Doença crónica

A frequência cada vez maior da multi-morbilidade no envelhecimento é salientada no Relatório Mundial de Saúde (Ministério da Saúde, 2008) pela particular relevância para a organização da prestação de serviços (no mundo industrializado, 50% de pessoas entre os 80-84 anos estão afetadas por duas ou mais doenças crónicas, em simultâneo). Os resultados do presente estudo enquadram-se neste paradigma, sendo a HTA a doença crónica mais prevalente nos idosos, tal como nos resultados do Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006 (INE/INSA, 2009) e do estudo planeado e promovido pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação com o apoio da Nestlé (Poínhos et al., 2009) em que a HTA foi a doença mais prevalente e comum nas faixas etárias mais elevadas. Tal como o estudo de Cavalcanti et al. (2009), a prevalência da HTA e o IMC elevado que caracteriza esta amostra sugere a influência de peso como fator de risco para a HTA, de acordo com o relatado na literatura.

Semelhante aos resultados obtidos em outros estudos, a *Dislipidemia* é a segunda doença crónica mais prevalente neste estudo e a *Diabetes* a terceira (Cavalcanti et al., 2009). Contudo, relativamente à Diabetes, é importante contextualizá-la no panorama português, no qual se estima existir um número elevado de casos não diagnosticados (o que também pode acontecer no contexto desta amostra). Também na *Depressão*, calcula-se

que a prevalência desta doença também esteja subestimada. Apesar da alta prevalência nas doenças clínicas gerais, alguns autores salientam que a Depressão não tem sido diagnosticada e tratada de maneira adequada, verificando-se que muitas vezes é confundida com a própria doença clínica geral, ou como consequência “normal” do envelhecimento (Stella et al., 2002 cit in Abade & Zamai, 2009).

### *Impacto da doença crónica*

A tendência atual do número crescente de idosos portadores de doenças crónicas não devidamente controladas, pode originar sequelas e desencadear a incapacidade funcional e, consequentemente, gerar sentimentos de inutilidade, depressão e falta de motivação pela vida (Freitas & Haag, 2009), o que é congruente com os resultados deste estudo, tendo em conta a percentagem elevada de idosos que indica o *psicológico* como um dos aspetos em que a(s) doença(s) crónica(s) teve/tiveram maior impacto. Oliveira, Pedrosa e Santos (2009) verificaram que o facto de a doença ser uma constante na vida dos idosos e limitar bastante as suas atividades, deixava-os tristes. Os resultados do estudo realizado por estes autores apontaram para uma ideia compartilhada pelos idosos de que estão numa faixa etária em que mais adoecem, reconhecendo alguma morbilidade que altera e influencia na sua rotina diária. Os autores constataram ainda que o sentimento de tristeza estava relacionado com o sentimento de inutilidade resultante do surgimento das doenças, uma vez que tirava ao indivíduo a possibilidade de desenvolver as atividades relacionadas com o trabalho na agricultura (a maioria dos idosos que participa neste estudo também esteve ligado à agricultura).

O fator *económico* é também um dos aspetos mais prevalentes, o que poderá estar relacionado com o aumento de despesas geralmente associadas ao aparecimento e tratamento de doenças crónicas (tratamento farmacológico, sobretudo) e o baixo rendimento que caracteriza as reformas destes idosos.

Os aspetos *relacional* e *familiar* são também referenciados como aspetos da vida em que as doenças crónicas tiveram impacto, corroborando a literatura relativamente ao impacto da doença crónica não ocorrer apenas a nível individual, mas também familiar.

O facto de apenas uma minoria de LI identificar o aspeto *ambiental* poderá significar que a doença crónica não foi um fator decisivo para a opção de institucionalização (ou que mesmo tendo sido, não é interpretado como tal).

### *Informação recebida*

Segundo Simões (2009), uma situação comum é o paciente não compreender a linguagem do médico, comprometendo a comunicação. Tendo em conta o baixo grau de escolaridade que caracteriza a amostra em estudo e a presença de eventuais dificuldades associadas ao normal processo de envelhecimento (alterações na audição e na visão, e.g.), entende-se as classificações intermédias obtidas no estudo quando os idosos são questionados sobre o tipo de informação fornecida pelos profissionais de saúde (apenas uma minoria refere receber *muita* quantidade de informação e ficar *muito satisfeito*).

Outro aspeto importante relaciona-se com as imagens da velhice e do envelhecimento que os profissionais de saúde que trabalham com idosos podem ter acerca dos mesmos, podendo influenciar a forma como os apoiam. Ribeiro e Sousa (2008) compilaram alguns exemplos de como o *velhismo* (termo usado por estes autores para especificar a discriminação em relação aos mais velhos) se pode manifestar entre os médicos: i) submeter as pessoas idosas a tratamentos menos agressivos, sendo esta decisão tomada com base apenas na idade cronológica; ii) dedicar menos tempo ao diálogo com os pacientes idosos e desvalorizar as suas queixas, o que implica menor compreensão da situação clínica; iii) desencorajar a atividade física, acreditando que os idosos “merecem descanso”, apesar dos comprovados benefícios para pacientes de todas as idades; e iv) subvalorizar e sub-tratar a dor, considerando como algo próprio da velhice ou associando a comportamentos infantilizados dos

idosos que se “queixam de tudo”. Estes autores realizaram um estudo exploratório numa amostra de 240 profissionais envolvidos nos cuidados sociais e de saúde a idosos (60 eram médicos), verificando que os profissionais tendem a esperar que as pessoas idosas sejam: incompetentes, dependentes e imaturos. Contrapõe-se a opinião de Ribeiro (2008:15) ao salientar que *“perspetivar o processo de envelhecimento como um processo de desenvolvimento requer o reconhecimento da capacidade contínua de aprendizagem e de plasticidade, bem como da competência para enfrentar de modo otimizado as demandas do quotidiano”*, perspetiva fundamental no âmbito da promoção da saúde.

Por outro lado, é também importante contemplar quais as expectativas do doente face ao papel do médico e a importância e utilidade que vê na receção de informação sobre as suas doenças. Para o doente pode ser importante que o seu problema, doença ou queixa sejam resolvidos, enquanto para o médico pode ser mais premente naquela consulta a realização de atividades preventivas (Santos & Ribeiro, 2009). Por conseguinte, Simões (2009) ressalva a importância do clínico tentar descobrir o que o paciente pensa e compreende sobre a sua situação, e se certifique, antes do final da consulta, que ele compreendeu o que foi dito, seja sobre o problema ou tratamento.

## Áreas da promoção da saúde da pessoa idosa

### Temas abordados pelos profissionais

A existência de uma doença crónica inclui responsabilidade no próprio tratamento e implica mudança de hábitos e comportamentos (Oliveira, 2008). Segundo Hespanhol, Couto, Martins e Viana (2009:244), *“na consulta diária de Medicina Geral e Familiar, a abordagem de prevenção primária engloba, não só, o incentivo do exercício físico regular, mas, também, o aconselhamento de uma alimentação equilibrada, bem como o estímulo a moderar o consumo de álcool e a desincentivar o tabagismo”*. No estudo em análise, a maioria dos idosos refere que os profissionais de saúde nunca costumam abordar as áreas de promoção da saúde: alimentação, atividade física, sono e repouso, acidentes domésticos, vigilância da saúde/toma de medicação, consumo de álcool e consumo de tabaco (neste último, 2 dos 3 idosos que fumam referem que, *por vezes*, o tema é abordado). Se por um lado, tal pode acontecer devido ao perfil dos próprios profissionais de saúde (muitos serviços de saúde em Portugal ainda funcionam sob o modelo biomédico, centrado na doença, ignorando grande parte dos hábitos, e comportamentos das pessoas, nomeadamente devido a grande parte da formação nesta área ser baseada neste modelo), por outro, é expectativa da própria população conseguir tratamentos que tratem e curem e não a mudança de comportamentos e estilos de vida.

### Alimentação

O grande desafio da restauração direcionada aos idosos institucionalizados ou apoiados em domicílio consiste em servir uma alimentação saudável, respeitando as necessidades nutricionais da faixa etária a que se dirige, com qualidade e segurança, e, sempre que possível, tendo em atenção preferências, condicionantes patológicas, crenças, hábitos e expectativas do idoso (Rocha, 2007). Esta nova visão atenua o modelo ainda prevalente, e na maioria das vezes, o praticado, relativamente à rotina alimentar do quotidiano dos idosos institucionalizados, nomeadamente as comidas serem impostas, os horários delimitados, as quantidades de comida serem controladas e a eliminação de qualquer fator surpresa à vida desses idosos (não há flexibilidade de horários, satisfação a pequenos desejos ou possibilidades de novos sabores) (Oliveira, Veras & Prado, 2010). O serviço de alimentação do SAD, em particular, assume também importante papel, não só do ponto de vista nutricional, mas também social e de promoção de convívio de idosos que muitas vezes vivem isolados, podendo ser também utilizado para permitir a permanência dos idosos no seu domicílio por mais tempo (Candela & Fernandez, 2004 cit in Rocha, 2007). Assim, o *“campo da alimentação é rico em possibilidades de realização humana quando tomado como lugar em que se estabelecem relações entre seres humanos mediadas pelo alimento, pela comida”*

(Menezes, Tavares, Santos, Targueta & Prado, 2010:269), o que poderá constituir um dos motivos para explicar o facto da maioria dos idosos que participam neste estudo, tanto de LI como de SAD, considerarem ter uma alimentação saudável (a sua noção de alimentação saudável parece não estar associada apenas à ingestão de nutrientes adequados, mas também ao contexto/humanização com que lhe é fornecida).

### Atividade física

Sampaio (2009:85) salienta que a “*atividade física deverá ser entendida não apenas como exercício realizado de forma codificada (por exemplo, ginástica de manutenção, musculação), mas acima de tudo como atividade física espontânea diária*”. Neste estudo, são várias as atividades referidas como forma de ocupação/utilização do tempo, contudo, a prevalência difere conforme a resposta social onde os idosos estão integrados, com exceção da atividade *ver televisão* que foi a mais referenciada em ambas respostas, tal como o verificado nos resultados dos últimos Censos relativamente à atividade de lazer mais frequente nos idosos (INE, 2002).

A realização de *atividades domésticas* destaca-se como a segunda atividade mais prevalente no SAD, o que vai de encontro a outros estudos realizados. Por este motivo, as perspetivas dos autores dividem-se quanto aos níveis de atividade física entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Lobo (2006) salienta que quando os idosos vivem em comunidade mantêm-se responsáveis por algumas atividades domésticas, o que não acontece nas instituições e, como tal, mantêm-se mais ativos por mais tempo e com um nível de atividade física superior aos institucionalizados. Couto (2003), num estudo com idosos que frequentavam instituições em regime de internato, ou centro de dia, situados em concelhos da região Norte, também verificou que quem realizava menos atividades domésticas eram os sujeitos que residiam no Lar, enquanto os sujeitos que viviam sozinhos eram quem realizava mais atividades deste tipo. O autor realça, porém, o facto de que viver no Lar significa não fazer uma série de tarefas (ir às compras, arrumar a casa, tratar das roupas, lavar a loiça e limpar o chão, entre outros) que, se por um lado lhes retira esta forma de atividade física, por outro lado oferece tempo livre que pode ser ocupado com a prática de outras atividades, físicas, recreativas ou desportivas, tal como constatou no seu estudo (os residentes de Lar eram os que praticavam mais atividades desportivas) e como se verifica na análise dos resultados do presente estudo (*atividade(s) física(s)* é a atividade de ocupação que maior percentagem de resposta obtém no LI). No entanto, apesar do maior tempo livre proporcionado pela rotina de LI poder contribuir para a prática de outras atividades, também poderá justificar a percentagem elevada de idosos que responde “*não faz nada*” (saliente-se que, muitas vezes, as atividades desenvolvidas nas instituições são orientadas por profissionais, estando condicionadas ao seu horário de trabalho).

Apesar de serem os idosos de LI os que mais praticam algum tipo de atividade física, em ambas respostas sociais, as *caminhadas* são o tipo de atividade física mais comum. De acordo com Sampaio (2009:72), “*a caminhada pode corresponder a uma intervenção promotora da saúde isenta de custos*”, surgindo como uma das modalidades mais seguras numa faixa particularmente suscetível a patologias e as limitações funcionais, motivo pelo qual é uma das atividades recomendadas especialmente para as pessoas idosas (DGS, 2004). Por exemplo, Sampaio (2009) verificou que a caminhada, como atividade física regular, é um elemento significativo para a promoção e manutenção da saúde permitindo uma perceção subjetiva da saúde mais elevada, em todas as suas dimensões, e proporcionando uma melhoria da qualidade de vida comparativamente aqueles sujeitos mais inativos. Kobe, Magnusson e Teixeira (2008) salientam que a perda da capacidade de caminhar é uma limitação que pode prejudicar as interações sociais e a realização das atividades quotidianas. Também em ambas respostas sociais, a *ginástica* é o segundo tipo de atividade mais comum, contudo, novamente, em menor percentagem no SAD. Antonini, Fesnterseifer e Stefanello (2008) salientam a importância de programas de atividade física que visem melhorar, nomeadamente, o equilíbrio e as oportunidades para a mobilidade, e que se destinem a idosos institucionalizados e não institucionalizados, dado terem verificado uma certa convergência na carência em praticar exercício físico em ambas situações (confirmaram a existência de disfunções orgânicas semelhantes nos idosos institucionalizados e não institucionalizados).

### *Sono e repouso*

Além da presença de alguns tipos de doenças e fatores sociais (a mudança de residência para instituições sociais ou para o domicílio dos filhos, e.g.), os problemas de sono nos idosos podem também ser provocados por fatores ambientais (o ruído, o barulho e a temperatura, e.g.) e que também podem interferir na qualidade do sono (Reis, 2011). As instalações recentes onde estão integrados os idosos de LI em estudo, entre outros fatores, podem justificar o maior controlo dos fatores ambientais.

Machado e Andrade (2008) realizaram um estudo com idosos institucionalizados em que verificaram que com a promoção de atividades simples foi possível reduzir a duração do sono diurno (entenda-se como os cochilos ou sestas) e prolongar o tempo de atividade dos idosos. A hipótese dos idosos de LI estarem mais ocupados devido às atividades promovidas diariamente pela Instituição, constitui uma possível explicação para o facto de serem os de SAD os que revelam maior hábito de fazer sesta diária.

### *Acidentes domésticos*

As quedas são o tipo de acidente mais comum nesta faixa etária, o que pode explicar porque a maior parte dos participantes associou o conceito de “acidentes” a quedas.

Mais de metade dos idosos da amostra total relatam *nunca* costumar ter acidentes, o que poderá estar relacionado com o facto da maioria, em termos de capacidade funcional, ainda ser *independente* ou apresentar apenas *dependência ligeira*. Os idosos de SAD explicam os motivos dos seus acidentes através de fatores intrínsecos e fatores extrínsecos, enquanto os de LI centram-se em fatores extrínsecos (*calçado não apropriado e pavimento escorregadio*). Segundo Valentim, Fonseca, Santos e Santos (2009:219) “os problemas com o ambiente serão mais perigosos quanto maior for o grau de vulnerabilidade do idoso e da instabilidade que o ambiente proporciona ao mesmo”. Um estudo desenvolvido por estes autores demonstrou como causas de quedas os escorregões e tropeços devido a fatores extrínsecos, mais propriamente a condições físicas presentes nas instituições onde viviam (detetaram a existência de algumas falhas nos itens de segurança, como por exemplo, a inexistência de barras de apoio nos sanitários). Apesar de vários estudos mostrarem que a prevalência de quedas entre idosos institucionalizados é alta (Álvares, Lima & Silva, 2010; Gonçalves, Vieira, Siqueira & Hallal, 2008), no estudo em análise, existe maior prevalência nos idosos de SAD. Fatores ambientais, como as características da residência, poderão explicar os resultados obtidos (tendo em conta que as instalações de LI são recentes, pressupõe-se que ofereçam maior segurança e adequação às características dos idosos).

A queda foi o acidente doméstico mais prevalente num estudo desenvolvido por Drech, Pomatti e Doring (2009) com idosos residentes na comunidade. Simultaneamente também verificaram que a maioria dos idosos adotava poucos cuidados adicionais relativamente à prevenção de acidentes domésticos na sua residência (saliente-se que no presente estudo, apenas uma minoria refere o aspeto *ambiental* como um dos aspetos em que a doença crónica teve maior impacto, ou seja, que implicou alterações). O uso de calçado inadequado foi uma das razões associadas à ocorrência de acidentes domésticos (motivo também apontado pelos idosos de LI em estudo), assim como o uso de medicação para dormir (apesar de 18 idosos do presente estudo confirmarem que tomam medicação para dormir, nenhum dos participantes o associa como um dos motivos para a ocorrência de acidentes domésticos).

### *Consumo de tabaco*

Carvalho, Gomes e Tavares (2010) verificaram uma alta prevalência de tabagismo em idosos institucionalizados, o que os levou a considerar que a institucionalização possa contribuir na perpetuação no hábito do tabagismo, nomeadamente devido a alguns fatores associados como as relações de abandono familiar, maus tratos,

negligência dos profissionais de saúde e consequente solidão. Apesar de não ter sido encontrado nenhum estudo que tenha sido realizado em Portugal quanto à prevalência de tabagismo em idosos institucionalizados, os resultados obtidos neste estudo relativamente aos idosos de LI e aos de SAD são muito semelhantes, nomeadamente o facto de quase todos os idosos considerarem que o tabaco é prejudicial à saúde, o que poderá justificar o número reduzido de idosos que atualmente fumam (2 idosos de LI e 1 idoso de SAD). Uma menor percentagem de situações desfavoráveis (hábito de fumar) em indivíduos mais velhos, especialmente do grupo etário 75 anos ou mais anos tem sido verificada em estudos da população portuguesa, nomeadamente nos resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (INE/INSA, 2009) e num estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2008).

### *Consumo de álcool*

Portugal situa-se entre os países de maior produção e consumo vinícolas (é um dos países com maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao álcool entre os países-membros da União Europeia) (Mello et al., 2001), o que ilustra a importância não só da influência de fatores individuais, mas também ambientais no âmbito do consumo de bebidas alcoólicas. No estudo em análise, quase metade da amostra total (48%) bebe atualmente, o que, de certa forma, representa a influência destes fatores ambientais. Tais fatores também podem explicar porque é em LI que existe uma percentagem superior que não consome bebidas alcoólicas (nas instituições geralmente existem regras mais rígidas relativamente ao seu consumo).

O *vinho* surge como a bebida mais consumida. Este tipo de bebida tem sido reconhecida como a mais prevalente, nomeadamente num estudo desenvolvido por Dias (2008), em que todos os grupos etários e em todos os níveis de escolaridade, o vinho foi a bebida com maior contributo para o total de álcool ingerido (os indivíduos mais velhos e os menos escolarizados foram os que apresentaram valores mais elevados de ingestão de álcool proveniente do vinho).

Contrapõem-se os resultados obtidos com o conhecimento dos riscos do consumo de bebidas alcoólicas, em que quase todos os idosos têm conhecimento do risco do consumo excessivo de bebidas alcoólicas para a sua saúde, com a sua vontade em abandonar este hábito, em que a maior parte refere que não gostaria de abandonar o consumo de álcool. Estes resultados poderão resultar de uma perceção de consumo moderado por parte dos idosos e, como tal, não considerarem necessário o abandono da ingestão de bebidas alcoólicas.

### *Vigilância de saúde/toma da medicação*

No Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, a análise dos resultados por grupos etários permitiu concluir que a proporção de pessoas que tomaram medicamentos receitados aumentou com o envelhecimento, com valores próximos de 30% até aos 24 anos, de 58,6% no grupo etário intermédio (45-54 anos) e de 86,5% para os idosos avançados (75 e mais anos) (INE/INSA, 2009). No presente estudo, 52% dos idosos da amostra global toma *entre 5 a 9 comprimidos/dia* e 18% *mais de 10 comprimidos/dia*.

A maioria dos idosos costuma ser informada pelos profissionais de saúde sobre as ações dos medicamentos, o que poderá justificar a boa adesão ao regime terapêutico (a maior parte dos participantes refere tomar *sempre* os medicamentos de acordo com a prescrição médica). A boa adesão ao regime terapêutico foi também encontrada em estudos desenvolvidos por Simão (2009) e por Cintra, Guariento e Miyasaki (2010). Contudo, no estudo desenvolvido por Simão (2009), é salientado a importância de contextualizar os níveis elevados de adesão no contexto em que o estudo foi realizado, ou seja, em instituições. O papel dos funcionários da Instituição na prestação de apoio na gestão da medicação e em garantir o cumprimento, quer da toma da medicação, quer dos tratamentos/recomendações médicas, pode influenciar o grau de adesão. Tal como no estudo realizado por Simão (2009), o estudo em análise envolve duas respostas sociais (LI e SAD), sendo que em ambas os funcionários

desempenham esta função de apoio na gestão da medicação. O facto da percentagem em LI ser superior, poderá relacionar-se com o facto de além deste apoio, na maioria dos casos a resposta social estar também encarregue de levantar a receitas e fornecer a medicação aos idosos. Este apoio do LI, apesar de apresentar algumas vantagens (como o facto de quase todos os idosos que compõem a amostra desta resposta social *nunca* costumarem ter acidentes/problemas na toma da medicação, ao contrário do que se verifica no SAD), poderá também promover alguma desresponsabilização do idoso no seu processo de recuperação. Por vezes, os próprios profissionais de saúde que integram as instituições facilitam a passagem de informações aos idosos ou transferem-nas para os funcionários (os idosos de LI são os menos informados pelos profissionais e os que menos conhecem os medicamentos que tomam). Neste sentido, Baixinho (2009:64) salvaguarda que *“a própria institucionalização da pessoa idosa em serviços de apoio, condiciona a sua autonomia, pela diminuição da tomada de decisão, rotinização das atividades e parca possibilidade de participação nos cuidados que lhe são prestados”*.

Cintra et al. (2010) realçam que a quantidade diária de medicamentos a ser consumida pode originar erros na sua administração, especialmente entre os idosos, ainda que no estudo que realizou a maioria dos participantes tenha referido tomar os medicamentos “por conta própria”, ou seja, sem qualquer auxílio ou supervisão. Apesar de 52% dos idosos da amostra global tomar *entre 5 a 9 comprimidos/dia* (40% em LI e 64% em SAD) e 14% *entre 10 a 14 comprimidos/dia* (20% em LI e 8% em SAD), a maioria refere *nunca* necessitar de ajuda na toma de medicação, em particular, os idosos de LI. Tal situação poderá estar relacionada com a eventual perceção da noção de ajuda por parte dos idosos (num contexto onde há idosos completamente dependentes de terceiros e que necessitam que a medicação lhes seja “dada na boca”, o facto de ingerirem sozinhos os medicamentos poderá justificar a noção de não precisar de ajuda por parte dos outros, não entendendo a preparação e a gestão da medicação por outra pessoa como forma de ajuda). Porém, quase metade dos idosos de SAD reconhece a necessidade de ajuda na toma da medicação.

O tratamento cuidado e disciplinado permite prevenir e retardar as complicações agudas e crónicas da doença (António, 2010), incluindo a vigilância de saúde como um dos pressupostos, especialmente nos idosos com doenças crónicas. No presente estudo, a maioria dos idosos da amostra total costuma fazer vigilância regular da saúde. Os resultados evidenciam que este cuidado é mais habitual nos idosos de LI, o que pode estar relacionado, tal como já foi referido, com os cuidados de saúde geralmente prestados pelos profissionais de saúde integrados nas instituições, uma vez que a *Instituição* é referida como o local privilegiado onde costumam fazer essa vigilância. A menor vigilância nos idosos de SAD poderá estar relacionada com as características dos serviços dos Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar, locais privilegiados pelos idosos para assegurarem a vigilância de sua saúde. Araújo, Paúl e Martins (2010) num estudo realizado com 108 famílias com apoio domiciliário do Centro de Saúde ou de uma Unidade de Saúde Familiar verificaram que o tipo de cuidados prestados aos idosos pelas unidades de saúde e profissionais de saúde reportam-se a cuidados fundamentalmente técnicos, tais como a ajuda na gestão do regime terapêutico, a avaliação de pressão arterial, a avaliação de glicemia capilar e o tratamento de feridas, sendo a sua periodicidade escassa e limitada aos dias úteis e ao horário diurno. Por estes motivos, compreende-se que alguns idosos de SAD façam alguns procedimentos de vigilância da saúde na própria casa ou que recorram à *farmácia e/ou instituição*.

## CONCLUSÕES.

A promoção da saúde não consiste apenas em alterações nos estilos de vida ou em evitar fatores de risco. Implica também potenciar os fatores protetores, desenvolver e organizar os recursos existentes e criar novos recursos (Loureiro & Miranda, 2010), nomeadamente o desenvolvimento de estratégias a nível local que envolvam as respostas de apoio social aos idosos e suas famílias (LI ou SAD, e.g.), pelo papel e importância que podem assumir no âmbito da promoção da saúde.

No estudo apresentado, apesar de todos os idosos participantes terem doença(s) crónica(s) e a maioria *76 ou mais anos*, verifica-se que tal não determina necessariamente uma limitação para a realização de ABVD's (em termos de avaliação da capacidade funcional, a maioria dos idosos da amostra global é *independente* ou apresenta *dependência ligeira*). Esta situação poderá estar relacionada com o desenvolvimento de um comportamento mais ativo na proteção da saúde (tais como a prática regular de exercício físico e a ausência de hábitos tabágicos) e um maior controle sobre a(s) doença(s) crónica(s) (a adoção de procedimentos de vigilância de saúde com regularidade, e.g.), presentes nos idosos de ambas respostas sociais.

Os profissionais de saúde são agentes fundamentais no acompanhamento dos doentes crónicos e no âmbito da promoção da saúde. Uma vez que a maioria dos idosos da amostra global percebe a informação recebida por estes profissionais como *alguma*, em termos de quantidade, e como *satisfatória*, em termos de qualidade (segundo a maioria dos idosos, os profissionais de saúde *nunca* costumam abordar as áreas de promoção da saúde), a passagem de informação e o tipo de linguagem utilizada assumem particular importância, especialmente junto de uma população com características específicas e um baixo grau de escolaridade.

Em termos físicos, apesar da capacidade funcional da maioria dos idosos da amostra global estar apenas parcialmente comprometida, mais de metade apresenta *excesso de peso*. Das áreas da promoção da saúde, a alimentação e a atividade física assumem particular importância no controlo de peso, o que reforça a prioridade e necessidade de avaliar o tipo de alimentação praticado pela Instituição (desde a confecção ao empratamento) e a promoção de hábitos alimentares saudáveis junto dos idosos. Ainda que a maioria dos participantes pratique algum tipo de exercício físico, a atividade de ocupação mais prevalente é *ver televisão*. O desenvolvimento de outro tipo de atividades menos sedentárias e alternativas ao *ver televisão* (tarefas domésticas e atividades de animação, e.g.), não só contribuirá para o controlo de peso, como para a ocupação dos idosos, o que constitui também uma forma para evitar sentimentos de inutilidade (necessidades encontradas em termos psicológicos e sociais) e uma alternativa para reduzir as sesta durante o dia e melhorar a qualidade do sono noturno.

No âmbito das necessidades e prioridades detetadas, sugere-se que, além da intervenção direta junto dos próprios idosos, sejam também incluídos os familiares (através de atendimentos personalizados e sessões de sensibilização/informação sobre alguns dos temas abordados, como a prevenção de acidentes domésticos, e.g.) e funcionários da Instituição (mediante a inclusão de alguns dos temas abordados no plano de formação da Instituição, e.g.), visto que ambos constituem a rede de apoio e presença diária no quotidiano do idoso, especialmente no caso dos idosos de SAD.

Apesar do estudo apresentado ter gerado resultados de carácter mais descritivo do que conclusivo, os resultados obtidos possibilitam algumas reflexões e recomendações, que deverão ser sempre contextualizadas na realidade estudada.

Muitos determinantes de saúde dos idosos e estratégias para a redução de fatores de risco ultrapassam o sector estrito da saúde pública, sendo necessário contemplar uma visão mais abrangente e que integre ações multisectoriais e a diferentes níveis (OMS, 2008). Além de ações que envolvam a elaboração de políticas e planos de alto nível, desde legislação (tal como a Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto que estabelece normas com vista à redução do teor de sal no pão), a incentivos para a ação e investigação em promoção da saúde, a alteração dos currículos formativos dos profissionais de saúde, entre outros, o desenvolvimento de ações a outros níveis, nomeadamente mais próximas dos idosos, revelam-se fundamentais. Assim, a promoção de estratégias locais, tal como parcerias entre diferentes serviços integrados na comunidade (Centros de Saúde, Juntas de Freguesias, Instituições, Associações, Universidades, entre outros), são ações que poderão contribuir para uma resposta mais eficaz e mais adequada às necessidades das pessoas idosas sem implicar custos adicionais aos agentes envolvidos.

Tendo em conta o aumento da população idosa, é essencial o desenvolvimento e dinamização de respostas cada vez mais adequadas não só às suas necessidades, mas também às suas exigências e expectativas e que promovam o desenvolvimento dos pressupostos inerentes ao conceito de envelhecimento ativo. Neste âmbito,



contextualiza-se o desafio suscitado pelo Ministério do Trabalho e Segurança Social através do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e da Segurança das Respostas Sociais, no sentido de as organizações com respostas sociais protocoladas com o Estado adotarem os Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais e alcançarem um nível mínimo de qualidade e competência, essencial no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

## \_ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abade, M., & Zama, C. A. (2009). Estudo sobre a influência da prática de atividade física na síndrome depressiva e no bem-estar de sujeitos da terceira idade. *Movimento & Percepção, Espírito Santo do Pinhal, SP*, 10 (14), Janeiro/Junho, 319-335. Acedido a 16 de Março de 2011 em <http://boletimef.org/biblioteca/2378/Influencia-da-pratica-de-atividade-fisica-no-bem-estar-da-terceira-idade>. ISSN 1679-8678.
- Alencar, N. A., Aragão, J. C. B., Ferreira, M. A., & Dantas, E. H. M. (2010). Níveis de actividade física em idosas. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15 (1), 87-97. Porto Alegre.
- Almeida, A. J. O. S., & Rodrigues, V. M. C. P. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (6), 1025-1031. Acedido a 13 de Abril de 2011 em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600014&script=sci_abstract&tlng=pt). doi:10.1590/S0104-11692008000600014. ISSN 0104-1169.
- Almeida, A. J. P. S. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares, aspectos e contextos da Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido a 28 de Dezembro de 2010 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>.
- Álvares, L. M., Lima, R. C., & Silva, R. A. (2010). Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (1), 31-40. Rio de Janeiro. Acedido a 13 de Abril de 2011 em [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100004&script=sci_arttext). doi:10.1590/S0102-311X2010000100004. ISSN 0102-311X.
- Antonini, T. C., Fesnterseifer, P. E., & Stefanello, S. M. S. (2008). Exercícios Físicos na Percepção de Idosos Institucionalizados: um relato de investigação. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Ano II*, 1, Janeiro/Junho, 11-21. Universidade Sênior Contemporânea.
- António, P. (2010). A psicologia e a doença crónica: intervenção em grupo na diabetes mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 15-27. Acedido a 02 de Maio de 2011 em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862010000100002&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862010000100002&script=sci_abstract). ISSN 1645-0086.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência, III Série, 2, Dezembro*, 45-53.
- Araújo, I., Cabral, V., & Sandoval, R. A. (2010). Análise comparativa da capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Trances*, 2 (6), 617-650. Acedido a 19 de Março de 2011 em [http://www.trances.es/papers/TCS%2002\\_6\\_8.pdf](http://www.trances.es/papers/TCS%2002_6_8.pdf). ISSN: 1989-6247.
- Baixinho, C. R. S. L. (2009). Promoção da Autonomia nas Instituições de Idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Ano III*, 3 (1), 64-75. Universidade Sênior Contemporânea.
- Carvalho, A. A., Gomes, L., & Tavares, A. B. (2010). Tabagismo em Idosos em Instituições Brasileiras de Longa Permanência. *Acta Médica Portuguesa*, 23 (2), Março/Abril, 167-172.
- Cavalcanti, C. L., Gonçalves, M. C. R., Asciutti, L. S. R., & Cavalcanti, A. L. (2009). Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Revista Salud Pública*, 11 (6), 865-877. Acedido a 16 de Março de 2011 em [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642009000600003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0124-00642009000600003. ISSN 0124-0064.
- Cintra, F. A., Guariento, M. E., & Miyasaki, L. A. (2010). Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (3), 3507-3515. Acedido a 14 de Abril de 2011 em

[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000900025&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000900025&script=sci_abstract&lng=pt).  
doi:10.1590/S0124-00642009000600003. ISSN 1413-8123.

Couto, L. A. A. (2003). A Actividade Física no Idoso. Estudo da influência de factores demográficos e psicossociais. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Acedido a 20 de Novembro de 2010 em [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10512/4/6010\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10512/4/6010_TM_01_P.pdf).

Decreto-Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto de 2009. *Diário da República*, 1.ª série, 155, 5225-5226.

Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998. *Diário da República*, 1.ª Série-B, 47, 766-774.

Despacho Normativo n.º 62/99 de 12 de Novembro de 1999. *Diário da República*, 1.ª Série-B, 264, 7960-7965.

Dias, P. C. S. S. (2008). Determinantes sociais e comportamentais do consumo de álcool. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido a 20 de Novembro de 2010 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/21942>.

Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa, n.º 13/DGCG.

Drech, D. R., Pomatti, D. M., & Doring, M. (2009). Prevalência de acidentes domésticos em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. RBCEH, *Passo Fundo*, 6 (1), Janeiro/Abril, 87-97. Acedido a 15 de Abril de 2011 em <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/160/483>.

Fernandes, A. A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, XLII (183), 419-443.

Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22 (3), 285-296.

Freitas, M. O., & Haag, G. S. (2009). Sentimentos do idoso frente à dependência física. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 14 (2), 225-235. Porto Alegre.

Giacomin, K. C. (2008). *Epidemiologia da incapacidade funcional em idosos na comunidade: Inquérito de Saúde de Belo Horizonte e tradução e confiabilidade do instrumento de avaliação funcional SMAF no Projeto Bambuí*. Tese de Doutoramento apresentada ao Centro de Pesquisas René Rachou. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Belo Horizonte. Acedido a 5 de Março de 2011 em [http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/T\\_3.pdf](http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/T_3.pdf).

Gonçalves, L. G., Vieira, S. T., Siqueira, F. V., & Hallal, P. C. (2008). Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Revista de Saúde Pública*, 42 (5), 938-45.

Guedes, J. (2008). Desafios Identitários Associados ao Internamento em Lar. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos sociais: saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Acedido a 2 de Janeiro de 2011 em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/339.pdf>.

Hespanhol, A. P., Couto, L., Martins, C., & Viana, M. (2009). Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (2), 242-52.

INE (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa. DECP/Serviço de Estudos sobre a População. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208.

INE/INSA (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa. Acedido a 1 de Novembro de 2010 em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt).

Kobe, A. P. B., Magnusson, T. A., & Teixeira, D. C. (2008). Perfil do estilo de vida de idosos que praticam caminhadas sem supervisão com idosos sedentários. *Revista Digital - Buenos Aires*, Ano 13, 120. Acedido a 27 de Dezembro de 2010 em <http://www.efdeportes.com/efd120/perfil-do-estilo-de-vida-de-idosos-que-praticam-caminhadas.htm>

Lima, A. M. M., Silva, H. S., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Comunicação, Saúde, Comunicação*, 12 (27), 795-807. Acedido a 1 de Março de 2011 em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400010&script=sci\\_arttext.doi:10.1590/S1414-32832008000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400010&script=sci_arttext.doi:10.1590/S1414-32832008000400010). ISSN 1414-3283.

Lobo, A. J. S (2006). Padrão de actividade física diária dos idosos institucionalizados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 16-19.

Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência*, II.<sup>a</sup> Série, 4, 62-68.

Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina.

Machado, A. V. S., & Andrade, M. M. M. (2008). O ciclo vigília/sono antes e após intervenção na rotina de idosos institucionalizados. *RBCEH, Passo Fundo*, 5 (2), Julho/Dezembro, 33-45. Acedido a 15 de Abril de 2011 em <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/127/245>.

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65. Acedido a 01 de Outubro de 2010 em [http://www.strokecenter.org/trials/scales/barthel\\_reprint.pdf](http://www.strokecenter.org/trials/scales/barthel_reprint.pdf).

Mello, M. L. M., Barrias, J. C., & Breda, J. J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 30 de Outubro de 2010 em [http://tne.fct.unl.pt/file.php/30/DEPENDENCIAS/alcoolismo\\_dgs.pdf](http://tne.fct.unl.pt/file.php/30/DEPENDENCIAS/alcoolismo_dgs.pdf).

Mendonça, M. P., Squassoni, C. E., & Zanni, K. P. (2010). Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15 (1), 99-115. Porto Alegre.

Menezes, M. F. G., Tavares, E. L., Santos, D. M., Targueta, C. L., & Prado, S. D. (2010). Alimentação saudável na experiência de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (2), 267-275. Rio de Janeiro. Acedido a 10 de Março de 2011 em <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n2/v13n2a11.pdf>.

Mincato, P. C., & Freitas, C. R. (2007). Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul - RS1. *RBCEH, Passo Fundo*, 4 (1), Janeiro/Junho, 127-138. Acedido a 15 de Abril de 2011 em [www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/122/98](http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/122/98).

Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde (2008). Envelhecimento e Saúde em Portugal. *Boletim Informativo*, 2, Setembro. Gabinete de Informação e Prospectiva. Acedido a 28 de Novembro de 2010 em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/10/pnsemfoco2.pdf>.

Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde (2009). *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. Acedido a 1 de Março de 2011 em <http://www.acs.min-saude.pt/2009/06/01/rms08/>.

Ministério da Saúde/Alto Comissariado para a Saúde (2010). Obesidade e Diabetes em Portugal. *Boletim Informativo*, 6, Novembro. Gabinete de Informação e Prospectiva. Acedido a 2 de Março de 2011 em <http://www.acs.min-saude.pt/2010/01/08/pns-em-foco/>.

Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2008). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido a 29 de Dezembro de 2010 em <http://www.acs.min-saude.pt/2010/03/15/estudo-envelhecimento/>.

Oliveira, R. B. A., Veras, R. P., & Prado, S. D. (2010). “O Fim da Linha”? Etnografia da alimentação de idosos institucionalizados – reflexões a partir das contribuições metodológicas de Malinowski. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (1), 133-143. Rio de Janeiro.

Oliveira, R. M. D. (2008). O Enfermeiro na Pré-Diabetes. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 14, 47-49. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda.

Oliveira, S. C. F., Pedrosa, M. I. P. C., & Santos, M. F. S. (2009). Doença versus saúde: como os idosos se percebem diante desses conceitos. *RBCEH, Passo Fundo*, 6 (2), Maio/Agosto, 181-188. Acedido a 15 de Abril de 2011 em [www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/168/788](http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/168/788).

OMS (1986). Carta de Ottawa. Acedido a 10 de Outubro de 2010 em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.

OMS (2006). Envelhecimento activo. Um Projecto de Política de Saúde. Acedido a 22 de Outubro de 2010 em [www.crde-unati.uerj.br/doc\\_gov/destaque/Madri.doc](http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc).

OMS (2008). WHO 2008 – 2013 – Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases. Acedido a 6 de Março de 2011 em <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>.

Póinhos, R., Franchini, B., Afonso, C., Correia, F., Teixeira, V. H., Moreira, P., Durão, C., Pinho, O., Silva, D., Lima Reis, J. P., Veríssimo, T., & Almeida, M. D. V. (2009). Alimentação e estilos de vida da população portuguesa: metodologia e resultados preliminares. *Revista Alimentação Humana*, 15 (3), 43-60.

Reis, M. L. (2011). Insónia no idoso. Enfermagem e o Cidadão. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, Ano 9, 26, 3, Março.

Ribeiro, A., & Sousa, L. (2008). Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Ano II, 1, Janeiro/Junho, 22-38. Universidade Sênior Contemporânea.

Ribeiro, O. (2008). O equilíbrio psíquico do idoso e a dinâmica. *Rediteia* 41, 54-55. REAPN.

Rocha, A. M. C. N. (2007). Particularidades dos serviços de alimentação em instituições geriátricas. *Revista Alimentação Humana*, 13 (1), 3-9.

Rosa, P. V., Silva, F. K., Rossato, D. D., & Rosa, L. H. T. (2009). Capacidade funcional entre idosos institucionalizados da região do Alto Jacuí – Rio Grande do Sul. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 14 (2), 281-294. Porto Alegre.

Sampaio, A. C. L. (2009). O contributo da caminhada na preservação da capacidade funcional dos idosos. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Acedido a 28 de Março de 2011 em [http://sigarra.up.pt/up/up\\_pesquisa.pesquisa?pv\\_pesq=O+contributo+da+caminhada+na+preserva%E7%E3o+da+capacidade+funcional+dos+idosos.+Faculdade+de+Desporto.+Universidade+do+Porto](http://sigarra.up.pt/up/up_pesquisa.pesquisa?pv_pesq=O+contributo+da+caminhada+na+preserva%E7%E3o+da+capacidade+funcional+dos+idosos.+Faculdade+de+Desporto.+Universidade+do+Porto)

Santos, I., & Ribeiro, I. L. (2009). Indicadores de desempenho na consulta. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (2), 228-236.

Simões, J. A. (2009). A consulta em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (2), 197-198.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-71.

Valentim, F. C. V., Fonseca, M. C. R., Santos, M. O., & Santos, B. M. O. (2009). Avaliação do equilíbrio postural e dos fatores ambientais relacionados às quedas em idosos de instituições de longa permanência. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 14 (2) 207-224. Porto Alegre.

Vaz, S. F. A. (2009). A Depressão no Idoso institucionalizado. Estudo em Idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Acedido a 28 de Março de 2011 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23338/2/67168.pdf>.

Vitorino, A. P. B., & Silva, F. M. (2010). Nível de qualidade de vida em idosos da UnATI-UCB. *Educação Física em Revista*, 4 (3), 1-11. Acedido a 23 de Março de 2011 em <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/efr/article/viewPDFInterstitial/1984/1302>. ISSN: 1983-6643.

WHO (1999). A life course perspective of maintaining independence in older age. Geneva. Acedido a 30 de Outubro de 2010 em [whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_HSC\\_AHE\\_99.2\\_life.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf).

WHO (2002). Active Ageing, a Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain. Acedido a 22 de Outubro de 2010 em [whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf).

## PERCURSOS DE ENVELHECIMENTO: O CONTEXTO DE UM NÚCLEO DE ESTUDOS DA TERCEIRA IDADE NO SUL DO BRASIL.

Elaine Lima da Silva<sup>1</sup>, Betânia de O. Laterza Ribeiro<sup>2</sup>, Elizabeth Farias da Silva<sup>3</sup>

### \_ Resumo

Corolário de pesquisa sobre o envelhecer no sul do Brasil. O artigo contextualiza o reconhecimento da velhice pelo Estado brasileiro, relacionando trajetória e legislação apresentando o Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC) implantado na Universidade Federal de Santa Catarina. O estado de Santa Catarina está localizado no sul do Brasil e o NETI/UFSC foi um dos pioneiros na dimensão, compreensão, atendimento e estudos específicos sobre o envelhecer e velhices no país.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Brasil. Núcleo de Estudos. Legislação.

### \_ PERCURSOS DO ENVELHECIMENTO: PERCEPÇÕES DA VELHICE NO CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO.

#### 1. Breve histórico da idade do envelhecimento

Beauvoir (1991) descreve a velhice nas sociedades históricas como uma imagem incerta, confusa e contraditória. A autora menciona que até o século XIX, nunca se fez menção aos "velhos pobres"; estes eram pouco numerosos e a longevidade só era possível nas classes privilegiadas. Nas páginas que seguem, Beauvoir descreve como os chineses, judeus e os gregos tratavam seus velhos. Na China, Confúcio justificava moralmente a autoridade, associando a velhice à posse da sabedoria; a longevidade para os judeus era considerada como "suprema recompensa da virtude". Para os gregos, há um conflito no domínio dos mitos e das gerações, onde a ideia geral dos relatos é: "os antigos deuses, ao envelhecerem, tornam-se cada vez mais maldosos e pervertidos" (Beauvoir, 1991, p.120). As palavras gregas *Géra*, *géron*, significam ao mesmo tempo idade avançada e o privilégio da ancianidade, de honra ligada à velhice, virtude imprescindível para o conselho de anciãos ligado ao rei na antiga Pólis. Cícero (2001) argumenta a respeito da vida ativa, indagando se a velhice é motivo de afastamento dos assuntos públicos. Ao que ironicamente responde que um homem jovem e vigoroso não pode enfrentar sozinho, devendo valer-se da sabedoria dos mais velhos. Para este autor, a velhice é afastada das atividades normais, indesejável pelas limitações físicas e por tirar os prazeres, associando-a com a morte.

No ritual dos *Kĩsêdjê* ou *Suyá*, índios que habitam o Xingu do Mato Grosso no Brasil, os jovens iniciados são considerados como expressão máxima da ideia de masculinidade e autocontrole, enquanto o comportamento dos idosos é o oposto, caracterizado pelo humor, descontração e obscenidade. Os velhos da sociedade *Kĩsêdjê* possuem um papel social de atuar como palhaços nos rituais, responsáveis por eventuais cenas de humor ao final da tarde, quando provocam risadas nos mais jovens. Também a autoridade dos especialistas em rituais dos *Suyá*, vem da sabedoria e memória para cantos. (SEEGGER, 2003).

Os exemplos dados pelos (as) autores (as) demonstram a heterogeneidade do envelhecimento e a ambigüidade no modo de tratamento dos idosos. Groisman (1999, p.47) considera que a homogeneidade nunca foi a característica da velhice, "(...) velhos sempre foram ricos e pobres, venerados ou denegridos e tratados tanto de

<sup>1</sup> Socióloga, atuante no NETI/UFSC/lainelimao@gmail.com.

<sup>2</sup> Professora Adjunta III da Universidade Federal de Uberlândia/Minas Gerais/UFU e do PPGG/UFU.

<sup>3</sup> Professora. Associada da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC e do PPGSP/UFSC/lizbet@uol.com.br

forma dura quanto generosa pelas famílias e comunidades, não havendo necessariamente um padrão para isso" e Magalhães (1989) ressalta que em algumas sociedades, ditas "tradicionais", atingidas por pragas e outras epidemias, era estimulado o gerontocídio.

Foi através de um projeto de modernidade, iniciado, segundo Wallerstein (2004, 2006)<sup>1</sup> no século XVI com as grandes navegações e reificado no século XVIII com o Iluminismo, que o ciclo da vida humana e, conseqüentemente o envelhecimento foi universalizado no mundo ocidental, especialmente pelo aumento da expectativa de vida. O homem – antes, diluído numa ideia de um coletivo, dentro de uma dada comunidade – é tido como um indivíduo único, um adulto dotado de direitos e deveres.

Segundo Àries (2006) desde a Idade Média até o século XVIII, um dos traços dominantes era a mistura de idades na organização social, embora o mesmo autor reconheça que em épocas anteriores, nas áreas de civilização oral e rural tem-se o registro de algumas sociedades organizadas por classes de idade. Esse autor mostrou como a partir do século XIII, especialmente no Ocidente, foi se ampliando a distância entre os adultos e as crianças, na medida em que estas foram gradualmente ocupando espaços próprios ao longo dos séculos. Para este autor, a mistura de idades, anterior a este distanciamento etário regulamentado, permitia que crianças, adultos e velhos pudessem compartilhar dos mesmos espaços, sem um comportamento definido para cada um, conforme sua citação:

"As trocas afetivas e as comunicações sociais eram realizadas fora da família, num meio muito denso e quente, composto de vizinhos, amigos, amos e criados, crianças e velhos, mulheres e homens, em que a inclinação se podia manifestar mais livremente. As famílias conjugais se diluíam nesse meio". (ÀRIES, 2006, p.x)

Para Hareven (1999) num momento quando o misticismo dá lugar à razão, característica primordial do Iluminismo, expulsa as ilusões em nome da realidade e expulsa o medo da morte, de forma não mais se temer nenhum tipo de vingança dos idosos e, assim não ser preciso lhe dar muita atenção. O medo era de que as crianças poderiam ser adultos socialmente destrutivos, daí a necessidade de uma educação específica a elas. Vale salientar que tais regras se destinaram às crianças batizadas das famílias urbanas de classe média da Europa e dos Estados Unidos.

Com o despontar de um crescimento acelerado da população idosa, especialmente na Europa, houve um maior interesse médico por esta faixa etária como um grupo separado a ser estudado. No início do período da Revolução Industrial, autores (as) passaram a comparar o corpo a uma máquina sujeita ao desgaste, analogia já feita por René Descartes (1596 – 1650), associando o conceito de velho ao conceito de doença. Porém, análises da fisiologia do envelhecimento e implicações clínicas das alterações observadas, desmentem que o envelhecimento possa ser uma doença.

De acordo com Neto (2006) em 1903 surge a Gerontologia (do grego *geronto*: *velho, ancião e logia*, do grego *logos*: *tratado, estudo a respeito de*) utilizada pela primeira vez pelo cientista russo Elie Metchnikoff, como uma nova especialidade de estudo, diferente da Geriatria que surgiu seis anos depois, voltada às características

<sup>1</sup> Para Wallerstein (2004, 2006), até 1500 coexistiram muitos mini-sistemas (sistemas sociais com modesta abrangência geográfica e duração). E a história do passado que hoje conhecemos é a história dos Impérios-Mundo (uma das classificações do sistema-mundo, que se caracteriza quando todo o espaço é coberto pela divisão do trabalho, existindo uma única estrutura política). E a história dos Impérios-Mundo são sempre maiores que as Economias-Mundo (estas foram definidas por Wallerstein a partir de Braudel (1998) como um pedaço do planeta economicamente autônomo, capaz, no essencial, de bastar-se a si próprio, e ao qual suas ligações e trocas internas conferem certa unidade orgânica). A partir de 1500 algo fez com que uma economia-mundo ressurgisse resistente o suficiente para consolidar-se e expandir-se, absorvendo Impérios-Mundo e mini-sistemas. Até o século XVIII converteu-se totalmente em uma economia-mundo capitalista. Daí o autor iniciar o período da modernidade a partir do século XVI, com o início das navegações e todo o comércio advindo com ela, sendo reificado nos séculos seguintes.

biológicas do ser humano. Metchnikoff previu que a área da Gerontologia seria um dos ramos mais importantes da ciência, em virtude das modificações ocorridas no curso do último período da vida humana. Ele acreditava que algum dia uma velhice fisiológica "normal" poderia ser alcançada pela humanidade. O cientista russo não conseguiu apoio suficiente, numa época em que os olhos do mundo voltavam-se para outra faixa etária: os jovens. Durante algum tempo os estudos sobre envelhecimento continuaram a ter como base somente os aspectos da biologia humana.

Vários autores (as), dentre eles, Debert (2004), Magalhães (1989), Paschoal (1996) e Peixoto (2007, 2009) consideram arbitrários, tanto as delimitações cronológicas, quanto a criação dos termos *idoso* e *terceira idade*, que tentaram substituir o termo *velho*. Este último associado nas sociedades ocidentais de um modo geral – especialmente pós Revolução Francesa e Industrial –, à decrepitude e inatividade. Os (as) autores (as) associam a criação destes termos, enquanto representações sociais da velhice ligadas à criação das políticas de aposentadoria iniciadas no século XIX na França e, fortemente marcada pela inserção do indivíduo no processo de produção. Paschoal (1996) aponta que a Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas ocorrida em 1982 na Áustria, definiu população idosa como sendo o grupo de pessoas com 60 anos ou mais, sendo este o corte etário para os países em desenvolvimento e 65 anos para os países desenvolvidos. Paschoal considera que o critério cronológico, apesar de ser o menos preciso, é o mais utilizado sempre que existe a necessidade de delimitar a população em estudo.

Magalhães (1989) sugere terceira idade como um termo associado ao período de formação, atividade produtiva e inatividade remunerada, respectivamente atribuída às crianças e jovens, adultos e velhos aposentados. Para este autor "(...) o conceito idoso envolve múltiplas dimensões, como a biológica, cronológica, social, demográfica, econômica, cultural, psicológica, ideológica e política". (Magalhães, 1989, p.15). Todas essas dimensões são ao mesmo tempo indissociáveis e dependentes umas das outras.

Peixoto (2009) sugere que a categoria "idoso" não é uma categoria em si, é uma construção histórica e social, que tentou substituir o "velho", considerado decrepito, designando como "velhos" e "velhas" as pessoas de mais idade pertencentes às camadas populares que apresentam nitidamente traços do envelhecimento em declínio. Para a autora, terceira idade é um conceito que pretende homogeneizar um tipo de idoso (a), ativo (a) e independente num contexto heterogêneo de identidades sociais frente a um campo de possibilidades de ações individuais.

Para Debert (2010) a idade cronológica só tem relevância dentro de um aparato político jurídico que precede nas relações, determinando a cidadania do indivíduo isolado. Isolado no sentido de que fora do ambiente familiar, o indivíduo é considerado como um cidadão que o Estado absorve somente em função de sua idade cronológica, determinando papéis individuais e intransponíveis, como por exemplo, o ato de votar no Brasil ou a idade de se aposentar. Já o termo geracional está relacionado ao papel e ao *status* do indivíduo nas questões da linhagem, estirpe, independente de sua idade.

## 2. A velhice no Brasil

No Brasil, os termos e as leis designadas à velhice e ao envelhecimento, foram se moldando, amparado pelas iniciativas européias e estadunidenses. Em 1942 surgiram as atividades da Legião Brasileira de Assistência – LBA, fundação pública que auxiliava soldados brasileiros ex-combatentes da Segunda Guerra e depois as famílias beneficiadas com a previdência. (Motta M., 1998). Em 1963 o Serviço Social do Comércio – SESC iniciou suas atividades com idosos (as), conforme citação do Diretor Regional do SESC de São Paulo, Danilo Santos de Miranda (2006):

"Nos anos 60, a questão social dos velhos não estava na ordem do dia. O Brasil ainda era reconhecido como um país jovem (...) tínhamos pouco mais de 5% de pessoas maiores de 60 anos. (...) nos anos 60 e 70, o SESC incentivou a criação de grupos de convivência, para que o idoso pudesse enfrentar a marginalização e tivesse a oportunidade de estabelecer vínculos

de amizade, compartilhando angústias, preocupações, sonhos e desejos". (MIRANDA, 2006, p.7)

Após os anos 60, o termo idoso (a) e terceira idade foram ganhando adeptos, uma vez a questão do envelhecimento ter se constituído enquanto um "problema social" a ser resolvido, especialmente em torno das questões da previdência. De acordo com Simões (2007) de 1930 a 1964, as reivindicações dos segurados da Previdência eram segmentados por categorias profissionais (bancários, ferroviários, marítimos). Em 1966, reduzindo drasticamente a moeda da previdência e o poder dos sindicatos, o regime militar unificou o sistema previdenciário com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e em 1974 dividiu a pasta do Trabalho instituindo o Ministério da Previdência e Assistência Social. Em 1978 surge a Sociedade de Geriatria e Gerontologia – SBGG e em 1982 a Associação Nacional de Gerontologia – ANG. Ainda em 1982 acontece pela primeira vez o Ano Internacional do Idoso e surge no Brasil a primeira experiência de um programa educacional voltado para pessoas idosas nos moldes do contexto francês, o Núcleo de Estudos da Terceira Idade – NETI na Universidade Federal de Santa Catarina<sup>1</sup>. A partir dos anos 80 foram surgindo novos programas que conforme Sant'Anna (2000) são voltados para:

"Pessoas da classe média urbana, que gozam de saúde e têm um histórico de reivindicações após sua vida de funcionário, permitindo a organização de uma forma de assistência, que defende prioritariamente a autonomia e a gestão participativa de todos os membros destes grupos". (SANT'ANNA, 2000, p.23)

Todas essas iniciativas foram experimentando um *outro* modo de tratar a velhice, dividida entre os pertencentes à classe média urbana, intitulada agora como terceira idade e à massa dos velhos aposentados que reivindicavam suas questões salariais mal resolvidas. No campo conceitual, as iniciativas também foram abolindo aos poucos de seus discursos oficiais, o termo velho (a) e velhice, como por exemplo, nas variedades de uso dos termos destinados aos programas educacionais para esta faixa etária nas Instituições de Ensino Superior de Santa Catarina: *Universidade da Experiência* (Universidade do Sul de Santa Catarina), *Faculdade da Maturidade* (Faculdade Estácio de Sá de Santa Catarina), *Universidade da Vida* (Universidade do Vale do Itajaí), *Universidade Alternativa* (Universidade do Extremo Sul Catarinense), *Programa Permanente Vida Ativa* (Centro Universitário de Brusque), *Programa Unochapecó-Ativa* (Universidade Comunitária Regional de Chapecó), entre outros. (CACHIONI, 2003 e dados disponibilizados pelo NETI)

Em 1994 é instituído a Lei nº 8.842 que dispõe sobre a *Política Nacional do Idoso*, que considera como idoso ou idosa a *pessoa maior de sessenta anos de idade*. Antes disso, não havia sido ainda especificado uma data fronteira para ser considerado (a) idoso (a). Na Constituição Brasileira de 1946 não houve pronunciamento quanto às classificações etárias e o reconhecimento de pessoas idosas e na Constituição Federal de 1988, o (a) idoso (a) estava inserido nas declarações onde assegurava que *a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos, garantindo-lhe participação na comunidade e a defesa da sua dignidade, do bem-estar e do direito à vida*. (Fernandes, 2002, pgs. 1069 e 1070).

Após a década de 1960 no Brasil, percebe-se uma disparidade cronológica no que diz respeito aos direitos e deveres àqueles (as) considerados idosos (as), conforme alguns exemplos abaixo:

Lei nº 4.737 de 15 de julho de 1965 que institui o código eleitoral: § 2º (...) tem preferência para votar o juiz eleitoral da zona, seus auxiliares de serviço, eleitores de idade avançada, enfermos e mulheres grávidas. Lei nº 5.869 de 11 de janeiro de 1973 que institui o código de processo civil: **Art. 650, parágrafo I:** os frutos e os rendimentos dos

<sup>1</sup> Sobre o Núcleo de Estudos da Terceira Idade será melhor explicitado no decorrer do artigo.

bens inalienáveis, salvo se destinados a alimentos de incapazes, bem como de mulher viúva, solteira, desquitada ou de pessoas idosas. **Decreto-Lei nº 1.642 de 7 de dezembro de 1978** altera a legislação do imposto sobre a renda: **Art. 16**. A partir do mês em que o contribuinte completar sessenta e cinco anos de idade, não incidirá o imposto sobre a renda na fonte sobre os proventos de inatividade (...). **Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984** institui a **Lei de Execução Penal: Art 32 § 2º** - os maiores de sessenta anos poderão solicitar ocupação adequada à sua idade. **Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990** dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Art. 184 parágrafo I**: garantir meios de subsistência nos eventos de doença, invalidez, velhice, acidente em serviço (...). **Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991** dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio e dá outras providências. **Art 4º**: a assistência social é a política social que prevê o atendimento das necessidades básicas (...) à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice (...) e **Art 55 parágrafo III**: promova, gratuitamente e em caráter exclusivo, a assistência social a pessoas carentes, em especial a crianças, adolescentes, idosos (...). **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991** dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência. **Art 1º**: A Previdência Social, mediante contribuição, tem por fim assegurar aos seus beneficiários, meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada (...) e **Subseção II da aposentadoria por idade, art. 48**: a aposentadoria por idade será devida ao segurado que, cumprida a carência exigida nesta lei, completar sessenta e cinco anos de idade, se homem, e sessenta, se mulher (...) os limites fixados são reduzidos para sessenta e cinquenta e cinco anos, no caso dos que exercem atividades rurais. **Lei nº 8.625 de 12 de fevereiro de 1993** institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais (...). **Art 25, parágrafo VI**: exercer a fiscalização dos estabelecimentos prisionais e dos que abriguem idosos, menores, incapazes ou pessoas portadoras de deficiência. **Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993** dispõe sobre a organização da assistência social (...). **Art. 2º parágrafo I**: a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice. **Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994** dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (...). **Art 1º**: (...) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. **Art. 2º**: considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade. Nesta lei, além de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania e participação, o processo de envelhecimento é citado no **Art. 3º parágrafo II**, como sendo um processo que diz respeito à sociedade em geral, objeto de conhecimento e informação para todos. **Lei nº 8.926 de 9 de agosto de 1994** que torna obrigatória a inclusão nas bulas de medicamentos, advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas de mais de sessenta e cinco anos. **Decreto Legislativo nº 56 de 19 de abril de 1995** sobre os direitos econômicos, sociais e culturais (...). **Art 17**: toda a pessoa tem direito a proteção especial na velhice (...) proporcionar instalações adequadas, alimentação e assistência médica especializada, às pessoas de idade avançada (...). **Lei nº 9.059 de 13 de junho de 1995** que dispõe sobre proteção e estímulo à pesca. **Art. 1º § 4º** - ficam dispensados do pagamento da taxa, os aposentados e os maiores de sessenta e cinco anos, se do sexo masculino, e de sessenta anos, se do sexo feminino, que utilizem para o exercício da pesca, linha de mão, caniço simples (...) e, que não sejam filiados aos clubes ou associações (...), desde que a pescaria não importe em atividade comercial. Quer dizer, se pessoas desta idade designada, para não pagar taxa, precisarem pescar enquanto atividade de subsistência, não podem fazer parte de nenhuma associação, não podem usar qualquer material de pesca, exceto os permitidos por lei, nem vender seu peixe, literalmente. Ainda dentro desta Lei no **Decreto nº 1.744 de 8 de dezembro de 1995** que regulamenta o benefício de prestação continuada, é estabelecido um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, com setenta anos ou mais, que comprovem não possuir meios de sua própria manutenção (...). **Decreto nº 1.904 de 13 de maio de 1996** que institui o **Programa Nacional de Direitos Humanos**, direciona as propostas governamentais às pessoas da Terceira Idade. **Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996, Art. 3º** - o atendimento asilar é estimulado somente nos casos de: (...) ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. Percebe-se que a família é estimulada cuidar de seus idosos, privatizando cada vez mais o atendimento, na falta de um Estado de Bem Estar Social. **Decreto nº 2.710 de 4 de março de 1997**, é instituído em **Art. 2º** que a carteira de identidade contenha campo destinado ao registro da expressão idoso ou maior de sessenta e cinco anos. Na **Ordem de Serviço nº 596 de 3 de abril de 1998**, do **Instituto Nacional do Seguro Social**, o benefício assistencial de um salário mínimo é designado ao idoso com sessenta e sete anos ou mais, que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de sua família. (IDOSOS, 1999)

As leis aqui observadas, fora as que não foram citadas ou as anteriores de 1960, demonstram a irregularidade etária atribuída aos deveres e direitos das pessoas idosas: ora com 60, 65, 67 e 70 anos, embora seja estipulado como pessoa idosa nos países em desenvolvimento, a idade de 60 anos, fixada na Assembléia da ONU de 1982.

## 2. Projetos educacionais para a terceira idade

Na década de 1970, as chamadas universidades para a terceira idade emergiram com o objetivo de atualização e conhecimento por parte dos idosos, e não somente com o enfoque voltados às atividades físicas, lazer e recreação.

A partir do modelo da *Université du Troisième Age* (UTA) criada em 1973 na França, outras universidades abertas para a terceira idade se intensificaram. Primeiramente na Europa, depois na América e num grande número de países, abrindo espaço também para a integração e pesquisas na área do estudo do processo de envelhecimento, a gerontologia.

A partir dos anos de 1980 essas universidades intensificaram em adaptar seu currículo na melhoria do processo de socialização, na educação permanente e nas oportunidades do exercício contínuo da cidadania, baseando sua programação em três eixos: participação, autonomia e integração. (Cachioni, 1998).

A experiência de universidade para a terceira idade na América Latina iniciou no Uruguai contemplando o modelo de Genebra/Suíça. A proposta da Universidade Aberta para a Terceira Idade do Uruguai é transcrita no livro de Alondra B. de Algazi, "Tercera Edad: un desafío" (1983), conceituando o termo "cidade educativa", entendida como

o diálogo intenso da educação com o homem em todas as etapas da vida, como um ser inacabado que renasce sempre a cada conhecimento adquirido.

O programa do Uruguai se pauta nas ressignificações e no protagonismo do idoso como uma experiência viva, conforme citação:

El Aula Universitária de la Tercera Edad de la que hablamos responde em los hechos absolutamente a una experiencia viva, real, en la que gente adulta de nuestro tiempo recupera su significación y se afirma para asumir otra vez rol protagónico en la familia y em el círculo nuevo de amigos que el Aula promueve. (ALGAZI, 1983, p.6)

Segundo Palma (2000), a década de 80 é marcada pela chamada *terceira geração* das Universidades Abertas para a Terceira Idade, constituída por uma demanda de pessoas mais jovens e escolarizada que se aposentam cada vez mais cedo, sugerindo novos modelos de pessoa idosa e das próprias propostas educativas. A mesma autora acrescenta:

Na medida em que se associam felicidade e universidade, mostrando que, através de uma educação ao longo da vida, serão capazes de aprender, conhecer e descobrir, de fazer e de ser, esses “novos-velhos” estariam, em sua participação nessas universidades, provocando novas representações de velhice e o repensar dos modelos educativos existentes. (PALMA, 2000, p. 68)

O Núcleo de Estudos da Terceira Idade da Universidade Federal de Santa Catarina – NETI/UFSC foi criado em 1983 e é o pioneiro em programas para idosos (as) no Brasil, no caráter do ensino, pesquisa e extensão. As atividades desenvolvidas no NETI pautam-se na elaboração, socialização e ampliação dos conhecimentos, estabelecendo o resgate do papel do (a) idoso (a) na sociedade brasileira.

Seus princípios se reconhecem na visão do homem enquanto ser histórico que se realiza no mundo e na valorização de que o homem tem a possibilidade de aprender durante toda a sua existência, reconhecendo seu potencial e engajamento responsável na sociedade. Suas principais concepções básicas é a compreensão de um mundo complexo e dinâmico que vê na educação permanente um instrumento capaz de uma eterna construção da pessoa humana, dos seus saberes e aptidões.

Os objetivos são o de ampliar e sistematizar o conhecimento da Gerontologia, formar recursos humanos nos diversos níveis, manter atividades interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão, divulgar e desenvolver ações institucionais e interinstitucionais, assessorar entidades na organização de programas de valorização do (a) idoso (a) e oferecer subsídios para uma política de resgate da pessoa idosa na sociedade brasileira.

Como missão, o núcleo se propõe a: redescobrir, recriar de forma integrada, sistematizar e socializar o conhecimento da Gerontologia, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão para inserir e promover as pessoas da terceira idade, no meio acadêmico e comunitário, como sujeitos em transformação e transformadores<sup>1</sup>.

Os projetos do NETI têm consonância com as diretrizes do Estatuto do Idoso (Lei Federal 10741/2003): “O idoso tem direito à educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem a peculiar condição etária”.

<sup>1</sup> Folheto de divulgação do NETI. Florianópolis, 2007 e Atividades do NETI. Disponível em: <<http://www.neti.ufsc.br>>. Acesso em 16 jan 2011.

O NETI oferece um total de 25 (vinte e cinco atividades), sendo 01 (um) Curso de Especialização em Gerontologia, *lato sensu*, voltado para profissionais graduados de qualquer idade interessados na área; 06 (seis) cursos: Curso de Formação de Monitores da Ação Gerontológica - CFMAG, desenvolvido em seis semestres, Curso Os Avós na Universidade, duração de três semestres, Cinedebate em Gerontologia I e II, duração de dois semestres cada, Curso Contadores de História, duração de dois semestres, Curso de Leitura e Escrita Para Pessoas Idosas e Adultas, com duração de um semestre e Empreendedorismo na Terceira Idade. 05 (cinco) cursos de línguas: Inglês, Espanhol, Italiano, Francês e Esperanto, todos com duração de um semestre cada nível, do básico ao intermediário; 01 (um) grupo de apoio psicológico: Grupo de Encontro com duração de dois semestres; 04 (quatro) oficinas: Oficina de Auto Conhecimento, com duração de dois semestres; Oficina de Inclusão Digital, com duração de um semestre<sup>1</sup>; Oficina de Teatro para Idosos e Oficina Otimização da Memória e, 8 (oito) projetos/grupos permanentes: Projeto Intercâmbio Comunitário em Gerontologia, Projeto Grupo de Apoio aos Familiares de Portadores da Doença de Alzheimer, Projeto Resgate Histórico do NETI, Projeto Ressignificando a Arte no Envelhecer, Projeto Grupo de Apoio aos Portadores da Doença de Parkinson, Grupo de Apoio à Longevidade – GAL; Grupo de Estudo Sobre Memória e Grupo de Convivência 5 de Maio, este último o pioneiro do núcleo.

As entidades organizadas pelos (as) alunos (as) e ex-alunos (as) são conseqüências da importância das atividades oferecidas pelo NETI, do envolvimento por parte dos estudantes e de extrema significância para a continuidade do trabalho iniciado pelos cursos, grupos, oficinas e projetos do núcleo. São elas: Associação de Monitores da Ação Gerontológica – AMAG; Centro de Estudantes do Núcleo de Estudos da Terceira Idade – CENETI; Grupo de Artesãs; Grupo A Hora da História, Grupo Teatral Chão de Estrelas e Grupo de Canto Vozes da Ilha. (NETI, 2010).

## \_ CONCLUSÃO

Os conflitos sobre o lugar do envelhecimento não se estabelecem somente no campo das categorias, mas nos desafios das políticas públicas de proteção às pessoas idosas. Demorou muito para que as instituições jurídicas no Brasil percebessem esta faixa etária em ascensão. O termo idoso só teve especificidade jurídica a partir da Lei 8.842/1994. E, embora essas políticas simbolizem uma luta de reconhecimento, há necessidade de outras formas mediadoras de resolução de conflitos, menos burocráticas e mais atuantes.

A educação surge como uma luz no fundo do túnel, responsável por ensinar a viver. A compreender a complexidade humana e suas relações com as pessoas, com o meio ambiente e consigo mesmo. A gerontologia educacional parte do princípio da autonomia, da superação e da ação da mudança. Uma educação linear que contemple a todos e proporcione a troca de experiência intergeracional. De acordo com uma das colaboradoras do NETI, Maria Cecília Godtsfriedt, há necessidade de um projeto social que articule formas de multiplicação da energia vital, não apenas fazendo 'inter', 'multi', ou 'trans' disciplinaridade com áreas de conhecimentos, mas, sobretudo, viabilizando a eficácia da troca de energia, considerando as características empreendedoras presentes nas idades.

Os projetos oferecidos pelo NETI são avaliados não através do conceito de um resultado final, mas, de acordo com Zabala (1998), a ênfase é dada no progresso do processo de ensino/aprendizagem individual para os sujeitos envolvidos e no progresso do processo de ensino/aprendizagem grupal. Considera não só o desenvolvimento das atividades oferecidas como um produto acabado, mas do aprendizado dos conceitos envolvidos, de acordo com as singularidades de cada pessoa idosa, da autonomia pessoal adquirida, do desenvolvimento das relações interpessoais e de reinserção social. Considerações que se referem principalmente a um eterno *continuum* da busca pela realização dos objetivos propostos pelo núcleo. O NETI se propõe estar atento às respostas dos

<sup>1</sup> Devido a grande procura pela oficina de Inclusão Digital, o nº limitado de computadores disponíveis e a preocupação com um ensino de qualidade, a coordenação do NETI optou por privilegiar as pessoas idosas com idade a partir dos 60 anos, contrário aos demais cursos com entrada permitida a partir dos 50 anos.



idosos frente às tarefas e atividades que lhes são propiciadas, pois ainda que haja um planejamento, as experiências e os sujeitos envolvidos são únicos.

Urge sempre a necessidade de uma avaliação integradora, ou seja, de todo o itinerário percorrido pelos idosos durante suas atividades e a possibilidade de verificar o que se deve dar continuidade ou ressignificar, de modo atender às expectativas e necessidades dos (as) idosos (as).

Dentro destes propósitos, o NETI se insere na busca iniciada pelos primeiros programas de universidades abertas para a terceira idade, a de inserção social e política da pessoa idosa, através de seus projetos de extensão, inserção do estudo da gerontologia no campo da ciência e, facilitador da intergeracionalidade, uma vez funcionar em uma instituição de ensino superior, favorecendo trocas de saberes entre as pessoas idosas e estudantes oriundos de vários cursos, através de estágios e bolsas. Uma das autoras deste artigo é bolsista do NETI e trabalhou em sua pesquisa de Conclusão do Curso de Ciências Sociais, sobre velhices masculinas com homens idosos do núcleo.

## \_ REFERÊNCIAS

- ALGAZI, B. Alondra. **Tercera Edad**: un desafio. Uruguai, 1983. (sem editora).
- ÀRIES, Philippe. **História social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2ª Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- BEAUVOIR, Simone. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991
- CACHIONI, Meire. **Quem educa os idosos? Um estudo sobre professores de universidades da terceira idade**. Campinas/SP: Ed. Alínea, 2003.
- CÍCERO, Marco Túlio. **Saber envelhecer**. Porto Alegre: L&PM, 2001.
- DEBERT, G. Guita. **A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Fapesp, 2004.
- ESTATUTO DO IDOSO**. Senadora Ideli Salvatti. Brasília, 2003.
- FERNANDES, Flávio da Silva. A velhice e a justiça. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.
- GROISMAN, Daniel. **Velhice e história: perspectivas teóricas**. Cadernos do IPUB, v.1, n.10, p. 43-56, 1999.
- HAREVEN, K. Tâmara. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. In: **Cadernos Pagu: Gênero em gerações**. Org. Guita Grin Debert. Campinas/SP: Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, 1999.
- IDOSOS: legislação**. 2ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1999.
- MAGALHÃES, N. Dirceu. **A Invenção Social da Velhice**. RJ: edit. Papagaio, 1989.
- MIRANDA, S. Danilo. A marcante contribuição de duas instituições em favor do idoso brasileiro. In: **Velhices: reflexões contemporâneas**. São Paulo: SESC PUC, 2006.
- MOTTA, M. Flávia. **Velha é a vovozinha: identidade feminina na velhice**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1998.
- NETI. Núcleo de Estudos da Terceira Idade**. Disponível em: <<http://www.neti.ufsc.br>>. Acesso em: 11 novembro. 2010.
- NETO, Matheus P. O Estudo da Velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 2006.
- PASCHOAL, P.M.Sérgio. Epidemiologia do Envelhecimento. In: **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Neto, P. Matheus. (org.) São Paulo: Atheneu, 1996.
- PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade ...In:**Velhice ou Terceira Idade?** 4ªed. São Paulo: FGV 2007.
- \_\_\_\_\_. **As relações afetivas do homem idoso: família e rede de amizades**. In: SEMINÁRIO ENVELHECIMENTO MASCULINO. 2009. SESC - São Paulo.
- SANT'ANNA, R.M. **O velho no espelho: um cidadão que envelheceu**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2000.
- SEEGER, Anthony. **Povos indígenas no Brasil: sociedade e rituais**. 2003. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kisedje/1226>>. Acesso em: 10 janeiro 2011.



SIMÕES, A.J. A maior categoria do país: o aposentado como ator político. In: **Velhice ou Terceira Idade?** 4ª ed. São Paulo: FVG, 2007.

WALLERSTEIN, Immanuel Maurice. **World-Systems Analysis: an introduction**. Duke University Press. 2004.

\_\_\_\_\_. **Impensar a ciência social**. Aparecida, SP: Ed. Ideias e Letras, 2006

ZABALA, Antoni. A prática educativa: como ensinar. Porto Alegre: Artmed, 1998.

## A CARTA DE ALTA NUM INTERNAMENTO PSICOGERIÁTRICO.

Margarida Sotto Mayor<sup>1</sup>, Manuela Leite<sup>2</sup>

### \_ Resumo

A carta de alta na área de saúde mental, relata a história do adoecer/recuperar, é fonte de múltiplas informações e acompanha o doente aquando da saída do hospital.

Este estudo incidiu sobre a carta de alta multidisciplinar e foi realizado num hospital psiquiátrico da Zona Norte. Teve por objectivos: i) conhecer as características da população da área assistencial, ii) reflectir sobre o trabalho desenvolvido, iii) cooperar para a continuidade de cuidados e melhorar as práticas em psicogeriatría.

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo, envolvendo a análise do conteúdo explícito de 100 cartas de alta seleccionadas aleatoriamente do arquivo informático, de um universo de 782 pacientes idosos, com patologia do foro mental.

Os resultados indicam uma população maioritariamente feminina, viúva, com média de 78,6 (DP=8.2) anos de idade, maioritariamente com o diagnóstico de demência, apresentando elevadas alterações do padrão de sono e do comportamento, alta co-morbilidade médica com ênfase para os problemas cardíacos com orientações de i) acompanhamento pelo médico assistente, ii) acompanhamento pelas diversas especialidades, e iii) estimulação cognitiva.

**Palavras-chave:** carta de alta, psicogeriatría.



### \_ INTRODUÇÃO

A carta de alta relata a história do adoecer/recuperar, faz o enquadramento compreensivo das necessidades da pessoa (Burden, 2004); (Hammar, Rissanen, & Perälä, 2009); (Han, Chang, & Lee, 2009), coopera com outras estruturas sociais e de saúde, permitindo a continuidade de cuidados. Informa sobre os aspectos clínicos que motivaram o internamento, anuncia os órgãos ou sistemas objecto de avaliação e intervenção e relata a evolução da situação ou do caso clínico. Esta fornece o diagnóstico e permite desenhar um prognóstico para cada pessoa ou situação. Através deste documento, identificam-se aspectos sociodemográficos como a idade, o sexo, a área de residência. É um meio de ligação privilegiada com o médico de família, proporcionando o fornecimento de planos de cuidados, cujas orientações precoces permitem evitar complicações fazendo a diferença qualitativa na continuidade de cuidados. Todavia, a comunicação através deste formato em papel, torna-se muito morosa e a ligação médico de família/outras instituições observa-se lentificada e por vezes ineficiente. Estudos recentes sobre o documento “carta de alta” (Schabetsberger et al., 2006) mencionam a escassez de informação e de qualidade fornecida nesses documentos (formato papel) e indicam como provável melhoria da comunicação a utilização electrónica que possa ser partilhada de modo global pelo sistema de saúde, salvaguardando a confidencialidade específica deste documento. O mesmo autor refere também a necessidade de ultrapassar as dificuldades

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Mental - Hospital de Magalhães Lemos, HML (EPE). Doutorada em Ciências Biomédicas. Membro da UNIFAI.

<sup>2</sup> Psicóloga Clínica, Doutorada em Psicologia, na área da Prestação de Cuidados. Professora Auxiliar no curso de Psicologia e Saúde do ISCSN. Pós-graduada em Psicogerontologia. Coordenadora do Mestrado em Psicogerontologia do ISCSN.

relacionadas com os aspectos organizacionais, jurídicos, financeiros e metodológicos. Melhorias nos sistemas operacionais serão necessárias. Segundo Crupé et al. (2005), escrever uma carta de alta de um hospital psiquiátrico é uma das tarefas mais importantes do médico assistente no internamento e funciona como garantia de seguimento e concordância de terapias em ambulatório, tendo em consideração que as informações neste documento podem ter implicações importantes no que diz respeito ao curso e evolução da doença. Para além disso, muitos dos doentes psiquiátricos têm tendência a abandonar os tratamentos e resistir à procura de cuidados de saúde (Crupé et al., 2005), situação ultrapassada pela carta informatizada que, para além de permitir comunicação bidireccional com o médico de família, permite sinalizar rapidamente a falta deste doente no sistema (Schabetsberger et al., 2006).

A população idosa muito utilizadora dos sistemas de saúde lida frequentemente com dificuldades, em virtude dos desafios que o i) normal envelhecimento lhe proporciona ao nível dos aspectos sensoriais e cognitivos, e a ii) utilização cada vez mais frequente de siglas, termos técnicos e abreviaturas de natureza diversa pelo sistema de saúde que perturbam a compreensão e memorização de informação importante para o encaminhamento da sua condição clínica. Algum isolamento social, perda auditiva, alterações cognitivas sobretudo ao nível da atenção, memória de trabalho e episódica, e aspectos emocionais, condicionam a recepção e compreensão da informação. A carta de alta bem estruturada minimiza as barreiras à comunicação e produz ganhos em saúde (Burden, 2004). O sucesso deste documento depende de uma boa colheita de dados aquando da admissão e internamento da pessoa na unidade de cuidados, é um processo complexo e exigente (Crupé, Hennch, Reas, Wild, & Herzog, 2002) e requer a cooperação especializada de diversos profissionais. Segundo Marín-Gámez et al. (2006), a linguagem utilizada nas cartas de alta, por um lado, excede a capacidade de leitura da população geriátrica e é uma barreira que tem sido associada com os custos e baixa adesão aos cuidados de saúde (Marín-Gámez et al., 2006), por outro lado, a compreensão inadequada deste tipo de documento pode ter graves repercussões. O estilo de escrita utilizado também tem influência nessa compreensão e os resultados daquele estudo indicam melhoria de compreensão com o estilo narrativo e maiores dificuldades com o estilo descritivo que contém em si mesmo uma maior quantidade de termos técnicos (Marín-Gámez et al., 2006).

Esta investigação decorreu no internamento e incidiu sobre a carta de alta multidisciplinar, documento que acompanha o idoso no final do internamento e que tem como objectivos descrever as características do adoecer, referir o motivo para o internamento, indicar o diagnóstico e apresentar os planos de intervenção ao médico assistente (MF) e à família ou cuidador identificado.

## Métodos

### Participantes

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo, envolvendo a história de internamento de um universo de 782 doentes idosos, com patologia do foro mental. O estudo foi realizado através da análise do conteúdo explícito na carta de alta multidisciplinar, dirigida ao médico de família da pessoa idosa e seus cuidadores, que habitualmente acompanha o idoso no final do internamento.

### Amostra

Foi estudada uma amostra de 100 cartas de alta seleccionadas aleatoriamente do arquivo informático de um hospital psiquiátrico da Zona Norte, num universo de 782 internamentos ocorridos entre 2001 e 2005, (17 cartas de cada um dos anos 2000, 2001, 2002, e 2005; e 16 cartas de 2003 e 2004 respectivamente).

## Material

Os dados referidos na carta de alta têm por base a avaliação multidimensional realizada habitualmente pelos diferentes técnicos utilizando os seguintes instrumentos: Índice de Katz para a avaliação da autonomia funcional, *mini mental state examination* e prova do relógio para a avaliação do estado mental e, a avaliação/intervenção multidisciplinar em contexto de internamento.

## Procedimentos

Elaboração de indicadores, codificação em unidades de registo e criação de categorias de análise. Subdividiram-se em variáveis de cariz institucional; variáveis sociodemográficas e, ainda, variáveis relacionadas com a patologia que motivou o internamento. Através das referidas cartas de alta fez-se também uma análise quantitativa e qualitativa dos planos de intervenção multidisciplinar indicados pela equipa assistente para o pós alta, identificando-se a especialidade do técnico que assume o acompanhamento do doente, tipo de acompanhamento, indicação para médico de família, referência à frequência de centro de dia, presença ou não de plano de estimulação.

Após esta identificação, as análises estatísticas foram realizadas através da versão 16 do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Das medidas de tendência central, utilizou-se apenas a moda e os dados foram referenciados em percentagem.

Foram cumpridos os princípios éticos que norteiam as investigações com informação clínica.

## Resultados

A análise global dos resultados nestas cartas de alta, indica uma população maioritariamente feminina, residente no Grande Porto, viúva, com média de idade de 78,6 anos (DP = 8,2), que vive na sua maioria com os filhos (32%), seguindo-se o cônjuge (18%), e outros (18%). No entanto, salienta-se um número significativo de 32% de cartas que não tem qualquer especificação acerca de com quem a pessoa vive.

Em relação às variáveis funcionais, clínicas e de motivo para o internamento, verifica-se que nas cartas de alta estudadas metade dos idosos tinha autonomia funcional. O diagnóstico psiquiátrico mais frequente foi a demência de origem vascular seguindo-se a depressão e outras patologias em números pouco significativos (tabela 1). A grande maioria de motivo para o internamento foi a sintomatologia mista<sup>1</sup> (47 %), seguida de 17% com sintomas depressivos, 14% com delírios, 7% com alucinações e cerca de 14% com síndrome confusional. Identificamos também nestas cartas a presença de alta co-morbilidade médica com ênfase para os problemas cardíacos (27%) e infeções do trato urinário (22%).

Tratando-se de uma grande maioria de pessoas com o diagnóstico de demência foi muito frequente o registo de défices cognitivos, desde défices ligeiros a severos (ver Tabela 1).

<sup>1</sup> Consideramos sintomatologia mista quando estivessem presentes ao mesmo tempo, alterações da percepção, alterações de pensamento e sintomatologia depressiva

Tabela 1 – Variáveis funcionais e clínicas, motivo para o internamento - Carta de alta

VARIÁVEIS FUNCIONAIS E CLÍNICAS, MOTIVO PARA O INTERNAMENTO	VALORES/PERCENTAGEM
Autonomia funcional – metade da população era autónoma	50%
Diagnóstico mais frequente:	
- Demência vascular	52%
- Depressão	21%
- Outras patologias (perturbações da adaptação, psicoses tardias, psicoses esquizofrénicas, casos sociais)	27%
Motivo para o internamento:	
- Sintomatologia mista	47%
- Sintomas depressivos	17%
- Delírios	14%
- Alucinações	7%
- Síndrome confusional	14%
Outras patologias	
- Problemas cardíacos	27%
- Hipertensão	16%
- Osteoarticulares	11%
- Diabètes Mellitus (I e II)	10%
- Infecção do tracto urinário	22%
Défices cognitivos:	
- Ligeiros	29%
- Moderados	34%
- Severos	19%
Alterações do padrão de sono	92%
Alterações de comportamento	82%
Problemas sociais	34%
Sem referência a antecedentes médicos	36%
Internamentos compulsivos	7%
Prescrições médicas	100%

Como se observa na tabela 1, foi elevada a referência a alteração do padrão de sono (92%), assim como, alterações de comportamento (82%), sendo este conjunto de valores por si só, indicadores de grande sobrecarga para o cuidador.

Pareceu-nos relevante a inexistência de qualquer referência a antecedentes médicos em 36% dos casos, uma vez que a experiência empírica e os dados da literatura indicam uma elevada presença de outras patologias associadas com o envelhecimento e com os processos demenciais.

As prescrições médicas estão presentes em 100% das cartas analisadas.

Na análise do plano de intervenção para o pós alta, os resultados sugerem um esforço de comunicação com o médico de família, com uma indicação de 96% dos casos, para observação pelo seu médico assistente, seguindo-se um plano de continuidade com o serviço de psiquiatria, de psicologia, de enfermagem e de serviço social.

São também muito elevadas as percentagens de indicação para estimulação (82%), o que demonstra a preocupação constante destas equipas em preservar ao máximo as competências em todas as esferas da vida destes idosos.

Neste estudo verificou-se serem relativamente constantes as alterações do padrão de sono, de comportamento, a dependência funcional e a presença de infecção urinária. No plano de intervenção, manteve-se o tipo de acompanhamento (psiquiátrico, psicológico, social e de enfermagem), mas, surgiu um decréscimo dos planos de estimulação o que pode estar relacionado com a população internada que sofreu um aumento dos “casos sociais”, mantendo alguma estabilidade o diagnóstico de demência.

Em relação ao tempo de permanência no serviço, ao analisarmos a evolução dos dias de internamento (tabela 2), verificou-se que têm vindo a decrescer o número de idosos que está internado num período inferior a quinze dias, enquanto sobe o número de idosos com internamento superior a 30 dias. Ainda na tabela 2, observa-se que os valores intermédios permanecem quase constantes, sem apresentar diferenças significativas.

Tabela 2 - Tempo de internamento – Carta de alta

TEMPO/DIAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<15	52,9	35,3	41,2	37,5	25,0	11,8
De 15 a 20	17,6	35,3	29,4	37,5	31,3	23,5
21 a 30	11,8	23,5	17,6	12,5	18,8	23,5
>30	17,6	5,9	11,8	12,5	25,0	41,2
<15	52,9	35,3	41,2	37,5	25,0	11,8
De 15 a 20	17,6	35,3	29,4	37,5	31,3	23,5

O aumento dos dias de internamento foi amplamente discutido pelas equipas assistentes e aflorou-se a necessidade premente de outras estruturas comunitárias com características específicas para dar continuidade ao trabalho desenvolvido nesse serviço.

## \_ DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

A análise global dos resultados da actividade multidisciplinar, mencionada na carta de alta, foi útil e retrata de modo fidedigno as características metodológicas e organizacionais do serviço em estudo. São poucos os estudos que se debruçaram sobre este tema (Cruppé et al., 2002).

Estão identificados os aspectos sociodemográficos (Burden, 2004), bem como, a referência ao enquadramento familiar e estes dados ajudam o sistema de saúde a dar continuidade aos planos de intervenção (Burden, 2004). Refere-se nestas cartas que, a maioria dos idosos vivia com os filhos ou com o cônjuge, havendo ainda um número significativo que era cuidado por outras pessoas, não mencionados no documento de alta e que seria de interesse relatar (Callen, Alderton, & McIntosh, 2008).

Segundo as cartas de alta, o motivo para o internamento foi na sua maioria a sintomatologia mista, o que está de acordo com as características do adoecer com processo demencial em que habitualmente coexistem alterações de pensamento, da percepção e em muitos casos quadros confusionais, na sequência de processos infecciosos.

Alguns doentes apresentaram sintomas depressivos, delírios e alucinações. São também explícitos neste documento os problemas da pluri-patologia e a poli-farmácia (Relvas, 2006). Porém, nas cartas de alta, nem sempre se encontraram registos destas patologias apesar dos fármacos prescritos indicarem a pré existência de diversas doenças, situação também relatada nos trabalhos de Callen et al. (2008). Nestas cartas, neste serviço, também se identificaram casos de infecção urinária, responsáveis por inúmeros quadros confusionais e pseudodemências. Segundo Dallacorte, Schneider, e Benjamin (2007) a presença de infecção do tracto urinário e declínio cognitivo associam-se a pior prognóstico. Nestes casos, uma carta de alta bem estruturada e sistematizada e dirigida ao médico de família pode minimizar a ocorrência destes episódios de internamento (Cruppé et al., 2002) e permitir ao idoso ter uma melhor qualidade de vida (Paúl, 2006).

Algumas prescrições sugeriam a existência de várias patologias entre elas a descompensação cardíaca, os problemas de hipercolesterolemia, os problemas da mobilidade e da hipertensão e, um registo de informação organizada e sintetizada, como deve ser a carta de alta, é um meio de cooperar com o sistema de saúde na prevenção de outras ocorrências médicas (García et al., 2004; Yan-fang & Yu-ping, 2009).

A referência nas cartas de alta a défices cognitivos ligeiros, moderados e severos, avaliados com aplicação de *mini mental state examination*, (Guerreiro, 2005), foi coerente com a presença constante de planos de intervenção no pós alta (Boccardi & Frisoni, 2006). A percentagem de cartas sem referência a défices cognitivos estava relacionada com os diagnósticos de depressão.

Foram encontradas referências a problemas de memória, dificuldades de concentração, problemas de linguagem, perturbação da função executiva, múltiplas dificuldades individuais (Guerreiro, 2005), na nossa experiência com implicações negativas no seio da família cuidadora (Sotto Mayor, 2007).

Nestas cartas a alusão a alterações do sono é coerente com o esperado num serviço psicogeriátrico. A insónia é no idoso um factor de risco para a saúde (Pinto, Leuschner, & Barreto, 2006). Com este diagnóstico, antes de mais, pressupõe-se a alusão a higienização do sono (Montemayor, 2008) que não foi evidente nos planos de cuidados. As alterações do padrão do sono são sintomatologia dominante nos doentes com demência e em frequentes estados depressivos. As pessoas com demência, podem dormir muito ou permanecer muito tempo acordadas e ter baixa eficiência de sono (Patrícia, 2008). Similarmente se passa com a depressão que por mecanismos diferentes da demência, provoca tipicamente um encurtamento do tempo total de sono, podendo ser a responsável por um despertar precoce e em muitos casos pela incapacidade de reatar o sono. A informação na carta de alta pode ajudar o cuidador a reorganizar estratégias de intervenção apropriadas (McCurry, Logsdon, Teri, & Vitiello, 2007; Shinno, Inami, Inagaki, Nakamura, & Horiguchi, 2008).

Foram também frequentes as alterações de comportamento referenciadas no documento de alta. Elas estão presentes de diversas formas e representam grande sobrecarga para os cuidadores e para os técnicos de saúde (Lawor, 2006). O impacto pessoal, social e de saúde do acto de cuidar de pessoas com demência tem sido documentado (Sotto Mayor, Ribeiro, & Paúl, 2008). São referenciadas manifestações dessas alterações por perturbação da alimentação, agitação, agressividade, alteração da fala, hiperactividade e em alguns casos deambulação sem sentido. Também nestas alterações, uma informação objectiva na carta de alta, é fonte de orientação para o cuidador (Pereira & Mateos, 2006), permite delinear uma estratégia de intervenção e pode ser a garantia de redução de episódios de internamento (Lo, Stuenkel, & Rodriguez, 2009; Popejoy, 2010).

No que se refere aos planos de intervenção integrados na parte final da carta de alta, verificamos que as equipas assistentes destes idosos, apresentaram planos de intervenção em percentagem muito elevada, coerente com outros estudos que reconhecem esses planos como essenciais (Callen et al., 2008).

Evidencia-se que o seguimento destes doentes é realizado por diferentes profissionais o que explica o planeamento de múltiplas consultas e o seguimento por enfermagem em visita domiciliária. Estas visitas têm lugar nas situações de maior dependência funcional e fragilidade cognitiva.

Nestas cartas, são evidentes as preocupações das equipas assistentes com os planos de estimulação, onde constam as indicações para frequência de Centro de Dia, com o objectivo de atrasar a deterioração cognitiva e preservar as capacidades existentes.

Na análise das cartas de alta, ao longo dos anos, não se observaram diferenças significativas com excepção do tempo de internamento e do aumento dos diagnósticos de casos sociais. Foram constantes as alterações do padrão de sono (McCurry, Gibbons, Logsdon, Vitiello, & Teri, 2009) e de comportamento (Abizanda et al., 2009), a dependência funcional, e a presença de infecção urinária<sup>1</sup>. Este último diagnóstico é frequente nas idades mais tardias e associa-se a alterações anátomo-funcionais e a frequência de diabetes e hospitalizações frequentes (Dallacorte et al., 2007).

No serviço estudado a média de internamento foi na sua maioria superior a quinze dias. A percepção deste tempo de internamento, pelas equipas assistentes, foi instrumental para proporcionar a reflexão em torno das práticas e dos objectivos organizacionais. Verbalizou-se a falta de estruturas comunitárias intermédias e a necessidade premente de melhorar as respostas sociais.

Segundo Cruppé et al. (2002) a eficiência e melhoramento das cartas de alta, num hospital psiquiátrico, permitiu reduzir o tempo médio de internamento de 14,5 em 1991 para 10,1 dias em 2000. Segundo este autor, devido à contenção de custos foi necessário reduzir o número de internamentos e otimizar a comunicação com o médico de família e isso gerou melhoria na intervenção pós-alta.

Estas cartas retratam uma preocupação das equipas com a estimulação dos idosos. Identificaram-se planos de reabilitação individual dirigidos aos défices de cada pessoa. Mantém-se estável nos diferentes anos o diagnóstico de demência mas aumentou a referência explícita aos “casos sociais” embora não tenha aumentado estatisticamente o registo em carta de alta do acompanhamento do serviço social no pós alta o que nos parece motivo de reflexão e fundamento para outros estudos.

Em relação ao tempo de permanência no serviço, verificamos que este reflecte o aumento progressivo dos “casos sociais”, acréscimo que se associa com outros fenómenos, como a degradação do tecido social, o incremento do desemprego (Choi-Kwon, Kim, Kwon, & Kim, 2005) e a fraca ou quase inexistente rede de suporte social e comunitária (Martín, Teixeira, Azevedo, Mayor, & Paúl, 2006).

Em estudos próximos pretendemos contribuir para compatibilizar a carta de alta multidisciplinar com a carta de alta integrada no sistema de apoio às práticas do serviço de enfermagem (SAPE).

A compatibilização destes dois documentos, contém em si mesmo ganhos em saúde uma vez que, a carta de alta deve reunir de forma sintetizada a história do adoecer/recuperar, permitindo rentabilizar recursos. Esta carta, apesar de menos utilizada apresenta-se como um precioso instrumento a utilizar pelos sistemas de saúde, uma vez que a sua elaboração/utilização depende apenas da actualização diária dos registos de enfermagem. No momento actual pode ser usada por qualquer técnico dos centros de saúde e/ou dos hospitais gerais da mesma área de assistência deste hospital psiquiátrico. Da sua articulação com os diferentes serviços de saúde resultará a efectiva continuidade de cuidados aos idosos. Apesar disso, segundo Callen et al. (2008), a utilização do sistema electrónico continua a requerer formação contínua, informação e cuidados específicos na manipulação de dados informáticos e esta autora refere que a qualidade das cartas de alta não se relaciona com o sistema em que é produzida mas com características das pessoas que as produzem. Ao expor as características das cartas multidisciplinares, em paralelo com os próximos objectivos de trabalho julgamos ter contribuído para se otimizar a

<sup>1</sup> Durante a apresentação pública e discussão destes dados foi decidido pelas equipas assistentes, realizar no momento de admissão, a todos os idosos, um teste sumário de urina com o objectivo de diagnóstico precoce de infecção urinária.



comunicação no momento da alta, reflectir sobre o trabalho desenvolvido e cooperar para a continuidade de cuidados.

## \_ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abizanda, P., López-Jiménez, E., López-Ramos, B., Romero, L., Sánchez-Jurado, P. M., León, M., et al. (2009). Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(5), 238-243.
- Boccardi, M., & Frisoni, G. B. (2006). Cognitive rehabilitation for severe dementia: Critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of Ageing and Development*, 127(2), 166-172.
- Burden, N. (2004). Discharge planning for the elderly ambulatory surgical patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(6), 401-405.
- Callen, J. L., Alderton, M., & McIntosh, J. (2008). Evaluation of electronic discharge summaries: A comparison of documentation in electronic and handwritten discharge summaries. *International Journal of Medical Informatics*, 77(9), 613-620.
- Choi-Kwon, S., Kim, H.-S., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in south korea. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(5), 1043-1048.
- Cruppé, W. d., Hennch, C., Buchholz, C., Muller, A., Eich, W., & Herzog, W. (2005). Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system. *General Hospital Psychiatry*, 27(1), 63-72.
- Cruppé, W. d., Hennch, C., Reas, D., Wild, B., & Herzog, W. (2002). Reporting psychosomatic consultations in the discharge letter: An examination of communication between impatient and primary care physicians. *General Hospital Psychiatry*, 343-352.
- Dallacorte, R. R., Schneider, R. H., & Benjamin, W. W. (2007). Perfil das infecções do trato urinário em idosos hospitalizados na Unidade de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS. *Scientia Medica*, 17(4), 197-204.
- García, M. A. M., Blancart, R. G., Salt, L. C., Cataluña, J. J. S., Escamilla, T., & Sánchez, P. R. (2004). Prevalence of sleep-disordered breathing in patients with acute ischemic stroke: influence of onset time of stroke. *Archivos de Bronconeumologia*, 40(5), 196-202.
- Guerreiro, M. (2005). Avaliação neuropsicológica das demências degenerativas. In A. Castro-Caldas & A. d. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel.
- Hammar, T., Rissanen, P., & Perälä, M.-L. (2009). The cost-effectiveness of integrated home care and discharge practice for home care patients. *Health Policy*, 92(1), 10-20.
- Han, C.-Y., Chang, C.-Y., & Lee, H.-L. (2009). Another compulsory clinical competence for emergency nurses: Implementing effective discharge planning. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(4), 178-178.
- Lawor, B. (2006). Sintomas comportamentais e psicológicos na demência In *Psicogeriatria*, Edições Horácio Firmino.
- Lo, S., Stuenkel, D. L., & Rodriguez, L. (2009). The impact of diagnosis-specific discharge instructions on patient satisfaction. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24(3), 156-162.
- Marín-Gámez, N., López-Salido, M. d. I. Á., Márquez-Garcí, A. B., Trujillo-Pérez, J. A., Jódar-Morente, F., & Rodríguez-Galdeano, M. (2006). El efecto Fausto: sobre la legibilidad y comprensión de los informes clínicos de alta hospitalaria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(4), 245-248.

- Martín, I., Teixeira, M., Azevedo, M. J., Mayor, R. M., & Paúl, C. (2006). Centros de dia como equipamento social e alternativa à sobrecarga dos cuidadores. In *Actas do VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.
- McCurry, S. M., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., Vitiello, M. V., & Teri, L. (2009). Insomnia in caregivers of persons with dementia: Who is at risk and what can be done about it? *Sleep Medicine Clinics*, 4(4), 519-526.
- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 18-27
- Montemayor, T. (2008). Sommeil et démences. Particularités et prise en charge. *Médecine du Sommeil*, 5(15), 10-15
- Paúl, C. (2006). *Psicologia do envelhecimento*, In: *Psicogeriatría* (1ª ed.). Hospitais da Universidade de Coimbra: Edições Horácio Firmino.
- Pereira, M. G., & Mateos, R. (2006). *A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores*, in *Psicogeriatría*. Edições Horácio Firmino. Coimbra. (Vol. I). Coimbra: Almedina.
- Pinto, L. C., Leuschner, A., & Barreto, J. (2006). *Psicogeriatría* (1ª ed.). Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra: Horácio Firmino.
- Popejoy, L. (2010). Participation of elder persons, families, and health care teams in hospital discharge destination decisions. *Applied Nursing Research*, In Press, Corrected Proof.
- Relvas, J. (2006). *Psicofarmacologia das pessoas idosas*, in: *Psicogeriatría* (1ª ed.). Coimbra: Edições Horácio Firmino.
- Schabetsberger, T., Ammenwerth, E., Andreatta, S., Gratl, G., Haux, R., Lechleitner, G., et al. (2006). From a paper-based transmission of discharge summaries to electronic communication in health care regions. *International Journal of Medical Informatics*, 75(3-4), 209-215.
- Shinno, H., Inami, Y., Inagaki, T., Nakamura, Y., & Horiguchi, J. (2008). Effect of Yi-Gan on psychiatric symptoms and sleep structure at patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(3), 881-885.
- Sotto Mayor, M. (2007). *A Família e o Papel do Cuidador*. Comunicação apresentada no Congresso Assistência ao Doente Mental em Portugal: Novos Desafios.
- Sotto Mayor, M., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2008). Satisfacción percibida en el cuidado de ancianos. *Gerokomos*, 19(3):121-127).
- Yan-fang, S., & Yu-ping, W. (2009). Sleep-disordered breathing: Impact on functional outcome of ischemic stroke patients. *Sleep Medicine*, 10(7), 717-719.

## Artigos de Opinião

### EL UMBRAL

Norma Sosa Vidarte<sup>1</sup>

Cruzar el umbral, es iniciar un nuevo tiempo en el recorrido de la vida. Es empezar a transitarla de otra manera, con mayores expectativas! ya que el camino de la vida siempre nos brinda un abanico de sorpresas. Lo mas importante es aceptarse como cada uno es, muchas cosas han pasado, la familia, la niñez, la juventud, el trabajo, lágrimas, sonrisas, y pudieron sostenerla y sobrellevarla, sustentada por el bagaje y acumulación de vivencias que ella brindo, en el largo peregrinar donde nos mostró, enseñó, revelo y ofreció aspectos, buenos, y malos.

En fin,... Cada uno los vivió a su manera y los enfrentó con valentía y así fueron construyendo férreas columnas, las que hoy los sostienen cuando empiezan a cruzar el umbral de la vida, este paso lo deben transitar y avanzar con plenitud, sin culpas, sin agobios ni reproches, sin pensar que dejaron cargas o deudas en el fragor del andar por la vida. Por eso los invito a cruzarlo sin miedo, sin angustias mirando las cosas y hechos positivamente y agradecer haber llegado a esta etapa ultima del ciclo de vida, donde cada día se abre una pagina nueva y debemos vivirla sin apuros, con actitud positiva, marcada por la alegría, es la mejor edad para enfrentar la vida con mucha paciencia, conocimiento, sabiduría, madurez y experiencia para seguir explorando, y disfrutando que fueron capaces de descubrir el valor del universo. El largo camino de la vida, no es lo mismo que el mundo material, es mucho más amplio, profundo, solidario y generoso.

Elaborar y concretar proyectos es la nueva consigna ahora. Todo el tiempo que queda es para ti. Donde te dediques a cuidar tu cuerpo, tu espíritu, agilizar la mente, concretar amores y sentirte mejor y por mas que no gusten tus arrugas, acéptalas con dignidad, son los surcos de la vida que recuerdan los años transcurridos, avisan que estas atravesando el umbral, y lo puedes transitar con fuerza, con seguridad con inteligencia, y confianza en ti, con la inquietud pujante de participar de reuniones sociales, políticas, culturales.

Para preservarte del mundo, justifica las nuevas generaciones, que actúan con ímpetu con fuerza y hasta con mucha omnipotencia, esfuérzate y trata de adaptarte a ellos, conquístalos, fortalece ese eslabón con los jóvenes, los niños y tus pares.

No te sientas viejo y cansado, no hay tiempo para eso, aferrate a la fe, queda mucho tiempo para seguir y seguir, para hacerte respetar y respetarte como persona mayor, practica con fuerza tu Condición de Persona Sujeto De Derecho La autonomía es el derecho mas importante pues tiene que ver con la libertad tanto en lo publico como en lo privado lo cual permite tomar decisiones y esta ligado plenamente a los derechos humanos. Llegar al umbral de la vida es haber llegado a la plenitud, y abrir esta puerta nueva, NO significa perder los Derechos sino por el contrario afianzarlos con dignidad y personalidad defenderlos por ti y por todos los adultos mayores que comparten contigo esta nueva etapa y están en situación de vulnerabilidad, es necesario reclamar una mayor intervención del estado y la sociedad civil, potenciando tus estrategias de creatividad, con la fuerza puesta en la acción, por que revelaran por si sola lo que significa defenderse y reinstalar los derechos, adquiridos durante toda la vida.

<sup>1</sup> Geront. Comunitaria e institucional, Sgo del Estero - Argentina.

## Reflexões

---

### COMO ENVELHECER SEM DOR

*José Augusto Rodrigues dos Santos<sup>1</sup> e Tânia Patrícia Amorim<sup>2</sup>*



O drama e sortilégio da existência radicam no facto que ao nascermos começamos a morrer. Só que a morte perde a sua lógica de perda quando o ato genésico que nos fez hóspedes do mundo for continuado por momentos de realização que vão dando sentido à existência humana. Para isso se concretizar temos de ser militantes da vida.

O que significa ser militante da vida?

Significa que cada existência individual deve permitir acrescentar qualidade a este fenómeno cósmico peculiar que permitiu a matéria ganhar consciência de si e que se exprime naquilo que nós conhecemos como vida no planeta que habitamos.

Não podemos dramatizar o futuro incontornável que a todos espera, pois nada é mais gratificante para o viajante de muitas jornadas que a fruição do merecido descanso, e que será tanto mais merecido quanto as jornadas forem completas e bem vividas.

Quando nos cumprimos em vida aceitamos como natural o corolário da mesma, e quando os átomos, prótons, neutrões, electrões, quarks, neutrinos, bósons, etc., que nos constituem se desintegram do ser que nos dá forma, não se dissipam no vácuo e tornam-se disponíveis para novas viagens cósmicas que têm sempre o mistério ou a poesia como meta referencial.

No mais ínfimo de nós, o universo já nos comportava; nos seus eventuais movimentos de expansão e/ou retração, o universo continuará a comportar-nos. No universo nada se cria nada se perde, tudo se transforma. Esta lei deve alegrar-nos pois permite-nos ver a morte como ponto de passagem entre formas de vida ou existência diversas. Algo de subtilmente real dimana das concepções budistas que preveem várias vidas num percurso de aperfeiçoamento interior. Essas vidas poderão não ser mais perfeitas pois o universo não se rege por lógicas de moral ou aperfeiçoamento.

O universo simplesmente existe no incomensurável da sua dimensão, aberto a constante renovação que erradica o conceito de finitude. Por isso, devemos olhar a morte nos olhos, sem temor, sem fatalismos, pois só ela dá razão à razão de viver. O que nos calha em sorte é única e simplesmente viver o melhor possível, e é aqui, a este nível que por vezes emerge o drama, pois ao cumprimo-nos em existência nem sempre o fazemos da forma mais gratificante, já que por vezes, moldados aos valores duma sociedade desumanizada, perdemos a oportunidade de nos descobrirmos em absoluto e de descobrirmos os outros em nós.

---

<sup>1</sup> Doutoramento em Biologia do Desporto, Professor Associado com Agregação, Faculdade de Desporto – Universidade do Porto

<sup>2</sup> Mestre em Ciências do Desporto, Faculdade de Desporto – Universidade do Porto

Devemos viver, conseguindo metas de realização que não podem estar condicionadas pela idade cronológica que nos localiza num tempo. Mas esta idade marcada pelo relógio não corresponde, não deve corresponder, às outras idades que nos expressam e que relevam da possibilidade de constante aperfeiçoamento.

Que outras idades nos expressam?

### Idade Biológica

Devemos rejeitar a ditadura do tempo pois os relógios biológicos diferem de indivíduo para indivíduo. Quando nos queremos enclausurar nas prisões da idade cronológica negam-nos a possibilidade de concretizar as nossas potencialidades biológicas que para uns podem estar diminuídas pela doença, cansaço ou stresse vivencial, enquanto outros conseguem manter por muito tempo a chama existencial que lhes faz perdurar, senão a juventude, pelo menos a vitalidade e capacidade de trabalho.

Urge ultrapassar a ditadura da idade biológica, permitindo que seres que mantêm intactas ou pouco reduzidas a sua funcionalidade biológica e a sua capacidade de trabalho continuem a laborar premiando a sociedade com a sua experiência.

### Idade Psicológica

É-nos dado verificar, amiúdes vezes, jovens e adultos a demonstrar sinais de cretinismo reflexivo, resultante não de insuficiências meníngeas mas de incompetência cultural. Quando constatamos a lucidez reflexiva e a prolífica produção intelectual de muitos gerontes, que se assumem como guerreiros da existência lutando contra o niilismo dos demitidos da vida, quer-nos parecer que a arrumação dos indivíduos em idades é mais um dos fundamentalismos que caracterizam a nossa época. Temos exemplos recorrentes de que o melhor das consecuições intelectuais de muitos escritores, pintores, arquitetos, realizadores cinematográficos, músicos, etc., é conseguido em idades bem avançadas. Podemos crescer psicologicamente até ao fim da nossa existência atual.

### Idade Afetiva

Não existem ciclos de declínio na capacidade de emoção; antes, pelo contrário, verifica-se que a idade permite dar *nuances* muito mais positivas às efervescências das paixões juvenis. Alguém, já em idade avançada, afirmou que o drama da velhice é continuarmos a sentir da mesma forma absoluta as efervescências psicoafectivas do amor num corpo que lhes não dá correspondência. Não concordo, pois acredito que o avançar da idade não só caldeia as tensões corporais de Eros como as canaliza para fruições de maior pendor estético e poético. Alguns arroubos serôdios são mais jactância de macho latino que verdadeiras manifestações de libidos desenfreadas que a existirem só têm a patologia como justificação. Na parte dos afetos mais tocada pela libido devemos ter sempre presente que mais que físico *l'amore è cosa mentale*.

### Idade Social

Temos os papéis sociais em que melhor ou pior nos investimos. Somos sempre o fruto dos investimentos passados, e malgrado os constrangimentos duma sociedade com laivos de desumanidade e redutora de possibilidades de realização, existe sempre uma brecha para escaparmos à ditadura do “*Metro, Bulot, Dodot*”. Até para ser feliz é necessário ter coragem.

Assim, mesmo quando esgotamos um dado papel social numa lógica de realização profissional, todo o capital de experiência e conhecimento adquirido pode ser perfeitamente canalizado para outros objetivos. Tal nos permita a sociedade. Devemos erradicar a lógica de que a reforma é o nadir da capacidade de produtividade social. A procura de novos objetivos existenciais rejuvenesce o idoso e, por isso, urge repensar a continuidade na esfera do trabalho daqueles que continuam com a efervescência produtiva da sua juventude.

### Idade Funcional

É a única que nos deve caracterizar. Aquilo que conseguirmos fazer, fruto da nossa imaginação, conhecimento e capacidade, é que deve ser o verdadeiro aferidor do sentido da nossa utilidade. Existem jovens demitidos que se cumprem em inércia; existem idosos que agem transformando qualitativamente o seu meio envolvente. O homem para viver em plenitude deve ter consciência do mundo que o rodeia, que se transforma a um ritmo alucinante, e que o obriga a encontrar respostas cada dia mais complexas. Acreditamos que a capacidade de captar a mudança não é apanágio exclusivo dos jovens; é fruto da capacidade de realização pessoal que para muitos é um processo sem soluções de continuidade e sem limites no tempo.

Quando vivemos em plenitude não existem idades diferenciadoras, a cronologia perde força de referência, e assim podemos lutar contra os efeitos deletérios da flecha do tempo.

Ao nascermos, caminhamos para o fim, não sem antes atingirmos um ponto ótimo adaptativo que corresponde à idade adulta. Para Platão, o zénite da formação cultural do homem só era atingido em idade muito avançada. Uns envelhecem rapidamente; outros retardam a degenerescência conseguindo níveis de funcionalidade global que perduram até ao momento que a matriz genética diz, chega!

Assim, considerando o envelhecimento como um processo regular e multidimensional que provoca a limitação das possibilidades adaptativas do organismo, podemos, quando gostamos da vida, de nós e dos outros, atrasar a emergência das manifestações degenerativas correlacionadas com a idade e manter níveis de funcionalidade que nos permitam fruir a existência afastando para longe as sombras da senescência.

O homem cumpre-se quando morre de posse do seu corpo, ou seja quando o corpo foi companheiro de viagem e que malgrado algumas sevícias de ocasião com que o agredimos, conseguimos mantê-lo vivo e sentido até ao fim dos nossos dias.

O corpo cumpre-se de múltiplas formas pois consubstancia a essência plural do homem. Quando o corpo biológico nos começa a fazer negações temos sempre outros corpos para nos cumprirmos. O nosso melhor corpo é aquele que se cumpre em ARTE.

Onde encontrar esse Eldorado?

Na música, poesia, literatura, escultura, desenho, teatro, cinema, fotografia, etc., e no desporto.

Quando entramos tarde em novas áreas de realização o êxito ou rendimento são mais difíceis, mas os frutos são quiçá mais saborosos. É óbvio que nem todos podem ser Picasso, a fecundar filhos aos 70 anos e atingir zénites criativos aos 80. Essa dimensão de arte e realização biológica a poucos está cometida, no entanto, todos nós, ao nível das nossas possibilidades e empenhamento, podemos construir o ato grandioso que nos permita entrar no areópago dos artistas.

Uma área especialmente gratificante de realização artística é o desporto. A via desportiva permite o acesso de muitos idosos ao *élan* transcendental da cultura, consubstanciando uma forma ímpar de encontrar mais vida, na sã competição contra outros e fundamentalmente contra si. A competição desportiva humana permite, independentemente da idade, e de forma socialmente aceitável, responder às pulsões instintuais que caracterizam

a espécie e que estão adormecidas (não mortas) em virtude de fatores de constrangimento vários impostos pelas normativas sociais.

Sabemos que o nosso companheiro corpo envelhece; isto é, perde paulatinamente o seu *élan* vital. O processo natural de envelhecimento, pode ser profundamente agravado pelo denominado envelhecimento patológico, provocado quer pela doença quer pelo uso incorreto do corpo (drogas, tabaco, álcool, alimentação desregrada, exercício físico anárquico, ausência de repouso, etc.).

Quando estamos perante a patologia as armas de que dispomos provêm da medicina. Quando o envelhecimento se consubstancia numa mera diminuição das capacidades adaptativas, então temos outras armas à nossa disposição para combater a degenerescência natural.

Assim, a Atividade Física ganha importância terapêutica, devendo ser coadjuvada por uma Nutrição cuidada. Contudo, devemos rejeitar atitudes fundamentalistas que fazem o indivíduo sair da prisão da doença para entrar na prisão da saúde, mas sempre prisioneiro sem liberdade. A atividade física deve ser moderada e as práticas nutricionais corretas não podem excluir os momentos de festança e de fuga à regra. Como disse o Dr. Emílio Peres, em termos alimentares, devemos saber distinguir entre os dias normais dos de festa. Não é por um sujeito de vez em quando se exceder em algumas fruições gastronómicas que rompem as regras da frugalidade (apanágio duma vida sã para o idoso) que deve desenvolver qualquer sentimento de culpa e auto-expição em posteriores práticas de jejum.

Também o corpo do idoso tem o direito ao excesso.

Todas as alterações que caracterizam o avanço da idade embora irreversíveis podem ser atenuadas, quer mantendo níveis adequados de atividade quer estabelecendo regras dietéticas saudáveis.

*Podemos ficar grisalhos e mesmo carecas mas manter a cabeça mais cheia.*

*Podemos ficar com a pele rugosa mas a alma cada vez mais lisa.*

*Podemos reduzir de estatura mas crescer em emoção.*

*Podemos ficar mais pesados mas mais leves de espírito.*

*Podemos ficar mais fracos fisicamente mas com mais força interior.*

*Podemos perder a visão mas manter despertos os sentidos da sensibilidade estética.*

*Podemos ficar surdos e ouvir-nos melhor e aos outros.*

*Podemos perder células nervosas e ganhar células de cultura.*

*Podemos perder capacidade cardíaca e cada vez mais aumentar a nossa capacidade de amar.*

Em suma, podemos ir diminuindo a funcionalidade de alguns órgãos e tecidos e aumentar, doutra forma, o prazer de os utilizar.

O mal acontece quando a síndrome do idoso não se radica à sua dimensão física e contamina a sua existencialidade. Quando o idoso fica frio, severo, e intolerante, e não aceita, com naturalidade, o fluir incessante



do muito vivido, é porque está doente ou porque falhou na sua realização ontológica, tendo subordinado a sua existência a valores alheios à sua dimensão humana, tendo vivido alheio a si.

Até para viver é preciso ter coragem. Viver é uma aventura. Viver muito pressupõe canalizar a aventura para sagas de interioridade. Pressupõe a aceitação de condicionamentos em alguns planos mas a opção de outros planos de realização que deem novos sentidos à vida.

A expressão da sintomatologia do idoso não quer significar a emergência de uma espada de Dâmocles que paira por cima da sua cabeça. Antes pelo contrário, serve como aviso para o aparecimento de sinais que podem ser contrariados tanto mais eficazmente quanto mais empenho tiver o sujeito em relação a algumas pautas comportamentais que se estabelecem como fundamentais para atrasar e por vezes mascarar os efeitos degenerativos da idade.

Sabemos que o progresso técnico tem facilitado o trabalho físico humano. Hoje em dia o stresse do quotidiano é menos de índole física e mais intelectual e psicoafectivo. De igual forma as poluições (sonoras, paisagísticas, arquitetónicas, culturais, respiratórias, etc.) que caracterizam as sociedades atuais têm de ser combatidas com comportamentos adequados a uma vida o mais saudável possível.

Ser saudável é uma condição *sine qua non* para retardar os efeitos negativos da velhice. Dois princípios de organização de vida se assumem como axiomáticos para evitar as várias escleroses conotadas com as idades avançadas dizem respeito à necessidade de movimento e aos cuidados dietéticos. A análise desses fatores será motivo de próximos intervenção neste espaço de reflexão.



## \_ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martins FR, Rodrigues dos Santos JA (2004) Actividade física de lazer, autoconceito físico e composição corporal. Revista Horizonte, vol. XIX, 114:8-13

Nogueira MAM, Silva DJL, Rodrigues dos Santos, JA (2006) Actividade física habitual em idosos portugueses urbanos. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 14(4):23-30

Rodrigues dos Santos JA (2011) Acerca da Competição Desportiva. Revista Gymnasium, 1(3):11-26

Rodrigues dos Santos JA (2003) O Corpo como objecto de educação. Revista Vértice, 113:81-89

Rodrigues dos Santos JA (2002) Envelhecimento, actividade física e nutrição. Horizonte. Revista de Educação Física e Desporto, Vol. XVIII, 104:21-25



## Universidade Sénior Contemporânea do Porto

Aprender muito  
Conviver sempre  
Conhecer mais  
Em família

### DISCIPLINAS TEÓRICAS:

Iniciação ao Inglês  
Inglês II  
Inteligência Emocional  
História da Cidade e dos Monumentos Portugueses  
História Universal  
Jornalismo e Actualidade  
Lendas, Provérbios e Ditados Populares

### DISCIPLINAS PRÁTICAS:

Iniciação à Informática  
Informática II  
Iniciação à Internet  
Internet II  
Pintura  
Dança  
Teatro e Expressão Dramática  
Poesia  
Hidroginástica  
Chi Kung  
Ginástica

Actividade  
Extra-Curriculares



Passeios



Visitas de  
Estudo

Workshops

Departamento  
Científico

RTG



Palestras



Departamento  
Cultural



Jornal Actual  
Sénior;  
Rádio  
Podcast USC

Galeria dos  
Alunos de  
Pintura



Canal de  
Televisão  
e Vídeo

www.usc.no.sapo.pt