



LIVRO DE ATAS
DO II SEMINÁRIO
VULNERABILIDADES SOCIAIS E SAÚDE

“ENVELHECIMENTO(S) – PERSPETIVAS
INTERDISCIPLINARES”

Campus do IPS, Setúbal

6 e 7 de março de 2020

Livro de Atas do II Seminário Vulnerabilidades Sociais e Saúde –

“Envelhecimento(s) – perspetivas interdisciplinares”

Editores:

Ana Paula Gato (ESS/IPS)

Andreia Ferreri Cerqueira (ESS/IPS)

Edgar Canais (ESS/IPS)

José Rebelo (ESCE/IPS)

Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)

Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Instituto Politécnico de Setúbal

Apoio do CIDEHUS (UIDB/00057/2020)



O presente volume integra textos referentes a comunicações realizadas no âmbito do II Seminário Vulnerabilidades Sociais e Saúde - “Envelhecimento(s) – perspetivas interdisciplinares”, realizado nos dias 6 e 7 de março de 2020, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Título: Livro de Atas do II Seminário Vulnerabilidades Sociais e Saúde -
“Envelhecimento(s) – perspetivas interdisciplinares”

Editores:

Ana Paula Gato (ESS/IPS)

Andreia Ferreri Cerqueira (ESS/IPS)

Edgar Canais (ESS/IPS)

José Rebelo (ESCE/IPS)

Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)

Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Primeira edição, em formato eletrónico, setembro 2020

ISBN: 978-989-54631-8-3

Comissão Científica

Alexandra Esteves (UCP, Lab2PT-ICS-UMinho)
Ana Paula Gato (ESS-IPS; CIDEHUS-UÉ)
Andreia Ferreri Cerqueira (ESS-IPS; NURSE'IN)
António Manuel Marques (ESS-IPS; CIAS)
Boguslawa Sardinha (ESCE-IPS; CICE e SOCIUS/CSG)
Constantino Sakellarides (ENSP/UNL)
Edgar Canais (ESS-IPS; NURSE'IN)
Emília Martos Contreras (UAlmería; C. Foundation)
Giselle Janeiro (RUTIS)
Graça Magalhães (INE; CIDEHUS-UÉ)
Hermano Carmo (ISCSP/UL; CEMRI-UAb)
João Peixoto (ISEG; SOCIUS/CSG)
José Rebelo Santos (ESCE-IPS; CICE; CIDEHUS-UÉ)
Laurinda Abreu (UEvora; CIDEHUS-UÉ)
Lucília Nunes (ESS-IPS; NURSE'IN)
Luís Marvão (CDSSS-ISS, IP)
Manuel Lopes (UEvora; CICTS-UÉ)
Maria João Guardado Moreira (IPCB; AGE.COMM)
Maria Filomena Mendes (UEvora; CIDEHUS-UÉ)
Panayota Sourtzi (Universidade de Atenas)
Patrícia Arguello (ESS-IPS; CIAS)
Sandrina B. Moreira (ESCE-IPS; CICE e BRU-IUL)
Stella António (ISCSP/UL)
Vítor Barbosa (ESCE-IPS)

Comissão de Honra

Presidente do IPS - Pedro Dominginhos
Diretora do CIDEHUS - Hermínia Vilar
Diretora do Centro Distrital de Setúbal do Instituto de Segurança Social - Natividade Coelho
Diretora da NURSE'IN - Lucília Nunes

Comissão Organizadora

Ana Paula Gato (ESS/IPS)
Andreia Ferreri Cerqueira (ESS/IPS)
Edgar Canais (ESS/IPS)
José Rebelo (ESCE/IPS)
Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)
Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Índice

Editorial.....	1
PARTE I - ENVELHECER EM PORTUGAL.....	2
Cidadania e poder grisalho em Portugal, hoje	3
Migrações e seu impacto no envelhecimento	18
Envelhecer com saúde: Um olhar sobre as medidas sumárias de saúde da população com uma aplicação a Portugal	27
Como gerir o envelhecimento em Portugal? Um desafio para todos.....	41
Envelhecimento e trabalho: O papel das práticas de diversidade etária na retenção dos trabalhadores	53
Envelhecimento e obesidade da comunidade no município de Ponte de Sor	63
PARTE II - PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO E APOIO SOCIAL	77
Universidades seniores e parcerias	78
A importância da intervenção em parceria	88
Acolher velhos desamparados na Lisboa do século XIX.....	103
Isolamento social - implicações interdisciplinares	120
As universidades de terceira idade como forma de participação e inclusão social: um estudo de caso na Universidade Sénior de Massamá e Monte Abraão	126
PARTE III - DESAFIOS PARA A SAÚDE.....	142
Climatério: Prenúncio de velhice para a mulher	143
Ao entardecer... sexualidade e envelhecimento	152
Vamos conversar sobre a sexualidade dos idosos.....	157
Literacia em saúde na comunidade escolar – preparar para o envelhecimento	166
Violência na pessoa idosa: Uma realidade nublada na sociedade de hoje.....	178
Índice de autores	192

Editorial

No âmbito do II Seminário sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde, subordinado à temática “Envelhecimento(s): perspetivas interdisciplinares”, que teve lugar no Campus do Instituto Politécnico de Setúbal, nos dias 6 e 7 de março de 2020, apresentam-se neste Livro de Atas os artigos completos enviados pelos comunicantes e sujeitos a um processo de revisão pelos pares.

A temática em análise permitiu-nos ter comunicações de várias áreas disciplinares, conforme era nosso objetivo. Agradecemos salientar a participação e o interesse suscitado junto de estudantes, docentes, investigadores, técnicos e voluntários de instituições de Saúde, de Solidariedade Social e de Organizações não Governamentais, que se expressou no elevado número de comunicações livres apresentadas.

Este é, pois, um projeto que terá continuidade com a realização de novas edições, que esperamos continuem a ser ponto de encontro e debate entre os vários protagonistas da área social, da saúde e da academia em torno da temática da saúde e das vulnerabilidades sociais.

Este livro de atas está organizado em 3 partes que traduzem os diferentes temas em que o seminário foi dividido, nomeadamente, “Envelhecer em Portugal”, “Práticas de Integração e Apoio Social” e “Desafios para a Saúde”.

Um agradecimento especial à Escola Superior de Saúde e à Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal assim como ao Centro Interdisciplinar de História, Cultura e Sociedades (CIDEHUS) da Universidade de Évora, pelo apoio e disponibilidade.

Agradecemos também aos membros das Comissões Organizadora e Científica, assim como aos membros da Comissão de Honra. O nosso muito obrigado a todos os participantes e felicitações aos autores dos artigos aqui publicados pela qualidade produzida.

Ana Paula Gato

Andreia Ferreri Cerqueira

Edgar Canais

José Rebelo dos Santos

Sandrina B. Moreira

Vítor Barbosa

PARTE I - ENVELHECER EM PORTUGAL

Cidadania e poder grisalho em Portugal, hoje

Hermano Carmo, ISCSP-UL e UAb,
hermano@iscsp.ulisboa.pt

Resumo

Começar-se-á por refletir sobre uma característica frequente na velhice de quem a vivencia no final da segunda década do século XX, em Portugal, o stresse. Como contributos para a reflexão, apontam-se três tipos de razões para a velhice ser considerada um problema social, sugere-se a existência de um stresse prolongado e descontrolado como razão de mal-estar individual e a conjuntura anómica como chave de entendimento do mal-estar social condicionante desse stresse dos velhos.

Numa segunda aproximação, procuram-se caracterizar sumariamente as duas gerações de pessoas mais velhas no contexto das gerações vivas e sugerir, através do exame das suas características, elementos de resolução do problema, particularmente através de uma estratégia de educação para a cidadania.

Num terceiro passo, sugere-se a reavaliação do poder dos mais velhos, no quadro da sua responsabilidade social e da responsabilidade social da comunidade.

Palavras chave: envelhecimento, stresse, cidadania, poder

Introdução

Uma das mudanças sociais mais significativas do nosso tempo, resultou do aumento do ciclo de vida humano para cerca do dobro em menos de um século (Figura 1). Nos Estados Unidos, por exemplo, no início do século passado, a esperança média de vida à nascença, era de cerca de 40 anos. Hoje é de cerca de 80. Como sabemos, isto deveu-se às significativas melhorias, devido ao uso e generalização dos antibióticos e a outros enormes avanços registados no domínio da saúde humana (medicina, enfermagem, meios auxiliares de diagnóstico, etc.).



Figura 1 – No início do século XX, considerava-se velho, um indivíduo com mais de quarenta anos

Essas melhorias permitiram, por outro lado, reduzir drasticamente a mortalidade infantil, tendo como consequência imediata uma explosão demográfica sem precedentes e um crescimento descontrolado da população. Era comum, no final dos anos sessenta do século XX (no meu

tempo de estudante universitário), ouvir afirmar que o Mundo de então era marcado por duas tendências: enquanto que os países desenvolvidos *estavam cada vez mais velhos*, os subdesenvolvidos (era assim que eram designados então os países mais pobres) *tinham cada vez mais gente*. Ou seja, o mundo, no final da minha adolescência, era marcado por estas duas macrotendências: o envelhecimento dos ricos e o crescimento dos pobres.

Mas foi exatamente nessa década, igualmente assinalada pelo começo da metamorfose da sociedade industrial em sociedade de informação (Toffler, 1970 e 1980; Naisbitt, 1988, 1990; Morin, 1981 e 1991; Castels, 2003 e 2005), que ocorreu uma significativa mudança que veio a alterar a demografia mundial: em resultado da criação da pílula anticoncepcional, associada a movimentos sociais emancipatórios (e.g. feminista, estudantil, libertação sexual) e a políticas neomalthusianas agressivas em países em que a explosão demográfica era mais evidente (e.g. Japão, Índia e, mais tarde, RP China), o número de filhos por mulher em idade fértil foi-se reduzindo progressivamente em todo o planeta a velocidades diferentes, descendo, em muitos países abaixo da taxa de substituição (2,1 filhos por mulher em idade fértil).

Como resultado destas duas macrotendências, o Mundo hoje vive um processo de envelhecimento generalizado. Ou seja, a população mais velha aumentou e a população mais jovem reduziu. Mas esta tendência não marcou apenas uma mudança quantitativa, traduziu-se também num processo de *complexificação crescente*, pouco visível à primeira vista: é que *ser velho, hoje, já não é o que era*, uma vez que se trata de um grupo extremamente heterogéneo, como adiante referirei, que nada tem a ver com o estereótipo dominante associado à velhice.

O facto de vivermos mais tempo constitui, sem dúvida, um indicador de evolução positiva da Humanidade, que nos deveria em geral alegrar. Paradoxalmente, porém, quando se fala da velhice o que se observam sobretudo são os sinais de alarme, encarando-se esta situação como um problema social complexo¹.

1. Uma velhice em stresse

Neste contexto, gostaria de começar por refletir porque é que a velhice é considerada frequentemente como um problema social e, muito menos vezes, como uma situação criadora de mais recursos – os velhos – para a Humanidade em geral.

¹ Uso o termo, *problema social complexo* como um problema social em que, dada a sua *novidade, diversidade e contornos incertos, não existe consenso nem quanto à sua solução nem sequer no que respeita à sua equação* (ROBERTS, 2014, in MARQUES, Coord, 2014:27).

Porque é que a velhice é um problema social?

A meu ver existem três razões para este olhar pessimista:

- em primeiro lugar, devido à *imagem incorreta sobre o que é ser idoso*, tanto por parte dos próprios como dos outros, associando essa condição, ao estereótipo dominante de *um ser dependente e consumidor líquido de recursos*, ainda que saibamos que, provavelmente, a dependência física e socioeconómica corresponda, segundo alguns autores, a apenas cerca de 1/3 deste grupo etário²;
- em segundo lugar, a *práticas incorretas sobre os idosos*, resultantes de discriminações resultantes, de várias naturezas, fundamentadas predominantemente na idade (*idadismo*);
- em terceiro lugar, a *práticas incorretas dos próprios idosos*, em consequência de *comportamentos de risco*, muitas vezes interiorizados e rotinados em fases mais precoces do seu ciclo de vida (e.g. sedentarismo, má nutrição, hábitos de dependência tabágica, etc.).

Estas três razões estão na base da estigmatização das idades mais avançadas e resultam, antes de mais, da *ignorância generalizada sobre estas novíssimas gerações*. Para entender a formação do preconceito, vale a pena imaginarmos a seguinte situação de ficção científica:

Sendo habitantes de outro planeta do sistema solar (por exemplo Marte), começaríamos por imaginar o planeta Terra como um pequeno ponto no céu. Com a possibilidade de viajar no espaço, a nossa perceção da Terra ir-se-ia alterando e complexificando, à medida em que nos fôssemos aproximando deste planeta: primeiro, registaríamos que afinal não era um ponto, mas um disco. Mais perto, pensaríamos sucessivamente, que se tratava de um disco azul, que afinal era uma esfera, a que se associariam tons de castanho, de verde, etc. Ou seja, quando somos muito ignorantes sobre uma dada realidade, esta apresenta-se-nos como um todo homogéneo. À medida que o conhecimento vai aumentando, a riqueza da heterogeneidade revela-se progressivamente aos nossos olhos em toda a sua pujança.

Assim é, por exemplo, com o envelhecimento: tratando-se de um processo generalizado, os seus efeitos nos seres humanos são extremamente diversificados, de acordo com a condição física e mental de cada um, com o seu género, estrato social, cultura, situação económica, etc.

Apesar de toda esta diversidade, que se traduz numa heterocronia dos ritmos e da intensidade do envelhecimento, gostaria, no entanto, de refletir sobre uma situação muito comum que afeta frequentemente os mais velhos e que pode ter um efeito acelerador da sua dependência e do seu processo de decadência física e mental: trata-se de ser um grupo frequentemente em stresse.

² Esta estimativa foi referida, por exemplo, por Martins Correia, um conhecido geriatra (ver por exemplo, Correia, 2003) no debate de uma mesa redonda sobre o assunto realizada em 2012 em Lisboa.

Como sabemos, o stresse é uma resposta habitual, física e emocional, a estímulos percebidos como ameaçadores ao nosso equilíbrio e bem-estar (e.g. alterações bruscas de temperatura, de ritmo, presença de elementos tomados como ameaçadores, perdas de controle sobre o corpo, sobre a gestão do tempo, sobre os outros, etc.). Quando se trata de situações de curta duração e quando há possibilidade de controlar a reação à alegada ameaça, o stresse pode ser positivo, por permitir aumentar a autoestima, a noção de autocontrole. É o caso do stresse induzido pelas atividades radicais.

Algumas lições da investigação

Contudo, quando o estímulo se prolonga excessivamente ou a reação se descontrola, os efeitos do stresse nos seres humanos são trágicos, podendo levar a situações de *burnout* e mesmo à morte, como a numerosa investigação disponível tem provado à sociedade³.

Na população mais velha, o stresse pode tornar-se uma companhia permanente pelas razões atrás mencionadas (*auto e heterorepresentações estigmatizadas sobre o que é ser idoso, idadeísmo e comportamentos de risco dos próprios*), tendo frequentemente como efeito o aumento de situações de exclusão social⁴, *invisível* ou *evidente*, sendo uma das razões da tão falada solidão dos idosos.

Da muita investigação realizada sobre a questão do stresse e da sua prevenção, sobressaem dois conjuntos de boas práticas que têm sido usadas com êxito para o prevenir e para o combater, que se têm também revelado particularmente úteis no trabalho com a população mais velha:

- práticas de *partilha* e de *solidariedade* (e.g. em grupos de autoajuda, quer de pessoas mais velhas quer dos seus cuidadores; práticas do *voluntariado* dos mais velhos)
- práticas de *emoções positivas* (e.g. o riso, o humor e a compaixão reduzem o stresse)

Efeitos da conjuntura nos mais velhos

Para além de razões de natureza interpessoal, grupal e organizacional (escala *micro* e *meso*), o ambiente geral da sociedade contemporânea constitui um excelente viveiro (à escala *macro*)

³ Veja-se, a este propósito, o excelente documentário do National Geographic (2008), intitulado **Stress: retrato de um assassino**, publicado em DVD e disponível no Youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=i2c3mwHxaqg>

⁴ Uso aqui o conceito de *exclusão social* no sentido dado por Alfredo Bruto da Costa (1998), como um *processo de rutura sucessiva com sistemas sociais básicos* (no acesso a eles e no sucesso na interação com eles). A contrario, podemos definir *inclusão social* como um *processo de ligação* (mais ou menos forte) à *rede social de apoio* (de qualquer pessoa ou coletivo), *que configura uma geometria variável de conexões* (de acordo com o seu número, solidez e duração) *no contexto de um quotidiano estável* (Carmo, 2019: 105). *Trata-se, portanto, de uma variável contínua que pode variar bastante desde situações extremas de exclusão invisível, passando por posições de exclusão evidente, inclusão frágil, inclusão consolidada e inclusão forte* (Carmo, 2019: 102-103)

para o desenvolvimento do stress dos mais velhos: A conjuntura no final da 2ª década do século XXI, é profundamente incerta e ameaçadora, marcada por três processos estruturantes:

- uma *mudança acelerada*, integrada por traços fortes de *transitoriedade*, *novidade* e *diversidade* (Toffler, 1970), por um espesso *nevoeiro informacional* (Morin, 1991) e por comportamentos individuais e coletivos de *anomia*, de *autismo social* e de stress prolongado.
- Uma *desigualdade crescente*, muitas vezes justificada por uma ideologia dominante, assente em valores de *transpersonalismo financeiro* e de *darwinismo social*, fazendo aumentar significativamente o ambiente de tensão social, de medo, de desconfiança e, por vezes, de violência.
- uma *alteração dos sistemas de poder*, criando-se um efeito de *fibrilhação* decorrente da *perda de coesão social* e do *aumento da desorientação coletiva*.

De tudo isto se pode inferir, numa primeira síntese, que os efeitos da conjuntura nos mais velhos têm sido frequentemente stressantes, em qualquer das novíssimas gerações em presença: a dos mais idosos, que carregam um maior peso de senescência e a dos chamados *babyboomers* (os *novos velhos*) ambas somando à desorientação generalizada, a característica específica de constituírem *novíssimas gerações*, ainda com *fortes problemas identitários*⁵.

2. Os cidadãos mais velhos

Já vimos que a anomia e o autismo social têm criado um clima de desconfiança, medo e, nalguns setores, de desespero, exigindo pessoas (crianças, adolescentes, adultos e velhos) capazes de ser sujeitos da sua própria história (nos papéis sociais que desempenham) e não meras massas manipuláveis (e.g. vulneráveis ao consumismo, ao relativismo niilista, ao radicalismo) (Freire, 1972).

Ou seja, precisamos de cidadãos. Mas aqui é necessário refletir um pouco, para além de uma fácil cosmética conceptual, a partir da ideia de que a cidadania hoje, *já não é o que era*, contendo novas exigências e enfrentando novos desafios⁶.

A questão da cidadania no século XXI

A cidadania, hoje, em termos sociológicos, longe de se referenciar apenas a um único país, assemelha-se a um jogo de bonecas russas, encaixadas umas nas outras: (e.g. já não me posso

⁵ A identidade dos velhos como grupo, é extremamente fluida, começando por não haver consenso sobre quem lhe pertence. Imaginando uma análise SWOT sobre a velhice, seria impossível obter consensos sobre as *forças* e as *fraquezas*, as *ameaças* e as *oportunidades* desta condição, dada a diversidade de *representações sociais* e de *situações de facto* dos vários segmentos sociais que integram a população mais velha.

⁶ Uso o termo *cidadania* no sentido habitual, de estatuto (que integra um conjunto de direitos e de deveres) dos que participam na gestão de uma sociedade politicamente organizada.

considerar apenas um cidadão português: sou também um cidadão europeu, um cidadão da CPLP e, em última análise, um cidadão do Mundo (Moreira, 2001; Strenger, 2012).

Este conjunto de direitos e deveres que integra a consciência de se ser cidadão e a prática cívica decorrente, não são inatos, exigindo uma complexa aprendizagem ao longo do ciclo de vida. Vejamos, por isso que aprendizagens exige, baseados num modelo de educação para a cidadania que tenho sugerido (Carmo, 2014), com 2 eixos, 4 vertentes e 10 áreas-chave (Figura 2).

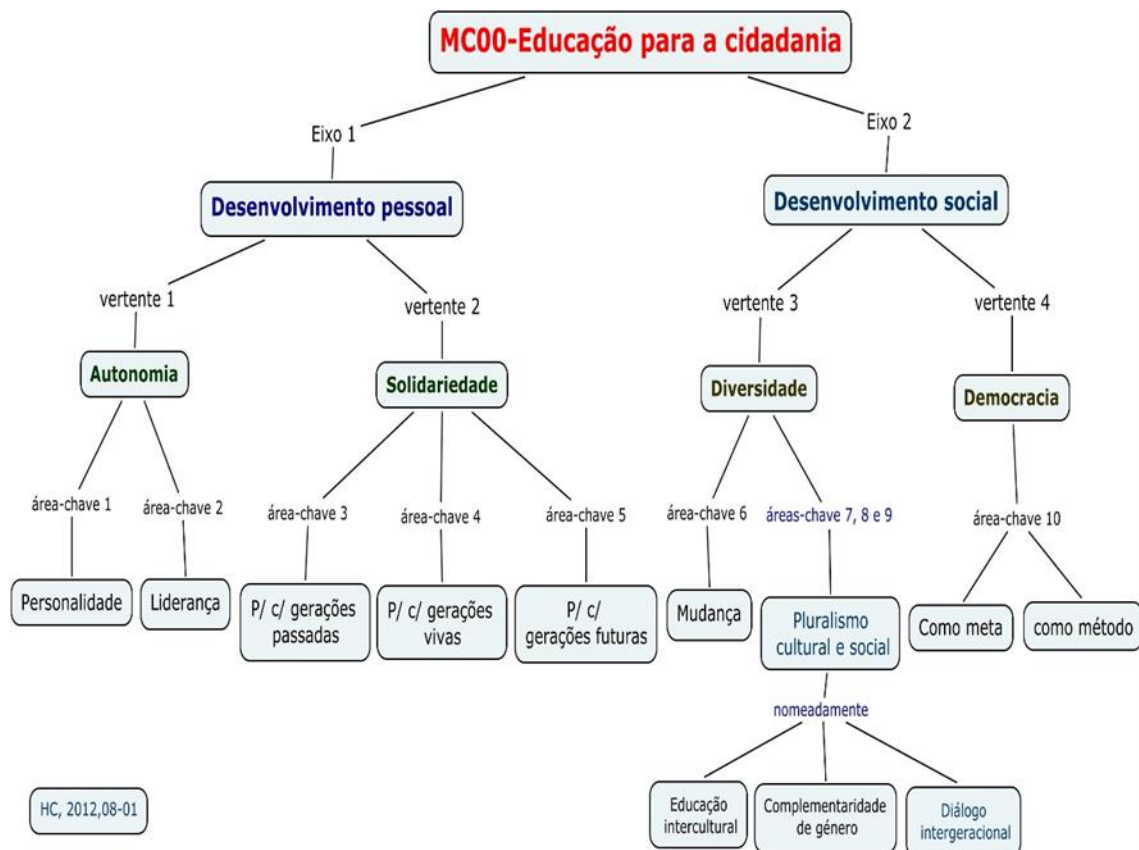


Figura 2 – um modelo de educação para a cidadania

2 eixos, 4 vertentes e 10 áreas-chave da cidadania

Observemos antes de mais os 2 eixos (E) e as 4 vertentes (V):

Para aprender a ser cidadão, é preciso aprender previamente a *ser uma pessoa* (E1), autónoma (V1) e solidária (V2). Mas essas duas características, sendo necessárias não são suficientes. Para aprender a ser cidadã, essa pessoa tem também de aprender a assumir um compromisso com o Bem Comum, ou seja, tem de aprender a ser socialmente responsável (E2) e, para isso, tem de aprender a saber viver e lidar com a diversidade (V3), a grande constante da nossa época, e fazê-lo de forma pacífica e eficiente, através da melhor forma de sociabilidade que conhecemos que é a democracia (V4).

Cada uma dessas 4 vertentes, integra várias áreas-chave (AC) que as concretizam:

- para se ser um cidadão *autónomo*, (V1), é necessário possuir uma *personalidade equilibrada*, com inteligências desenvolvidas (Gardner, 1994; Goleman, 2004) e valores sólidos (Bauman, 2006, 2016; Dalai-Lama, 2000) (AC1) e com *capacidade de liderança* sobre si próprio e sobre os outros (AC2);
- para se ser um cidadão *solidário* (V2), consciente da interdependência universal dos seres humanos e destes com a biosfera, é necessário aprender a sê-lo para com as gerações passadas (AC3), valorizando o lastro de património e memória coletiva, para com as gerações presentes (AC4), em contextos progressivamente mais alargados (e.g. família, organizações, comunidades, comunidade nacional e internacional) e para com as gerações futuras (AC5), com práticas orientadas pela noção de sustentabilidade;
- para se ser um cidadão *que saiba lidar com a diversidade* (V3), tem de aprender a lidar com suas várias facetas:
 - Relativamente à *complementaridade de género* (AC6), num quadro de igualdade de direitos, tirando partido do potencial da metade feminina da humanidade, frequentemente invisibilizada.
 - Relativamente aos *contextos multiculturais* (AC7), tirando partido da diferença, como oportunidade para a construção de uma *sociedade arco-íris*, na feliz designação de Desmond Tutu.
 - Relativamente à mudança acelerada (AC8), aprendendo a adaptar-se à mudança e a controlá-la, sem medos nem fascínios).
 - Relativamente à *diversidade geracional* (AC9) tirando partido do potencial de experiência das várias gerações vivas, para desenvolver um verdadeiro e profícuo diálogo intergeracional.
- Finalmente, para se ser um cidadão que sabe participar esclarecida e pacificamente na gestão coletiva, tem de aprender a viver numa sociedade democrática (V4), com *metas* consensuais (no quadro normativo dos direitos humanos e deveres cívicos universalmente aceites) e com *métodos eficazes* para construir a democracia no quotidiano (em matéria de comunicação, participação e representação (AC10)).

Em face do que acabo de dizer sobre a questão da cidadania, podemos-nos interrogar, numa segunda síntese:

1. Será que, na nossa sociedade, os mais velhos são autónomos ou dependentes?
2. Será que são (ou não) solidários e alvos de solidariedade?
3. Será que sabem (ou não) lidar com a diversidade e com a democracia?
4. Será que são (ou não) socialmente responsáveis?
5. E, já agora, será que estas questões estão bem formuladas? Ou seja, que existe uma categoria homogénea de *mais velhos*?

As gerações grisalhas no contexto das atuais gerações

A mudança acelerada registada desde o início da segunda metade do século XX, associada à maior longevidade da população, tiveram como efeito o de vivermos numa época em que diversas gerações⁷ se sobrepuseram, coexistindo lado a lado (Figura 3).

Como se observa na figura 3, no conjunto das gerações vivas podem-se identificar duas, constituídas pela população mais velha: a dos que nasceram antes do fim da segunda guerra mundial, por vezes designados por *maduros*, e a minha, a dos *novos-velhos*, também conhecidos por *babyboomers*, que integra os que nasceram depois.

Aplicando esta tipologia a Portugal, vejamos algumas características identitárias de cada uma das gerações referidas:

Os *maduros* tiveram, diretamente ou através de memórias mediadas pelos seus pais e avós, a experiência da 1ª República, da ditadura do Estado Novo e de um país atrasado e sem liberdade. Dada a sua idade avançada (mais de 80 anos), experimentam com frequência a vivência da *dependência crescente* (física, social e psicológica), a estigmatização pelo idadismo, a solidão e a perda de poder de compra, decorrente da pobreza ou da não indexação das reformas à taxa de inflação.



Figura 3 – Gerações vivas em 2020

Os *babyboomers*, por seu turno, nasceram no pós-guerra, numa época de retoma económica e de grandes mudanças sociais. Têm tendência a viver mais tempo já que, em Portugal, nas

⁷Adoto neste texto a definição operacional de geração que sugeri num ensaio recente: *um grupo de pessoas nascidas num dado período histórico, que apresenta uma identidade própria, resultado da vivência em comum de acontecimentos significativos que afetaram a sua socialização, a sua memória coletiva, o seu modo de encarar o mundo e a vida, as suas práticas sociais e as suas expectativas* (CARMO, 2019 b).

últimas seis décadas, a esperança média de vida cresceu quase 18 anos (em 1960 era de cerca de 64 anos; em 2017 era já de 81,6).

De um modo geral são mais saudáveis e instruídos⁸ que as gerações da mesma idade que os precederam, em virtude dos progressos da medicina e de um ambiente constrangedor de comportamentos de risco anteriormente tolerados (e.g. tabagismo, alcoolismo, sedentarismo) e estimulante de alguns comportamentos saudáveis (e.g. cuidados alimentares, exercício físico).

A sua *experiência da diversidade* foi marcada, desde o início da década de sessenta do século passado, pelo contacto com outros povos devido ao acesso à televisão, à emigração, à guerra colonial e à explosão do turismo, abrindo-lhes os horizontes e possibilitando-lhes uma visão mais cosmopolita do mundo e da vida.

Essa postura diferente, foi fortalecida, a partir da década de setenta, com a vivência da revolução de abril e dos decorrentes processos de descolonização, democratização e integração na CEE.

O enorme progresso tecnológico que vivenciaram desde os anos oitenta e que foram integrando nas suas práticas quotidianas, (e.g. computadores pessoais, emergência da internet, mails, redes digitais, telemóveis, etc.), fez deles *migrantes digitais*, proporcionando-lhes ferramentas poderosas de comunicação.

Por estas razões, podemos afirmar que se trata de uma novíssima geração que, em muitos dos que a integram, já não corresponde à imagem estereotipada de velho (dependente, ignorante, provinciano, consumidor líquido de recursos e encargo para a comunidade).

3. O poder das gerações grisalhas

É neste contexto que cabe uma reflexão sobre o seu poder. Considerando-se o *Poder*, a resultante de uma *relação de forças entre a capacidade de obrigar e a vontade de obedecer* (Moreira, 1979), é importante interrogarmo-nos:

- será que, em consonância com o estereótipo dominante, os mais velhos, hoje, em Portugal, não têm qualquer poder que lhes possibilite serem protagonistas ativos no seu quotidiano individual e na história coletiva, constituindo um grupo frágil e dependente, à mercê da capacidade de obrigar das gerações mais novas e sem qualquer capacidade de lhe reagir?
- ou será, pelo contrário, que o seu poder é maior do que parece, encontrando-se apenas invisibilizado por imagens feitas?

⁸ De acordo com dados do Pordata, em Portugal a taxa de analfabetismo evoluiu de 25,7 % (1970) para 5,2 % (2011), ou seja, reduziu 20,5 pontos percentuais em 41 anos.

Para procurar responder a esta dupla questão, haverá que operacionalizá-la noutras questões mais concretas, nomeadamente:

- a terem algum poder, quais são as fontes desse poder?
- quais os espaços em se exerce (ou não) esse poder?
- qual o seu reconhecimento social?

É o que procurarei fazer seguidamente, de uma forma sucinta e exploratória.

Fontes do poder grisalho

É habitual identificar três fontes de poder: a *força*, a *riqueza* (entendida como *posse de recursos materiais*) e o *conhecimento* (Galbraith, s/d; Russel, 1990; Toffler, 1991, 2006). Partindo deste tripé de fontes de poder, vejamos o que se passa com a população mais velha em Portugal:

Quanto à primeira vertente, a *força*, podemos afirmar que os mais velhos detêm, objetivamente⁹, a *força do número* e a *força do voto*: a força do número, uma vez que é um grupo etário numeroso e que tende a crescer; a força do voto, porque, à exceção dos velhos inimputáveis, o volume de cidadãos mais velhos com capacidade de influenciar a governação através do seu voto tende a aumentar cada vez mais. Este facto é importantíssimo se pensarmos que uma das questões que tem incendiado a discussão política nos últimos anos é a questão da sustentabilidade do Estado Social. Sendo evidente que tal sustentabilidade não decorre de meras contas tecnocráticas, mas de opções políticas sobre alocação de recursos, é pouco provável que os cidadãos mais velhos não queiram defender os seus interesses em matéria de políticas públicas de segurança social ou de saúde.

Relativamente à segunda fonte, a da *posse de recursos*, também aqui o grupo dos mais velhos, parece deter mais poder do que normalmente se afirma. Dois factos ilustram o meu argumento: nas três graves crises económicas que assolaram o país desde 1974, que colocaram o país sob controle do FMI, *foram os mais velhos que funcionaram como amortecedores da crise*, ajudando muitos dos mais novos que caíram abruptamente em situações de desemprego e de pobreza, com as suas pensões e com as suas casas; por outro lado, em termos económicos, a população mais velha, com as suas necessidades específicas de cuidados e serviços de proximidade (e.g. de saúde e de proteção social), aumentou a procura desses cuidados e serviços, constituindo objetivamente um acelerador económico, no que respeita ao mercado da

⁹ Digo *objetivamente*, no sentido de *involuntariamente*. *Se exercem esse poder ou não* é, naturalmente, uma opção pessoal

saúde e da proteção social (e.g. produção de materiais de saúde e de fármacos, criando postos de trabalho e serviços de proximidade).

No que concerne ao *conhecimento*, como já atrás referi, a geração dos *novos-velhos*, dada o seu mais elevado nível de instrução e à experiência singular adquirida ao longo do seu processo de socialização, possui maior capacidade de comunicar (ler, escrever, falar e escutar), e de se organizar, detendo um poderoso potencial¹⁰ de atuação.

Espaços do poder grisalho

Ao observar com um olhar mais atento os vários espaços sociais, constataremos a presença de cidadãos mais velhos em lugares de responsabilidade:

- No setor público, é comum reconhecê-la no desempenho de funções dirigentes da Administração Pública¹¹ (central, regional e local), em empresas públicas e como titulares de órgãos de soberania, tanto no parlamento como no governo, como ainda nos tribunais.
- No setor privado, é visível a sua presença na gestão de topo de todo o tecido empresarial desde as grandes, às médias e pequenas empresas
- O mesmo se observa em instituições do terceiro setor (Cooperativas, Fundações, Associações Mutualistas, Misericórdias, IPSS e outras organizações de economia social e solidária). Num olhar exploratório, atrevo-me a sugerir que neste espaço fundamental em termos de coesão social, grande parte dos postos de maior responsabilidade é ocupada por cidadãos mais velhos.
- Finalmente, no espaço privado das famílias, como referi atrás, observa-se com frequência cidadãos idosos a desempenharem papéis ativos, quer no papel de avós, quer de principais responsáveis pela sobrevivência de filhos e outros familiares em situação de fragilidade social, quer ainda como cuidadores informais.

4. Reconhecimento do poder grisalho

Apesar deste protagonismo, *o reconhecimento social não parece ser proporcional* colocando com demasiada frequência muitos cidadãos mais velhos numa situação de *exclusão invisível* (Carmo, 2019), tanto pelos próprios pares (outros idosos), como pelos adultos ativos,

¹⁰ Se esse potencial é utilizado, ou seja, se o poder é exercido ou não, é outra questão: o que aqui se pretende mostrar é se ele existe. Exemplos, ainda que esporádicos da capacidade organizativa dos mais velhos começam a surgir, como a APRe, que é uma associação cívica, constituída em 2012, com o objetivo de constituir uma voz ativa dos cidadãos aposentados, pensionistas e reformados, procurando intervir na definição das políticas públicas, constituir-se como parceiro social e lutar contra o idadismo e por um envelhecimento participativo (Cfr. O respetivo site).

¹¹ Um exemplo apenas: no princípio dos anos oitenta, no total de dirigentes da administração pública, cerca de 16% tinham mais de sessenta anos e 49 % tinham idades superiores a cinquenta (Carmo, 1987: 314)

parecendo registrar-se aqui, uma situação infelizmente comum, que tenho designado por *transparência do valor*¹².

No seio da família, o seu valor como pessoas socialmente úteis, tem maior reconhecimento, tanto pelos filhos, como pelas camadas mais jovens (crianças e adolescentes), decerto condicionado pelo seu desempenho nos papéis de avós.

Responsabilidade social dos mais velhos e para com eles

Como acabo de referir, ainda que o poder dos mais velhos se observe em vários espaços, o seu reconhecimento parece não ser proporcional à sua participação objetiva. Uma das razões que pode eventualmente explicar esta situação de *transparência de valor*, pode ter a ver com questão da responsabilidade social¹³, *dos próprios mais velhos*, e da sociedade para com eles.

A responsabilidade social *como dever cívico dos mais velhos* tem, a meu ver duas vertentes: o dever de cuidar de si e o dever de participar ativamente no quotidiano envolvente.

O *dever de cuidar de si*, integra três objetivos:

1. *manter um estilo de vida saudável* em matéria de alimentação, de exercício físico e cognitivo, procurando manter e desenvolver hábitos de comunicação presencial e virtual;
2. *cuidar cuidadosamente da sua saúde*, indo regularmente ao médico, preparando convenientemente as consultas (e.g. listar queixas, dúvidas a esclarecer - nunca sair com dúvidas) e não permitindo que os familiares assumam o seu papel e cumprindo rigorosamente os tratamentos; e
3. *cuidar da sua segurança*, evitando comportamentos de risco, o que implica em primeiro lugar, *aprender a proteger-se* (e.g. pessoa, bens, habitação), recorrendo às instituições de segurança (e.g. PSP e GNR) e a dispositivos de apoio quando for caso disso (e.g. tele-alarme da PT); em segundo lugar, sempre que em espaço público (e.g. na rua) assumir comportamentos seguros, quer como condutor quer como peão responsável (e.g. respeitar passadeiras, semáforos, etc.)

O *dever de participar* ativamente no quotidiano envolvente, por seu turno, obriga-o a um compromisso individual e a um outro para com a sociedade:

- *Em termos individuais*, a um esforço ativo no sentido de combater a sua solidão e a dos outros, procurando participar de forma ativa e esclarecida em redes presenciais e virtuais, em iniciativas coletivas diversificadas (e.g. formação, lazer, centros de convívio, universidades seniores, academias, associações, etc.). Na família,

¹² *É o que se passa com o ar que respiramos, com a água que bebemos, com aqueles significativos que amamos, com a vida que vivemos: só damos conta deles quando nos faltam. Quando deles beneficiamos, são tão transparentes que parece que não existem.* (Carmo, 2009)

¹³ Considerando responsabilidade social como um compromisso ético de atuar em benefício de outrem, decorrente do reconhecimento da interdependência dos seres humanos entre si e com a biosfera e da necessidade de contribuir para o bem comum, tendo em conta as circunstâncias específicas de atuação (Carmo & Esgaio, 2016)

desempenhando ativamente os papéis sociais que dele se esperam (avô/avó, tio, conselheiro etc.).

- *Em termos coletivos*, o dever de participar deve estender-se aos seus papéis como *consumidor* (e.g. conhecendo e exercendo os seus direitos e deveres de forma crítica e responsável), como *membro da comunidade* (e.g. participando em trabalho voluntário, fazendo propostas para resolver as questões autárquicas) e *como cidadão* (e.g. participando nos processos eleitorais, quer discutindo ativamente as propostas alternativas quer dando o exemplo de votar).

Por seu turno, a responsabilidade social como dever cívico da sociedade *para com os cidadãos mais velhos*, deve discriminar dois tipos de grupos: os velhos *autónomos* e civicamente ativos e aqueles que estão *em situação de maior vulnerabilidade e dependência*.

- Relativamente aos *autónomos*, constitui um dever de responsabilidade social da sociedade para com eles, o seu *reconhecimento como parceiros sociais* e a *criação de condições para o seu envelhecimento ativo* (em matéria de redes de segurança, de saúde, de participação e de aprendizagem ao longo da vida), procurando sempre reforçar o seu empoderamento.
- Relativamente aos mais *vulneráveis*, a responsabilidade da sociedade consiste antes de mais em *propiciar-lhes voz*, através de uma advocacia ativa, defensora dos seus direitos. Em termos de *políticas públicas*, parece indispensável dar prioridade a três: uma formação e proteção ativa dos *cuidadores* formais e informais; uma política de *habitação* amiga do idoso, quer em termos físicos (e.g. eliminação de barreiras arquitetónicas) quer relacionais (e.g. política de acesso a habitações, contíguas às de outros familiares; uma política de desenvolvimento das redes de cuidados continuados e de cuidados paliativos, para os mais dependentes e para os que se encontram em situação terminal).

Conclusão ou fim do princípio?

Ao concluir esta reflexão, vem-me à memória uma afirmação de Swami Vivekananda (1863-1902) de que *a verdadeira sabedoria passa por se ter consciência de que se sabe aquilo que se conhece e de que não se sabe o que se desconhece*. Tenho consciência que sabemos muito pouco sobre a questão do poder grisalho.

A tentação, quando se sabe pouco, é usar-se o paradigma pré-científico, que tem horror ao vazio, *preenchendo os espaços de subinformação com vários tipos de pseudoinformação* (e.g. *mitos, estereótipos, etc.*).

A alternativa, é adotar-se o paradigma científico, muito mais trabalhoso, mas também muito mais eficaz a longo prazo. Neste caso, há que assumir a ignorância, procurando humildemente abrir caminhos de conhecimento, através do protocolo científico, assumindo a tarefa como responsabilidade coletiva.

É o desafio que vos lanço.

Bibliografia

- António, S. (2009). O Envelhecimento em Portugal no século XXI contributos e Reflexões de Prospetiva Demográfica, “Cadernos de Economia”, Lisboa
- Bauman, Z. (2006). Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos, Lx, Relógio d’Água
- Bauman, Z. (2016). Cegueira moral: a perda de sensibilidade na modernidade líquida, Lx, Relógio d’Água
- Bauman, Z. (2016). Estado de crise, Lx, Relógio d’Água
- Câmara, S. (2013). Relações Intergeracionais, in 34º. Congresso de Geriatria e 15º. Congresso de Gerontologia Social - Solidariedade entre Gerações: cidadania ativa em todas as idades, SPGG - Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, Lx
- Câmara, S. (2018). Retrato sociodemográfico dos países da CPLP, in Sebastião, S. (Coord.), CPLP: A afirmação global das culturas de expressão portuguesa: Cidadania Lusófona, Lisboa, ISCSP, vol2
- Carmo, H. (1987). Os dirigentes da administração pública portuguesa, Lisboa ISCSP, (separata de “ESTUDOS POLÍTICOS E SOCIAIS” vol XV, nºs3 e 4, 1987).
- Carmo, H. (1998). O desenvolvimento comunitário no dobrar do século, in Barata, O. S. (1998). Coord. Política Social, Lisboa, ISCSP
- Carmo, H. (2009). Prefácio a Teixeira, 2009, Diante da morte: representações sociais da morte em enfermeiros, dissertação de mestrado em comunicação em saúde, Lisboa, UAb
- Carmo, H. (2014). Educação para a cidadania no século XXI: trilhos de intervenção, Lisboa, Escolar Editora
- Carmo, H. (2015). Envelhecimento ativo: conceito-moda ou imperativo de cidadania? “Mais social” (7), Lisboa, ISCSP.NSS
- Carmo, H. (2019). Hipóteses sobre o contributo da educação para a cidadania na inclusão social, in Negreiros, F., & Cardoso, J. R., (org.) (2019). Psicologia social: conexões Brasil-Portugal, Piauí, UFPI-EDULPI, <http://hdl.handle.net/10400.2/8304>.
- Carmo, H. (2020). O debate sobre a Paz - algumas questões estruturantes, in Educação para a Paz: elementos de reflexão, Lisboa, pós-graduação em EGPS, ISCSP, no prelo
- Carmo, H. (2020). Cidadania e poder grisalho, in Manual de orientação do formando da pós-graduação em gerontologia, ISCSP, 2020, no prelo
- Carmo, H. & Esgaio, A. (2016). Ética e responsabilidade social: um imperativo da educação para a cidadania, "Intervenção social", Lisboa Universidade Lusíada.
- Castels, M. (2003). O fim do milénio (A era da informação: economia, sociedade e cultura, vol 3), Lx, F. Gulbenkian
- Castels, M. (2003). O poder da identidade (A era da informação: economia, sociedade e cultura, vol 2), Lx, F. Gulbenkian
- Castels, M. (2005). A sociedade em rede (A era da informação: economia, sociedade e cultura, vol 1), Lx, F. Gulbenkian, 2ª edição
- Correia, J. M. (2003). Introdução à gerontologia, Lisboa Universidade Aberta
- Dalai-Lama (2000). Ética para o novo milénio, Lisboa, Círculo de Leitores
- Desmet, L. (Coord.) (2015). Envelhecer no estrangeiro: retalhos de vida, Lisboa, SCML.SECP
- Debert, G. (2004). Formas de gestão da velhice: Brasil e Portugal, in Cova, A. & Ramos, N. (2004). Desafios da comparação, Oeiras, Celta
- Freire, P. (1972). Pedagogia do Oprimido, Porto, Afrontamento
- Galbraith, J.K. (s/d). Anatomia do Poder, Lisboa, Difel
- Gardner, H. (1994) Estruturas da Mente: a Teoria das Inteligências Múltiplas, Porto Alegre: Artes Médicas Sul
- Goleman, D. (2006). Inteligência social, Lisboa, Temas e Debates
- Marques, R. (Coord.) (2014). Problemas sociais complexos: desafios e respostas, Fórum para a Governação Integrada, Lx
- Moreira, A. (2001). A cidadania cosmopolita, in Carmo, H. (2002). Direitos sociais para uma sociedade inclusiva: linhas mestras de um encontro, "Cidade Solidária", Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Moreira, A. (1979). Ciência Política, Lisboa, Bertrand
- Moreira, A. (2013). Memórias do outono ocidental: um século sem bússola, Coimbra, Almedina
- Morin, E. (1981). As grandes questões do nosso tempo, Lisboa, Notícias

- Morin, E. (1991). Os problemas do fim do século, Lisboa, Notícias
- Naisbitt, J. (1988). Macrotendências, Lisboa, Presença
- Naisbitt & Aburdene (1990). Megatrends 2000, S. Paulo, Amana-Key, 3ª ed.
- Perista, H. (2004). Velhice(s) e vulnerabilidades: mulheres idosas em Portugal, in Cova, A. & Ramos, N. (2004). Desafios da comparação, Oeiras, Celta
- Russel, B. (1990). O poder: uma nova análise social, Lisboa, Fragmentos
- Strenger, C. (2012). O medo da insignificância: como dar sentido às nossas vidas no século XXI, Alfragide, Lua de Papel
- Toffler, A. (1970). Choque do futuro, Lisboa, Livros do Brasil
- Toffler, A. (1980). A terceira vaga, Lisboa, Livros do Brasil
- Toffler, A. (1991). Os Novos Poderes, Lisboa, Livros do Brasil
- Toffler, A. & Toffler, H. (2006). A revolução da riqueza. Lisboa: Actual

Migrações e seu impacto no envelhecimento

*José Rebelo dos Santos,
Instituto Politécnico de Setúbal
(CICE, ESCE/IPS) e CIDEHUS-UÉvora),
jose.rebelo@esce.ips.pt*

Resumo

Depois de vários anos em que se verificou uma diminuição muito expressiva da imigração e simultaneamente um aumento explosivo da emigração, implicando saldos migratórios negativos, e contribuindo assim para o declínio da população residente, Portugal voltou a ser atrativo para muitos estrangeiros, registando-se crescimentos muito expressivos consubstanciados num aumento de 18% em 2019 face a 2018. A comunidade brasileira foi a que mais cresceu tanto em termos absolutos como percentuais. No entanto este crescimento começou a ganhar forma em 2013, atingindo percentagens muito elevadas também em 2017 e 2018. Admite-se que os valores reais, incluindo as situações irregulares, sejam muito superiores. Em situações quase sem imigração e com a emigração a atingir valores muito elevados, o envelhecimento aumenta de forma muito substancial: a maior parte dos imigrantes são jovens permitindo desde logo que a idade média e mediana da população diminua; por outro lado, o facto de terem idade de constituir família faz com que contribuam também, na base da pirâmide, para um aumento de nascimentos; portanto, se não há imigração o envelhecimento aumenta; com o crescimento da emigração e porque quem emigra são sobretudo os jovens com idade de constituir família e ter filhos, o efeito é maximizado verificando uma agudização do envelhecimento. O objetivo a que nos propomos é de caracterizar o envelhecimento em Portugal entre 2000 e 2018 e, em paralelo, apresentar os dados para o mesmo período das migrações (emigração e imigração), procurando estabelecer algumas relações. A base da nossa análise são os dados do INE e da PORDATA. Entre os dados alarmantes do envelhecimento destacamos um crescimento de quase 60%, tendo o índice de envelhecimento passado de 98,8 em 2000 para 157,4 em 2018.

Palavras chave: Envelhecimento, Emigração, Imigração

Introdução

Num Ocidente em que o envelhecimento veio para ficar, Portugal destaca-se como um dos países mais envelhecidos. O aumento da esperança de vida e a diminuição da natalidade ajudam a explicar este envelhecimento. De qualquer forma, este pode ser atenuado se o saldo migratório for positivo ou acentuado na situação contrária, ou seja, nos casos em que a emigração supera a imigração.

O objetivo que pretendemos com este artigo é caracterizar o envelhecimento em Portugal nas suas várias vertentes, no decurso deste século, isto é, desde 2000 até 2018. Pretende-se ainda analisar evolutivamente a imigração e a emigração. As fontes que se privilegiaram foram o Instituto Nacional de Estatística (INE), o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e a base de dados sobre Portugal PORDATA.

Considerámos três pontos principais: primeiro um ponto de contextualização, seguido de um segundo ponto alusivo ao envelhecimento em Portugal e por último abordamos as migrações

tanto a nível de fluxos de saída (emigração) como no âmbito dos fluxos de entrada em Portugal (imigração).

1. Contextualização

O mundo está a envelhecer. Constata-se um elevado envelhecimento populacional no mundo em geral, com destaque para o mundo ocidental e neste para a Europa e em particular para Portugal.

É a imigração que acaba por contribuir, a dois níveis, para que o envelhecimento na Europa não seja substancialmente mais elevado:

a) porque tendencialmente os imigrantes são jovens, contribuindo para uma distribuição etária mais jovem e mais equilibrada;

b) por terem, em geral, idade para constituir família e ter filhos, sendo que frequentemente têm até, em média, maior número de filhos que os residentes nacionais.

No entanto, os maiores ou menores contributos dos imigrantes para atenuar em cada momento, no país de destino, o envelhecimento, dependem entre outros aspetos dos seus níveis de fecundidade e de mortalidade; e ainda da maior ou menor existência de reemigração ou retorno ao país de origem (Oliveira e Peixoto, 2012).

Dados da Organização Mundial de saúde (OMS) referem que, entre 2000 e 2050, a percentagem de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo passará de 11% para 22% e uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar, em 2015, tem expectativas de viver cerca de 20 anos mais que uma criança nascida nas mesmas regiões há 50 anos (OMS, 2015).

Desde 2018 que as pessoas com 65 e mais anos passaram a ser em maior número que as crianças com menos de 5 anos (<https://population.un.org/wpp/>), sendo que a população total passaria de 7,7 biliões em 2019 para 8,5 biliões em 2030, 9,7 biliões em 2050 e 10,9 biliões em 2100 (United Nations, 2019b). A proporção de pessoas com 65 e mais anos no mundo aponta para quase 12% em 2030, 16% em 2050 e cerca de 23% em 2100 (United Nations, 2019a).

Se atualmente (2019) as pessoas com mais de 80 anos ascendem a 143 milhões, esse valor será de cerca de 426 milhões daqui a 30 anos, portanto triplicando de acordo com as estimativas referidas no relatório sobre o estado da população mundial (United Nations, 2019a). Em 2019, 38% de todas as pessoas com 80 anos ou mais residiam na Europa e América do Norte, mas essa percentagem deve diminuir para 26% em 2050, como resultado do envelhecimento populacional de outras regiões do mundo (United Nations, 2019a).

2. Envelhecimento em Portugal

Portugal perde população desde 2010, no entanto, desde 2007 que os óbitos são sempre em maior número que os nascimentos (tabela 1). Somos menos e em média mais velhos.

Atualmente (com base nos dados relativos a 2018 do INE), estima-se que os nascimentos diários em Portugal sejam de 238 e os óbitos de 310.

Tabela 1 – Evolução demográfica em Portugal entre 2000 e 2018

Ano	População Residente	nascimentos	óbitos	População Residente Estrangeira	Imigraç.	Emigraç. permanente	Índice de envelhecimento
2000	10 289,9	120 008	105 364	207 587			98,8
2001	10 362,7	112 774	105 092	350 898			101,6
2002	10 419,6	114 383	106 258	413 487			103,3
2003	10 458,8	112 515	108 795	433 650			104,7
2004	10 483,9	109 298	102 012	447 155			106,6
2005	10.503,3	109 399	107 464	414 659			108,5
2006	10 522,3	105 449	101 990	420 189			110,4
2007	10 543,0	102 492	103 512	435 736			112,6
2008	10 558,2	104 594	104 280	440 277	29 718		115,1
2009	10 568,2	99 491	104 434	454 191	32.307		117,8
2010	10 573,1	101 381	105 954	445 262	27 575		121,6
2011	10 557,6	96 856	102 848	436 822	19 667	43 998	125,8
2012	10 514,8	89 841	107 612	417 042	14 606	51 958	129,4
2013	10.457,3	82 787	106 554	401 320	17 554	53 786	133,5
2014	10 401,1	82 367	104 843	395 195	19 516	49 572	138,6
2015	10 358,1	85.500	108 539	388 731	29 896	40 377	143,9
2016	10 325,5	87 126	110 573	397 731	29 925	38 273	148,7
2017	10 300,3	86 154	109 758	421 711	36 639	31 753	153,2
2018	10 283,8	87 020	113 051	480 300	43 170	31 600	157,4

Fontes/Entidades: INE, SEF e PORDATA

Assim e apenas com base no saldo natural, a população portuguesa diminuiria diariamente em 72 indivíduos, o que equivale a 26.280 indivíduos por ano. É como se todos os anos fosse apagada do mapa de Portugal uma pequena cidade. Um saldo natural positivo é algo praticamente impossível e teria de ser conseguido do lado dos nascimentos que teriam de aumentar cerca de 30%, pois dificilmente será possível diminuir o número de óbitos.

Este número poderia ser agravado, se o número de emigrantes fosse superior aos dos imigrantes (como aconteceu nos anos da crise, entre 2011 e 2016) ou minimizado, no caso contrário (como está a acontecer agora).

A diminuição da população deve-se sobretudo à diminuição substancial do número de nascimentos que, em simultâneo, contribui para a diminuição de jovens e, portanto, para o envelhecimento (o denominado envelhecimento pela base).

Por outro lado, o aumento da esperança de vida tem levado a que haja também um maior envelhecimento pelo topo.

A tabela 1 mostra que o Índice de envelhecimento (relação entre os indivíduos com 65 ou mais anos por cada 100 com menos de 15 anos, em percentagem) tem tido um crescimento notável entre 2000 e 2018. Foi em 2001 que, pela primeira vez, os indivíduos com 65 ou mais anos passaram a ser em maior número que os menores de 15 anos. Em 2018, por cada 100 jovens com menos de 15 anos havia 157,4 indivíduos com 65 e mais anos.

Portugal era, em final de 2018, um dos três países mais envelhecidos da União Europeia com base no índice de envelhecimento: 1º Itália (171,0), 2º Alemanha (158,5) e 3º Portugal (157,4) (Eurostat e PORDATA), prevendo-se que esse envelhecimento se venha a acentuar nos próximos anos.

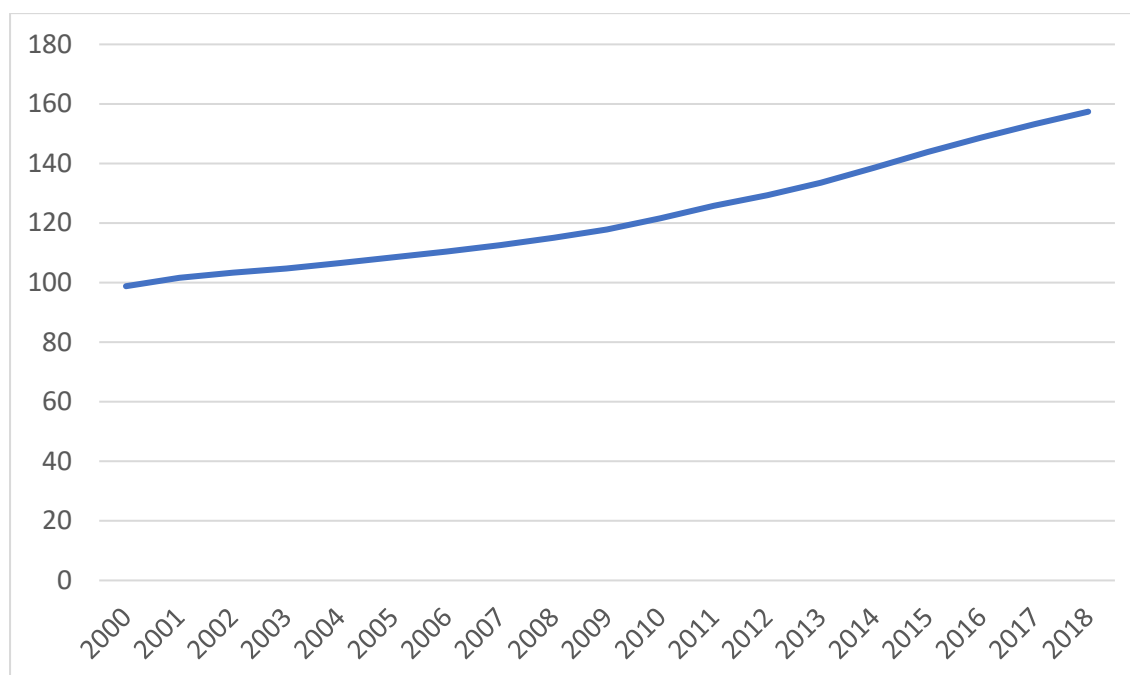
Um saldo migratório positivo, consubstanciado num forte incremento da imigração e num abrandamento substancial da emigração pode contribuir para que esse aumento do envelhecimento ocorra mais devagar.

Entre os dados mais alarmantes do envelhecimento destacamos um crescimento de quase 60% entre 2000 e 2018, tendo o índice de envelhecimento passado de 98,8 para 157,4 em 2018 (gráfico 1).

As principais implicações sociais do envelhecimento são: o aumento contínuo do número de inativos e de reformados em geral, com baixos rendimentos usufruídos e sujeitos a um enorme isolamento físico e social, bem como as dificuldades crescentes do sistema de saúde para dar

resposta às necessidades específicas dos idosos e sobretudo dos grandes idosos (Rebelo e Penalva, 2004).

Gráfico 1 – Evolução do índice de envelhecimento em Portugal entre 2000 e 2018



Fontes/Entidades: INE, PORDATA

3. Migrações

Os movimentos migratórios, ou seja, os fluxos de pessoas entre várias regiões sempre tiveram lugar. Em geral têm motivações económicas e têm origem em regiões mais pobres e, como destino, regiões com maior grau de desenvolvimento onde existem mais oportunidades (Rego, Mendes, Rebelo e Magalhães, 2010)

A “importação” de pessoas, ou seja, a criação de condições atrativas que permitam elevados fluxos de entrada de imigrantes e ao mesmo tempo a diminuição substancial de saídas de pessoas para o exterior (emigração) são as formas de mais rapidamente suster o crescimento imparável do envelhecimento.

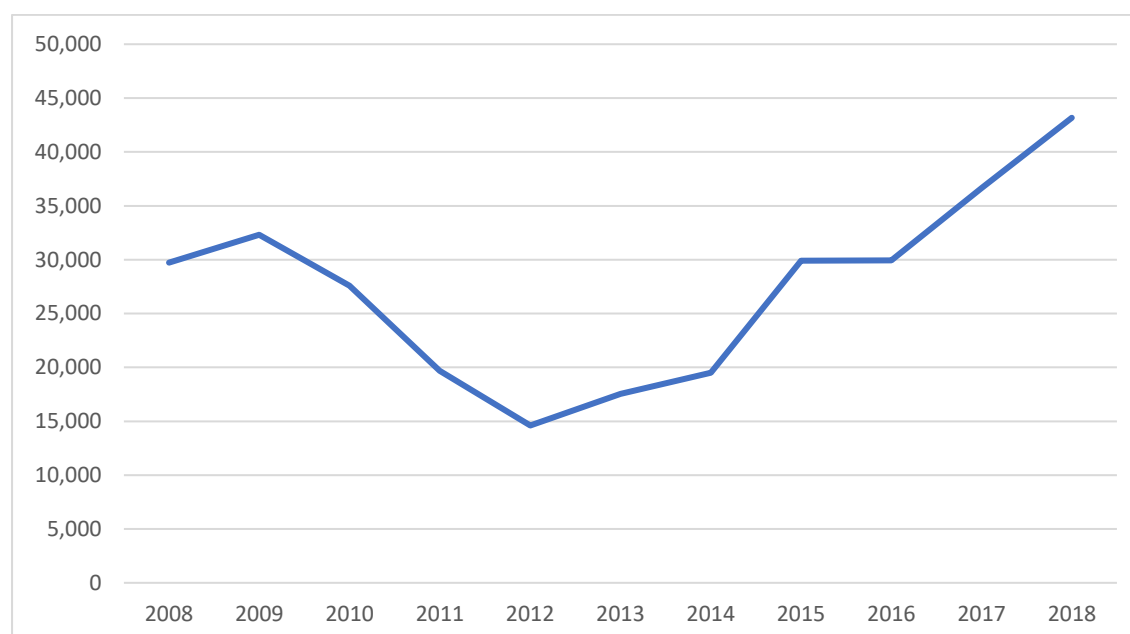
Com efeito, “sempre que o saldo migratório assume valores positivos e a entrada de população adulta é significativa, as migrações contribuem para mitigar o efeito do envelhecimento. Por outro lado, quando o valor do saldo é negativo e a saída de população adulta é persistente, as migrações contribuem para uma aceleração do envelhecimento” (Craveiro e Peixoto, 2017, p. 17).

Mais estruturantes são as políticas promotoras da natalidade, mas os seus efeitos no envelhecimento são bastante mais lentos.

3.1. Imigração

Portugal, considerado tradicionalmente um país de emigrantes, desde meados dos anos 70 do século XX, por um conjunto de razões ligadas a crescimento económico passou também a ser um país de imigrantes. A crise que se viveu no mundo em 2007 e 2008 teve um impacto muito negativo em Portugal gerando uma elevada taxa de desemprego (Rebelo, 2017) e traduziu-se em termos demográficos numa diminuição acentuada dos imigrantes de 2008 e até 2012. Desde então, verificou-se uma retoma dos fluxos de entrada em paralelo com a retoma económica como se pode verificar no gráfico seguinte, usando dados da tabela 1 (gráfico 2).

Gráfico 2 – Evolução do número de imigrantes em Portugal entre 2008 e 2018



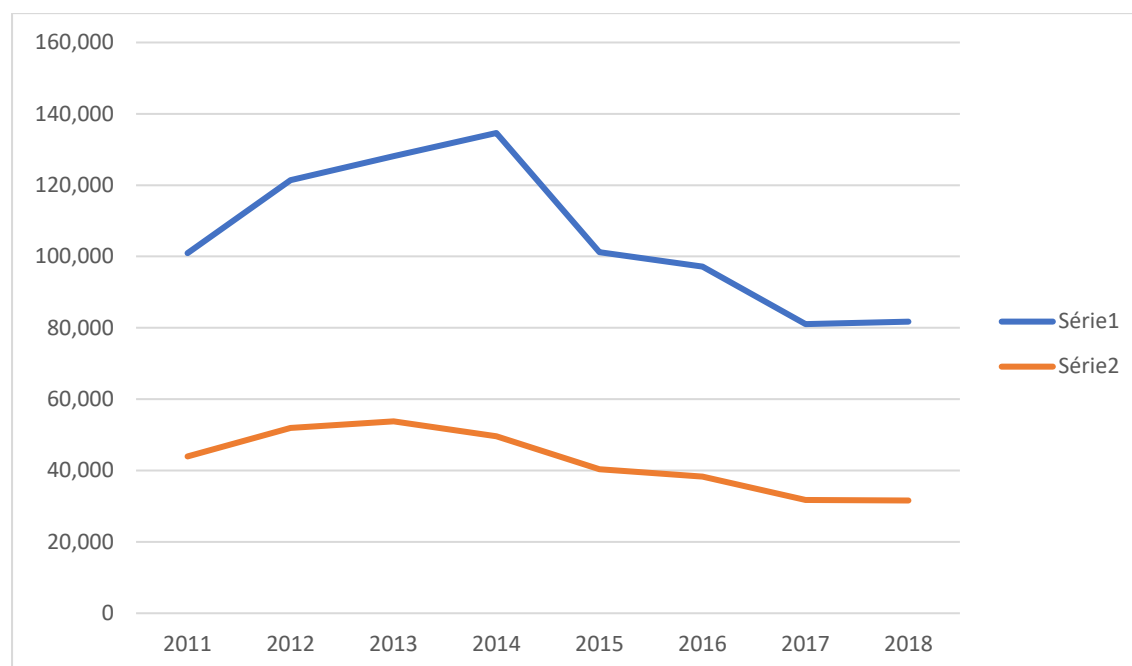
Fontes/Entidades: INE, PORDATA

3.2. Emigração

A crise que fez diminuir substancialmente o número de imigrantes em Portugal é indissociável de elevadas taxas de desemprego que obrigaram muitos portugueses, nalguns casos jovens e bastante qualificados a procurar oportunidades de trabalho fora de Portugal. É neste contexto que se verifica um aumento muito substancial da emigração entre 2011 e 2014 (gráfico 3), agudizando o envelhecimento e o decréscimo populacional. Esta nova vaga de emigração integrou movimentos de saída temporários, cujo efeito é mais conjuntural, mas também movimentos tendencialmente permanentes (ou pelo menos de longa duração), estes últimos

com repercussões estruturantes quer no âmbito do envelhecimento quer a nível do seu contributo para o decréscimo populacional.

Gráfico 3 – Emigrantes saídos de Portugal, total (s. 1) e permanentes (s. 2) entre 2011 e 2018



Fontes/Entidades: INE, PORDATA

3.3. Saldo migratório

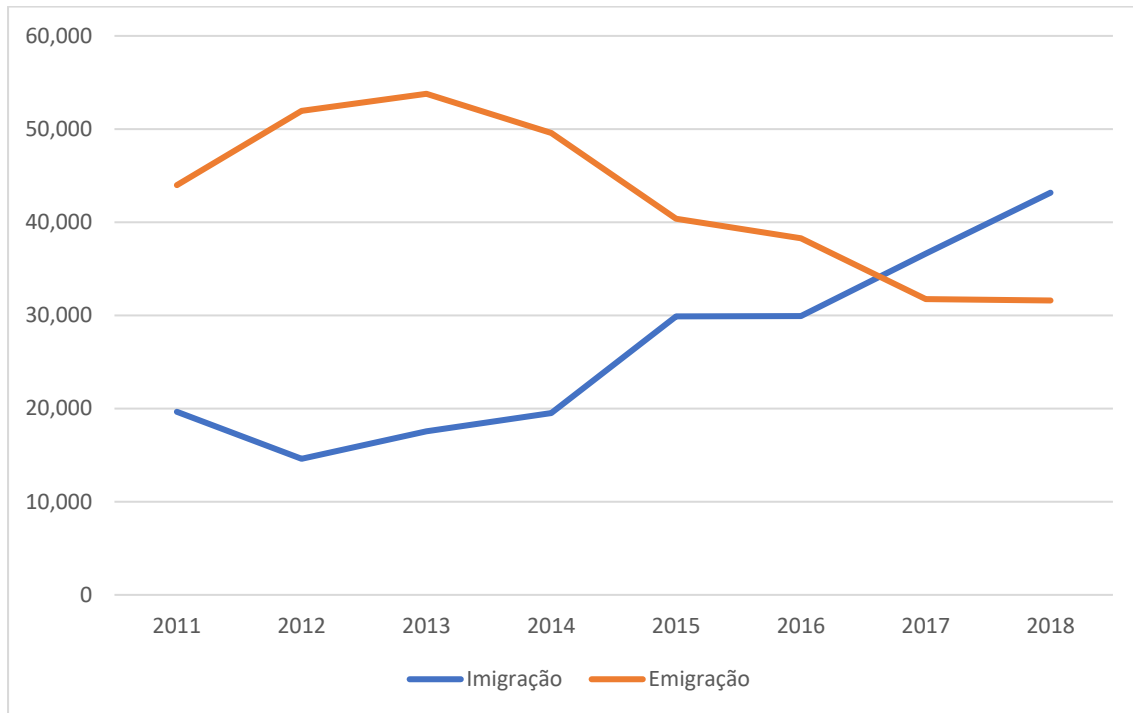
Como já referimos, Portugal foi durante muitos anos um país de emigrantes. No entanto até 2008, passou a atrair um número substancial de imigrantes de diversos países, com destaque para o Brasil, a Europa de Leste e dos países africanos de língua oficial portuguesa. A partir dessa data, a crise levou a um notável abrandamento dos fluxos de entrada no país, ao mesmo tempo que se verificou um aumento muito expressivo dos fluxos de saída, dando lugar a saldos migratórios negativos que agudizaram o envelhecimento.

Debelada a crise, a situação inverteu-se de novo em 2017, passando o saldo migratório a positivo e contribuindo para atenuar o envelhecimento (gráfico 4). Admite-se que se esta situação persistir possa haver uma diminuição do ritmo do crescimento do envelhecimento. Portugal voltou a ser atrativo para muitos estrangeiros, registando-se crescimentos muito expressivos, consubstanciados num aumento de 18% em 2019 face a 2018.

A comunidade brasileira foi a que mais cresceu tanto em termos absolutos como percentuais (Rebelo, 2017).

Admite-se que os valores reais da imigração, incluindo as situações irregulares sejam muito superiores, podendo nessa situação haver algum impacto na diminuição do crescimento do envelhecimento populacional.

Gráfico 4 – Imigração / Emigração Permanente entre 2011 e 2018



Fontes/Entidades: INE, PORDATA

Não foi possível quantificar que impacto é que as migrações tiveram em relação ao envelhecimento, por falta de dados fiáveis sobre idades dos imigrantes e dos emigrantes (impacto direto no envelhecimento).

Também é de difícil quantificação a influência positiva da imigração na natalidade e influência negativa da emigração na mesma.

Mas, mesmo perante a impossibilidade de quantificação são impactos que teremos de ter em conta!!!

Conclusão

Os dados falam por si. O envelhecimento no mundo e de forma particular e mais acentuada em Portugal está a acontecer. As previsões mostram que se trata de uma ocorrência que irá perdurar nas próximas décadas e eventualmente agudizar-se em Portugal.

O aumento da esperança de vida e um número de nascimentos baixo que não permite substituir gerações estão na origem desta situação, que tem reflexos também na diminuição sustentada da população desde 2010. A saúde e a sustentabilidade dos rendimentos representam grandes desafios para as próximas décadas. A intensidade quer do envelhecimento quer do decréscimo populacional dependerá das alterações que se verificarem a nível de número de nascimentos e também dos fluxos migratórios.

Como foi referido, um saldo migratório positivo, com o número de imigrantes a superar o de emigrantes contribuirá para atenuar o envelhecimento.

Bibliografia

- Craveiro, Daniela e Peixoto, João (2017) Migrações de substituição e envelhecimento populacional, in Peixoto, J., Craveiro, D., Malheiros, J., Oliveira, I. T. (2017) *Introdução ao estudo – Migrações e sustentabilidade demográfica: perspetivas de evolução da sociedade e economia portuguesas*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos, pp. 17-25.
- Oliveira, Isabel Tiago e Peixoto, João (2012) Envelhecimento da população imigrante: o caso português, in Machado, Fernando Luís (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Envelhecimento Ativo*, Abril 2012, n.º 10, Lisboa: ACIDI, pp. 45-81.
- OMS (2015) *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*, Resumo, Genebra, Organização Mundial de Saúde.
- Rebelo, José (2017) Desemprego e Migrações em Portugal, que relação?, in Urze, P., Serrano, M., & Assunção, F. (eds), *Atas do II Encontro Internacional de Sociologia (SIOT)*, Monte da Caparica, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, pp. 91-102.
- Rebelo, José e Penalva, Helena (2004) Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade, in *Atas do II Congresso da Associação Portuguesa de Demografia*, disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/20581>.
- Rego, C., Mendes, F., Rebelo, J., Magalhães, G. (2010) Perfil dos imigrantes em Portugal: por países de origem e regiões de destino, *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, n.º 24, 2010, pp. 17-39.
- United Nations (2019a) *World Population Prospects 2019: Highlights*, United Nations.
- United Nations (2019b) *Populations Facts n°2019/6*, United Nations.

Envelhecer com saúde: Um olhar sobre as medidas sumárias de saúde da população com uma aplicação a Portugal

*Sandrina B. Moreira,
Instituto Politécnico de Setúbal
(CICE, ESCE/IPS) e BRU-IUL
(Business Research Unit),
sandrina.moreira@esce.ips.pt*

Resumo

O processo de envelhecimento demográfico é um dos principais desafios que as sociedades enfrentam na atualidade, sendo Portugal o quinto país mais envelhecido do mundo. Num contexto de diminuição progressiva dos níveis de fecundidade e gradual aumento do volume e da percentagem de pessoas idosas, importa perceber se o aumento da longevidade é acompanhado de maior qualidade de vida. É nessa medida que o presente artigo se propõe apresentar uma análise comparada das principais medidas sumárias de saúde da população, combinando informação sobre a sobrevivência da população com informação sobre as condições de saúde dessa população. Globalmente, elas medem o número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver e o seu estado de saúde durante esses anos e, consequentemente, são medidas que proporcionam o complemento necessário às medidas convencionais de esperança de vida e mortalidade, possibilitando averiguar se o aumento da longevidade é, desejavelmente, acompanhado por uma diminuição do tempo vivido com má saúde. Com recurso a dados para Portugal, no período 1995-2017, o presente artigo visa, ainda, ilustrar a aplicação da medida do Eurostat conhecida por anos de vida saudável. Os resultados mostram um predomínio da longevidade saudável relativamente à não saudável, com uma tendência exatamente contrária para o fenómeno do envelhecimento, pelo que as políticas públicas são tidas como variáveis-chave no esforço de mitigação dos impactos negativos para a sociedade das tendências assinaladas.

Palavras chave: Envelhecimento, Qualidade de vida, Saúde, Medição, Indicadores, Anos de vida saudável, Portugal

Introdução

O modelo dominante de conceção de saúde determina diretamente a abordagem seguida na medição da saúde. Larson (1991) sustenta que não há consenso na literatura quanto aos modelos de saúde existentes, destacando as duas abordagens genéricas que, na atualidade, se contrastam entre si: por um lado, o modelo médico que descreve a saúde em termos negativos como ausência de doença ou incapacidade; por outro, o modelo holístico que concebe a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade.¹⁴ McDowell et al. (2004) consideram que as medidas mais indicadas para o primeiro modelo são, essencialmente, de natureza descritiva, ao passo que o segundo

¹⁴ Esta última é a definição de saúde da OMS/WHO que consta, por exemplo, na sua Constituição em 1948. Trata-se de uma conceção de saúde que assume um carácter positivo, embora, como nota Horn (1993), “*passes the burden of description on the subjective notion of well-being*” (Horn, 1993, p. 154). Os termos qualidade de vida, saúde e bem-estar surgem, assim, como conceitos inter-relacionados, com o bem-estar a ser uma parte integrante da definição de saúde e esta, por sua vez, um dos domínios fundamentais da qualidade de vida.

exige um protocolo de medição muito mais abrangente, compreendendo variáveis de resultado em termos de índices de mortalidade e morbidade, além de medidas diretas dos processos de saúde, normalmente usadas para outros propósitos de medição que não meramente descritivos (a análise dos “porquês” e dos “comos” da saúde da população).

A atual perspetiva multidimensional da saúde da população – preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) e ilustrada na publicação da Carta de Ottawa (WHO, 1986) – deriva, em grande medida, daquela visão abrangente e integrada da saúde e dos seus determinantes. Também contribuíram para esse diferente olhar sobre a saúde, as alterações entretanto verificadas nos padrões de mortalidade e morbidade, em que a diminuição do peso das doenças transmissíveis na mortalidade das populações (sobretudo as dos países mais desenvolvidos) é acompanhada pelo aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas (em grande parte associadas à maior longevidade das populações).

Os indicadores com maior tradição na medição do estado de saúde médio da população são indicadores baseados na mortalidade ou, nos termos de Folland et al. (2007), “*inverse measures of health*”. Nesse âmbito, a esperança de vida à nascença, a taxa bruta de mortalidade e a taxa de mortalidade infantil são as medidas mais frequentemente utilizadas pela literatura (como sugerido por vários autores; e.g. Behrman e Deolalikar, 1988; Larson, 1991; Looper e Lafortune, 2009).

A morbidade, por sua vez, é um fenómeno difícil de definir e, sobretudo, de medir. Na tentativa de delimitação dos conceitos de morbidade (*illness*) e seus efeitos (*disability*), podemos, por exemplo, mencionar o processo de mudança nas dimensões agregadas de saúde, ilustrado em Molla et al. (2003), segundo o qual, em média, as doenças surgem primeiro, seguidas de perda de funcionalidade e incapacidade e, finalmente, óbito.

Em termos de medição, certos autores mencionam como medidas de morbidade as medidas antropométricas (e.g. Behrman e Deolalikar, 1988) e as medidas clinicamente determinadas (e.g. Noronha e Andrade, 2006). As primeiras incluem o peso, a altura, o índice de massa corporal (a razão entre ambas) e a ingestão de nutrientes. As segundas são obtidas a partir de exames clínicos, tais como medida da pressão sanguínea, exame de diabetes ou a recolha de sangue para detetar determinadas doenças. Adicionalmente, a informação sobre a incidência e a prevalência de diferentes doenças pode provir de uma variedade de fontes de informação, sendo os inquéritos à saúde da população (*health surveys*) a fonte privilegiada para dados sobre morbidade (e conceitos relacionados).

Finalmente, as chamadas medidas sumárias de saúde da população (SMPH) são medidas agregadas de mortalidade e de resultados de saúde não-fatais, combinando informação sobre a sobrevivência da população com informação sobre as condições de saúde dessa população (Field e Gold, 1998). Globalmente, elas medem o número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver e o seu estado de saúde durante esses anos e, nessa medida, incorporam noções de esperança de vida (longevidade) e qualidade de vida relacionada com a saúde. Consequentemente, são medidas que proporcionam o complemento necessário às medidas convencionais de esperança de vida e mortalidade, possibilitando averiguar se o aumento da longevidade é, desejavelmente, acompanhado por uma diminuição do tempo vivido com má saúde – “*longer and better lives*” (Looper e Lafortune, 2009).

Este artigo centra-se nessas medidas sumárias de saúde, começando por uma análise, simultaneamente, integrada e integradora, das medidas mais frequentemente utilizadas na literatura da medição dos níveis médios de saúde de uma determinada população. A seção seguinte remete para uma aplicação da SMPH do Eurostat conhecida por anos de vida saudável a um caso concreto, Portugal, desde 1995, ano a partir do qual há informação disponível sobre esse indicador compósito de saúde. A última seção apresenta algumas observações conclusivas e de implicações de política face aos resultados encontrados.

1. Medidas sumárias de saúde da população (SMPH)

Os Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALY), a Expectativa de Vida Livre de Incapacidade (DFLE), também conhecida por Anos de Vida Saudáveis (HLY), e a Expectativa de Vida Ajustada à Saúde (HALE), também conhecida por Expectativa de Vida Saudável (HLE) são as medidas mais frequentemente utilizadas na literatura da medição dos níveis médios de saúde de uma determinada população, seja em distintos momentos do tempo ou por comparação com os níveis médios de saúde de outra população.¹⁵

Genericamente, estas e outras SMPH podem ser agrupadas em duas grandes categorias complementares: medidas de expectativa de saúde (*health expectancies*) e medidas de défice de saúde (*health gaps*) (Murray et al., 2002a). A distinção entre ambas é ilustrada na Figura 1.

¹⁵ Outros exemplos menos difundidos incluem os Anos de Vida Ajustados à Qualidade (QALY) e a sua variante Expectativa de Vida Ajustada à Qualidade (QALE), com extensa aplicação em estudos clínicos e de economia da saúde, a Expectativa de Vida Ativa (ALE), com aplicação nos EUA (Katz *et al.*, 1983) e os Anos de Vida Ajustados à Saúde (HALY), com aplicação no Canadá (Wolfson, 1996).

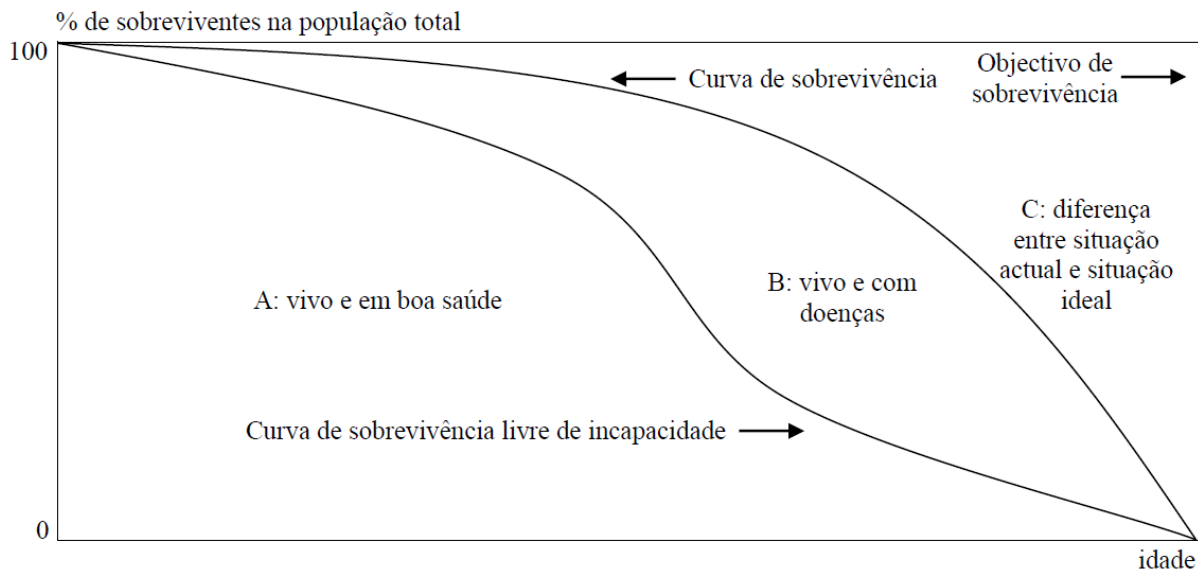


Figura 1: Ilustração dos conceitos de expectativa de saúde e défice de saúde

Fonte: Adaptado de Iburg e Kamper-Jørgensen (2002).

Como se observa na Figura 1, a curva de sobrevivência atual para uma população hipotética compreende os anos vividos em saúde plena (A) e os anos vividos em estados inferiores à saúde plena (B). A e B definem, genericamente, a esperança de vida à nascença. Adicionalmente, a Figura 1 considera um objetivo de sobrevivência, o qual define, genericamente, a situação de a população viver até idades muito avançadas e livre de doenças e incapacidade. Assim, o hiato entre a saúde atual da população e esse objetivo de saúde normativo corresponde aos anos de vida perdidos (C), quantificando a mortalidade precoce.

Da Figura 1 resulta que uma medida de expectativa de saúde (HE) pode ser, genericamente, definida como:

$$HE=A+f(B) \quad (1)$$

em que f atribui ponderações aos estados de saúde que B representa, refletindo, portanto, a severidade desses estados de saúde piores que saúde plena.

Por sua vez, uma medida de défice de saúde (HG) pode vir, genericamente, expressa como:

$$HG=C+g(B) \quad (2)$$

em que g assume papel idêntico a f.

Logo, o tempo é a métrica comum a todas as medidas sumárias de saúde, com o tempo vivido em estados inferiores à saúde plena a ser comparado com o tempo vivido em saúde plena (HE) ou com o tempo perdido devido a mortalidade precoce (HG).

Considerando os principais indicadores compósitos de saúde em análise na presente seção, DFLE e HALE são exemplos de medidas de expectativa de saúde e DALY um exemplo de uma medida de défice de saúde. Concretizando, para DFLE, $f(B)=0$, enquanto para HALE, $f(B)=w \times B$, com w a variar entre zero (estado comparável a óbito) e um (estado comparável a saúde plena). Em contrapartida, para DALY, $g(B)=w \times B$, com w a variar entre zero (“saúde plena”) e um (“óbito”).¹⁶

O estudo que, pela primeira vez, introduziu a medida designada por perda de anos de vida saudáveis ou anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) foi publicado em 1993 no Relatório de Desenvolvimento Mundial (WDR) do Banco Mundial (WB, 1993) e desenvolvido em colaboração com a OMS e a Escola de Saúde Pública de Harvard. Desde então, estudos do género, i.e., de quantificação do impacto negativo das doenças a nível global (GBD) têm sido produzidos, com alguma regularidade, pela OMS (e.g. WHO, 2009), além de vários outros de âmbito nacional (e.g. Begg et al., 2007). De acordo com Jankovic (2005), tais estudos não são, porém, comparáveis entre si, dado que introduzem modificações à metodologia inicialmente proposta no estudo pioneiro de GBD (WB, 1993; Lopez et al., 1996).

DALY reflete, em termos globais, o impacto negativo das doenças na população. Tradicionalmente, as medidas que incorporam o conceito de anos de vida perdidos desconsideram os anos vividos com incapacidade e, nessa medida, quantificam a perda de anos devida, unicamente, a mortalidade prematura na população. O DALY ultrapassa esta limitação, dado que agrega o resultado, em anos de vida perdidos, das causas da mortalidade prematura e de problemas de saúde que se traduzem em estados de incapacidade. A metodologia de cálculo da medida referida possibilita, ainda, uma análise separada das duas classes de resultados de saúde – fatais e não-fatais.

DALY obtém-se, genericamente, da seguinte forma:

$$DALY=YLL+YLD \tag{3}$$

ou seja, corresponde à adição dos anos não vividos (YLL) ou anos de vida perdidos por mortalidade precoce com os anos vividos com incapacidade (YLD) ou anos de vida perdidos por morbidade.

¹⁶ HALE e DALY apresentam escalas de ponderação inversas, dado que a primeira é uma medida de expectativa de saúde (HE, i.e., um “bem” a ser maximizado), ao passo que a segunda é uma medida de défice de saúde (HG, i.e., um “mal” a ser minimizado) (Gold *et al.*, 2002). Adicionalmente, DFLE deriva da medida em causa utilizar valores de estados de saúde dicotómicos, contrariamente a HALE ou DALY.

DALY é calculado por causa / doença concreta (*disease-specific*), sendo que a soma dos DALYs de um conjunto exaustivo e exclusivo de causas equivale ao DALY total (Murray et al., 2002b). Exemplificando, a um indivíduo com uma doença crónica adquirida que vivesse 10 anos em condição de incapacidade, assumindo que o fator de ponderação dessa incapacidade é de 0,4 e que, adicionalmente, registasse óbito prematuro de 10 anos, a sua perda de saúde seria equivalente a 14 DALYs, i.e. 10 anos de vida perdidos (YLL) e quatro anos vividos com incapacidade (YLD). Logo, um DALY representa um ano de vida saudável perdido.

Por sua vez, DFLE/HLY é o indicador compósito de saúde calculado pelo Eurostat (2009) e anualmente disponibilizado na sua base dados *Dissemination Database*. A medida é apresentada para duas idades específicas – à nascença e aos 65 anos de idade. Assim, a primeira indica o número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver em condições saudáveis e a segunda corresponde ao número médio de anos que uma pessoa que atinja a idade de 65 anos pode ainda esperar viver em condições saudáveis.

A expressão “condições saudáveis” é, genericamente, definida como ausência de limitações funcionais ou de incapacidades. Em ambos os casos, mede-se o número de anos inteiramente livres de complicações de saúde, ou seja, a avaliação do estado de incapacidade auto-reportado tem por base um valor dicotómico de zero, se o indivíduo classifica o seu estado de incapacidade acima do patamar de incapacidade, arbitrariamente definido, ou de um, caso seja reportado um estado de incapacidade abaixo desse patamar. Logo, ao invés de incorporar pesos diferentes a estados de incapacidade distintos, a medida expurga, por completo, os anos vividos com incapacidade da esperança de vida standard.

O cálculo de DFLE requer dois tipos de dados: por um lado, dados sobre mortalidade, designadamente, as taxas de mortalidade específicas por idades obtidas a partir de tábuas de vida; por outro, dados sobre morbidade, designadamente, as proporções específicas por idade da população em condições saudáveis e não saudáveis (com ou sem incapacidades), geralmente, estimadas com dados provenientes de *health surveys*.¹⁷ Assim, para o seu cálculo, pressupõe-se que se mantêm as taxas de mortalidade por idades e as taxas de prevalência de incapacidades por idades observadas no momento.

Ao contrário de DALY, DFLE pertence à categoria das medidas de expectativa de saúde (HE) que, por definição, estimam a expectativa dos anos vividos em diferentes estados de saúde e

¹⁷ Os dados do Eurostat sobre prevalência de incapacidade na população provêm do Painel Europeu de Agregados Domésticos Privados (PEADP/ECHP) para os anos de 1995-2001 e extrapolados para 2002-2003 e do Inquérito às Condições de Vida e Rendimentos (ICOR/EU-SILC) a partir de 2004.

que, neste caso concreto, é o de um estado saudável (sem incapacidades). Assim sendo, DFLE partilha das principais vantagens das HE face às HG, em particular, o facto de ser mais facilmente interpretada (a esperança de vida é uma medida abstrata complexa, mas de fácil compreensão) e de não haver necessidade de especificar um estado de saúde ideal, por regra, arbitrariamente definido (Mathers et al., 2003).

No entanto, DFLE é uma HE dicotómica, ou seja, é arbitrariamente atribuída a ponderação de zero a qualquer estado de saúde classificado como incapacitante (equivalente à avaliação de óbito) e, nessa medida, não é um indicador sensível a alterações na distribuição da severidade da incapacidade entre a população (Jankovic, 2005). Por outro lado, o seu cálculo com recurso ao método de Sullivan (1971) significa que a medição da morbilidade se baseia inteiramente em medidas de prevalência de incapacidades na população (Mathers, 2002). Por esta via, a medida não é também sensível a transições observadas entre estados de saúde, seja a nível de incidência ou de remissão.

Por último, HALE/HLE é a medida sumária dos níveis médios de saúde da população da OMS, publicada no seu Relatório de Saúde Mundial (WHR) de 2004 (WHO, 2004) e disponibilizada na sua base de dados WHOSIS (WHO, 2009). A primeira publicação da medida de expectativa de vida saudável da OMS surge, no seu relatório de 2000, como uma das componentes do seu índice geral de desempenho dos sistemas de saúde, sendo, na altura, conhecida por Expectativa de Vida Ajustada à Incapacidade (DALE) (WHO, 2000). Apesar das diferentes designações que o indicador compósito de saúde da OMS tem assumido ao longo dos anos, as medidas DALE, HALE ou HLE são, expressamente, referidas na literatura como sinónimos (Mathers, 2002; Mathers et al., 2003).

HALE é um indicador calculado à nascença e, nessa medida, define-se como o número médio de anos, equivalentes a anos vividos em saúde plena, esperados para um recém-nascido se as atuais condições de mortalidade e morbilidade prevalecerem no tempo. A razão de serem anos equivalentes a anos de saúde plena está na diferente ponderação que é atribuída aos anos vividos em diferentes estados de saúde. Assim, aos anos vividos em estados de saúde inferiores à saúde plena (i.e. associados a incapacidades) são atribuídas ponderações que variam entre dois extremos – a ponderação mínima de zero para anos vividos em estados de saúde semelhantes à avaliação de óbito e a ponderação máxima de um para anos vividos em estados de saúde plena. Essas ponderações são tanto maiores quanto menor for o grau de severidade da incapacidade devida a doença ou outro problema de saúde. Logo, HALE é uma medida HE policotómica, ou seja, ajusta a expectativa de vida à quantidade de tempo despendido em

estados inferiores à saúde plena (estados de incapacidade) mediante a utilização de um conjunto exaustivo de estados de saúde avaliados na escala de zero a um.

Os dados necessários ao cálculo deste indicador incluem, por um lado, taxas de mortalidade específicas por idade e, por outro, estimativas de prevalência de estados de saúde na população específicas por idade e ajustadas pela severidade. As principais fontes de informação são, grosso modo, tábuas de vida e *health surveys* (incluindo *surveys* ou outros métodos de avaliação dos estados de saúde), respetivamente.

HALE é uma *severity-weighted disability measure* e esta é, simultaneamente, a sua força e a sua fraqueza. Por um lado, o indicador é comparável a DALY no volume e na diversidade de informação necessária ao seu cálculo, dado que ambos incorporam um esquema de ponderação policotómico na avaliação dos estados de saúde. Logo, as duas abordagens exigem análises relativamente complexas e são *data-demanding* (UN, 2007). Por outro lado, HALE contrasta com DFLE na razão referida, ou seja, é uma medida de expectativa de saúde policotómica e, nessa medida, sensível a alterações na distribuição da severidade dos estados de saúde (ao contrário de DFLE que é uma HE dicotómica). Essencialmente por essa razão, é possível concluir que “*HALE is the most appropriate form of health expectancy for use as SMPH*” (Mathers et al., 2003, p. 323).

Na Tabela 1 conclui-se a presente seção, apresentando uma síntese dos principais aspetos caracterizadores das SMPH referidas (DALY, DFLE e HALE).

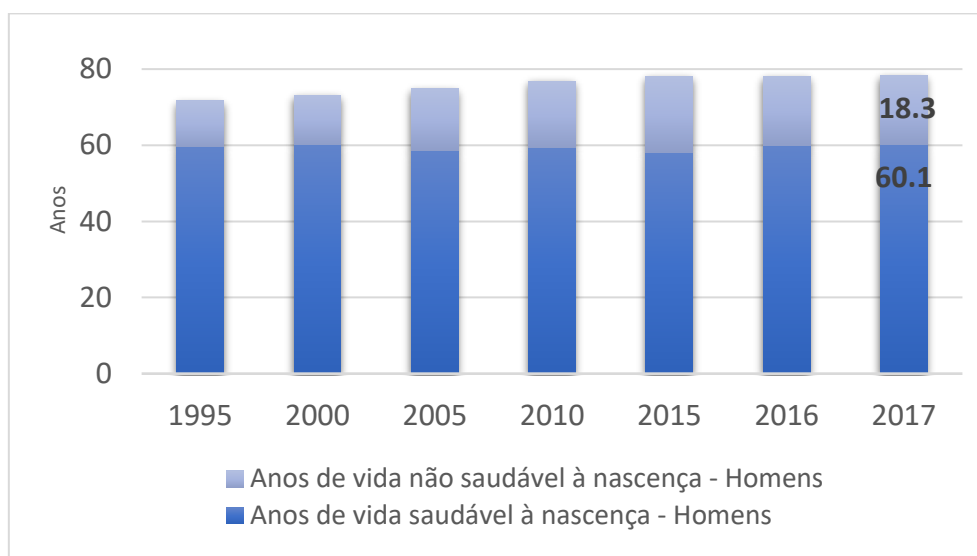
Tabela 1: Síntese de medidas sumárias de saúde da população (SMPH)

Indicador compósito	DALY	DFLE / HLY	HALE / HLE
Proponente	OMS, estudos de GBD	Eurostat, Dissemin. DB	OMS, WHOSIS
Classe da medida	<i>HG</i> policotómica	<i>HE</i> dicotómica	<i>HE</i> policotómica
Fontes dos dados: mortalidade	Registos de estatísticas vitais e tábuas de vida.	Registos de estatísticas vitais e tábuas de vida.	Registos de estatísticas vitais e tábuas de vida.
Fontes dos dados: morbilidade	<i>Health surveys</i> , registos de doenças ou fontes administrativas (médico-hospitalares) e <i>surveys</i> ou outros métodos de avaliação das condições de saúde.	<i>Health surveys</i> .	<i>Health surveys</i> e <i>surveys</i> ou outros métodos de avaliação das condições de saúde.

2. Anos de Vida Saudável (DFLE/HLY) – Uma Aplicação a Portugal

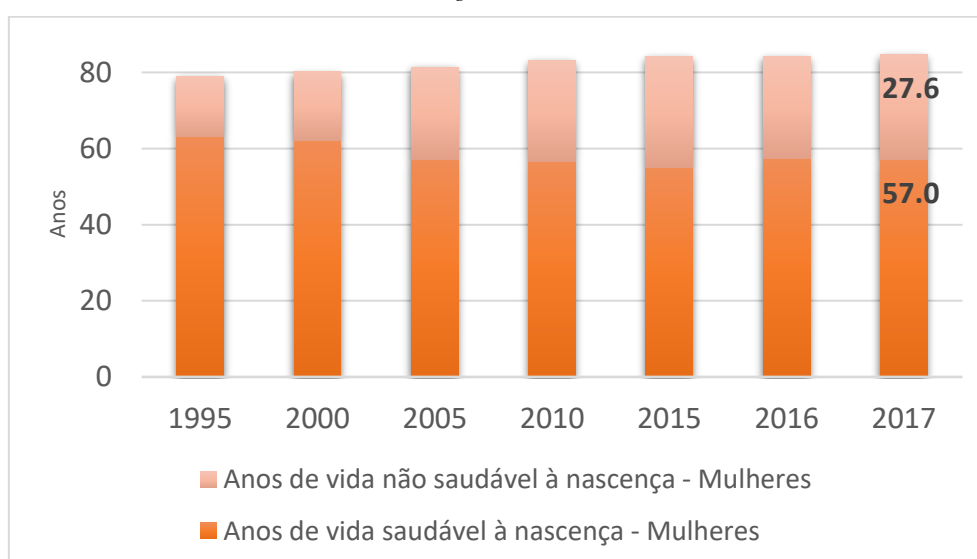
As medidas sumárias de saúde da população (SMPH) são a forma mais imediata/agregada de quantificação do nível médio de saúde da população. Nos gráficos 1 e 2 conjugamos, por género, a esperança de vida à nascença (EVN) com a medida de expectativa de saúde calculada pelo Eurostat (HLY), utilizando os valores de Portugal, no período 1995-2017.

Gráfico 1: Esperança de vida à nascença (EVN) dos homens, desagregada em anos de vida saudável e não saudável para Portugal, 1995-2017



Fonte e Nota: Elaboração própria com base nas seguintes fontes: Eurostat, Dissemination Database, acesso online e Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS), Base de Dados PORDATA, acesso online. Cálculo da expectativa de anos de vida não saudável pela diferença entre a esperança de vida à nascença e a expectativa de anos de vida saudável.

Gráfico 2: Esperança de vida à nascença (EVN) das mulheres, desagregada em anos de vida saudável e não saudável para Portugal, 1995-2017

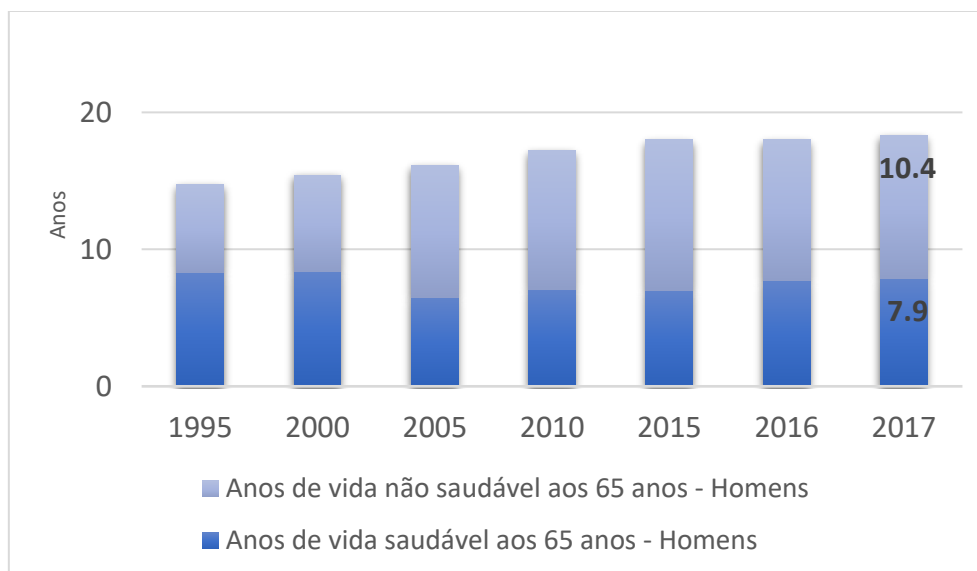


Fonte e Nota: Elaboração própria com base nas seguintes fontes: Eurostat, Dissemination Database, acesso online e Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS), Base de Dados PORDATA, acesso online. Cálculo da expectativa de anos de vida não saudável pela diferença entre a esperança de vida à nascença e a expectativa de anos de vida saudável.

Da observação conjunta dos gráficos referidos (gráficos 1 e 2) verifica-se que, em 2017, o número médio de anos que um recém-nascido em Portugal pode esperar viver sem incapacidade era de cerca de 60 anos para os homens e de 57 anos para as mulheres. Essas estimativas de anos de vida saudável dão-nos, portanto, uma indicação da longevidade da população portuguesa (por género) em estados de saúde plena, i.e., inteiramente livres de complicações de saúde. Por seu lado, a desagregação da EVN em anos de vida saudável e não saudável clarifica melhor o predomínio da longevidade saudável, seja para homens ou mulheres. Assim, hoje os homens vivem, em média, até aos 78,4 anos de idade, 77% dos quais são esperados serem vividos de boa saúde. Por sua vez, cada mulher portuguesa vive hoje, em média, 84,6 anos, 67% dos quais se esperam que sejam vividos com qualidade. Considerando todo o período em análise (1995-2017), conclui-se, portanto, que o aumento da longevidade masculina ou feminina é, essencialmente, uma longevidade de tipo saudável, i.e., com ausência de limitações funcionais/incapacidade.¹⁸

Fazendo um exercício similar, mas tendo por base as medidas calculadas para os 65 anos de idade, os gráficos 3 e 4 apresentam, por género, o resultado dessa análise desagregada dos anos que a população portuguesa com 65 ou mais anos ainda pode esperar viver, em média, entre 1995 e 2017.

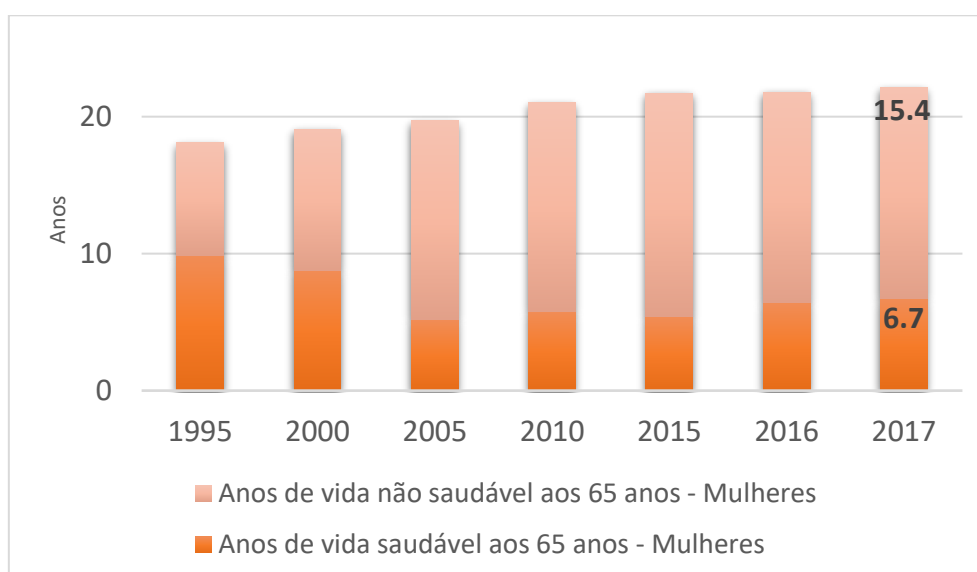
Gráfico 3: Esperança de vida aos 65 anos de idade dos homens, desagregada em anos de vida saudável e não saudável para Portugal, 1995-2017



Fonte e Nota: *Elaboração própria com recurso à Base de Dados PORDATA, acesso online. Cálculo da expectativa de anos de vida não saudável aos 65 anos pela diferença entre a esperança de vida aos 65 anos e a expectativa de anos de vida saudável os 65 anos.*

¹⁸ Da observação conjunta dos gráficos 1 e 2 retiram-se, inclusive, resultados mais “finos” sobre o estado de saúde da população portuguesa que extravasam o âmbito do presente artigo, como, por exemplo, o fato de se esperar que as mulheres vivam mais tempo do que os homens, embora menos anos em saúde plena.

Gráfico 4: Esperança de vida aos 65 anos de idade das mulheres, desagregada em anos de vida saudável e não saudável para Portugal, 1995-2017



Fonte e Nota: Elaboração própria com recurso à Base de Dados PORDATA, acesso online. Cálculo da expectativa de anos de vida não saudável aos 65 anos pela diferença entre a esperança de vida aos 65 anos e a expectativa de anos de vida saudável os 65 anos.

Como se constata da observação conjunta dos gráficos referidos (gráficos 3 e 4), para Portugal, em 2017, o número médio de anos de vida saudável que pode restar a uma pessoa que atinja a idade de 65 anos era de 7,9 anos para os homens e de 6,7 anos para as mulheres. A medida incorpora, portanto, além da capacidade da população de um país chegar até aos 65 anos de idade (idade a partir do qual se é estatisticamente considerado como pessoa idosa), o tempo que nessa idade ainda espera poder viver em condições saudáveis.¹⁹ Novamente, comparando a proporção dos anos de vida saudável e não saudável no total de anos que (ainda) se pode esperar viver, mesmo com 65 ou mais anos, o resultado, naturalmente, que se inverte. Assim, em 2017, quando um português atinge a idade de reforma (65/66 anos), pode ainda esperar viver 18,3 anos, sendo apenas 7,9 desses anos com bom estado de saúde, se for homem (gráfico 3). No caso de ser mulher, só 6,7 dos 22,1 anos que poderá esperar viver serão passados com boa saúde (gráfico 4). A idade apresenta, portanto, uma correlação negativa com a saúde, havendo, agora, um predomínio do envelhecimento não saudável, seja para homens ou mulheres. Este resultado verifica-se em qualquer ano do período de 2005 a 2017, não sendo, porém, tão nítido para os anos de 1995 e 2000 (gráficos 3 e 4).²⁰

¹⁹ A medida não informa, porém, sobre a qualidade em termos de saúde dos anos vividos até aos 65 anos.

²⁰ Uma possível explicação deve-se à quebra de série em 2005, tal como referido em nota de rodapé 4.

Conclusão

A esperança de vida resume as expectativas médias de sobrevivência dos indivíduos de uma determinada geração inicial de nascimentos. Sendo um indicador de referência do estado de saúde da população (usado, por exemplo, no cálculo do sobejamente conhecido Índice de Desenvolvimento Humano (HDI)), apresenta a importante limitação de ser exclusivamente baseado na mortalidade. De facto, por tal indicador se referir, essencialmente, a morbilidades que já se traduziram em mortalidade, desconsideram doenças que não são causas de morte e outros estados inferiores à saúde plena que resultam em incapacidade. Sendo certo que doenças infecciosas como o HIV/SIDA, a tuberculose e a malária continuam a ser causa de perda de saúde e mortalidade nos países em desenvolvimento, *“non-communicable diseases and injuries are responsible more than half of all lost years of healthy life in developing as well as developed countries”* (UN, 2007, p. 47). Assim sendo, indicadores de saúde baseados na mortalidade (como a referida esperança de vida) são, correntemente, complementados por medidas relacionadas com morbilidade e incapacidade ou, preferencialmente, medidas que consideram, conjuntamente, indicadores baseados na mortalidade e indicadores baseados na morbilidade, conhecidos como medidas sumárias de saúde da população (SMPH).

Dos principais indicadores compósitos de saúde disponíveis na literatura, a aplicação a Portugal da medida do Eurostat conhecida por anos de vida saudável, considerando o período de 1995 a 2017, e sua análise comparada com a esperança de vida, seja à nascença ou aos 65 anos de idade, permitiu tirar um conjunto de ilações interessantes. Entre elas destacamos, por um lado, a tendência de que vivemos mais anos, sendo aproximadamente três quartos desse tempo vivido com qualidade e, por outro, no que especificamente se refere à população idosa (entenda-se com 65 ou mais anos), um predomínio do envelhecimento não saudável relativamente ao saudável. A esperança de vida com saúde dá-nos, assim, uma perspetiva mais completa do que a simples quantificação do número de anos de vida efetiva.

A idade sobressai como um fator decisivo para o estado de saúde de um indivíduo. Contudo, a saúde é determinada por um conjunto variado de fatores, de natureza biológica, comportamental e socioeconómica, interligados de forma intrincada. Um possível agrupamento dos mesmos compreende as seguintes categorias: (i) biológicos (sexo, idade, fatores genéticos,...); (ii) comportamento e estilos de vida (dieta alimentar, hábitos tabágicos, atividade física,...); (iii) ambiente físico e condições de vida (alojamento, redes de água e esgoto, condições de trabalho,...); (iv) condições sociais (emprego, posição socioeconómica, apoio e coesão sociais,...); (v) sistema de saúde (políticas de saúde, recursos e serviços de

saúde, acesso e modo como os cuidados são prestados,...). Assim, políticas públicas direcionadas a determinantes que elevem a probabilidade de riqueza em saúde (e reduzam a de pobreza) poderão reforçar / atenuar as tendências registadas de longevidade saudável / envelhecimento não saudável. Não restam dúvidas de que a demografia é o grande desafio coletivo para as próximas décadas, em particular nacional, já que, na atualidade, Portugal é o terceiro país mais envelhecido da Europa e o quinto em todo o mundo, tal como foi debatido na recente conferência da RTP e da FFMS intitulada “Quem Somos” (12 de fevereiro de 2020).

Bibliografia

- Begg, S., Barker, B., Stevenson, C., Stanley, L. e Lopez, A. D. (2007), *The Burden of Disease and Injury in Australia 2003*, Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Behrman, J. R. e Deolalikar, A. B. (1988), Health and Nutrition, in: H. Chenery e T. Srinivasan (eds), *Handbook of Development Economics*, Volume I, Amsterdam: Elsevier Science.
- Eurostat (2009), *Healthy Life Years Expectancy, Disability-Free Life Expectancy – DFLE*, New Cronos Online Database.
- Field, M. J. e Gold, M. R. (1998), *Summarizing Population Health*, Washington D.C.: Institute of Medicine.
- Folland, S., Goodman, A. e Stano, M. (2007), *Economics of Health and Health Care*, 5th edition, New Jersey: Prentice-Hall.
- Gold, M. R., Stevenson, D. e Fryback, D. G. (2002), HALYs and QALYs and DALYs, Oh My: Similarities and Differences in Summary Measures of Population Health, *Annual Review of Public Health*, 23, pp. 115-34.
- Horn, R. V. (1993), *Statistical Indicators: For the Economics & Social Sciences*, Cambridge University Press.
- Iburg, K. M. e Kamper-Jørgensen, F. (2002), *Summary Measures of Population Health: An Overview*, Danish Medical Bulletin, 49 (3), pp. 256-9.
- Jankovic, S. (2005), Summary Measures of Population Health and Their Relevance for Health Policy, in: S. G. Scintee e A. Galan (eds), *Public Health Strategies: A Tool for Regional Development*, Lage: Hans Jacobs Publishing Company, pp. 190-207.
- Katz, S., Branch, L. G., Branson, M. H., Papsidero, J. A. e Beck, J. C. (1983), Active Life Expectancy, *New England Journal of Medicine*, 309 (20), pp. 1218-24.
- Larson, J. S. (1991), *The Measurement of Health: Concepts and Indicators*, Westport: Greenwood Press.
- Looper, M. e Lafortune, G. (2009), *Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries*, OECD Health Working Papers No. 43, DELSA, OECD.
- Lopez, A. D. e Murray, C. J. (1996), *The Global Burden of Disease, Global Burden of Disease and Injury Series*, Volumes 1 e 2, Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Mathers, C. D. (2002), Health Expectancies: An Overview and Critical Appraisal, in: C. J. Murray, J. A. Salomon, C. D. Mathers e A. D. Lopez (eds), *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, Geneva: World Health Organization, pp. 177-204.
- Mathers, C. D., Salomon, J. A., Murray, C. J. e Lopez, A. D. (2003), Alternative Summary Measures of Average Population Health, in: C. J. Murray e D. B. Evans (eds), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, Geneva: World Health Organization, pp. 319-34.
- McDowell, I., Spasoff, R. A. e Kristjansson, B. (2004), On the Classification of Population Health Measurements, *American Journal of Public Health*, 94 (3), pp. 388-93.
- Molla, M. T., Madans, J. H., Wagener, D. K. e Crimmins, E. M. (2003), *Summary Measures of Population Health: Report of Findings on Methodologic and Data Issues*, Hyattsville: National Center for Health Statistics.
- Murray, C. J., Salomon, J. A., Mathers, C. D. e Lopez, A. D. (2002a), *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, Geneva: World Health Organization.
- Murray, C. J., Salomon, J. A. e Mathers, C. D. (2002b), A Critical Examination of Summary Measures of Population Health, in: C. J. Murray, J. A. Salomon, C. D. Mathers e A. D. Lopez (eds), *Summary*

- Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, Geneva: World Health Organization, pp. 13-40.
- Noronha, K. e Andrade, M. V. (2006), *Aspectos Teóricos e Metodológicos da Relação entre o Estado de Saúde e a Desigualdade de Renda*, Texto para Discussão No. 291, Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Sullivan, D. F. (1971), A Single Index of Mortality and Morbidity, *HSMA Health Reports*, 86, pp. 347-54.
- UN (2007), *Indicators of Sustainable Development: Guidelines and Methodologies – Methodology Sheets*, 3th edition, New York: United Nations.
- WB (1993), *World Bank Development Report 1993: Investing in Health*, New York: Oxford University Press.
- WHO (2009), *World Health Statistics – Indicator Compendium*, Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004), *The World Health Report 2000 – Changing History*, Geneva: World Health Organization.
- WHO (1986), *Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion*, Ottawa: World Health Organization.
- Wolfson, M. C. (1996), Health-Adjusted Life Expectancy, *Health Reports (Statistics Canada)*, 8 (1), pp. 41-6.

Como gerir o envelhecimento em Portugal? Um desafio para todos

Ana Rolo,
ESCE – Instituto Politécnico de Setúbal (CICE),
ana.rolo@esce.ips.pt
Rui Alves,
ESCE – Instituto Politécnico de Setúbal,
rui.carlos.alves@esce.ips.pt

Resumo

Portugal, tal como outros países desenvolvidos, debate-se atualmente com um dos maiores flagelos mundiais - o envelhecimento da população. Esta realidade, que se prevê que se agrave nos próximos anos, exige respostas sociais apropriadas, respostas estas que o estado social e as famílias não conseguem assegurar pelos mais diversos motivos. Esta realidade exige uma mudança de paradigma quer ao nível das infraestruturas, quer ao nível dos profissionais das áreas envolvidas ou da dinâmica familiar.

Temos assim diversos atores envolvidos, sendo que os impactos se irão fazer sentir a vários níveis. O aumento da esperança de vida está a “empurrar” a idade de reforma, de modo a garantir a sustentabilidade do sistema social. Neste sentido, este estudo sintetiza a informação que serve de suporte a uma análise aprofundada sobre o tema, e tem como objetivo recolher dados de várias fontes, dados estes que sirvam de suporte à tomada de decisão ao nível da gestão e da definição de estratégias mais eficientes e eficazes, tanto na formação de profissionais de saúde em novas áreas de especialização, como na gestão de equipamentos sociais. A metodologia utilizada na prossecução deste estudo assentou na revisão bibliográfica e documental e na análise de dados secundários.

Palavras chave: Envelhecimento da População, Organizações Sociais, Terceiro Setor.

Introdução

Seguindo uma tendência mundial, o envelhecimento da população, está a progredir rapidamente em Portugal, resultado da diminuição da mortalidade, acompanhado por reduções na taxa de natalidade. De acordo com um estudo conduzido pelo INE (2017, pág.1), a população portuguesa vem assistindo a uma diminuição significativa desde 2010, contabilizando-se, em 2017, em cerca de 21% de habitantes com idade igual ou superior a 65 anos. Com uma esperança média de vida superior a 80 anos, Portugal ultrapassa a média europeia, para além de que o número de habitantes com idades iguais, ou superiores, a 75 anos, supera o milhão. Em termos europeus, Portugal está classificado como o 4º país com mais população sénior, o 5º país com maior índice de envelhecimento, quando comparado com os países membros da União Europeia (UE).

Segundo dados do INE, divulgados em 2015, “o número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez, em Portugal, em 2000, tendo o índice de envelhecimento, que traduz

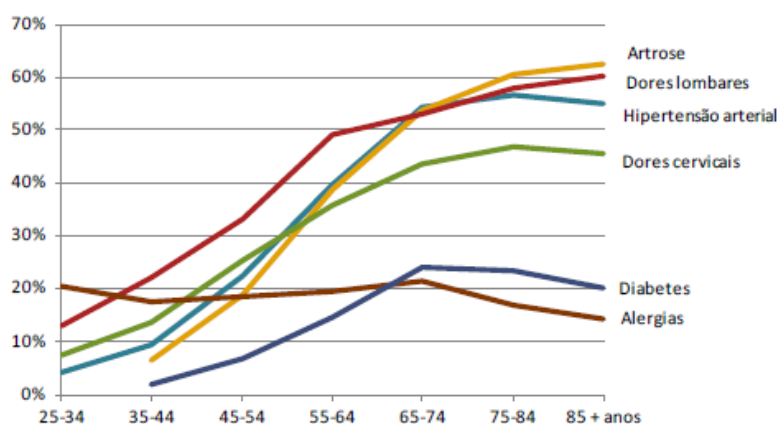
a relação entre o número de idosos e o número de jovens, atingindo os 141 idosos por cada 100 jovens em 2014”, tendo subido para 150,9 em 2017.

Para além dos problemas relacionados com a sustentabilidade da Segurança Social e a economia nacional, são vários os desafios que este fenómeno do envelhecimento da população portuguesa comporta relacionado também com a qualidade dos serviços de saúde e de apoio à população sénior. Segundo o estudo DO-HEALTH (2018), Portugal está muito abaixo da média europeia em termos de saúde da população sénior; apenas 9% da população idosa em Portugal é considerada saudável quando comparados com a Suíça, Áustria, Alemanha ou França, cujas percentagens de idosos, considerados saudáveis, são de 51%, 58%, 38% e 37%, respetivamente. Também nas estatísticas apresentadas no último Inquérito Nacional de Saúde (2014, pág. 5), e divulgado pelo INE (2016a), pode-se constatar os seguintes resultados acerca do estado de saúde da população sénior, em Portugal:

- 343 mil idosas/os tinham dificuldade em tomar banho ou duche sem ajuda (16,3%), 305 mil tinham dificuldade em deitar-se e levantar-se da cama ou em sentar-se e levantar-se de uma cadeira sem ajuda (14,5%), 289 mil tinham dificuldade em vestir-se ou despir-se sem ajuda (13,7%) e 154 mil (7,3%) tinham dificuldade em utilizar a retrete sem ajuda;
- Cerca de 79 mil idosas/os referiram ter dificuldade em lavar as mãos e a cara sem ajuda (3,8%) e 65 mil não conseguiam alimentar-se sozinhas/os (3,1%);
- Cerca de 458 mil dos 2,1 milhões de pessoas com 65 ou mais anos referiram ter pelo menos uma dificuldade na realização dos cuidados pessoais;
- Cerca de 1 milhão de pessoas com 65 ou mais anos referiu ter pelo menos uma dificuldade na realização de atividades domésticas sem ajuda;
- 261 mil idosas/os tinham dificuldade em preparar refeições sem ajuda (12,4%), 238 mil tinham dificuldade em gerir o dinheiro e tarefas administrativas sem ajuda (11,3%), 214 mil tinham dificuldade em preparar e tomar a medicação a horas sem ajuda (10,2%) e 174 mil (8,3%) tinham dificuldade em usar o telefone sem ajuda;
- 490 mil idosas/os referiram dificuldades para ir às compras sem ajuda (23,3%), 414 mil idosas/os afirmaram ter dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras (19,7%) e 910 mil idosas/os mencionaram dificuldades na realização de tarefas domésticas pesadas ocasionais (43,2%).

Este estudo refere ainda que, o nível de incidência de doenças crónicas (como artroses, dores lombares ou cervicais, ou hipertensão arterial) nos indivíduos com 65 ou mais anos, é muito superior às restantes faixas etárias, o que é observável no Gráfico 1:

Gráfico 1– Proporção da população com determinadas doenças crónicas, por grupo etário, em Portugal, 2014.



Fonte: INE, 2016a.

No “Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas”, publicado em 2006 pela Direção-Geral da Saúde (DGS), pode ler-se (pág. 5) que *“envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.”*

No Quadro 1 é apresentada a percentagem de população residente em Portugal, em 2014, com 65 ou mais anos, com dificuldade (moderada ou elevada) na realização de cuidados pessoais.

Quadro 1 – Caracterização da População residente em Portugal, em 2014, com 65 ou mais anos, com dificuldade (moderada ou elevada) na realização de cuidados pessoais.

Tarefa	% Moderado/Elevado
Alimentar-se sozinho	3%
Deitar-se, sentar-se ou levantar-se da cama ou de uma cadeira	14%
Vestir-se ou despir-se	14%
Utilizar os sanitários	7%
Tomar banho ou duche	16%
Lavar as mãos e a cara	4%

Fonte: INE (2016a).

Segundo o mesmo estudo, a prestação de cuidados de saúde e de apoio a idosos, deverá centrar-se em equipas pluridisciplinares, com recursos humanos devidamente formados e capacitados, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, especialmente ao nível de cuidados de longa duração. O “Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas”, fazia parte de um plano estratégico do Plano Nacional de Saúde para os anos de 2004 a 2010, e assentava em três pilares fundamentais:

- *“Promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida;*

- *Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.*”
- *Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;*

Dentro do conjunto de metas que estão previstas para 2020 no documento “Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020”, da DGS (2015), dois desses objetivos estão ligados diretamente à população mais idosa. São eles: reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20% e aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%.

Sendo a “Promoção de um envelhecimento ativo” um dos pilares estratégicos do “Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas” já aqui referido, vários estudos têm sido desenvolvidos em relação a esta temática no sentido de demonstrar que, para uma melhor qualidade de vida da população idosa, a promoção do “envelhecimento em casa ou na comunidade” (mais conhecido pela designação, em inglês, “*ageing in place*”) é muito importante. Segundo Fonseca (2018), o termo “*ageing in place*” significa a capacidade que um idoso deverá ter de continuar a viver em sua casa e na sua comunidade, de forma independente e com segurança. De acordo com este autor, este conceito é um enorme desafio para as sociedades e governos atuais, sendo que requer uma abordagem interdisciplinar e deve ser visto como uma primeira opção, no que toca à população idosa. O desejo de envelhecer num ambiente familiar e adaptável às modificações que todo o processo de envelhecimento implica, é algo que a maioria dos idosos aceita e prefere.

1. O terceiro setor – sua importância económica

Em Portugal, o Terceiro Setor ou Setor Social Solidário, muitas vezes também designado por Economia Social, é constituído por Organizações Privadas, por Instituições Públicas e por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). As organizações pertencentes ao Terceiro Setor, assumem uma enorme importância nos cuidados de saúde e assistência sénior a nível nacional, quer ao nível de apoio direto nas próprias instituições, quer ao nível de apoio domiciliário. Segundo o conceito proposto pelo Observatório da Economia Social em Portugal (OBESP, 2011):

“A Economia Social oferece bens ou serviços que correspondam a necessidades sentidas pelos indivíduos a que se destinam, independentemente da sua rentabilidade económica intrínseca, procurando que essa oferta seja efetuada otimizando a relação qualidade/preço. (pág. 1)

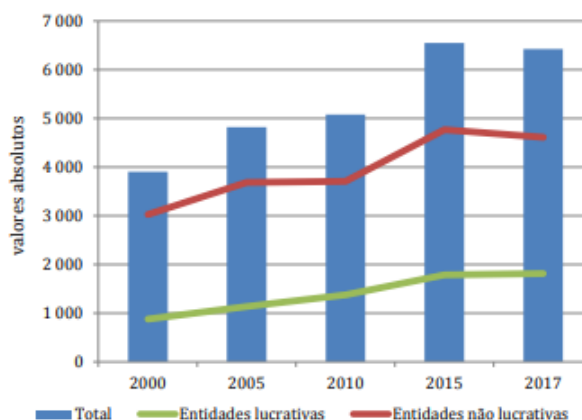
A Economia Social abrange todo o sector cooperativo e social constitucionalmente consagrado e integra as seguintes entidades, desde que constituídas em território nacional (pág. 9):

- a) As cooperativas;*
- b) As associações mutualistas;*
- c) As fundações;*
- d) As misericórdias;*
- e) As instituições particulares de solidariedade social não abrangidas pelas alíneas anteriores;*
- f) As associações com fins altruísticos que atuem no âmbito científico, cultural, educacional, recreativo, do desporto amador, da defesa do meio ambiente, do desenvolvimento local e em todos os campos da sociedade de informação;*
- g) As entidades abrangidas pelos subsectores comunitário e autogestionário, constitucionalmente integrados no sector cooperativo e social.”*

De acordo com os dados do INE (2016), o Terceiro Setor da Economia Social já representava 2,8% do VAB nacional, 5,2% do emprego total e 6% do emprego remunerado no território português, em 2013. Neste mesmo estudo, pode-se ainda verificar que, no que toca às atividades de ação e segurança social desenvolvidas pelas entidades no setor social e solidário, as mesmas representam 44,7% da contribuição deste setor para o VAB. Em 2013, o número de unidades operacionais de IPSS era de 5.584, correspondendo a um VAB de 1.807 milhões de euros, ou seja, cerca de 43% do VAB total da Economia Social em Portugal.

Segundo dados referentes à Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), divulgados na Carta Social pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (GEP-MTSSS, 2017), o número de entidades proprietárias de equipamentos sociais registou uma evolução entre 2000 e 2017 de 65 %, com visível crescimento das entidades sem fins lucrativos.

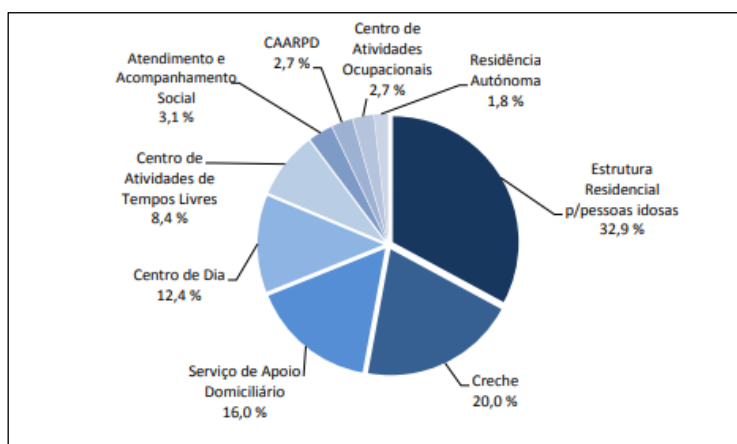
Gráfico 2 – Evolução do número de entidades proprietárias segundo a natureza jurídica, Continente – 2000-2017.



Fonte: GEP-MTSSS, 2017 - Carta Social

No âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, e segundo o definido na Carta Social 2017, “é considerada entidade proprietária qualquer entidade, individual ou coletiva, a quem pertence (dono) um ou mais equipamentos (instalações) onde se desenvolvem respostas sociais.” (GEP-MTSSS, 2017:12). Outros dados divulgados pela Carta Social de 2017, referem que 61% do total das respostas sociais, correspondem a respostas direcionadas a pessoas idosas, tais como residências seniores, serviços de apoio domiciliário e centros de dia que, na opinião dos responsáveis desse estudo, indiciam “necessidades ainda existentes no âmbito do apoio à população idosa.” (pág. 21).

Gráfico 3 – Distribuição percentual das respostas sociais novas, por tipologia, Continente – 2017.



Fonte: GEP-MTSSS (2017), Carta Social.

Entre 2010 a 2013, assistiu-se a um crescimento de mais de 10% das entidades ligadas à Economia Social. Em termos de dispersão geográfica e voltando aos dados do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social referentes a 2013, as mais de 61 mil entidades registadas na Economia Social estavam concentradas, maioritariamente, nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto (23% e 12%, respetivamente).

Apesar destes números analisados demonstrarem a elevada representatividade – e importância – das IPSS a nível nacional, escondem as grandes dificuldades que estas instituições sentem neste momento. O terceiro setor aparenta ser apetecível em termos de mercado para as empresas fornecedoras, contudo mais de 40% das IPSS em Portugal apresentam prejuízos, o que revela alguma preocupação ao nível deste setor e de todos os seus *stakeholders*. As IPSS são comparticipadas pelo Estado apenas em 40% dos seus rendimentos, relevando um esforço enorme destas instituições para garantirem os serviços a que se propõem oferecer.

O Terceiro Setor, no conjunto de todas as suas respostas sociais, emprega mais de 200 mil trabalhadores e dá resposta a mais de 500 mil pessoas. É importante referir o papel que em

muitas localidades, especialmente no interior do país, as IPSS têm enquanto empregadoras, funcionando como o motor de desenvolvimento de zonas do território português mais esquecidas. Mas, se o setor social, nomeadamente as IPSS, tem crescido e representa quase 3% do VAB nacional, também é verdade que o mercado privado ao nível dos cuidados de saúde e apoio sénior tem crescido nos últimos anos, principalmente com o investimento de grandes grupos da área da saúde e na diversificação de mercados potenciais, como o turismo sénior ou residências seniores de luxo.

Segundo o estudo mais recente “Residências para a Terceira Idade”, realizado pela Informa D&B (2018), entre 2016 e 2017 houve um aumento de quase 4% relativo ao volume de negócio das residências privadas, contabilizando um total de 290 milhões de euros em 2017.

Este estudo demonstra que, nos últimos anos, se tem assistido à manutenção de uma tendência alta nesta área, justificada, em grande medida, pelo aumento de residências lucrativas que passou de 330 em 2006 para 726 em 2018. Como consequência deste aumento, a lotação de lugares nestas instituições aumentou também, de 8.000 para 21.000 em igual período. O mesmo estudo revela ainda que, em 2016, 12% da quota de mercado de residências privadas para a terceira idade correspondia a cinco empresas.

É no distrito de Lisboa que se concentra o maior número de centros lucrativos, com 213 contabilizados em 2018 (32% do total). Logo a seguir vem o Porto, Setúbal e Leiria, com 92, 81 e 74 residências privadas registadas.

Tendo em conta os dados referentes à capacidade de ocupação destas residências e segundo o estudo da Informa D&B (2018), Lisboa ocupa o primeiro lugar com mais de 6.600 lugares, seguindo-se Setúbal, Porto e Leiria, com 2.279, 2.065 e 1.922 lugares, respetivamente. No entanto, e pelo que este estudo pode apurar, só 11% das residências lucrativas contavam com mais de 50 lugares em 2018, enquanto que cerca de 54% das entidades a capacidade estava abaixo dos 25 lugares.

2. A especialização dos recursos humanos nas áreas de saúde e cuidados a idosos

Segundo o relatório “O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade”, da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, publicado em 2012, as áreas como a proteção social e no domínio da saúde serão as que terão um maior potencial de crescimento. De acordo com este relatório, as projeções até 2050, apontam para que os serviços de apoio domiciliário sejam os que terão maior crescimento e, conseqüentemente, os que mais empregos irão criar. Tal facto explica-se devido às orientações existentes que sugerem

que os idosos permaneçam nos seus domicílios o maior número de anos possíveis. Segundo os autores deste relatório, as projeções das variações de emprego nos serviços de apoio domiciliário, são de 83,4% para 2020 e de 369,9% para 2050, crescimento esse devido ao aumento da população abrangida pelos serviços de apoio domiciliário e, por outro lado, ao aumento da taxa de cobertura desses mesmos serviços, que os autores admitem atingir os 20%, em 2050. O Quadro 2 mostra a projeção da estrutura dos equipamentos das respostas sociais para 2020 e 2050:

Quadro 2 – Relatório Final “O Envelhecimento da População”

Valências	2020	2050
Lares	12,8%	15,5%
Centros de dia	40,8%	22,8%
Serviço de apoio domiciliário	42,1%	59,2%
Residências	4,3%	2,5%

Fonte: Adaptado de CEPCEP

Se se analisar o volume de emprego por respostas sociais de 2011 e comparando-o com os dados projetados para 2020 e 2050, verifica-se que há um aumento de 41,5% entre 2011 e 2020. Mas se se observar a estrutura do emprego por tipo de resposta social, verifica-se que a situação de emprego se altera, passando a estar mais concentrada no apoio domiciliário e centros de dia e menos nos lares de idosos. Esta situação, e na opinião dos autores desse estudo (pág. 247), “*tal situação deriva de se admitir como hipótese os lares de idosos passarem a ter como grupo alvo a população com 80 e mais anos e os centros de dia passarem a ser uma alternativa como resposta social até aos 79 anos.*”

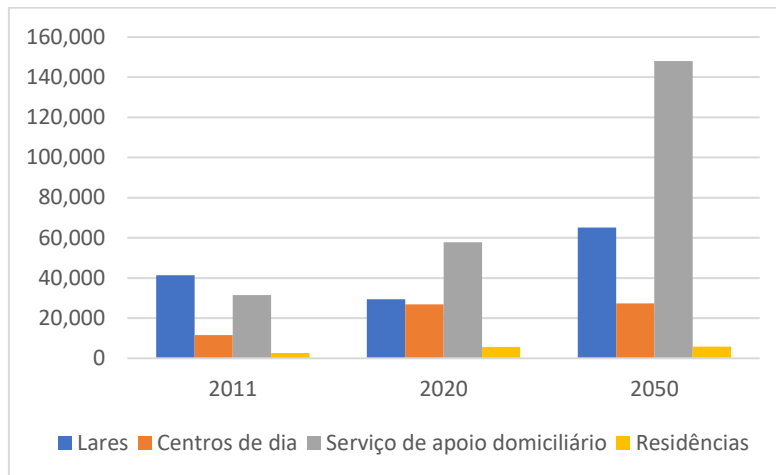
Quadro 3 – Evolução das Valências de Apoio a Idosos

Valências	2011	2020	2050
Lares	41 412	29 442	65 142
Centros de dia	11 522	26 916	27 360
Serviço de apoio domiciliário	31 488	57 750	147 975
Residências	2 568	5 712	5 856
Total	86 990	119 820	246 333

Fonte: Adaptado do Relatório Final “O Envelhecimento da População” do CEPCEP

Relativamente aos empregos futuros no domínio da saúde, também aqui se preveem mudanças, não só ao nível do aumento de necessidades em recursos humanos, mas também de paradigma dos serviços. Assistir-se-á a um aumento cada vez maior das especializações em geriatria, nomeadamente ao nível dos cuidados continuados, doenças crónicas e demências.

Gráfico 4 – Evolução das Valências de Apoio a Idosos



Fonte: Adaptado do Relatório Final “O Envelhecimento da População” do CEPCEP

Segundo o estudo realizado por Soares e Fialho (2011), a previsão das necessidades totais em recursos humanos na área da saúde será de 116.595 empregos para 2020, num cenário de projeção alta, comparando com os 81.399 contabilizados em 2009. Os autores deste estudo, preveem, não só que haja um reforço substancial de profissionais na área de saúde, mas também que apareçam novos perfis de profissionais e que muitos sejam reconvertidos, ou adaptados, à realidade futura. Para além do reforço de qualificações, será importante criar novos perfis de recursos humanos na área da saúde, para uma melhor adaptação à população idosa, tais como médicos e enfermeiros com especialidade em geriatria, podologistas geriátricos e ajudantes de saúde. Por outro lado, outras profissões irão necessitar de uma adaptação, ou reconversão, tais como ajudantes de lar, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais.

3. Boas práticas na gestão e na qualidade dos serviços de cuidado a idosos

Segundo o “Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020”, DGS (2015), a divulgação e implementação de boas práticas na saúde é um dos princípios orientadores estratégicos do Plano Nacional de Saúde. Segundo este documento (pág. 21):

“As boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade e com o impacto desta cultura na redução do desperdício. Todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar a melhoria contínua da qualidade, como um meio de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado.”

“A identificação e divulgação de boas práticas deve permitir a comparabilidade e a replicabilidade de processos, medidas ou ações, contribuindo para a equidade e convergência dos níveis de eficiência dos diferentes serviços de saúde. Tem particular relevo a formação de profissionais nas diferentes áreas e a investigação científica.”

Relativamente aos cuidados a idosos, nos últimos anos, Portugal tem tentado, de algum modo, acompanhar os modelos de alguns países europeus, quer ao nível das boas práticas, quer ao nível da qualidade dos serviços prestados. Em 2003, o “Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais”, assinado, na altura, entre o Ministério da Segurança Social e do Trabalho, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias e a União das Mutualidades Portuguesas, teve como objetivo principal *“a promoção da qualidade das respostas sociais de âmbito público, privado e solidário.”* Este protocolo estabeleceu o princípio para a criação de modelos de avaliação da qualidade das respostas sociais. Segundo o Instituto da Segurança Social (ISS) (2003), o programa (atualmente em vigor) destina-se a Instituições Públicas, Privadas e Particulares de Solidariedade Social, propondo a essas entidades a implementação de um sistema de gestão de qualidade, baseado no conjunto de Manuais de Gestão da Qualidade. Estes manuais contêm orientações para a implementação de boas práticas, orientações essas que visam promover nessas instituições o seguinte:

- Levantamento dos processos e tarefas realizados pelos diversos serviços;
- Registo cronológico de todas as atividades realizadas;
- Processamento de toda a informação recolhida pelos registos;
- Identificação das não conformidades e criação de métodos de avaliação da qualidade, não só dos serviços prestados, mas também das próprias instituições.

Os Manuais de Gestão da Qualidade, de acordo com o ISS, *“são referenciais que visam o desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento.”*

O referido programa destina-se a Instituições Públicas, Privadas e Particulares de Solidariedade Social que desenvolvam as seguintes respostas sociais:

- Centro de Acolhimento Temporário;
- Centro de Atividades Ocupacionais;
- Centro de Dia;
- Creche;
- Lar de Infância e Juventude;
- Lar Residencial;
- Estrutura Residencial para Idosos;
- Serviço de Apoio Domiciliário.

De acordo com o “Guia Prático – Apoios Sociais – Programa de Cooperação para a Qualidade e Segurança das Respostas Sociais” (ISS, 2014), os Manuais de Gestão da Qualidade são um conjunto de três produtos:

- Modelo de Avaliação da Qualidade;
- Manual de Processos-Chave;
- Questionários de Avaliação da Satisfação (Clientes, Colaboradores e Parceiros).

Relativamente aos Modelos de Avaliação da Qualidade, o ISS desenvolveu oito modelos para respostas sociais, com base na ISO 9001 e nos modelos de excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) – uma fundação sem fins lucrativos, criadora do Modelo de Excelência EFQM, fundada em 1989, com o objetivo de aumentar a competitividade na economia europeia.

Estes modelos de avaliação são de aplicação voluntária, certificáveis, e permitem a sua implementação gradual, estando previstos três níveis de exigência (níveis C, B e A) para a qualificação com o objetivo de promover a qualificação das respostas sociais.

Conclusão

Em suma e tendo em conta os dados analisados até ao momento, os serviços de cuidados a idosos, tanto ao nível de serviços de saúde como de apoio, estão em crescimento em Portugal e na Europa. Isto deve-se ao facto da tendência de envelhecimento da população se manter e a procura de serviços na área de cuidados a idosos estar a aumentar. É por isso, fácil de concluir que se está perante um cenário de crescimento de emprego nestas áreas (geriatria, cuidados continuados, doenças crónicas e demências).

Conforme referido anteriormente, todos os indicadores apontam para um contínuo crescimento da população idosa em Portugal, o que, associado às estratégias públicas para a promoção e desenvolvimento de infraestruturas de apoio social a idosos, permite antever o aparecimento de novos empregos no setor de cuidados de saúde e apoio a idosos. Novos equipamentos, como lares, residências seniores, centros de dia ou serviços de apoio domiciliário, terão que ter possibilidade de dar resposta às necessidades e carências da população idosa.

No entanto, o aumento de número de postos de trabalho nestes setores, nem sempre é acompanhado com o aumento da qualidade e competências dos recursos humanos e trás consigo uma mudança de paradigma na gestão destes recursos e na prestação do serviço.

Bibliografia

- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa. 9131 (consultado em 13 de janeiro de 2019): http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) - Rede Operacional e Técnica da Apoio ao Setor Solidário. Boletim Estatístico junho 2018. (consultado em 13 de janeiro de 2019): <https://rotass.cnis.pt/informacao-util/dados-estatisticos/>
- Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348. United Nations.
- DGS Direção-Geral da Saúde. Portal das Estatísticas da Saúde. (consultado em 27 de janeiro de 2019): <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>
- DGS (2006). Direção-Geral da Saúde - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa – Portugal. ISBN 9726751551.
- DGS (2015). Direção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020. Lisboa – Portugal.
- DO-HEALTH (2018). (consultado em 27 de janeiro de 2019): <http://do-health.eu/wordpress/>
- Fonseca A. (2018). *Boas práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa
- GEP/MTSSS (2017) - Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Carta Social – Rede De Serviços E Equipamentos 2017. Recuperado a 13/01/2019 em: www.cartasocial.pt; www.gep.mtsss.gov.pt ISBN: 978-972-704-422-1
- INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal*. (consultado em 27 de janeiro de 2019): https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107198&att_display=n&att_download=y
- INE (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Recuperado a 13/01/2019 em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- INE (2016). Conta Satélite da Economia Social 2013 (consultado em 24 de janeiro de 2019): https://www.cases.pt/wp-content/uploads/2016/12/Destaque_Conta_Satelite_da_Economia_Social.pdf
- INE (2016a). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Edição de 2016, Lisboa-Portugal. ISBN 9789892503561.
- INE (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080* (consultado em 24 de janeiro de 2019): https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Informa D&B (2018). *Estudo Sectores Portugal basic da DBK - Residências para a Terceira Idade* (Março 2018 – 6ª edição), (consultado em 13 de janeiro de 2019): https://www.informadb.pt/idbweb/estudosdbk/pt/2018/mar_residencias-terceira-idade.pdf
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*, Portugal. ISBN 978-9899948013.
- OBESP (2011) - Observatório da Economia Social em Portugal, 2011, Conceito de Economia Social. (consultado em 13 de janeiro de 2019): https://www.cases.pt/wp-content/uploads/OBESP_Conceito_de_Economia_social_09_DEZ_2011.pdf
- Soares, M. & Fialho, J. (2011). *Novos Empregos e Competências nos Domínios da Saúde e Serviços Sociais no Contexto do Envelhecimento Demográfico*. SERGA (consultado em 13 de janeiro de 2019): http://www.serga.pt/userfiles/files/RelatorioFinal_v11.pdf

Envelhecimento e trabalho: O papel das práticas de diversidade etária na retenção dos trabalhadores

Inês C. Sousa

*Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Business Research Unit (BRU-IUL), Lisboa, Portugal,
ines_carneiro_sousa@iscte-iul.pt*

Sara Ramos

*Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), DINÂMIA’CET, Lisboa, Portugal
sara.ramos@iscte-iul.pt*

Helena Carvalho

*Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIES-IUL, Lisboa, Portugal
helena.carvalho@iscte-iul.pt*

Resumo

O envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento do número de idosos e pela diminuição da taxa de natalidade, reflete-se na composição etária da força de trabalho. A diminuição da população em idade ativa e uma transição mais tardia da escola para o mercado de trabalho contribuem para uma força de trabalho mais envelhecida e diversa em termos de idade, o que representa um desafio para a sustentabilidade das organizações. Se por um lado é necessário motivar os indivíduos para trabalharem até à idade legal da reforma, ou até para lá disso, por outro lado é necessário assegurar que os trabalhadores se sentem capazes de o fazer. Neste sentido, as organizações desempenham um papel especialmente importante na promoção de carreiras mais longas e saudáveis, criando condições para que os trabalhadores de todas as idades realizem o seu potencial. Práticas organizacionais flexíveis e inclusivas poderão ajudar os indivíduos a adaptarem-se melhor às mudanças que o envelhecimento acarreta. Usando uma amostra de 755 trabalhadores, este estudo explora o papel das organizações na retenção de uma força de trabalho diversa em termos de idade, examinando a influência das práticas de diversidade etária na idade de reforma desejada. Propõe-se que esta relação é mediada pela capacidade para o trabalho percebida. Os resultados suportam esta hipótese, o que sugere que a implementação de práticas de diversidade etária contribui para uma perceção de maior capacidade para o trabalho, levando os indivíduos a desejarem reformar-se mais tarde. Assim, estas práticas poderão assegurar a saúde e o bem-estar dos indivíduos a longo-prazo, permitindo-lhes continuar a contribuir para o sucesso da organização.

Palavras chave: envelhecimento no trabalho; práticas de diversidade etária; intenções de reforma; capacidade para o trabalho

Introdução

O envelhecimento demográfico assumiu, nas últimas décadas, enorme importância para as sociedades contemporâneas. Os avanços na medicina, na saúde pública e na proteção social contribuíram, entre outros fatores, para a diminuição da taxa de mortalidade e para o aumento da esperança média de vida, o que resultou numa mudança profunda na estrutura etária da população mundial (Lee, 2003).

Portugal não é exceção. As baixas taxas de natalidade e mortalidade e o aumento da longevidade nas últimas décadas sugerem a aceleração do envelhecimento populacional. De facto, vários autores têm falado de um fenómeno de duplo envelhecimento demográfico,

caracterizado pelo estreitamento da base da pirâmide etária e pelo alargamento do seu topo, e que, segundo as projeções, assumirá a configuração de uma pirâmide invertida (e.g., Bravo, 2016; Rosa, 2012). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015, 2019), o grupo etário dos jovens (pessoas com menos de 15 anos) representava, em 2018, 13,7% da população total estimada, um decréscimo de 0,7% face a 2014. Pelo contrário, a população com idade igual ou superior a 65 anos representava 21,8% da população total em 2018, um aumento de 1,5% em relação a 2014 (INE, 2015, 2019). O índice de envelhecimento (comparação da população com 65 e mais anos com a população dos 0 aos 14 anos) era, em 2018, de 159,4 pessoas idosas por cada 100 jovens, um aumento de 43 pessoas na última década (116,4 idosos em 2008) (INE, 2019).

Em consequência do envelhecimento da população, também a estrutura etária da força de trabalho tem sofrido alterações, destacando-se a redução do número de pessoas em idade ativa (15-64 anos) em Portugal. Em 2008, a população em idade ativa representava 66,6% da população total, percentagem que diminuiu para 65,2% em 2014 e para 64,4% em 2018 (INE, 2019). Outro importante indicador sobre o envelhecimento da força de trabalho é o índice de renovação da população em idade ativa, que corresponde ao quociente entre a população em idade potencial de entrada no mercado de trabalho (20-29 anos) e a população em idade potencial de saída (55-64 anos). Este índice tem vindo a decrescer acentuadamente na última década (105,1 em 2008 e 77,7 em 2018) e desde 2010 que o índice assume valores inferiores a 100, o que significa que o número de pessoas potencialmente a sair do mercado de trabalho não é compensado pelo número de pessoas potencialmente a entrar (INE, 2019).

Em consequência, a força de trabalho é também mais diversa em termos de idade, com trabalhadores de diferentes gerações a trabalhar lado a lado. Com o aumento da idade da reforma, agora associada à esperança média de vida, existe uma crescente percentagem de trabalhadores mais velhos nas organizações. Em 2016, 16% da população ativa eram trabalhadores entre os 55 e os 64 anos, um número que se estima vir a atingir os 22% em 2030 (Comissão Europeia, 2017). Simultaneamente, a transição dos jovens para o mercado de trabalho é mais tardia. Desde o início do século XXI, muitos jovens iniciam a sua vida profissional mais tarde devido ao aumento progressivo do número de anos de escolaridade obrigatória e do número de indivíduos que ingressam no Ensino Superior. De acordo com dados da PORDATA (2020), em 1990 existiam 157 869 alunos matriculados no Ensino Superior e em 2019 eram já 385 247 alunos.

Estas alterações demográficas representam grandes desafios para as organizações. Um desses desafios é a motivação de trabalhadores de diferentes idades, com diferentes preferências, valores, necessidades e objetivos, e que mudam ao longo da vida (Truxillo, Cadiz, & Hammer, 2015). Gerir eficazmente esta variabilidade intra e interindividual é um requisito essencial para assegurar que os trabalhadores estão motivados e envolvidos no seu trabalho, e que conseguem atingir o seu potencial. Neste contexto de envelhecimento, a gestão da diversidade etária é especialmente importante para as organizações serem capazes de reter os melhores talentos, os seus conhecimentos, competências e experiência, e encorajar os indivíduos mais velhos a prolongar as suas carreiras (Mansour & Tremblay, 2019). Finalmente, uma das preocupações das organizações deve ser eliminar os obstáculos à integração e aceitação de todos os trabalhadores, assegurando que todos os indivíduos têm acesso às mesmas oportunidades independentemente da sua idade (Boehm, Kunze, & Bruch, 2014). De facto, os resultados de Kunze, Boehm e Bruch (2013) mostram que a perceção de discriminação etária na organização pode até prejudicar o desempenho dos trabalhadores.

Através da gestão da diversidade etária, as organizações podem, assim, afetar positivamente a produtividade dos trabalhadores de todas as idades, enquanto asseguram que estes gozam de boa saúde, bem-estar e capacidade para o trabalho. Neste sentido, as organizações assumem um papel crucial na promoção de carreiras mais longas e sustentáveis, desenvolvendo as capacidades dos trabalhadores, promovendo a sua motivação e concedendo-lhes oportunidades para contribuir para o sucesso organizacional.

1. O papel das organizações na sustentabilidade das carreiras

Diversos estudos têm demonstrado que as organizações podem, através das suas práticas e políticas, assegurar que os trabalhadores mais velhos têm capacidade para trabalhar, a motivação e a oportunidade para o fazer (e.g., Armstrong-Stassen, 2008; Veth, Emans, Van der Heijden, Korzilius, & De Lange, 2015). No entanto, vários autores têm também sugerido que é importante ir além das práticas dirigidas a um determinado grupo etário – geralmente o dos trabalhadores mais velhos – e assumir uma abordagem de ciclo de vida: a da gestão previsional da idade (Walker, 1999; Ramos, 2015). As práticas de gestão da idade visam a promoção de um ambiente de trabalho em que os indivíduos são capazes de atingir os seus objetivos e os da organização, sem serem discriminados devido à sua idade (Ramos, 2015).

Neste estudo, enquadrado na gestão da idade, é proposto que as práticas de diversidade etária são um importante mecanismo de retenção dos trabalhadores de todas as idades. As práticas de

diversidade etária são práticas organizacionais não discriminatórias, flexíveis e que consideram as diferenças interindividuais associadas à idade (Sousa, Ramos, & Carvalho, 2019). Estas práticas referem-se ao recrutamento e seleção, formação, desenvolvimento e promoção, avaliação de desempenho, aceitação e gestão eficaz de pessoas de diferentes idades, assim como ao reconhecimento das suas competências e conhecimentos e, por fim, à adaptação do trabalho às necessidades do indivíduo ao longo do tempo (Boehm et al., 2014; Sousa et al., 2019).

De acordo com a Teoria das Trocas Sociais (Cropanzano & Mitchell, 2005), a implementação destas práticas transmite a mensagem de que a organização se preocupa com os seus trabalhadores, promove o seu bem-estar e valoriza as suas contribuições. Por sua vez, os trabalhadores retribuem o investimento da organização manifestando interesse em permanecer ativos e produtivos na organização e adiar a idade da reforma.

Assim, neste estudo é proposto que:

H₁: As práticas de diversidade etária influenciam positivamente a idade de reforma desejada.

Por outro lado, as práticas de diversidade etária criam também condições para que os trabalhadores desempenhem a sua atividade de forma sustentada, assegurando a sua capacidade para o trabalho a curto e longo prazo. A capacidade para o trabalho pode ser conceptualizada como a autoavaliação do indivíduo acerca dos recursos pessoais que possui para responder às exigências das tarefas (McGonagle, Fisher, Barnes-Farrell, & Grosch, 2015). Quando os trabalhadores percecionam que detêm os recursos físicos, mentais e sociais para lidar com as exigências do trabalho sentem-se mais capazes de trabalhar.

As práticas de diversidade etária são uma estratégia da organização para criar melhores condições de trabalho e desenvolver os seus trabalhadores a longo prazo, recompensando o seu esforço e envolvimento (Ramos, 2015; Sousa et al., 2019). Através da implementação destas práticas, trabalhadores de todas as idades têm acesso a formação e aprendizagem contínua ao longo da vida, desenvolvendo conhecimento e competências que lhes permitem responder de forma eficaz às exigências da sua função. Por outro lado, a adaptação do trabalho ao estado de saúde e necessidades dos trabalhadores promove também a perceção de capacidade para o trabalho. Elevados níveis de capacidade para o trabalho levarão os indivíduos a sentir-se mais energizados no dia-a-dia e satisfeitos com o seu desempenho percebido. Por sua vez, esta autoavaliação sobre a capacidade para o trabalho influenciará a decisão dos indivíduos sobre o

seu futuro na organização (i.e., intenções de saída) e no mercado de trabalho (i.e., intenções de reforma). Nesta investigação, o foco são as intenções de saída do mercado de trabalho, sendo analisada a idade de reforma desejado pelos indivíduos.

Assim, neste estudo é sugerido que as práticas de diversidade etária influenciam positivamente a capacidade para o trabalho dos indivíduos que, por sua vez, impactará positivamente a idade de reforma desejada (figura 1) e que sustenta a seguinte hipótese:

H₂: A capacidade para o trabalho medeia a relação entre as práticas de diversidade etária e a idade de reforma desejada.

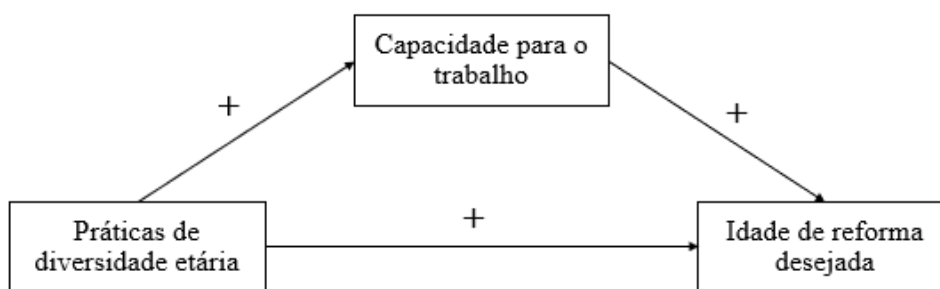


Figura 1. Modelo teórico

2. Método

Procedimento

Os dados foram recolhidos entre fevereiro e junho de 2017 através de um questionário com uma versão on-line (Qualtrics) e uma versão de papel e lápis. O seu preenchimento durava, em média, 8 minutos. Várias empresas, de diferentes sectores, foram contactadas pela equipa de investigação com o pedido de difusão do questionário pelos seus trabalhadores. Alunos de licenciatura e de mestrado do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa participaram também na recolha de dados, distribuindo os questionários pelas suas redes de contacto, e receberam créditos na sua avaliação. Os critérios de inclusão na amostra eram ter idade igual ou superior a 18 anos, compreender a língua portuguesa e estar a trabalhar por conta de outrem.

Amostra

A amostra é constituída por 755 trabalhadores de empresas portuguesas, com idades compreendidas entre os 18 e os 72 anos ($M = 38,60$; $DP = 12,85$). A maioria dos participantes são do sexo feminino (55,2%) e 56,4% completaram o Ensino Superior. Cerca de 48% trabalha na organização há 5 anos ou menos, e 24% há mais de 20 anos. Relativamente ao setor de

atividade, 63,7% trabalham no setor privado, predominando os setores da Saúde e Apoio social (14,7%) e do Comércio e Vendas (13,0%).

Medidas

De seguida apresentam-se as medidas usadas neste questionário.

Práticas de diversidade etária: Esta escala avalia o grau em que os indivíduos consideram que, nas suas organizações, existem práticas não discriminatórias em termos de idade (Sousa et al., 2019). É constituída por sete itens, respondidos numa escala de concordância de seis pontos que varia entre 1 (Discordo totalmente) e 6 (Concordo totalmente). Um exemplo de um item é “A minha empresa dá oportunidades de desenvolvimento (i.e., formação) e promove os trabalhadores, independentemente da sua idade”. Esta medida revela muito boa consistência interna ($\alpha = 0,87$) (Kline, 2011).

Capacidade para o trabalho: Esta escala mede em que grau os indivíduos percecionam possuir recursos físicos e mentais para responder às exigências do trabalho (McGonagle et al., 2015). Esta medida é constituída por quatro questões, respondidas numa escala que varia entre 1 (Muito fraca) e 5 (Muito boa) (e.g., “Como avalia a sua atual capacidade para o trabalho relativamente às exigências físicas?”), obtendo-se uma consistência de 0,87.

Idade de reforma desejada: Esta variável foi medida a partir da idade em anos obtida através da pergunta “Com que idade gostaria de se reformar?”.

3. Resultados

As médias (M), desvios-padrão (DP) e correlações das variáveis em estudo encontram-se na tabela 1. Os participantes consideram que, em média, as suas organizações implementam algumas práticas de diversidade etária. Os participantes percecionam que têm boa capacidade para trabalhar e gostariam de se reformar, em média, aos 60 anos. As práticas de diversidade etária estão positiva e significativamente relacionadas com a capacidade para o trabalho ($r = 0,31, p < 0,001$) e com a idade de reforma desejada ($r = 0,12, p < 0,01$).

Tabela 1. Médias, desvios-padrão e correlações das variáveis em estudo

Variável	M	DP	1	2
1. Práticas de diversidade etária	3,83	1,22		
2. Capacidade para o trabalho	3,96	0,77	0,31***	
3. Idade de reforma desejada	59,72	5,85	0,12**	0,15***

** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

O modelo de mediação proposto foi testado utilizando a macro PROCESS (Hayes, 2018). Os resultados encontram-se na tabela 2. A hipótese 1, que propunha que as práticas de diversidade etária influenciam positivamente a idade de reforma desejada, foi suportada pelos resultados, já que o zero não pertence ao intervalo de confiança (B = 0,21, 95% IC [0,16, 0,26]). Assim, quanto mais práticas de diversidade etária forem percebidas nas organizações, mais tarde será o desejo de reforma. Os resultados suportam também a segunda hipótese que afirmava que a capacidade para o trabalho medeia a relação entre as práticas de diversidade etária e a idade de reforma desejada (B = 0,20, 95% IC [0,06, 0,34]). Deste modo, à medida que aumenta a disponibilidade de práticas de diversidade etária aumenta a capacidade percebida para o trabalho e, por sua vez, aumenta também o desejo dos trabalhadores se reformarem mais tarde. Neste caso trata-se de uma mediação parcial, uma vez que mesmo com a introdução da variável mediadora (i.e., capacidade para o trabalho), as práticas de diversidade etária continuam a influenciar de forma significativa a idade de reforma desejada (B = 0,44, 95% IC [0,03, 0,84]).

Tabela 2. Resultados de regressão para o modelo de mediação

	Capacidade para o trabalho			Idade de reforma desejada		
	B	Erro-padrão	95% IC	B	Erro-padrão	95% IC
Práticas de diversidade etária	0,21	0,03	0,16, 0,26	0,44	0,20	0,03, 0,84
Capacidade para o trabalho				0,95	0,32	0,30, 1,57
Efeito indireto das práticas de diversidade etária na idade de reforma desejada via capacidade para o trabalho				0,20	0,07	0,06, 0,34

4. Discussão

Neste estudo foi proposto que a capacidade para o trabalho tem um papel mediador na relação entre as práticas de diversidade etária e a idade de reforma desejada. Os resultados suportaram a hipótese, o que sugere que as organizações têm especial impacto na promoção de vidas profissionais mais longas e saudáveis. Através da implementação de práticas organizacionais que consideram a idade dos trabalhadores, tirando partido do seu potencial e acomodando as suas limitações, as organizações encorajam os seus trabalhadores a manter-se ativos e a adiar a reforma (Ramos, 2015; Truxillo et al., 2015). Por exemplo, ao dar acesso a oportunidades de formação e desenvolvimento a todos os trabalhadores, a organização está a promover o

desenvolvimento do potencial dos indivíduos a curto e longo prazo, tornando-os mais competentes para responder às constantes mudanças da sua função. Se os gestores da organização promoverem a aceitação e integração de pessoas de diferentes idades, criando um ambiente de trabalho positivo, os trabalhadores vão sentir que têm os recursos sociais e mentais para desempenhar o seu trabalho. A adaptação ergonómica do posto de trabalho (e.g., cadeiras e mesas ajustáveis) contribui também para o bem-estar de todos os indivíduos, independentemente da sua idade.

Os resultados deste estudo têm implicações para os indivíduos, para as organizações e para a sociedade. Tendo em conta que os indivíduos passam grande parte do seu tempo a trabalhar, é essencial que o trabalho seja um fator de promoção de saúde e bem-estar. As práticas organizacionais podem, desta forma, fomentar a qualidade de vida no trabalho, ao oferecer, por exemplo, oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional ou suporte social. Estas estratégias contribuem assim para aumentar a autoestima dos trabalhadores e satisfazer as suas necessidades de pertença e distintividade.

Para as organizações, e num contexto de envelhecimento da força de trabalho, a retenção dos melhores talentos é crucial. Por um lado, a perceção individual de que a organização se preocupa com os trabalhadores é, em si, um mecanismo de incremento da motivação, da lealdade e do compromisso para com a organização, levando os indivíduos a permanecer. Pelo contrário, a ausência de práticas de diversidade etária pode levar os indivíduos a abandonarem o mercado de trabalho mais cedo, o que implica a perda de importantes competências e conhecimento para as organizações. Por outro lado, as práticas de diversidade etária contribuem para aumentar os recursos dos indivíduos, tornando-os mais competentes e qualificados na execução das tarefas. Desta forma, a organização será também mais competitiva e sustentável.

Finalmente, carreiras mais longas e mais saudáveis são também um contributo para a sociedade. Os trabalhadores pagam as suas contribuições à Segurança Social e o imposto sobre o seu rendimento e, geralmente, têm maior poder de compra, pelo que pagam também impostos sobre o consumo. Assim, os trabalhadores contribuem para o incremento das receitas do Estado. Indivíduos mais saudáveis representam também menor despesa pública para o Serviço Nacional de Saúde e para a Segurança Social (e.g., pensão de invalidez).

Conclusão

Num contexto de envelhecimento e crescente diversidade etária da força de trabalho, as organizações enfrentam um enorme desafio para reter os melhores talentos que poderão impulsionar o seu desenvolvimento e competitividade. Os resultados deste estudo mostram que as práticas organizacionais têm especial impacto na decisão dos trabalhadores permanecerem ativos por mais tempo, ao promoverem a sua capacidade para o trabalho. É também essencial que as organizações desenhem e implementem estas práticas para todos os trabalhadores, de todas as idades, e não apenas para os trabalhadores mais velhos. Esta abordagem de ciclo de vida permitirá um acompanhamento mais próximo dos trabalhadores, avaliando e respondendo às suas necessidades, preferências e objetivos de forma eficaz. Assim, as organizações poderão contribuir para que os indivíduos se mantenham ativos, motivados e saudáveis no trabalho até à idade da reforma.

Bibliografia

- Armstrong-Stassen, Marjorie (2008). Organisational practices and the post-retirement employment experience of older workers. *Human Resource Management Journal*, 18 (1), pp. 36-53.
- Boehm, Stephan A., Kunze, F. e Bruch, H. (2014). Spotlight on age-diversity climate: The impact of age-inclusive HR practices on firm-level outcomes. *Personnel Psychology*, 67 (3), pp. 667-704.
- Bravo, Jorge M. (2016). Sustentabilidade, adequação e equidade nos sistemas de protecção social: O desafio da pirâmide etária invertida. Instituto da Defesa Nacional (Org.), *Políticas públicas e o papel do Estado no século XXI: Ciclo de mesas redondas “Ter Estado”*. Lisboa: Instituto da Defesa Nacional. pp. 295-327.
- Comissão Europeia. (2017). *The 2018 ageing report: Underlying assumptions and projection methodologies*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Cropanzano, Russell e Mitchell, Marie S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of Management*, 31 (6), pp. 874-900.
- Hayes, Andrew F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis* (2ª Ed.). New York: The Guilford Press.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2019). *Estimativas de população residente em Portugal – 2018*. Lisboa: INE.
- Kline, Rex B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3ª ed). New York: Guilford Press.
- Kunze, Florian, Boehm, S. e Bruch, H. (2013). Organizational performance consequences of age diversity: Inspecting the role of diversity-friendly HR policies and top managers’ negative age stereotypes. *Journal of Management Studies*, 50 (3), pp- 413-442.
- Lee, Ronald. (2003). The demographic transition: Three centuries of fundamental change. *Journal of Economic Perspectives*, 17 (4), pp. 167-190.
- Mansour, Sari e Tremblay, Diane-Gabrielle (2019). What strategy of human resource management to retain older workers? *International Journal of Manpower*, 40 (1), pp. 135-153.
- McGonagle, Alyssa K., Fisher, G. G., Barnes-Farrell, J. L. e Grosch, J. W. (2015). Individual and work factors related to perceived work ability and labor force outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 100 (2), pp. 376-398.
- PORDATA. (2020) Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+sexo-1048> (consultado em 7 de abril de 2020).
- Ramos, Sara (2015). Envelhecimento e transformações demográficas: novos desafios para a GRH. Martinez, Luís F., Nunes, Francisco G., Duarte, Henrique e Ferreira, Aristides I. (Orgs.), *GRH - Gestão de recursos humanos para gestores*. Lisboa: Editora RH. pp.
- Rosa, Maria J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sousa, Inês C., Ramos, S. e Carvalho, H. (2019). Age-diversity practices and retirement preferences among older workers: A moderated mediation model of work engagement and work ability. *Frontiers in Psychology*, 10: 1937.
- Truxillo, Donald M., Cadiz, D. M. e Hammer, L. B. (2015). Supporting the aging workforce: A review and recommendations for workplace intervention research. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2, pp. 351-381.
- Veth, Klaske N., Emans, B. J. M., Van der Heijden, B. I. J. M., Korzilius, H. P. L. M. e De Lange, A. H. (2015). Development (f) or maintenance? An empirical study on the use of and need for HR practices to retain older workers in health care organizations. *Human Resource Development Quarterly*, 26 (1), pp. 53-80.
- Walker, Alan (1999). *Managing an ageing workforce – A guide to good practice*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Envelhecimento e obesidade da comunidade no município de Ponte de Sor

*Sofia Isabel Vital Matias,
Hospital Dr. José Maria Grande, ULSNA,
sofiamatias84@gmail.com*

*Edgar Duarte Canais,
Instituto Politécnico de Setúbal,
edgar.canais@ess.ips.pt*

*Lurdes da Conceição Afonso Nobre Ribeiro,
UCSP de Ponte de Sor, ACES São Mamede, ULSNA, lurdesdaribeiro@hotmail.com*

Resumo

Problemática: Um extenso território nacional, no interior do país, tem estado continuamente em perda demográfica, assistindo à saída dos indivíduos mais jovens e ao respetivo envelhecimento da população. As doenças crónicas estão associadas ao processo de envelhecimento, figurando entre estas a obesidade, que é considerada não só uma doença crónica, mas também um fator de risco que pode contribuir para o surgimento de outras doenças como HTA, Diabetes, entre outras, que contribuem para mortalidade e morbilidade elevadas. **Metodologia:** Seguindo a metodologia do planeamento em saúde foi realizado um diagnóstico de saúde da comunidade tendo por base o tema da obesidade. Foram recolhidos dados relativos aos valores de IMC dos utentes da lista de uma equipa de saúde do Centro de Saúde de Ponte de Sor e realizada pesquisa epidemiológica relativa à evidência científica disponível relativamente a este tema. **Conclusão:** Observa-se no Concelho de Ponte de Sor, à semelhança de outros concelhos do interior do país, uma tendência crescente de aumento da população com idade igual ou superior a 65 anos. Os resultados da avaliação dos valores de IMC da lista de utentes vão de encontro aos valores obtidos nos estudos a nível nacional, mostrando que o excesso de peso e a obesidade são mais prevalentes no grupo etário dos idosos.

Palavras chave - envelhecimento, obesidade, diagnóstico de saúde

Introdução

Um extenso território nacional, no interior do país, tem estado continuamente em perda demográfica, assistindo à saída dos indivíduos mais jovens e ao respetivo envelhecimento da população.

As doenças crónicas estão associadas ao processo de envelhecimento, figurando entre estas a obesidade, que é considerada não só uma doença crónica, mas também um fator de risco que pode contribuir para o surgimento de outras doenças como HTA, Diabetes, entre outras, que contribuem para mortalidade e morbilidade elevadas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], a obesidade é definida como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura corporal, podendo alcançar graus capazes de afetar a saúde (DGS, 2019a). Quanto à sua etiologia, a obesidade é um processo multifatorial, englobando aspetos genéticos e fisiológicos, bem como ambientais. “A obesidade é o resultado de insuficientes níveis de atividade física combinados com uma alimentação inadequada, caracterizado por um consumo excessivo de gorduras” (Ministério da Saúde, 2018: 15)

Existem vários métodos de avaliação direta da proporção de massa gorda corporal, mas que têm um caráter dispendioso, tais como a ressonância magnética, o raio X e a densitometria. Usualmente, é utilizado como método medidor a avaliação antropométrica que engloba fórmulas que combinam a relação entre o peso, a altura e o perímetro abdominal. (Camolas et al., 2017)

“O Índice de Massa Corporal (IMC) é um índice usado para a classificação do peso corporal em adultos, que relaciona o peso com a altura. A fórmula deste índice é definida pelo peso do indivíduo (em quilogramas) dividido pelo quadrado da sua altura (em metros). $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)} \times \text{altura (m)}$.” (APN, 2019)

A OMS classifica a obesidade de acordo com os seguintes critérios:

- Baixo peso - $\leq 18,5$
- Peso Normal – 18,5 a 24,9
- Pré-obesidade – 25 a 29,9
- Obesidade Grau 1 – 30 a 34,9
- Obesidade Grau 2 – 35 a 39,9
- Obesidade Grau 3 - ≥ 40

(APN, 2019)

À medida que aumenta o IMC, aumenta o risco de morbidade e mortalidade, visto que aumenta o risco de desenvolver doenças crônicas como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e hipertensão arterial. (APN, 2019)

A obesidade a nível mundial, quase triplicou desde 1975. Em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos (com mais de 18 anos), tinham excesso de peso e mais de 650 milhões eram obesos. Em 2016, 39% dos adultos tinham excesso de peso e 13% eram obesos. (WHO, 2018)

1. Metodologia

Este trabalho deve expressar as necessidades de saúde da comunidade abrangida pelo Centro de Saúde de Ponte de Sor, que serão identificadas através do diagnóstico da situação, seguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde. Para efetuar o planeamento em saúde “é necessário percorrer-se um processo cujos passos nem sempre são fáceis, mas cuja omissão poderia conduzir a uma má prestação de cuidados.” (Tavares, 1990:38)

O planeamento em saúde não é mais que racionalizar ao utilizar recursos escassos, com o propósito de atingir os objetivos fixados, com vista à diminuição dos problemas de saúde

Atualmente, o concelho é constituído por 5 freguesias, uma vez que Tramaga e Vale de Açor, antes freguesias autónomas, se associaram a Ponte de Sor e formam a União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor (Figura 2). (Rede Social de Ponte de Sor, 2015)



Figura 2 - Freguesias do Concelho de Ponte de Sor

Fonte: <http://www.cm-pontedesor.pt/sub-menu-6/sub-menu6-4>, consultado em 28/05/2019

O concelho tem uma área de 839,7 km² e tem uma localização periférica no contexto do Alto Alentejo, situa-se entre a região de Lisboa e Vale do Tejo e o Alto Alentejo.

Caraterização da População do Concelho de Ponte de Sor

É possível observar na Tabela 1 os dados relativos à população residente no município de Ponte de Sor, em 2001, 2011 e 2017, comparando os valores com os valores obtidos para o Alto Alentejo e para o país.

Tabela 1 - População Residente do Município de Ponte de Sor, Alto Alentejo e Portugal (nº de habitantes)

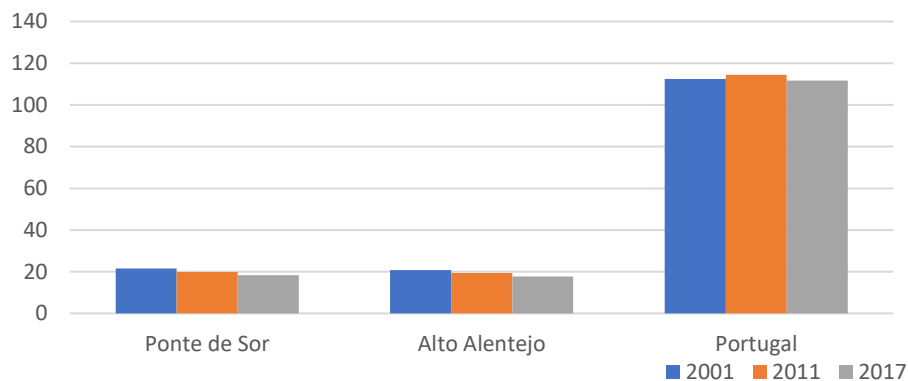
2001			2011			2017		
Ponte de Sor	Alto Alentejo (NUTSIII)	Portugal	Ponte de Sor	Alto Alentejo (NUTSIII)	Portugal	Ponte de Sor	Alto Alentejo (NUTSIII)	Portugal
18.087	126.827	10.362.722	16.665	118.108	10.557.560	15.387	107.823	10.300.300

Fonte: Construção própria, PORDATA, 2019a

Observa-se um decréscimo da população do município de Ponte de Sor e do Alto Alentejo, uma situação caraterística das regiões do interior do país. Verifica-se a mesma tendência a nível nacional no ano de 2017, período de pós-crise que levou à emigração de jovens por falta de oportunidades de trabalho no nosso país. Esta realidade é constante em grande parte do país, que tem vindo continuamente a perder os seus stocks populacionais ao longo de décadas. Estas dinâmicas negativas não se transformam com facilidade, pois, isto acontece especialmente com as populações em idade fértil. (Esteves et al, 2016)

Da mesma forma, observa-se uma tendência semelhante nos dados relativos à densidade populacional para os mesmos períodos, tal como é preciso observar no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Densidade Populacional do Município de Ponte de Sor, Alto Alentejo e Portugal (número médio de indivíduos por km²)

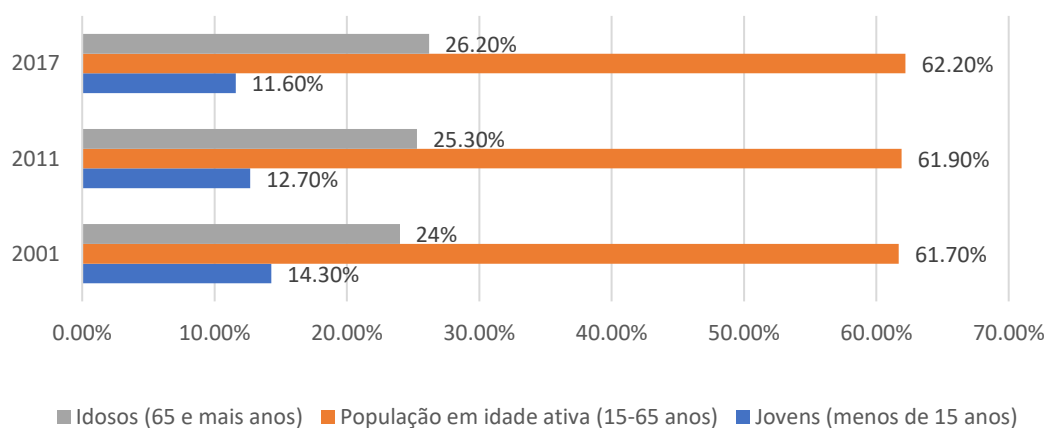


	Ponte de Sor	Alto Alentejo (NUTS III)	Portugal
2001	21,5	20,8	112,5
2011	19,8	19,4	114,5
2017	18,3	17,4	111,7

Fonte: Construção própria, PORDATA, 2019a

São visíveis no Gráfico 2, os dados relativos à distribuição da população residente no município de Ponte de Sor segundo o grupo etário, e sua evolução nos anos de 2001, 2011 e 2017.

Gráfico 2 - População residente no município de Ponte de Sor segundo grupo etário



	2001	2011	2017
Jovens (menos de 15 anos)	14,3%	12,7%	11,6%
População em idade ativa (15-65 anos)	61,7%	61,9%	62,2%
Idosos (65 e mais anos)	24%	25,3%	26,2%

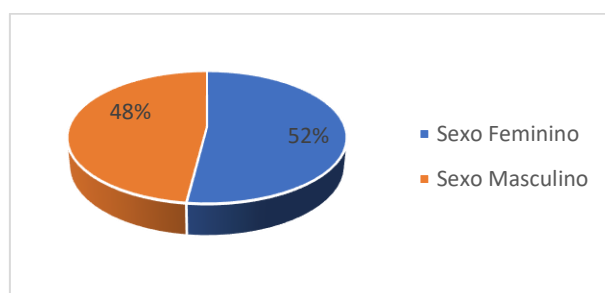
Fonte: Construção própria, PORDATA, 2019a

Verifica-se que a população em idade ativa é sempre o grupo mais representativo e a sua percentagem tem vindo a aumentar, o que se justifica com a construção do Aeródromo Municipal de Ponte de Sor, que levou à instalação de uma escola de pilotos e algumas empresas ligadas à aeronáutica no município. (Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2017)

O grupo dos jovens tem vindo a diminuir e o grupo dos idosos a aumentar, esta realidade está relacionada com o aumento da esperança média de vida e a diminuição do número de nascimentos. O ciclo de vida dos indivíduos tem vindo a aumentar em Portugal; um extenso território nacional tem estado continuamente em perda demográfica, assistindo à saída das populações mais jovens. São décadas consecutivas de perdas de populações, de indivíduos que deixam estas regiões quando estão a entrar na idade fértil, sendo difícil alterar esta realidade. Em simultâneo, as regiões com uma composição etária mais jovem, estão cada vez mais delimitados ao noroeste português e à região de Lisboa. (Esteves et al, 2016)

A distribuição da população do município de Ponte de Sor segundo o sexo, pode ser observada no Gráfico 3. É possível observar uma ligeira predominância das mulheres com 52%.

Gráfico 3 - População residente em Ponte de Sor segundo o sexo em 31/12/17



Fonte: Construção própria, INE, 2018a

Estão visíveis na Tabela 2 os dados relativos à taxa bruta de natalidade do município, bem como a sua comparação com os dados relativos ao Alto Alentejo e ao país, nos anos de 2001, 2011 e 2017.

Tabela 2 - Taxa bruta de natalidade no município de Ponte de Sor, Alto Alentejo e Portugal (número de nascimentos por mil habitantes)

	2001	2011	2017
Ponte de Sor	8,0	6,9	7,1
Alto Alentejo	8,2	7,4	6,8
Portugal	10,9	9,2	8,4

Fonte: Construção própria, PORDATA, 2017b

Observa-se que o município de Ponte de Sor não acompanha a tendência nacional de diminuição da taxa de natalidade; o valor referente ao ano de 2017 é superior aos valores

relativos ao Alto Alentejo e ao País, constituindo uma exceção à realidade das regiões do interior. O que poderá estar relacionado, como já foi referido, pelo aumento da população ativa devido aos empregos ligados ao aeródromo, ou seja, melhoria das condições económicas dos habitantes do município em idade fértil.

Situação semelhante se verifica relativamente ao índice sintético de fecundidade do município de Ponte de Sor que em 2017, foi de 1,38, superior ao índice do Alto Alentejo, 1,30, e ligeiramente superior ao índice nacional, 1,37. (PORDATA, 2017c)

Relativamente à taxa bruta de mortalidade, podemos observar os dados obtidos para o município, comparando-os com os dados do Alto Alentejo e do país, na Tabela 3.

Tabela 3 - Taxa bruta de mortalidade no município de Ponte de Sor, Alto Alentejo e Portugal (número de mortes por mil habitantes)

	2001	2011	2017
Ponte de Sor	14,9	14,6	14,9
Alto Alentejo	15,7	16,0	20,6
Portugal	10,1	9,7	10,7

Fonte: Construção própria, PORDATA, 2017d

A nível do município, após uma diminuição da taxa bruta de mortalidade de 2001 para 2011, verifica-se um ligeiro aumento da mesma em 2017. Relativamente à taxa de mortalidade por causas específicas, verifica-se que no município de Ponte de Sor, no ano de 2016, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (5,3%), é superior à taxa de mortalidade por tumores malignos (2,4%). Verifica-se a mesma tendência no Alto Alentejo, bem como a nível nacional. Pode-se ainda verificar que no que diz respeito à Taxa de Mortalidade por doenças do aparelho circulatório, os valores são mais elevados para o município e para a região do Alto Alentejo, quando comparados com a taxa nacional. Todos estes dados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 - Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e por tumores malignos (2016)

	Taxa de Mortalidade por doenças do aparelho circulatório (%)	Taxa de mortalidade por tumores malignos (%)
Ponte de Sor	5,3	2,4
Alto Alentejo	5,2	3,5
Portugal	3,2	2,6

Fonte: Construção própria, INE, 2018a

Verificou-se uma taxa de crescimento natural negativa no município, de – 0,79%. (Instituto Nacional de Estatística, 2018a)

É possível observar na Tabela 5 os resultados relativos à Esperança Média de Vida à Nascimento no Alentejo, comparando-os com os valores a nível nacional (não foi possível encontrar dados relativos ao Alto Alentejo e ao Município de Ponte de Sor).

Tabela 5 - Esperança Média de Vida à Nascimento

	Total		Masculino		Feminino	
	2001	2016	2001	2016	2001	2016
Alentejo	76,7	80,2	73,3	77,3	79,9	82,8
Portugal	76,7	80,8	73,3	77,7	80,1	83,4

Fonte: Construção própria, PORDATA, 2019e

Os dados obtidos para o Alentejo, mostram a mesma tendência dos dados obtidos a nível nacional. À nascença, a esperança média de vida continua a ser superior para as mulheres; mas a diferença para os homens tem vindo a diminuir, sendo agora de 5,7 anos face a 6,02 em 2008-2010 (INE, 2018b).

*Tabela 6 - Indicadores Demográficos
 (comparação de resultados relativos ao Município de Portalegre, ao Alto Alentejo e a nível nacional)*

Indicadores Demográficos	Município de Ponte de Sor	Alto Alentejo (NUTS III)	Portugal
<u>Índice de Longevidade</u>	58,7%	57,7%	48,6%
<u>Índice de Rejuvenescimento da População Ativa</u>	66,2	69,7	78,7
<u>Índice de Sustentabilidade Potencial</u>	2,4	2,3	3,0
<u>Índice de dependência de idosos</u>	42,1%	44,4%	32,9%
<u>Índice de Dependência de Jovens</u>	18,7%	19,1%	21,5%
<u>Índice de dependência total</u>	60,8%	63,5%	54,4%
<u>Índice de envelhecimento</u>	225,0	232,4	153,2

Fonte: Construção própria, PORDATA (f, g, h, i, j, k), 2019, INE, 2018ª

A Tabela 6 permite caracterizar o município de Ponte de Sor, perante alguns indicadores demográficos, comparando-os com os resultados do Alto Alentejo e resultados nacionais.

Podemos observar que, de uma forma geral, estes índices traduzem o envelhecimento da população do município. Esta realidade vai de encontro ao panorama nacional, uma vez que o agravamento do envelhecimento demográfico a nível nacional, só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. (INE 2017)

De acordo com as projeções da população residente 2015-2080 (INE, 2017), prevê-se que: o número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões; o número de idosos aumentará de 2,1 para 2,8 milhões; em 2080, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, 317 idosos, por cada 100 jovens, o índice de envelhecimento só terá tendência a estabilizar cerca do ano de 2060,

altura em que as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais.; estas tendências são, de forma geral, transversais a todas as regiões NUTS II (Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve, e regiões autónomas da Madeira e dos Açores); há possibilidade de o índice de sustentabilidade diminuir de forma marcada, em virtude do decréscimo da população em idade ativa e do incremento da população idosa. Este índice diminuirá de 315 para 137 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos, entre 2015 e 2080.

Caraterização do Centro de Saúde de Ponte de Sor

O Centro de Saúde de Ponte de Sor/Montargil está integrado no [ACES] São Mamede, que integra a Unidade Local de Saúde do Norte [ULSNA] (ULSNA, 2019).

O centro de saúde de Ponte de Sor/Montargil integra as seguintes áreas funcionais: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] de Ponte de Sor/Montargil e Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] de Ponte de Sor/Montargil. (UCC de Ponte Sor/Montargil, 2017) O Centro de Saúde Ponte de Sor tem 15150 utentes inscritos.

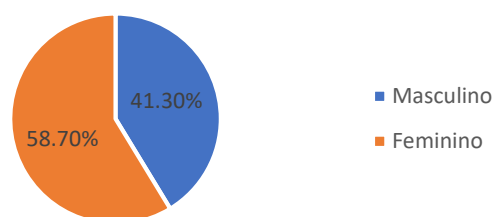
Caraterização da População - Utentes da Lista da Equipa de Saúde

Foram pesquisados no programa informático, com autorização superior, os valores relativos ao IMC da lista de utentes da UCSP; tendo sido garantida a total confidencialidade dos dados recolhidos.

A Equipa de Saúde junta da qual foram colhidos os dados, abrange uma população de 2078 utentes, destes, 182 não tinham registo de valor de IMC, pelo que, a população a que se referem os dados recolhidos, é constituída por 1896 utentes.

Após o tratamento dos dados realizado com recurso ao programa Microsoft Excel®, é possível observar no Gráfico 4 a distribuição da população de acordo com o sexo; observa-se uma predominância do sexo feminino com 58,70% e 41,3 do sexo masculino.

Gráfico 4 - Distribuição da População segundo o sexo



Fonte: Construção própria, dados ULSNA, 2019

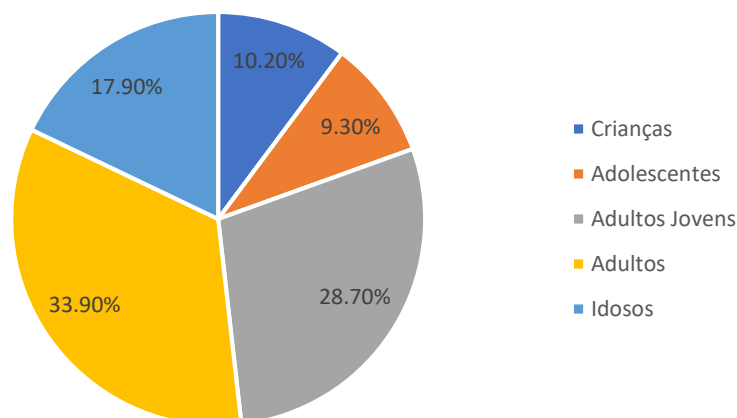
Os resultados obtidos foram comparados com os resultados dos dois maiores estudos nacionais relativos a esta temática. O Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física [IAN-AF], 2015-2016, no qual foi realizada uma avaliação antropométrica. “A obesidade e a pré-obesidade foram avaliadas através do índice de massa corporal [IMC]. Os pontos de corte utilizados para a categorização do IMC foram os preconizados pela OMS”. (Lopes et al., 2017:76) O Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico ([INSEF] 2015) da população adulta portuguesa (25-74 anos). “A prevalência de excesso de peso foi estimada como a proporção de indivíduos que tinham $25,0 \text{ Kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 30,0 \text{ Kg/m}^2$ e a prevalência de obesidade foi estimada como a proporção de indivíduos com $\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$.” (Gaio et al., 2018:30)

Por forma a avaliar os dados por grupo etário, foram definidos intervalos, com base nos intervalos utilizados no IAN-AF, tendo sido feita apenas uma pequena alteração, subdividindo o grupo dos adultos em adultos jovens e adultos (uma vez que é normalmente após os 40 anos que existe uma maior incidência no surgimento de problemas associados aos comportamentos), pelo que os intervalos considerados foram:

- Crianças – menos de 10 anos
- Adolescentes – entre 10 e 17 anos
- Adultos Jovens – entre 18 e 40 anos
- Adultos – entre 41 e 64 anos
- Idosos – a partir dos 65 anos

É possível observar no Gráfico 5 a distribuição da população segundo o grupo etário.

Gráfico 5 - Distribuição da População segundo o grupo etário



Fonte: Construção própria, dados ULSNA 2019

O grupo mais predominante é o dos adultos, 33,90%, logo seguido dos adultos jovens, 28,70% e depois pelo grupo dos idosos, com 17,90%; os grupos menos representativos são o das crianças, com 10,20% e o dos adolescentes, com 9,30%. Esta distribuição, está de acordo com os resultados relativos à população residente no município de Ponte de Sor segundo grupo etário acima referida.

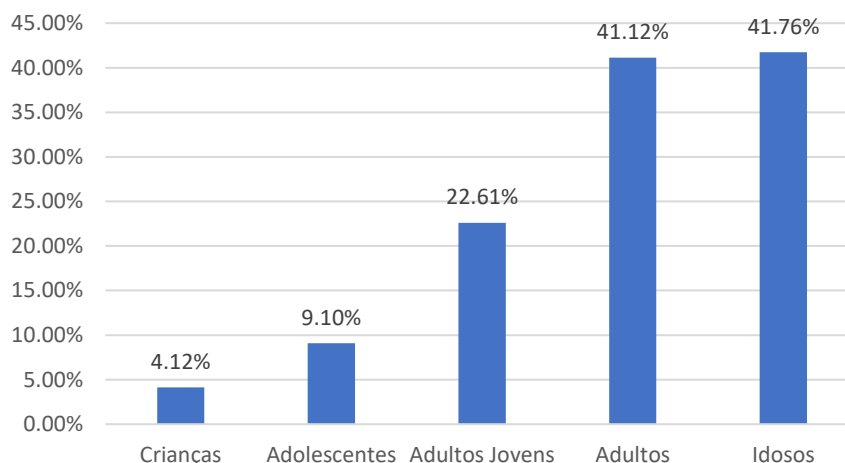
Os intervalos de IMC considerados para esta caracterização, são os definidos pela OMS e já referidos anteriormente:

- Baixo peso - $\leq 18,5$
- Peso Normal – 18,5 a 24,9
- Pré-obesidade – 25 a 29,9
- Obesidade Grau 1 – 30 a 34,9
- Obesidade Grau 2 – 35 a 39,9
- Obesidade Grau 3 - ≥ 40

Após a o tratamento dos dados, verificou-se que a população apresenta uma média de IMC de 23,77, ou seja, valor correspondente a peso normal.

No que diz respeito à prevalência de pré-obesidade, é possível observar no Gráfico 6 que, no que diz respeito à distribuição por grupos etários, verifica-se uma prevalência mais elevada nos idosos, 41,76%, seguidos de perto pelos adultos com 41,12%; já as crianças são as que apresentam a prevalência menor com 4,12%.

Gráfico 6 - Prevalência de pré-obesidade por grupo etário

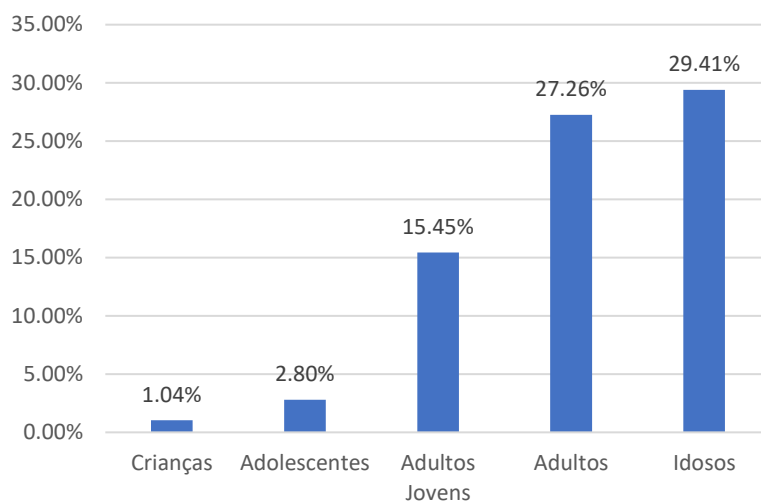


Fonte: Construção própria, ULSNA, 2019

Esta distribuição dos resultados é semelhante à obtida no IAN-AF, estudo já acima referido, onde o grupo etário dos idosos foi aquele onde se verificou a percentagem mais elevada e o grupo das crianças aquele onde se observou a percentagem menos elevada.

Relativamente à prevalência de obesidade, é possível observar no Gráfico 7 que mais uma vez são os idosos que apresentam a percentagem mais elevada, 29,41%, seguidos novamente pelos adultos, com 27,26%; a menor percentagem continua a verificar-se nas crianças, com 1,04%.

Gráfico 7 - Prevalência de obesidade por grupo etário

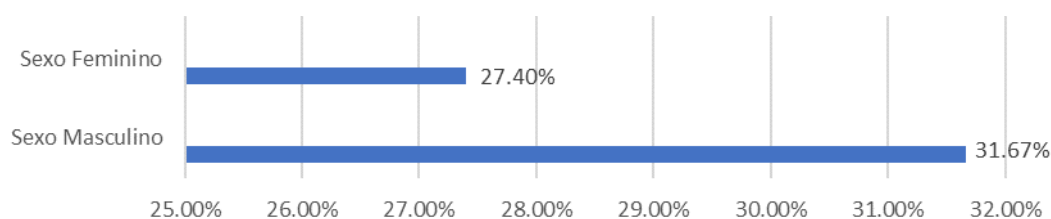


Fonte: Construção própria, ULSNA, 2019

Volta a verificar-se o mesmo tipo de distribuição dos resultados obtidos no IAN-AF, onde o grupo etário dos idosos foi aquele onde se verificou a percentagem mais elevada e o grupo das crianças aquele onde se observou a percentagem menos elevada.

É possível observar no Gráfico 8, a prevalência de pré-obesidade da população, de acordo com o sexo, verifica-se que a maior prevalência de pré-obesidade se verifica no sexo masculino com 31,67%.

Gráfico 8 - Prevalência de pré-obesidade segundo o sexo

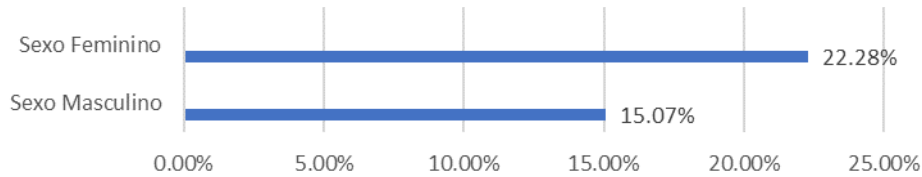


Fonte: Construção própria, ULSNA, 2019

Esta distribuição dos resultados é semelhante à verificada no IAN-AF e no INSEF 2015.

No Gráfico 9, é possível observar a prevalência de obesidade de acordo com o sexo, verifica-se que o sexo feminino apresenta a percentagem mais elevada, 22,28%.

Gráfico 9 - Prevalência de obesidade segundo o sexo



Fonte: Construção própria, ULSNA, 2019

Tal como anteriormente, verifica-se uma distribuição de resultados semelhantes aos obtidos no IAN-AF e do INSEF 2015.

Conclusão

O diagnóstico da situação efetuado permitiu enquadrar a temática na realidade nacional e local, através da pesquisa epidemiológica efetuada e dos dados recolhidos na comunidade.

Observa-se no Concelho de Ponte de Sor, à semelhança de outros concelhos do interior do país, uma tendência crescente de aumento da população com idade igual ou superior a 65 anos.

Após o tratamento dos dados colhidos na comunidade, foi possível observar que as prevalências de excesso de peso e obesidade, apresentam uma distribuição semelhante às obtidas nos estudos nacionais IAN-AF e INSEF, prevalências mais elevadas nos grupos etários dos adultos e idosos.

Bibliografia

- Associação Portuguesa de Nutrição [APN] (2019). Obesidade. In Associação Portuguesa de Nutrição. Acedido em 05 de abril de 2019 em <https://www.apn.org.pt/ver.php?cod=0e0c0m>
- Câmara Municipal de Ponte de Sor (2017). Aeródromo Municipal de Ponte Sor. In Aeródromo Municipal Ponte de Sor. Disponível em <http://aerodromo.cm-pontedesor.pt/>
- Camolas, J., Gregório, M.J., Sousa, S.M. e Graça, P. (2017). Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. In Direção-Geral da Saúde, 1-66. Disponível em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1513848603Obesidade_otimizacaodaabordagemterapeuticanoservi%C3%A7onacionaldesaude.pdf
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2019a). Obesidade. In Alimentação Saudável. Disponível em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/saude-e-doenca-obesidade/>
- Esteves, A., Romão, A., Sousa, F., Oliveira, I.T., Marques, J.C.L., Dias, J.G., Rebelo, J., Magalhães, M.G., Moreira, M.J.G., Matos, P., Nossa, P., Rodrigues, T. (2016). Atas do V Congresso Português de Demografia. Lisboa. Disponível em <http://www.apdemografia.pt/index.php/80-destaques/158-portugal-e-a-europa-os-numeros-9ab>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019a). Números dos Municípios e regiões de Portugal, quadro-resumo Ponte de Sor. PORDATA – Estatísticas. Disponível em [https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Ponte+de+Sor+\(Município\)-232806](https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Ponte+de+Sor+(Município)-232806)
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019b). Taxa bruta de natalidade. PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-366>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019c). Índice sintético de Fecundidade. PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+sintético+de+fecundidade-739>

- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019d). Taxas de mortalidade. PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+mortalidade-367>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019e). Esperança média de vida à nascença PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Esperanca+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo-873>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019f). Índice de longevidade. PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+longevidade-457>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019g). Índice de sustentabilidade potencial. PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Número+de+indivíduos+em+idade+ativa+por+idoso-462>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019h). Índice de dependência de idosos. PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+dependência+de+idosos-461>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019i). Índice de dependência de jovens. PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+dependência+de+jovens-460>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019j). Índice de dependência de total. PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+dependência+total-459>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019k). Índice de envelhecimento. PORDATA – Estatísticas. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+envelhecimento-458>
- Gaio, V., Antunes, L., Barreto, M., Gil, A., Kislava, I., Namorado, S., Rodrigues, A.P., Santos, A., Nunes, B., Dias, C.M. (2018) - Prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal: resultados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015). Observações_ Boletim Epidemiológico. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 22, 29-33. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5588/5/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N22_2018_artigo7.pdf
- Imperatori, E., Giraldes, M.R. (1982). Metodologia do Planeamento da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa
- Instituto Nacional de Estatística I.P [INE] (2017). destaque - Projeções de População Residente 2015-2080. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística I.P [INE] (2018a). Anuário Estatístico do Alentejo 2017, Lisboa-Portugal. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320467879&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística I.P [INE] (2018b). destaque - Tábuas de Mortalidade 2015-2017. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=316114635&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Ramos, E. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF, 2015-2016. Porto: Universidade do Porto. Disponível em http://www.iasaude.pt/attachments/article/4327/Relato%C2%81rio%20Resultados%20IAN-AF_2015_2016.pdf
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Rede Social de Ponte de Sor (2015). Diagnóstico Social Ponte de Sor 2015-2017. Disponível em <http://www.cm-pontedesor.pt/sub-menu-6/sub-menu6-4>
- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa.
- UCC de Ponte de Sor/Montargil (2017). Manual de Acolhimento. Ponte de Sor
- ULSNA (2019). Cuidados de Saúde Primários. In Serviços. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-primarios/>
- WHO - World Health Organization (2018) Obesity and Overweight. In News. Disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

PARTE II - PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO E APOIO SOCIAL

Universidades seniores e parcerias

*Luis, Jacob,
ESES/Santarém,
luisjacob@ese.ipsantarem.pt
Maria José Conde-Rodrigues,
Universidade de Salamanca (Espanha),
mjrconde@usal.es*

Resumo

Neste artigo apresentamos a caracterização das universidades seniores em Portugal, assim como dos seus alunos e professores. Apresentamos igualmente a sua relação com os parceiros, nomeadamente o poder autárquico. Em geral existem 368 universidades em Portugal que reúnem mais de 60.000 alunos e 7.500 professores.

Palavras chave: Universidades Seniores, parceiros, autarquias

Introdução

Começamos por contextualizar o surgimento das universidades seniores (US) em Portugal, as razões da sua expansão e os seus efeitos já compreendidos sobre os mais velhos e com que as US estabelecem parcerias preferencialmente.

De toda a literatura revista encetamos a apresentação deste trabalho com uma frase de Nelson Mandela “A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo²¹” (2003). Se quisermos transpor esta frase para o universo sénior podemos dizer que as Universidades Seniores são provavelmente uma das armas mais poderosas para valorizar todo o potencial dos seniores e incrementar o seu envelhecimento ativo (EA) e a aprendizagem ao longo da vida (ALV).

Portugal tem por tradição níveis altos de analfabetismo e uma baixa *participação da população adulta ativa em programas de educação ou formação, 10.3% em 2018* (Conselho Nacional de Educação (CNE), 2019). A taxa de **analfabetismo** em Portugal em 1960 era de 46.5% (4.128.000 pessoas sem nível de ensino, Pordata, 2019), por comparação na Dinamarca e na Letónia essa taxa era inferior a 4% no mesmo ano (UNESCO, 1996).

²¹ Dito na conferência “Lighting your way to a better future” no planetário da Universidade de Witwatersrand em Joanesburgo na África do Sul a 16 de Julho de 2003.

Em Portugal nunca se valorizou muito a formação de adultos e Silvestre indica “se consideramos que a educação e formação de adultos tem sido marginalizada, esta faixa etária (idosos) tem sido super-hiper-ultra-marginalizada” (2011, p. 117).

Com o progressivo envelhecimento da população dos países ocidentais, a que Portugal não é exceção, surgiu a necessidade de ir mais longe na educação de adultos e criar um modelo teórico e pedagógico específico para adultos mais velhos, em que a qualificação profissional não fosse a vertente mais importante.

Nos finais dos anos 90 e início de 2000 surgem em Portugal algumas situações particulares que vão levar ao surgimento de um movimento de educação vocacionado para os seniores. Com o rápido envelhecimento demográfico da população portuguesa; uma vaga de pré-reformas (essencialmente professores, funcionários dos seguros e bancários, estes fruto das aquisições e reestruturações que a banca e as seguradoras tiveram nesse período) que conduziu a um grande número de seniores, com habilitações elevadas, maior poder económico e autónomos, para a situação de reformados.

1. Desenvolvimento

É neste contexto que aumenta significativamente o número de Universidades da Terceira Idade (UTI), Academias Seniores (AS) ou Universidades Seniores no nosso país. Apesar destas já existirem em Portugal desde 1978 é depois de 2000 que estas adquirem uma grande vitalidade e dispersão geográfica, que as faz passar de 20 em 1995 para 307 a dezembro de 2018 (CNE, 2019).

Em 2005 é criada oficialmente a Associação Rede de Universidades da Terceira Idade (RUTIS) que tem por fim promover, unir e representar as Universidades Seniores. A criação desta rede é para as universidades existentes um foco aglutinador e de apoio técnico, assim como proporciona uma série de atividades para os seus alunos. A função, mais importante, à época foi ir junto de potenciais promotores (associações, autarquias e grupos informais de seniores) que quisessem criar novas universidades seniores e fornecer-lhes o apoio técnico e motivacional que precisavam para esse efeito.

Existem dois modelos principais de universidades seniores no mundo. O modelo original, o francês, com início na Universidade de Toulouse em 1973 com sede nas universidades formais, com professores remunerados e estrutura de curso; e o modelo inglês com sede em grupos informais, com aulas diversas e com professores voluntários.

Ver diferenças entres os dois modelos na tabela 1.

Tabela 1 – Diferenças entre os modelos Inglês e Francês

Modelo Francês	Objetivos	Modelo Inglês	Objetivos
	Atualização cultural; Possibilitar a instrumentalização; Desenvolvimento de pesquisas; e, Organização de atividades de interesse popular.		Compartilhar experiência intergeracionais; Desenvolver projetos comuns com a colaboração profissional de especialistas jovens e idosos e integração da universidade e da sociedade; e, Realizar a manutenção das competências.
Modelo Francês	Características	Modelo Inglês	Características
	Tem suas bases no modelo universitário francês; Há cursos oficinas de trabalho e de grupos de estudos diversificados e abertos; Há metodologia e conteúdos próprios centrados no modelo de educação continuada; e, Considerados de “modelos velhos”.		Baseia-se no ideal de autoajuda; Ação intergeracional de profissionais jovens e idosos; Possibilidade de alunos participarem de pesquisas; e, Criar espaços para os participantes fazerem a manutenção de suas competências e do sentimento de autovalorização.

Fonte: Adaptado de Oliveira e Scortegagna (2016)

As US portuguesas têm por base a ideia inglesa e assentam em organizações sem fins lucrativos, professores voluntários e num modelo de ensino não formal.

As Universidades Seniores proporcionam regularmente aulas, palestras, eventos e roteiros culturais, oficinas temáticas, tertúlias, sessões de divulgação e informação, rastreios, ações de voluntariado e solidariedade, espetáculos, jogos florais, concursos, seminários, jornadas intergeracionais e visitas a museus, teatros e monumentos a todos os seniores interessados, independentemente do seu nível académico, económico ou social.

O que leva os seniores a aderirem às US é a vontade de aprender, atualizar e partilhar os seus conhecimentos, manterem-se ativos e participativos, a procura de novas formas de lazer intelectual, conviver e conhecer novas pessoas, combaterem o isolamento, criarem novos projetos de vida e entrarem em atividades lúdicas e culturais.

Para além disso, o facto de ser aluno e andar numa Universidade Sénior dá “status” e autoestima, oferece às pessoas um sentimento renovado de importância e de finalidade, algo por que esperar, até mesmo uma força adicional para lutar contra uma doença e um renovado alento.

Globalmente as US têm vários propósitos e atuam em cinco áreas:

1 – Social: As US proporcionam aos seus utilizadores uma maior rede de contactos sociais; contribuem para que os seniores tenham um motivo para “saírem de casa” e diminuem o sentido de isolamento e solidão.

2 – Psicológico: As US aumentam a autoestima dos seniores, diminuem o sentimento de inutilidade que possam desenvolver e ajudam a prevenir o surgimento ou agravamento de algumas doenças do foro mental.

3 – Educacional: As US fornecem novos conhecimentos aos seus alunos; permitem que estes partilhem os seus com outras pessoas e noutros lugares; aumentam as competências pessoais dos seniores; contribuem para a inclusão digital e melhoram a sua literacia.

4 – Saúde: As US melhoram, de forma significativa, a saúde física e mental dos seus utilizadores; diminuem o consumo de medicamentos; promovem a atividade física; melhoram os conhecimentos globais de saúde e reduzem os índices de depressão e ansiedade.

5 – Cultural: As US aumentam o consumo de bens e serviços culturais dos seniores; promovem e divulgam a criação artística; elevam os conhecimentos culturais e incentivam a utilização de espaços e serviços culturais.

A importância das US em Portugal foi reconhecida legalmente pelo estado português através da Resolução de Conselho de Ministros (RCM) nº 76/2016.

Sabemos que as US se estruturam à volta de três pilares essenciais: Entidades promotoras e respetivos dirigentes; professores voluntários e alunos seniores, a que juntamos um quarto pilar que une todos os outros: as atividades socioeducativas e culturais que realizam, figura 1.



Figura 1: Pilares das US

Fonte: Autor 2020

Os diversos estudos científicos nacionais, entretanto realizados, indicam que frequentar uma universidade sénior aumenta a qualidade de vida dos seus frequentadores, melhora o seu estado geral de saúde, diminui os sentimentos de depressão e isolamento, diminui o consumo de medicamentos e aumenta a inserção social.

Os dados a seguir apresentados baseiam-se nos estudos feitos por Jacob (2020).

Ao analisarmos os dados disponíveis sobre as US constatamos que não estávamos a conseguir saber quantas US existem exatamente em Portugal e quantos alunos e professores estão envolvidos neste movimento.

A nossa base de partida foi a base de dados das US, feita pela RUTIS e tornada pública no site da CASES²², duas vezes por ano. Mas esta base de dados tinha algumas gralhas, excluía as US que não estão registadas na rede e continha US não sediadas em Portugal que não deviam ser consideradas.

Resolvemos procurar por valores mais exatos de duas formas:

○ Partindo dessa base de dados contactamos todas as US existentes nessa lista. Foi um trabalho muito extenuante e demorado, porque muitas entidades não respondiam aos nossos pedidos de informação feitos por carta, telefone ou e-mail. Por fim conseguimos obter a informação de todas as US presentes na base de dados da RUTIS.

○ A segunda parte foi mais complicada porque não havia uma lista a seguir. Assim o primeiro passo foi elaborar uma lista provisória de US não registadas a partir de outras bases de dados, de notícias nos meios de comunicação e de uma vasta procura online principalmente nos sites das autarquias. Identificamos 69 US, das quais 31 responderam ao nosso repto e que validamos o seu funcionamento. Ainda encontramos 3 que estão em processo de criação por iniciativa das autarquias. Tabela 2.

○ Tabela 2 – Número de US em Portugal

US	Total de US	US Registadas na RUTIS	US não registadas	US em Processo de criação
Número	368	296	69	3
%	100%	80.4	18.8	0.8

Fonte: Autor (2020)

Recebemos a indicação de 5.697 alunos das 31 US, o que dá uma média de 184 alunos por US, tabela 3. Aplicamos esta medida às restantes 38 US e obtivemos o resultado de 6.992 alunos. Somando os alunos da US da rede e estas temos um total de 61.974 alunos seniores em Portugal. Estamos perante uma amostra feminizada (71,9% dos inquiridos são do género feminino) com uma média etária de 68,1 anos (desvio padrão de 6,7 anos). A maioria dos

²² <https://www.cases.pt/rutis-universidades-academias-seniores/>

inquiridos são casados (63,9%) e 21,1% são viúvos. Sabe-se também que mais de metade da amostra (58,4%) está inscrita na Universidade/Academia Sénior há menos de 4 anos.

A grande maioria dos inquiridos estão reformados (88%). A amostra é caracterizada por escolarização e rendimento intermédios, se bem que seja de assinalar que 18,9% dos inquiridos auferem mais de 1.500€ mensalmente. A nível dos rendimentos, 56,10% auferem no máximo 1.000€.

Tabela 3 – Total de alunos nas US

Alunos	Total de alunos	US	US não	US não
		Registadas na RUTIS	registadas	registadas estimativa
Número	61.974	49.285	5.697	6.992
Média	168	166	184	184
%	100%	79.5%	9,2%	11.3%

Fonte: Autor (2020)

Recebemos a indicação de 676 professores das 31 US que nos responderam, o que dá uma média de 22 professor por US. Aplicamos esta medida às restantes 38 US e obtivemos o resultado de 828 professores. Destas 31 US, 58% funcionam só com professores voluntários, 19% trabalha com professores remunerados e 23% com voluntários e remunerados. Somando os alunos da US da rede e as não registadas temos um total de 7.544 professores nas US. Tabela 4.

Tabela 4 – Total de professores nas US

Professores	Total de professores	US	US não	US não
		Registadas na RUTIS	registadas	registadas estimativa
Número	7.544	6.040	676	828
Média	21	20	22	22
%	100%	80%	9%	11%

Fonte: Autor (2020)

A nível mundial, se compararmos os dados dos principais países que desenvolvem US, podemos constatar que Portugal tem um ótimo rácio US / População e Alunos seniores / População. Inclusive, se excluirmos a China pela sua dimensão e pelo facto das US serem todas governamentais, Portugal é o país do mundo com o melhor rácio US/habitante, 0.345 e US/idosos, 1.68. Tabela 5.

Tabela 5 – Proporção US/habitantes

% de idosos	Países	Nº de US	Habitantes	Rácio US/hab.	Idosos	Rácio US/idosos
16,8	China	61.000	14.000.000.000	0,436	235.000.000	2.60
20,9	Portugal	368	10.500.000	0,345	2.194.000	1.68
19,2	Eslovénia	52	2.065.000	0,252	395.844	1.31
16,6	Polónia	613	38.500.000	0,159	6.390.000	0.96
8,7	Austrália	180	25.250.000	0,071	2.200.000	0.82

Fonte: Autor e outros (2020)

Em relação à aplicação da escala de depressão nas US, os resultados indicam que os seniores que frequentam as US têm valores menores de depressão que a população idosa em geral (15% a 45% dependendo das fontes), tabela 6.

Tabela 6 – Resultados da aplicação da GDS em Portugal e no Brasil

GDS Intervalar	Portugal
Tabela psicológico normal	92,1%
Tabela de depressão leve	7,3%
Tabela de depressão severa	0,6%

Fonte: Autor (2020)

Foi no escalão etário '75 anos ou mais' onde se verificou uma melhoria significativamente superior no estado de saúde. A mesma constatação aplica-se aos inquiridos de género feminino, aos viúvos, às domésticas e para os grupos com menos grau de escolaridade, tabela 70. Estes dados são relevantes para evidenciar a função social das US, porque indicam que os seus efeitos são maiores naqueles que mais precisam.

Em relação às parcerias que as US desenvolvem as principais são com as autarquias (Câmaras municipais e juntas de freguesia), no descurando outro tipo de parceiros como:

- Agrupamentos escolares/escolas: Cedência de salas e instalações (Ex: US de Almada, Barreiro ou Tomar) e de professores.
- Ensino Superior: Acolhimento e cedência de salas e instalações (Ex: Instituto Politécnico de Leiria) e participação em projectos de investigação.
- Empresas: Patrocínios e donativos (Ex. Academia Sénior da Golegã ou Universidade da Terceira Idade de Ferreira do Zezere).
- Outras associações/entidades (Igreja, cooperativas, IPSS, etc.): Cedência de instalações.
- Comissões sociais e rede social: Troca de informações e de actividades.

Quando questionados os dirigentes das US (125 respostas) sobre o apoio que recebem das Juntas de Freguesia e Câmaras Municipais. A maioria considerou esse apoio positivo (avaliando o apoio das Juntas de Freguesia em 2.9/5 e o apoio das Câmaras Municipais em 3.4/5). A nota superior das Câmaras deve-se muito possivelmente a estas entidades terem recursos muito superiores às Juntas de Freguesias para poderem apoiar as US. Os principais apoios que as autarquias dão às US são a cedência de instalações e de transportes colectivos e o apoio financeiro.

Conclusão

As US 368 identificadas são na maioria criadas pela sociedade civil (67%), funcionam em instalações próprias ou cedidas pelas autarquias, tem em média 155 alunos e 20 professores e um funcionário remunerado, cobram mensalidade em média de 10,5 euros e estão presentes em quase todo o território.

Conseguimos caracterizar os alunos que frequentam as US, saber as suas motivações, percursos e características. São mais de 61.974 seniores, a maioria mulheres, que semanalmente frequentam as US, com um grau de lealdade e satisfação elevado. Pessoas, algumas com o mínimo de escolaridade, que dezenas de anos depois regressam a uma escola. Uma escola diferente daquela que conheceram, mais inclusiva, mais divertida, mais aberta, mais moderna e adaptada aos seus desejos de pessoa maior.

É aqui que os seniores vão realizar os seus sonhos de “menina e moça”, no palco com o grupo de teatro, em cima do estrado com a tuna ou atrás de cavaletes a pintar o mundo. Não descobrir

o mundo da internet e das ferramentas digitais, alguns vão voltar a namorar e outros vão encontrar um sentido á vida na reforma. Analisamos o impacto que tudo isto tem na saúde física, mental e social dos alunos seniores. Entender que as US são um grande “remédio” que tomado regularmente contribui para a felicidade e bem-estar das pessoas mais velhas. Percebemos ainda que é para os idosos mais isolados, menos letrados e com menores rendimentos que as US são mais importantes.

As US fazem bem à auto-estima, ao corpo e a alma, promovem o conhecimento e aumentam a rede de amigos e conhecidos. Diminui o consumo de medicamentos e previne a depressão.

Dos 7.544 professores sabemos que são na maioria licenciados, de todas as idades, a grande maioria são voluntários, passam 2 horas semanalmente na US e sentem-se muito felizes sendo professores voluntários.

Do processo pedagógico nas US retemos três pontos importantes:

- O afeto, é fundamental existir um elo emocional entre o que ensina e o que aprende. Por isso o que aprendemos com os nossos pais, avós ou irmãos é tão importante e vinculativo. Porque está presente o afeto. Esta perceção é muito importante porque funciona nos dois sentidos. Se o que ensina consegue criar uma relação com o aprendente é excelente, mas se o que ensina não cria uma relação ou provoca um mal-estar com o aprendente, está não só a condicionar a aprendizagem presente como a dificultar o futuro processo de ensino. Quantos de nós não passamos a gostar/detestar de uma disciplina pela relação que se criou com o professor?
- A garantia que todos sabem e não só o professor. De novo nas palavras de Freire (2007, p. 22) “Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”. A importância de democratizar a educação, esquecer o modelo que só o professor é detentor da sabedoria, mas aproveitar os saberes de todos, para em conjunto aprenderem mais e melhor.
- A importância de aproveitar a curiosidade e a natural vontade de aprender que todas as pessoas têm. Implica também aumentar a consideração da potencialidade cognitiva de aprendizagem de todos os sujeitos de qualquer idade. Considerar que independentemente da idade ou capacidade intelectual todos podemos aprender.

Para terminar o nível de satisfação com a Universidade/Academia Sénior é muito elevado. Apenas 2,1% dos inquiridos manifestaram estar pouco satisfeitos o que demonstra a importância das US na vida das pessoas e o sucesso da iniciativa. E ainda de acordo com a informação que

obtivemos de entidades congéneres da RUTIS e de outros especialistas mundiais Portugal é o único país que tem uma legislação específica para as US, o que nos torna um caso de estudo.

Bibliografia:

- Cachioni, M. (1999), *Universidades da Terceira Idade: Das origens à experiência brasileira*, in Neri, A e Debert, G. , pp. 141-178, Velhice e sociedade, Coleção Vivacidade, Editora Papirus.
- Jacob, Luis (2020), *Universidades Seniores em Portugal: Caracterização e desenvolvimento*, tese de doutoramento em Sociedade do Conhecimento, Universidade de Salamanca, Espanha.
- CNE (2019), Relatório do Estado da Educação 2018, Conselho Nacional de Educação, pp. 73-74. Lisboa
- Freire, P. (2007), *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 36 edição São Paulo: Paz e Terra.
- RCM No. 76/2016, (2016), Resolution of the Council of Ministers 76/2016 in Diário da República n.º 229/2016, Serie I de 2016-11-29
- Silvestre, Carlos (2011), *Educação e formação de adultos e idosos: Uma nova oportunidade*. Horizontes Pedagógicos. Editora Piaget.
- Unesco - Odile Jacob (1996), *Educação: um tesouro a descobrir*; relatório para a UNESCO da Comissão Internacional de Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez; Brasília

A importância da intervenção em parceria

Luís Marvão,
Centro Distrital de Setúbal do Instituto de Segurança Social, IP,
luis.c.marvao@seg-social.pt

Resumo

A experiência do Centro de Distrital de Setúbal de Segurança Social no trabalho e intervenção em parceria. Tomou-se como ponto de partida o programa da Rede Social, criado com o objetivo de potenciar as redes locais, ao fornecer um quadro de referência legislativa e instrumentos para o diagnóstico e planeamento da intervenção em parceria. Retrata o presente artigo a experiência do Grupo de Trabalho do Envelhecimento da Plataforma Supraconcelhia do Alentejo Litoral, instância de parceria do programa da Rede Social. Pretende-se demonstrar a importância das estratégias colaborativas de âmbito local na resposta aos desafios suscitados pelo envelhecimento.

Palavras chave: Redes, Parcerias, Envelhecimento

Introdução – A Segurança Social

Começamos por um breve enquadramento histórico da evolução do Sistema de Segurança Social.

Os sistemas de segurança social foram criados para proteger os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

Por isso, a Constituição da República Portuguesa (CRP) estabelece, no n.º1 do seu Artigo 63 (Segurança Social e Solidariedade), que “todos têm direito à Segurança Social. Este direito é, pois, universal e inclusivo, incumbindo ao Estado “organizar e criar um sistema de segurança social unificado e descentralizado”, com a participação das organizações da sociedade civil representativas de diferentes grupos de beneficiários, de acordo com o preceituado na CRP.

A segurança social foi resultado de um longo processo histórico, dos esforços desenvolvidos para criar sistemas de proteção das pessoas em estado de necessidade. Não sendo intenção proceder à análise histórica no espaço desta comunicação, não queremos deixar de recordar alguns marcos deste processo:

- **Associativismo operário** novecentista, cuja resiliência deu origem às **associações de socorros mútuos**, que prestavam cuidados médicos e atribuíam prestações pecuniárias para as situações

de incapacidade permanente ou temporária para o trabalho, mas ainda sem uma proteção efetiva na velhice.

- **Caixas de aposentações**, criadas em finais do século XIX, em vista a garantir proteção na velhice, restritas, porém, aos trabalhadores de um grupo reduzido de empresas, exemplo da Companhia Real dos Caminhos de Ferro Portugueses.
- **Sistema de seguros sociais obrigatórios**, instituídos em 1919, durante a I República, através de um ambicioso programa destinado a garantir proteção aos trabalhadores por conta de outrem com rendimentos inferiores a um determinado montante, em matéria de doença, acidente de trabalho, invalidez, velhice e sobrevivência. Era objetivo do legislador republicano complementar a ação do mutualismo, afirmando a função social do Estado e procurando dar cobertura a vastos segmentos da população ativa que não estavam abrangidos por qualquer esquema de previdência.

É, porém, no regime corporativista do Estado que é regulamentada a estrutura do sistema de seguros sociais obrigatórios, através da Lei 1884, 16 de março de 1935, que procede ao reconhecimento das instituições de previdência social e abrangia os trabalhadores por conta de outrem das atividades industriais, comércio e serviços, nas situações de desemprego, invalidez, velhice e morte; instituía ainda um regime específico de proteção para os trabalhadores agrícolas (casas do povo) e das pescas (casa das pescas). A Lei 2115, de 18 de junho de 1962, veio proceder à reforma dos diplomas anteriores, reforçando a prestações existentes e alargando a proteção social à maternidade e família (são criadas de previdência e abono de família).

- **Pensão social**, fixada pelo Decreto-lei 217/74, de 27 de maio, “a atribuir a todas as pessoas inscritas no Instituto da Família e Ação Social ou na Misericórdia de Lisboa”. Assim, o regime democrático, saído do 25 de abril, instituía a proteção social permanente para trabalhadores não abrangidos por qualquer regime de seguro social e grupos da população não inseridos no mercado de trabalho. Anteriormente, as formas de apoio a estes grupos eram de natureza discricionária, não assumindo um caráter permanente. O Despacho Normativo n.º 59/77, de 23 de fevereiro, estabelecia o acesso à pensão social a todas as pessoas com idade superior a 65 anos, que não estavam abrangidos por qualquer esquema de previdência.

Em 1984, é aprovada a primeira Lei de Bases da Segurança Social (Lei n.º 28/84, de 14 de agosto), que estabelecia, como objetivos do sistema, a proteção dos trabalhadores e das suas famílias “nas situações de falta ou diminuição de capacidade para o trabalho, de desemprego involuntário”. Garantia, ainda, “a compensação de encargos familiares” e a proteção das “pessoas em situação de falta ou diminuição de meios de subsistência”.

Esta Lei deu origem a medidas de proteção na área do emprego (criação do subsídio de desemprego/Decreto-Lei n.º 20/85, de 17 de janeiro), da maternidade, doença, adoção,

invalidez e velhice (regime da pensão unificada para os trabalhadores abrangidos pelo sistema de Segurança Social e pelo sistema de proteção social da função pública/Decreto-Lei n.º 143/88, de 22 de abril).

Seguiu-se um processo de alterações legislativas, ao longo da última década do século XX e do primeiro decénio do novo milénio, que culminou na atual da Lei de Bases Gerais do Sistema de Segurança Social (Lei n.º 83-A/2013).

De acordo com este diploma legal, o sistema de segurança social é composto por três sistemas distintos:

- **Sistema de proteção social de cidadania**, que “tem por objetivo garantir direitos básicos do cidadão e a igualdade de oportunidades, bem como promover o bem-estar e a coesão sociais.”
- **Sistema previdencial**, que “visa garantir, assente no princípio de solidariedade de base profissional, prestações pecuniárias substitutivas de rendimentos de trabalho perdido em consequência da verificação das eventualidades legalmente definidas.”
- **Sistema complementar**, que compreende um regime público de capitalização e regimes complementares de iniciativa coletiva e de iniciativa individual.

É no sistema de proteção social de cidadania que se enquadra a experiência de intervenção local que será objeto de análise na secção seguinte.

1. Uma experiência de intervenção local em parceria

Nos objetivos a prosseguir pelo sistema de segurança social, é atribuída particular relevância à intervenção em parceria e ao trabalho em rede. Vamos procurar fundamentar tal afirmação, ilustrando a forma como a experiência do Grupo de Trabalho do Envelhecimento, da Plataforma Supraconcelhia do Alentejo Litoral (PSCAL), se enquadra no sistema de proteção social de cidadania.

O sistema de proteção social de cidadania é constituído pelos subsistemas de ação social, de solidariedade e de proteção familiar. A experiência do Grupo de Trabalho do Envelhecimento da PSCAL enquadra-se nos objetivos do subsistema de ação social.

2. O subsistema de ação social

O subsistema de ação social visa prevenir e reparar “situações de carência e desigualdade socioeconómica, de dependência, de disfunção, exclusão ou vulnerabilidade sociais, bem como a integração e promoção comunitárias das pessoas e o desenvolvimento das respetivas

capacidades.” Assegurar especial “proteção aos grupos mais vulneráveis”, tais como pessoas idosas ou com deficiência.

O desenvolvimento da ação social não é apenas incumbência do Estado central, mas também das autarquias, instituições sociais, cooperativas, organizações não-governamentais e demais associações da sociedade civil (exemplo das dedicadas ao voluntariado) e mesmo de grupos particulares de cidadãos.

A ação social deve ser consubstanciada numa intervenção de proximidade para o reforço da capacitação e autonomia das pessoas e do bem-estar geral das comunidades. Contudo, também comporta uma dimensão de planeamento, em vista a promover uma distribuição racional e mais justa dos equipamentos e serviços sociais, reduzindo as assimetrias territoriais e aumentando os níveis de eficácia e eficiência das respostas às necessidades das pessoas e das comunidades.

Dada a natureza diversa dos atores envolvidos nas políticas, programas e práticas de ação social, é conferido um lugar central às relações de parceria, à intervenção concertada entre diferentes organismos do Estado central e ao desenvolvimento de formas de cooperação com as autarquias, instituições sociais e demais agentes da sociedade civil.

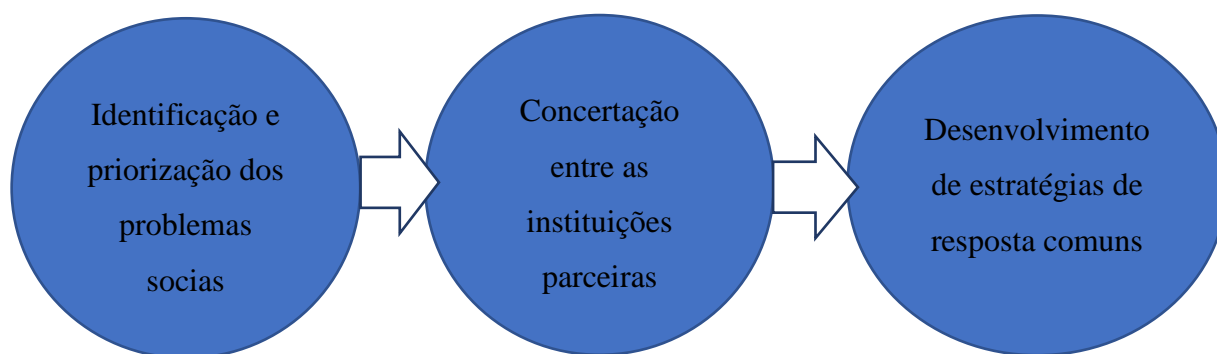
Foi no seio desta filosofia de pensamento e ação que nasceu o programa da Rede Social, cujo objeto e linhas de intervenção abordamos na secção seguinte.

3. O programa da Rede Social

A Rede Social foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro, abrangendo, na sua fase inicial e experimental, 41 concelhos piloto, sendo, mais tarde, alargada a todo o território continental. Os “princípios, finalidades e objetivos” da Rede Social foram consagrados no Decreto-lei n.º 115/2006, de 14 de junho, que é o instrumento legislativo deste programa.

Foi, à época, considerada o instrumento de operacionalização local do PNAI- Plano Nacional para a Ação e Inclusão. Em vista a potenciar as parcerias locais, instituiu-se, através do diploma legislativo mencionado atrás, uma estrutura orgânica capaz de congrega entidades públicas e privadas em dinâmicas de ação conjunta, visando responder com maior eficácia e eficiência aos problemas das populações nos diferentes territórios.

Assim, a Rede Social traduz-se em parcerias locais orientadas para a reflexão, diagnóstico e desenvolvimento de estratégias integradas de resposta aos problemas sociais, processo que pode ser ilustrado da seguinte forma:



Para este processo ser bem-sucedido, é necessário haver relações de confiança entre as diferentes instituições parceiras implicadas na intervenção. Com efeito, a confiança é o primeiro passo para o desenvolvimento de formas de partilha de informação e recursos, de relações cooperação entre os atores das redes locais.

Para o reforço das condições para o desenvolvimento das parcerias locais, o legislador criou órgãos e instrumentos para a Rede Social. Órgãos e instrumentos agregadores das diferentes instituições em fóruns de deliberação e ação comuns.

Órgãos da Rede Social e funcionamento:

- Comissão Social de Freguesia (CSF), cuja unidade territorial de intervenção é a freguesia;
- Conselho Local de Ação Social (CLAS), cuja unidade territorial de intervenção é o concelho/município;
- Plataforma Supraconcelhia, que corresponde às NUT III (nomenclaturas de unidades territoriais do INE).

A Comissão Social de Freguesia é presidida pelo presidente da junta de freguesia, o CLAS pelo presidente da câmara municipal, ou pelo vereador com competência delegada, e a Plataforma Supraconcelhia é coordenada pelo diretor/a do Centro Distrital de Segurança Social da respetiva divisão territorial.

É no plenário, onde estão representadas todas as instituições parceiras, que são tomadas as decisões dos órgãos da Rede Social (CSF, CLAS e PS). As deliberações dos plenários são apoiadas no trabalho de núcleos executivos, constituídos por um número restrito de representantes das instituições parceiras, regra-geral incumbidos da elaboração de pareceres e relatórios técnicos e da construção dos instrumentos de planeamento da Rede Social.

Instrumentos de planeamento da Rede Social:

- Diagnóstico Social (DS);
- Plano de Desenvolvimento Social (PDS);
- Plano de Ação (PA).

O diagnóstico social identifica os desafios e problemas prioritários do território e o plano de desenvolvimento social fixa os objetivos e metas a atingir, no quadro da intervenção em parceria. Em regra, os planos de desenvolvimento social são construídos para um período de quatro anos, cujos objetivos decorrem das prioridades identificadas nos diagnósticos territoriais (DS). A concretização dos objetivos inscritos nos PDS é feita através da programação anual das ações da parceria (Plano de Ação).

Para a intervenção em redes de parceria funcionar, é necessário criar mecanismos eficazes de governança. Ou seja, formas de governação integradoras de diferentes formas de fazer e agir, das experiências e saberes dos atores sociais, num plano de igualdade entre as partes implicadas na intervenção.

Em suma, potenciar redes locais implica a criação de formas de governança interinstitucionais e transdisciplinares, o que comporta desafios para os diversos atores envolvidos, sejam de organismos públicos, como a segurança social, a saúde, a educação e o emprego, ou do universo da economia social e da sociedade civil.

4. A Rede Social no distrito de Setúbal

A Rede Social está implantada em todos os concelhos do distrito de Setúbal, através do funcionamento dos CLAS-Conselhos Locais de Ação Social, Existe, também, por meio das CSF-Comissões Sociais de Freguesia, embora estas não tenham sido criadas em todos os concelhos do distrito. Importa referir que o processo de criação de CSF tem partido, na maioria das situações, de iniciativas dos CLAS, em concertação com os presidentes de juntas de freguesia.

A segurança social faz-se representar nos CLAS pelo Centro de Distrital de Setúbal, que é uma parceiro com representação obrigatória nestas estruturas, à semelhança do município e do representante eleito pelas instituições de solidariedade social (IPSS). O número de representantes em cada CLAS é variável, dependendo da natureza e dinâmica de cada território. Neles estão representados organismos desconcentrados do Estado central (saúde, emprego, educação, etc.), instituições sociais, organizações não-governamentais, cooperativas e diversas

associações da sociedade civil que prosseguem objetivos no domínio da inclusão e combate à pobreza.

A Rede Social não se esgota nos níveis de intervenção concelhio e de freguesia, tem, também, uma tradução supraconcelhia, através da atividade das Plataforma Supraconcelhias da Península de Setúbal e do Alentejo Litoral, cuja coordenação compete ao Centro Distrital de Setúbal.

Figura 1: Distrito de Setúbal

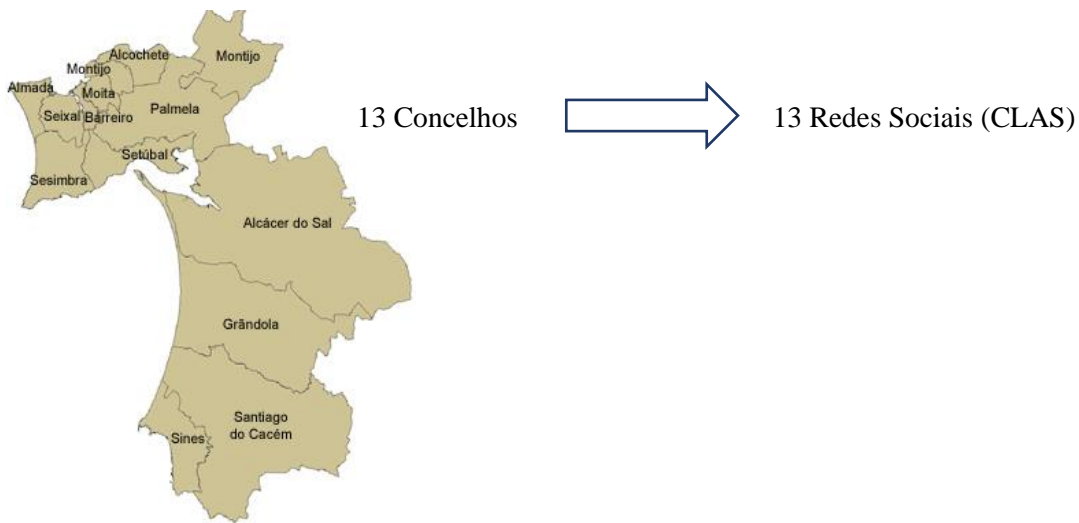


Figura 2: Península de Setúbal



Plataforma Supraconcelhia da Península de Setúbal

Figura 3: Alentejo Litoral



Plataforma Supraconcelhia do Alentejo Litoral

5. A Experiência do Grupo de Trabalho do Envelhecimento da Plataforma Supraconcelhia do Alentejo Litoral

A Plataforma Supraconcelhia do Alentejo Litoral (PSCAL) é uma instância de parceria orientada para o debate, reflexão e diagnóstico sobre os problemas e desafios sociais com que estão confrontados os diferentes territórios que a compõem, com vista ao reforço dos níveis de coesão e desenvolvimento da sub-região do Alentejo Litoral. “Preconiza uma visão integrada do território, fruto dos diferentes olhares e práticas de intervenção do conjunto plural dos atores que a constituem.” (Missão da Plataforma Supraconcelhia do Litoral Alentejano, 2016).

Foi constituída a 11 de janeiro de 2007 e o seu território de abrangência corresponde à sub-região do Alentejo Litoral definida pela NUT III (Nomenclatura da Unidade Territorial para Fins Estatísticos de nível III), formada por cinco concelhos: Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines.

O Plano de Desenvolvimento Social da PSCAL de 2016-20 foi estruturado em cinco eixos de intervenção, a saber, *Empreendedorismo e Empregabilidade (Eixo 1)*; *Saúde Mental /Eixo 2)*, *Envelhecimento (Eixo 3)*; *Cidadania, Participação, Igualdade e Inclusão (Eixo 4)*; *Organização e Trabalho em Rede (Eixo 5)*.

A prioridade concedida às questões do envelhecimento resulta das características de demográficas desta sub-região: população residente de 93.259 habitantes, 26,4% dos quais com 65 ou mais anos de idade; índice de envelhecimento, ou seja, o número de pessoas idosas por cada 100 jovens, de 216, bem acima do valor global do nosso país, 157,4 (INE/Estimativas anuais da população residente, 2018).

Contribuir para o desenvolvimento de políticas e programas de reforço dos níveis de coesão social e bem-estar da população idosa vulnerável, em situação de isolamento social acentuado pela geografia de um território de baixa densidade, não poderia deixar de ser um objetivo estruturante da PSCAL, com tradução no seu Plano de Desenvolvimento Social (PDS):

Eixo do Envelhecimento da PSCAL

Objetivo Estratégico 1 -Desenvolver estratégias para a qualificação de respostas sociais.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar para a necessidade de certificação das respostas na área da população idosa;
- Identificar/ mapear necessidades formativas com vista à promoção da capacitação de cuidadores

Objetivo Estratégico 2- Impulsionar a disseminação e reflexão sobre práticas e metodologias desenvolvidas na área do envelhecimento ativo

Objetivos Específicos

- Mapear as práticas e recursos existentes na área do envelhecimento ativo;
- Promover a reflexão sobre as práticas e metodologias desenvolvidas.

Para o desenvolvimento de ações capazes de correr para a realização dos objetivos enunciados no PDS da PSCAL, foi criado o Grupo de Trabalho do Envelhecimento, formado por um leque plural de entidades, públicas e privadas (setor da economia social).

Entidades Coordenadoras do Grupo de Trabalho do Envelhecimento da PSCAL:

- CLAS de Grândola e CLAS de Odemira.

Entidades integrantes:

- Centro Distrital de Setúbal do ISS, IP
- Centro Distrital de Beja do ISS, IP;
- CLAS de Alcácer do Sal;
- CLAS de Santiago do Cacém;
- ULSLA - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano;
- União Distrital das IPSS -UDIPSS de Setúbal
- União das Misericórdias
- IPS-Instituto Politécnico de Setúbal
- Universidade de Évora;
- Comando Territorial da GNR de Beja;
- Comando Territorial da GNR de Setúbal.
- TAIPA Odemira

Entre as ações de parceria desenvolvidas, salientamos a **caraterização social da população idosa identificada nos Censos Sénior**, efetuada a partir do levantamento realizado pelos Comandos Territoriais da GNR de Beja e Setúbal, cuja informação foi gentilmente cedida ao Grupo de trabalho do Envelhecimento da PSCAL. De um total de 1916 pessoas residentes nos concelhos do Alentejo Litoral, identificadas nos Censos Sénior, 28,8% viviam em situação de isolamento, com uma média de idades a rondar os 80 anos (79,76), para citarmos alguns dos indicadores extraídos da base de dados daquelas forças de segurança (ano de 2017).

A caraterização social da população identificada nos Censos Sénior permitiu ao Grupo do Envelhecimento extrair elementos para o desenvolvimento de um conjunto de ações

promotoras da capacitação e bem-estar das pessoas idosas e dos seus cuidadores em particular. A intervenção junto dos cuidadores informais foi, desde o início da formação deste grupo de parceria, considerada uma área a privilegiar no domínio da intervenção, num período ainda distante da criação do Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro).

Neste âmbito, foi promovida uma sessão de reflexão aberta à comunidade, intitulada **Saúde e Bem-Estar da Pessoa Cuidadora**, no Auditório Municipal de Alcácer do Sal, 22 de março de 2019.

Tendo presente as condições demográficas do Alentejo Litoral, nomeadamente, o envelhecimento acentuado da população, o risco e a vulnerabilidade de pessoas muitas vezes em situação de isolamento social e geográfico, esta sessão juntou representantes da saúde, segurança social, instituições sociais e associações da sociedade civil implicadas nas temáticas do cuidar e das respostas às necessidades da pessoa cuidadora.

Discutiram-se projetos e práticas de intervenção comunitária, promovidos por entidades do Grupo de Trabalho do Envelhecimento da PSCAL, e abriu-se espaço para a reflexão em torno da criação do estatuto do cuidador informal:

- **Projeto Gestor de Caso**, da ULSLA - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, baseado no trabalho colaborativo e na intervenção comunitária, com incidência na prestação de cuidados domiciliários aos doentes crónicos com multimorbilidade, envolvendo as famílias e os cuidadores;
- **Projeto Cui (DAR)+**, da TAIPA Odemira, centrado no apoio à pessoa cuidadora, nos seus níveis de bem-estar físico, psicológico e social, através da dinamização de sessões de informação e sensibilização e workshops de capacitação.
- **Retrato da condição da pessoa cuidadora** no nosso país do Cuidador Informal dos apoios existentes (Instituto da Segurança Social);
- **A importância da criação do Estatuto do Cuidador Informal** (Associação Nacional de Cuidadores Informais).

Foram, depois, realizadas **duas sessões, de carácter exploratório, com grupos focais de cuidadores informais**, a primeira em 25 de setembro de 2018, no Centro Comunitário do Lousal, concelho de Grândola, a segunda em 28 de maio de 2019, na Santa Casa da Misericórdia de Sines. Era objetivo destas sessões recolher elementos para a construção de um plano de capacitação e desenvolvimento de ações de bem-estar dirigidas a grupos de cuidadores informais.

Este processo de auscultação contribuiu para melhor perceber a experiência do ato de cuidar, o sentir e necessidades das pessoas que participaram nas sessões:

Sentimentos expressos

- Cansaço/desgaste físico e emocional;
- Frustração por abandono da atividade profissional;
- Conflitos familiares (exemplo da cuidadora que queria ficar com o pai, enquanto o marido entendia que este “deveria ir para um lar”; perda de disponibilidade para os familiares);
- Incapacidade de prestar os melhores cuidados por não ter material hospitalar (referência à necessidade de um aspirador);

Necessidades expressas

- Formação em técnicas, exemplo da aspiração ou da alimentação por sonda, e organização do meio/espço do dependente de forma a melhor garantir a sua segurança;
- Existência de um dispositivo de localização de pessoas com demência mas com autonomia (referência a pulseira de localização);
- Acompanhamento psicológico para cuidadores
- Necessidades de apoios institucionais/estatais às pessoas cuidadoras informais;
- Necessidade de vida própria.

Estas sessões serviriam para retirar ideias e elementos para a construção de um **plano de capacitação/formação destinado aos cuidadores informais**, com objetivo de desenvolver ações que incidiriam em todos os concelhos do Litoral Alentejano. Trata-se de um trabalho que está ainda em curso.

O plano de capacitação elege os deveres do cuidador informal como eixo central às suas várias áreas de incidência.

A reflexão em torno dos direitos e deveres é entendida como um meio para capacitar as pessoas que cuidam de outrem quotidianamente. Enquanto contributo para o desenvolvimento de estratégias de resposta, para o reforço da qualidade de vida e bem-estar, é objetivo criar espaços de diálogo e discussão entre cuidadores informais, rompendo o isolamento tantas vezes associado a esta condição, promovendo a autorreflexão e a partilha de experiências. Ou seja, partir do ponto de vista do cuidador para a construção de estratégias promotoras da qualidade vida e bem-estar.

Áreas de incidência do Plano de Capacitação/Formação aos Cuidadores Informais:

- A condição de cuidador;
- Ética e responsabilidade;
- Acesso a serviços públicos:
 - Respostas da segurança social
 - Resposta da saúde;
 - Outros serviços do Estado;
 - Autarquias
- Regime Terapêutico;
- Literacia em Saúde;
- Saúde mental;
- Envelhecimento ativo.

O Grupo de Trabalho do Envelhecimento da PSCAL planeia iniciar estas ações no ano de 2020, em vista ao enraizamento desta dinâmica nos diferentes territórios do Litoral Alentejano, o que só será possível com o desenvolvimento de sinergias locais, envolvendo e integrando a experiência dos atores dos diferentes territórios.

Ações previstas para 2020

Ações destinadas aos cuidadores informais e pessoas interessadas

- Acesso/direito a prestações sociais
 - CSI-Complemento Solidário para Idosos;
 - Complemento de Dependência.
- **Estatuto do Cuidador** (legislação, acesso e apoios).

Paralelamente, também estão a ser pensadas ações dirigidas a técnicos de instituições sociais que trabalham com a população sénior, sobre prestações e medidas de apoio social, acesso a serviços de saúde e formas de articulação institucional e relações de parceria.

Conclusão

O envelhecimento é um traço dominante das populações das sociedades desenvolvidas da Europa, América do Norte, Ásia e Oceania. Portugal não foge à regra, ao invés, é o terceiro país mais envelhecido do espaço da União Europeia (PORDATA/Eurostat, 2018).

Os gráficos seguintes ilustram essa evolução histórica do nosso país:

Fig. N.º 3 Índice de envelhecimento

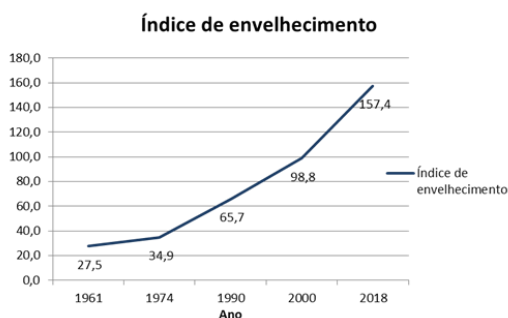
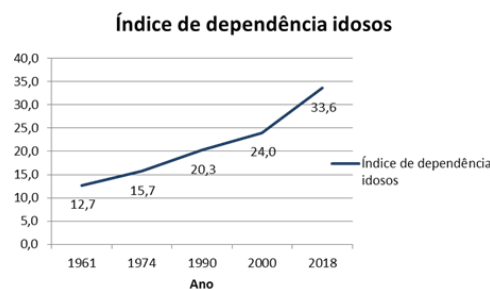


Fig. N.º 4 Índice de dependência de idosos



INE- Estimativas da população residente, 2018

- **Esperança de vida à nascença: 81,5; Homens (78,3) Mulheres (84,5)**
- **Anos de vida saudáveis aos 65 anos: Homens (7,8) Mulheres (6,9)**

Pordata/Eurostat, 2018

Existem, hoje, 157 idosos por cada 100 jovens (população dos 0-14 anos), 33 idosos por cada 100 indivíduos em idade ativa (15-64 anos), indicadores do envelhecimento demográfico de Portugal, fenómeno que começou a acentuar-se nas últimas décadas do século XX.

O envelhecimento da população deve ser entendido como um progresso histórico e civilizacional, traduzido no aumento da esperança média de vida à nascença, que é fruto da melhoria das condições de bem-estar ao longo dos dois últimos séculos. Porém, tais mudanças trouxeram novos e complexos desafios às sociedades contemporâneas. Desde logo, o desafio de aumentar a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Em Portugal, por exemplo, ainda é diminuto o número de anos de vida saudável depois dos 65 anos, quer para os homens, quer para as mulheres (ver o indicador dos anos de vida saudáveis aos 65 anos).

Envelhecer com qualidade de vida é indissociável do desenvolvimento de novas estratégias de resposta, para o aumento do número de anos saudáveis, para o reforço dos níveis de bem-estar e coesão social da população sénior.

A nosso ver, tal passará, necessariamente, por políticas capazes de reduzir do risco de pobreza na população sénior. Passará, igualmente, pela resiliência e flexibilidade das respostas dos

serviços de saúde e segurança social; pelas políticas autárquicas nas áreas do envelhecimento ativo, mobilidade, planeamento urbano e habitação. Pela intervenção comunitária protagonizada por uma miríade de associações da sociedade civil e pelo reforço da participação cidadã, colocando o saber e experiência das gentes mais velhas ao serviço das comunidades, que assim se tornarão mais ricas e mais inclusivas.

Será necessário trabalhar de forma colaborativa os desafios do envelhecimento, desenvolvendo mecanismos de governança potenciadores de políticas de planeamento integrado. Em suma, trabalhar em rede, em parceria, integrando diferentes formas de saber e fazer, num ambiente de abertura organizacional.

O envelhecimento é um fenómeno “despadronizado”, pois são cada vez mais diversas, plurais, as necessidades e expectativas das pessoas que chegam à idade sénior. Dito de outro modo, o universo da chamada Idade + não é monolítico, pelo que os agentes da intervenção social terão de desenvolver práticas e respostas mais “plásticas”, para melhor responder a diferentes expectativas e necessidades.

A experiência do Grupo de Trabalho do Envelhecimento pretende ser um modesto contributo nesse caminho.

O desenvolvimento de estratégias de resposta eficazes aos desafios presentes exigirá, cada vez mais, lógicas de partilha de saberes, experiências e recursos, entre todos os atores envolvidos; do Estado central e local ao terceiro setor e demais organizações da sociedade civil, sem esquecer a participação cidadã. Uma cultura organizacional aberta a formas de cooperação e intervenção integrada, o que obrigará as organizações a um delicado equilíbrio de ambivalência entre as hierarquias necessárias ao funcionamento e à identidade e as lógicas horizontais do trabalho em rede.

Bibliografia

- Branco, Francisco, 2003/01/01, A Pensão Social como primeiro pilar de uma rede universal de Assistência Social em Portugal, disponível em https://www.researchgate.net/publication/237808283_A_Pensao_Social_como_primeiro_pilar_de_uma_rede_universal_de_Assistencia_Social_em_Portugal (consultado em 19 de fevereiro de 2020).
- Capucha, Luís; Pegado, Elsa; Saleiro, Sandra, 1999, Metodologias de Avaliação de Intervenções Sociais, PROFISS.
- Cardoso, José Luís e Rocha, Maria Manuela, O seguro social obrigatório em Portugal (1919-1928): acção e limites de um Estado previdente. *Análise Social*, Set 2009, no.192, p.439-470. ISSN 0003-2573.
- Castro, José Luis e Gonçalves Alda, 2002, A Rede Social e o Desenvolvimento Local – Parcerias Sociais e Planeamento Participado, Cidades. Comunidades e Territórios, n.º 4, Lisboa, CET/ISCTE.
- Constituição da República Portuguesa (CRP), disponível em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/paginas/constituicaoorepublicaportuguesa.aspx>
- Decreto-lei 217/74, de 27 de maio, disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/622620>
- Despacho Normativo n.º 59/77, de 23 de fevereiro, disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/141203>
- Guerra, Isabel, 2000, Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O planeamento em Ciências Sociais, Cascais, Principia.
- INE/Estimativas anuais da população residente, 2018, disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0
- Instituto da Segurança Social, IP, disponível em <http://www.seg-social.pt/historia>
- Lei 1884, 16 de março de 1935, disponível em: <https://dre.pt/application/file/380256>
- Lei 2115, de 18 de junho de 1962, disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/164986/details/normal?jp=true/en>
- Lei n.º 28/84, de 14 de agosto, disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/382393>
- Lei n.º 83-A/2013, de 30 de dezembro, disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/423663>
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/541856/details/normal?l=1>
- Pordata/Eurostat/Anos de vida saudáveis aos 65 anos, 2018, disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saud%C3%A1vel+aos+65+anos+por+sexo-1590>
- Pordata/Eurostat/Esperança de vida à nascença, 2018, disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo-1260>
- Pordata/Indicadores de envelhecimento, disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Acolher velhos desamparados na Lisboa do século XIX

Ana Paula Gato,
ESS/IPS e CIDEHUS – UÉ,
ana.gato@ess.ips.pt

Resumo

O Estado liberal empenhou-se em institucionalizar a assistência aos mais desfavorecidos trazendo para a responsabilidade do Estado o apoio aos socialmente mais frágeis quer através de medidas legislativas que asseguravam o controle e a vigilância das várias instituições quer através da prestação direta de cuidados, os asilos constituíram-se como instituições de referência do paradigma assistencial do liberalismo. O Asilo de Mendicidade de Lisboa foi o primeiro a ser criado e os velhos indigentes surgiam como população maioritária neste asilo, um dos grupos considerados dignos da assistência pública. Apresenta-se aqui o contexto de institucionalização dos asilados, enquadrando-o na política assistencial à época. Utilizamos como fontes para este trabalho os debates parlamentares de 1822 a 1900, legislação sobre assistência no período 1835-1900, outros documentos da época e historiografia sobre o tema. O Asilo corporizou a visão liberal para a assistência associando controle, repressão da mendicidade, educação pelo trabalho e condições dignas de vida para os indigentes mais desprotegidos. Pudemos identificar características próprias quer no tipo de assistência prestada quer na sua dinâmica e funcionamento, nomeadamente na administração e na preocupação com as condições e cuidados proporcionados associada a um forte controlo sobre estes com vista à sua regeneração.

Palavras chave: Assistência, Asilo, Velhos, Pobres, Liberalismo

“Onde a caridade organizada ou protegida pelo Estado não toma conta da mendicidade inválida, ou da infância abandonada, e as deixa só entregues à solicitude particular, as ruas cobrem-se de falsos mendigos ou de vadios, que são outros tantos cidadãos válidos tirados ao trabalho pela confiança nos socorros particulares, que não distinguem de ordinário entre a falsa e a verdadeira indigência. Essa distinção só a faz bem e só a pode tornar eficaz a autoridade pública.”

Decreto de 21 de novembro de 1867

Introdução

A assistência aos mais pobres foi no liberalismo alvo de alterações significativas dado o novo poder desejar uma reorganização social baseada nas suas ideias sobre as funções do Estado e os direitos dos cidadãos. De acordo com Maria Antónia Lopes (2013) a Constituição de 1822 não reconhecendo a assistência como um direito vincou no entanto a necessidade de se continuar, na tradição histórica do país, a exercer a caridade, mas omitia as obrigações do Estado, deixando a ideia de que se deveria ter a preocupação de fundar, manter e ajudar a manter instituições de apoio social. Já a Carta Constitucional de 1826 enfatizava a obrigação de o Estado assegurar *socorros públicos*, assim estava constitucionalmente prevista a assistência pública, apesar dos sucessivos governos apelarem insistentemente à responsabilização da sociedade civil e não reconhecerem como constitucionalmente previsto o direito aos socorros públicos (Lopes, 2013).

Todavia, os governos darão protagonismo às questões sociais, nomeadamente à assistência e ao ensino, procurando institucionalizar novas formas de administração da assistência. Embora inequivocamente católicos (Branco, 2019, p.111) os liberais rejeitaram o peso das instituições da Igreja até aí detentoras de significativo protagonismo nesse campo. Pretendia-se “um Portugal novo”, defendendo Victor de Sá (1964,1992) que as reformas fundamentais do liberalismo ocorreram entre 1834 e 1837, tanto na área económica como na social. Também Miriam Halpern Pereira (2010, p.69) acentua que as reformas de Mouzinho da Silveira representaram uma verdadeira reorganização da sociedade e do Estado em Portugal. No entanto, conforme Rui Branco (2019) não deixa de notar, o país das elites do vintismo que sonhava modernizar-se, era o mesmo de uma sociedade civil depauperada, maioritariamente rural e analfabeta, desmoralizada ainda pelas invasões francesas, pela ausência do rei, pelos abusos de poder dos ingleses, pela guerra civil, pelas guerrilhas internas e pelo impacto económico e social da independência do Brasil. As tentativas de reformar e modernizar o Estado vão esbarrar com estas dificuldades e com as revoltas populares. É nesta conjuntura difícil de um “liberalismo precoce”, numa sociedade para ele impreparada, tanto económica como culturalmente (Branco, 2019), que os governos do liberalismo vão tentar organizar a resposta do Estado às questões assistenciais, centralizando em si poderes e funções antes dispersos por outras instituições. Os asilos de mendicidade serão uma das faces da assistência no liberalismo, sendo nosso objetivo apresentar aqui o contexto de institucionalização dos pobres indigentes, especialmente os mais idosos, no Asilo de Mendicidade de Lisboa.

1. O asilo e os asilos

Embora o governo central detivesse um efetivo poder sobre as questões assistenciais que remontava ao século XVI (Abreu, 2017; Lopes, 2000), o Estado Liberal implementou uma “nova caridade” que contrapõe à “antiga caridade”, caracterizada por novas práticas assistenciais e pela inspeção regular das suas atividades (Lopes, 2010). Tratava-se de substituir a virtude cristã da caridade pela intervenção do Estado no sentido de suprir, ou minorar, as necessidades dos mais desfavorecidos (Lopes, 2000). A *caridade publica*²³ substituiu a caridade individual, não já para conseguir um lugar no céu, mas para fazer o que se considerava justo e socialmente necessário. Também a filantropia, conceito surgido no século XVIII muito caro às elites do século XIX, pressupõe tanto a existência de políticas sociais públicas como a

²³ Designação dada por vários deputados e pares do Reino à assistência pública nos debates parlamentares entre 1835-1900.

ação dos indivíduos na promoção dos seus concidadãos, com base no questionamento das injustiças sociais e na promoção da dignidade de cada pessoa (Esteves, 2018; Lopes, 2000).

Já a beneficência “*vae buscar o homem ao berço, e apenas o abandona na sepultura, porque é da natureza das cousas; abrange todos os socorros que devem ser prestados á humanidade, no estado de infancia, no estado de doença, e direi mais, no estado de cessação absoluta do trabalho, na invalidez e na incapacidade physica e moral*”²⁴ Era pois vasto o campo de intervenção da beneficência pública. As creches, lactários, abrigos noturnos, asilos para velhos, para entrevados e infância *desvalida*, assim como os asilos de mendicidade, foram disso testemunho. Os asilos, que juntaram numa única designação, e por vezes num único estabelecimento, anteriores instituições como os hospitais para órfãos e entrevados, colégios ou recolhimentos, eram predominantemente de natureza civil e podem ser caracterizados como uma instituição assistencial própria do liberalismo (Andrade, 1980).

O Asilo de Mendicidade de Lisboa foi criado pela Portaria de 14 de abril de 1836 da rainha D^a Maria II, sendo ministro do Reino Luiz da Silva Mousinho de Albuquerque, embora tenha sido idealizado por Mouzinho da Silveira (Pereira, 2010). Tinha como objetivo dar abrigo aos mendigos e indigentes de Lisboa e arredores. Foi instalado no antigo convento dos frades Capuchos na colina de Santana em Lisboa. Este convento, cuja criação remonta a 1579, tinha sido reconstruído na sequência da destruição provocada pelo terramoto de 1755, passando para a posse da Fazenda na sequência da extinção das ordens religiosas pelo decreto de 1834.²⁵

Tendo como modelo o asilo de Lisboa, serão criados pelo país, principalmente em cidades capitais de distrito, vários asilos de mendicidade. O Asilo de Mendicidade do Porto surge dez anos depois, apesar da portaria que lhe deu origem ter sido publicada em 1838,²⁶ tendo sido posteriormente criados o asilo de Angra do Heroísmo, em 1853 e os asilos de mendicidade de Viseu e Coimbra em 1855. Também outros desvalidos tiveram os seus asilos, os dos cegos, dos surdos-mudos, da infância desvalida e específicos para velhos (Lopes, 2013).

Lembremos que em 1835 tinha sido criado o Conselho Geral de Beneficência²⁷ que levou a cabo um plano de abrangência nacional para combater a mendicidade (Lopes, 2010). De facto, a repressão da mendicidade era um dos objetivos dos organismos de beneficência pública de que os asilos de mendicidade em Lisboa e no Porto serão um modelo inspirador. Importava

²⁴ Camara dos Deputados da Nação Portuguesa, sessão de 22 de maio de 1855, p. 281

²⁵ Decreto de 28 de maio de 1834

²⁶ Decreto de 18 de maio de 1838

²⁷ Decreto de 6 de Abril de 1835

que os socorros públicos fossem efetivamente bem aplicados preocupando-se os governos liberais em aplicar a beneficência aos verdadeiros indigentes. O Estado liberal foi por isso seletivo na distribuição dos recursos assistenciais (Lopes, 1993, p. 502), assistiu os pobres tendo por base a sua atitude em relação ao trabalho, cuidou dos que de todo não podiam trabalhar, reprimindo os pobres aptos para o trabalho e relegando para segundo plano, ou para o esquecimento, os que trabalhando não tinham o rendimento necessário que lhes permitisse uma vida digna, os desempregados e as viúvas.

2. Os asilados

Os legalmente indicados como beneficiários do Asilo de Mendicidade de Lisboa eram mendigos e indigentes de ambos os sexos de Lisboa e arredores, residentes pelo menos há dois anos na cidade. Neste rol contavam-se os pobres inválidos, crianças até aos seis anos, os velhos e enfermos sem casa nem domicílio e impossibilitados de subsistir pelo seu trabalho.²⁸

Eram estes os indigentes dignos de abrigo no Asilo visto que “*este Asylo não deve jámais ser aberto senão aos indigentes, que carecerem de família...*”²⁹, sendo considerado prioritário atender as crianças, os doentes e os velhos sem recursos.³⁰ A preocupação de que os socorros públicos fossem destinados aos verdadeiros indigentes foi comum aos vários governos liberais. Pretendia-se que houvesse discernimento e atenção na satisfação das necessidades dos mais pobres para que não fossem alimentadas a preguiça e a ociosidade.

Aliás a classificação dos pobres merecedores da assistência pública estava vertida na lei:

1. *Os cegos, os entrevados, e os decrépitos.*
2. *Os doentes de doenças incuráveis.*
3. *Os velhos de oitenta anos.*
4. *Os velhos de sessenta e cinco anos até oitenta.*³¹

Tal como no período moderno estava clarificado que a figura do *pobre merecedor* (Abreu, 2014) continuava a ser central nas políticas de assistência. Mas atentemos no caso dos velhos desamparados para verificarmos que eram dignos de assistência os deficientes, fosse qual fosse a idade, os inválidos e os “decrépitos”.

Quem eram, pois, os velhos? A partir do século XIX surge uma clara diferenciação entre as diferentes fases da vida, segmentando-as em faixas etárias e distinguindo claramente as funções

²⁸ Decreto que criou o Asilo de Mendicidade de Lisboa em 14 de abril de 1836

²⁹ Introdução ao Decreto de 14 de abril de 1836

³⁰ Decreto de 14 de abril de 1836

³¹ idem

e comportamentos adequados aos idosos. Em termos médicos a velhice era dividida em várias fases, a *primeira velhice* entre os 60 e os 70 anos no homem e entre os 50 e os 60 anos na mulher, a *velhice confirmada ou caducidade* até aos 80 anos e a *decrepitude* após essa idade (Pinto, 1862).³² Já Littré (1886, p. 1713) referenciando também a idade de 60 anos como a do início da velhice, descreveu todos os inconvenientes físicos e psicológicos trazidos pelos primeiros sinais de decadência física a partir dos 30 anos de idade. Recomendava-se para as pessoas velhas o sossego, uma vida regrada, a abstinência sexual, boa higiene, conforto e cuidados de saúde (Pinto, 1862). No entanto a velhice considerada legalmente para efeitos de direito à assistência era balizada pela idade mínima de 75 anos, quando a esperança média de vida durante todo o século XIX em Portugal nunca ultrapassou os 40 anos (Veiga, 2004), aliás por toda a Europa a esperança média de vida não ultrapassava os 50/55 anos, sendo por exemplo em França no ano de 1853 de 36 anos (Littré, 1886). No entanto vamos encontrar velhos na *primeira velhice* no asilo, num tempo em que o vigor físico era fator essencial para o trabalho. As fotos seguintes (figura 1) dão-nos uma imagem dos internados no Asilo no final do século XIX.



Figura 1 - Grupos de asiladas e asilados no Asilo de Mendicidade de Lisboa nos finais do séc. XIX

Fonte: *Souvenir de Lisboa - O Asylo de Mendicidade*, autor desconhecido

Sobre a faixa etária predominante nos internados no Asilo diz-nos Ângelo Ribeiro (Peres; Ribeiro, 1935, p.789) que este tinha como principal população alvo “velhos sem amparo”. Já Fátima Pinto (1999, p.41) no seu estudo sobre os indigentes em Lisboa nos primeiros 30 anos do século XX, caracteriza a população do Asilo neste período como tendo uma média de idade de 62 anos, sendo constituída essencialmente por velhos operários incapacitados para o

³² Sobre os estádios da velhice considerados no século XIX ver a obra “Medicina Administrativa e Legislativa Hygiene Pública” de José Ferreira de Macedo Pinto em 1862.

trabalho e mulheres “*desiludidas da vida*” que, na maior parte dos casos, do Asilo saíam para o cemitério.

A instituição dispunha de 850 lugares para acolher os seus indigentes. No ano de 1836 os primeiros indigentes acolhidos foram quinze, em 1848 estavam internados no Asilo 540 pobres *que andariam espalhados pelas ruas da capital*.³³ Em 1856 eram já 730³⁴ o que atribuímos ao facto de em 1852 um edital do governador civil de Lisboa ter obrigado os mendigos de Lisboa “com deformidades, chagas incuráveis, aleijões, e bem assim os inválidos e cegos”³⁵ ao recolhimento no asilo. No início do século XX, em 1903 seriam 850 os indigentes internados (Peres; Ribeiro, 1935), o Asilo atingia assim a lotação máxima prevista.

As 850 camas estavam distribuídas por sete dormitórios para homens e onze para mulheres. Este diferencial que pressupõe a existência de maior número de mulheres assistidas coloca-nos a questão sobre quem eram estas mulheres indigentes, viúvas, órfãs e idosas sem família. A verdade é que este era um asilo para pobres de ambos os sexos, por outro lado as antigas mercearias, que acolhiam viúvas e outras mulheres pobres, eram consideradas pelos liberais instituições do passado, completamente desadequadas à nova sociedade que se queria construir e por isso mesmo a partir de 1851 tinham entrado na alçada do Asilo.³⁶

Assim recolhendo velhos de ambos os sexos, acabava por abrigar mais mulheres que homens, dadas as circunstâncias demográficas. Na realidade existiram sempre mais mulheres do que homens idosos no Portugal oitocentista (Veiga, 2004). Como Alexandra Esteves (2018) também não deixa de notar as mulheres eram mais vulneráveis à pobreza, pelo que o recurso às instituições assistenciais seria para muitas a única oportunidade de terem abrigo e cuidados.

Mas existiam críticas às funções e à população acolhida, vejamos a opinião de Fonseca Magalhães, par do reino, que considerava uma inutilidade a existência do Asilo, visto que não diminuía os mendigos nem se extinguia o mal da mendicidade em Lisboa, parecendo-lhe serem os “lugares vagos” na rua ocupados por outros mendigos que pretendiam também ser internados, buscando assim *este premio da ociosidade*.³⁷ A crítica estendia-se ao tipo de população internada pois este deveria servir “*para abrigar esses entes desgraçados, cujas molestias os tornam deformes, e até um espectáculo asqueroso aos olhos dos seus*

³³ Intervenção do Ministro do Reino na sessão da Camara dos Pares do Reino em 24 julho de 1848

³⁴ Diário das sessões da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa Camara em 22.05.1855, p. 281

³⁵ Edital do Governador Civil de Lisboa de 7 de fevereiro de 1852, publicado no Diário do Governo de 11 de Fevereiro de 1852

³⁶ Diário das sessões da Camara dos Pares do Reino em 4 de julho de 1873, p.207

³⁷ Intervenção de Fonseca Magalhães na sessão da Camara dos Pares do Reino em 24 julho de 1848, p.1163

similhantes.”³⁸ Assim ousamos considerar que para uma parte das elites de então, os únicos mendigos que deveriam ser objeto de atenção e acolhimento eram os que incomodavam a visão estética dos mais afortunados. Parece-nos claro que a culpa da pobreza era atribuída ao próprio pobre e, apesar da filantropia e caridade, se exigia terminar com a mendicidade, ou pelo menos com a sua visão pública, de forma mais repressiva, pois esta era “*um ramo de commercio entre nós, vergonhoso, e difficil de extirpar, porque se alimenta dos sentimentos de beneficencia, e religiosa caridade da Nação Portugueza.*”³⁹ Se bem que o ideário liberal tenha juntado à palavra caridade as palavras beneficência e filantropia (Lopes, 2016), o facto é que o pobre não era já considerado aquele que poderia ajudar a alcançar um lugar no Céu, mas o que facilmente poderia ludibriar a boa vontade dos filantropos, dos caridosos e do Estado, uma personagem não desejada no *palco* da capital.

Apesar das manifestas preocupações com os gastos da assistência pública aos falsos pobres, no início do século XX o motivo de entrada no Asilo de Mendicidade era a pobreza associada à impossibilidade de trabalhar por motivo de doença ou idade avançada (Pinto, 1999), o que nos leva a crer que a admissão obedecia a critérios muito rigorosos face a tantas necessidades e à escassez de recursos.

3. Regenerar e cuidar

Regenerar mendigos e outros indigentes pelo trabalho era um dos grandes objetivos da política assistencial do liberalismo, até porque “*a ociosidade é a fonte medonha de todos os crimes.*”⁴⁰ O Asilo surgia como instrumento de proteção da cidade dos que a incomodavam, para lá de corresponder aos ideais filantrópicos ou de caridade, era uma forma de coerção sobre os pobres internados na linha do que Foucault (2006) considera um poder disciplinador.

Com uniforme, orientados por regulamentos e estatutos, disciplinados, vigiados, dados como incapazes de gerir o seu próprio percurso de vida, os pobres e os velhos pobres, foram objeto de efetivo controle. Tratava-se de procurar regenerar, tornar úteis, integrar os indigentes uniformizando comportamentos, era esta a missão do Asilo. E para regenerar nada como o “*o santo amor e o virtuoso habito do trabalho*”⁴¹ pois importava que os socorros públicos fossem prestados de acordo com as necessidades da sociedade e esta deveria “*offerecer também soccorros de trabalho aos mendigos vigorosos, obrigando com medidas efficazes uns, e outros*

³⁸ idem

³⁹ Diário das sessões da Camara dos Pares do Reino em 24 julho de 1848, p.1164

⁴⁰ Diário das sessões da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portugueza, em 10 fevereiro de 1845

⁴¹ Diário das sessões da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portugueza de 1855-05-22, p.280

a seguirem os destinos, que lhes competirem, e tirando a todos o pretexto de desobedecer á Lei pela impossibilidade de a executarem na falta de meios de existencia.”⁴²

Para que este desígnio se cumprisse e os indigentes socorridos pudessem *seguir os seus destinos*, a partir de 1881 sendo provedor Alfredo de Queiroz Guedes instalaram-se oficinas de:

- Alfaiates e de costura
- Canteiros, carpinteiros, colchoeiros, barbeiros
- Encadernadores, marceneiros, funileiros
- Pintores, sapateiros, serralheiros, torneiros, polidores
- Aprendizagem de serviços/prestação de serviços de limpeza
- Manuseamento de máquinas a vapor
- Jardinagem e de trabalho de caiador ou pedreiro

A cada asilado competia trabalhar segundo as suas forças e capacidades pois a organização dos trabalhos era realizada de acordo com as competências dos asilados. Estes auferiam modesto salário revertendo a maior parte das verbas obtidas com o seu trabalho para o Asilo, ajudando a fazer face às despesas⁴³.

Sobre os cuidados de saúde recomendava a ciência médica que a *conservação da saúde dos velhos* exigia empenho e investimento por parte dos governos com o objetivo de proteger e assegurar as condições de dignidade, respeito e estima que lhes eram devidas, assim como a alimentação e cuidados de higiene, pois a idade avançada não permitia muitas privações (Pinto, 1862). O Asilo procurava propiciar essas condições mínimas para uma vida que se desejava higiénica, regrada e produtiva.

As questões de higiene não deixaram de ser tidas em conta, num século em que as teorias higienistas se impuseram a toda a sociedade (Alves, 2018). De facto o século XIX foi profícuo em concretizar medidas de higiene privada e pública segundo as recomendações dos higienistas (Vigarello, 1985). As medidas de higiene como o banho, a limpeza do vestuário e a higiene do corpo em geral integraram as preocupações dos educadores e dos governantes, tratava-se de limpar os espaços e os corpos para eliminar focos de infeção, evitar epidemias, manter a saúde, assegurar também a estética e assim contribuir para revigorar toda a comunidade.

⁴² Diário das sessões da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa de 1855-05-22, p.280

⁴³ Ver *Souvenir de Lisboa - O Asylo de Mendicidade* e Diário da Camara dos Pares do Reino

No final do século XIX poucas eram as casas de Lisboa que tinham latrinas ou casas de banho (Cascão, 2011) mas a construção de latrinas e banhos foi considerada fundamental nas instituições de assistência como forma de promover a saúde dos internados, sendo geralmente construídos em edifício exterior reservado para o efeito.⁴⁴ No Asilo existiam casas destinadas a banhos e lava pés e “sentinas”, que haviam sido contruídas em “harmonia com os preceitos higienicos”⁴⁵ Para a época essa era uma inovação e sinónimo de civilidade.

Os banhos eram em pavilhão próprio, e tal como preconizado separado para homens e mulheres, os indigentes usufruíam assim de uma das melhores armas preconizadas pelos higienistas para a prevenção das *moléstias infecciosas* (Pinto, 1862). Outra das boas razões para as preocupações com a higiene dos indigentes era a crença de que a limpeza do corpo estimulava a limpeza da alma, elevava o homem enquanto que o desleixo nos hábitos higiénicos era considerado um aviltamento e fonte de perigosidade e contágio (Pinto, 1862).

Já quanto às sentinas, ou latrinas, existiam recomendações pormenorizadas sobre a sua construção, recomendando-se o assento de madeira, a bacia em loiça ou pedra, uma chaminé para arejamento das instalações e a desinfeção diária com cal ou cloro (Pinto, 1862, p.483).

Os pobres internados eram alvo de medidas que pretendiam regenerar os seus hábitos também através da higienização (Vigarello, 1985) protegendo assim a cidade dos perigos não só da indigência, mas também dos contágios infecciosos.

Apesar do cuidado com os preceitos higiénicos os utentes do asilo foram atingidos pela epidemia de cólera que grassou em Lisboa em 1856 (Almeida, 2013).⁴⁶ O flagelo atingiu o Asilo e rapidamente se estabeleceram medidas profiláticas que abrangiam as questões da higiene e desinfeção dos espaços assim como a dieta alimentar, tendo sido substituídos os legumes por uma dose aumentada de carne, que fez aumentar os custos com a alimentação, mas diminuiu os riscos de contágio através de vegetais contaminados.⁴⁷ Eram as preocupações sanitárias e filantrópicas que se sobrepunham às económicas em circunstâncias difíceis. Para acolher as vítimas da epidemia foram instalados hospitais provisórios na cidade, pois o Hospital de S. José era exíguo para a quantidade de epidemiados e a memória da anterior epidemia nos anos 30 (Almeida, 2013, Abreu, 2014) fizera aumentar os cuidados e recursos. Os asilados doentes foram internados no hospital provisório instalado no Campo de Santa Clara, que em

⁴⁴ Veja-se por exemplo o caso da Misericórdia de Lisboa que contruiu em meados do século um edifício só para banhos em Câmara dos Pares do Reino, sessão de 7 julho de 1855, p. 951

⁴⁵ Ver *Souvenir de Lisboa - O Asylo de Mendicidade*

⁴⁶ Diário das Sessões da Camara dos Pares do Reino, sessão de 4 julho de 1856, p.991

⁴⁷Idem, Intervenção de Sequeira Pinto, enfermeiro-mor da Hospital de S. José

julho de 1856 acolhia sete homens e oito mulheres do Asilo de Mendicidade que usufruíam dos cuidados prestados por uma equipa constituída por 3 médicos, vários enfermeiros e ajudantes

Apesar de ter de recorrer a serviços hospitalares em casos mais graves o asilo detinha meios para cuidar da saúde dos seus beneficiários. As suas instalações integravam seis enfermarias, duas para doenças agudas, duas para “entrevados” e duas para inválidos, juntas albergando em média 250 pessoas. Porém esse número de vagas não colmatava as necessidades existentes em termos de assistência na doença, mesmo em tempos não epidémicos. Os internamentos dos utentes do Asilo de Mendicidade no Hospital de S. José eram censurados pelos responsáveis hospitalares com a justificação que retiravam lugar aos verdadeiros doentes ⁴⁸. A figura 2 mostra-nos a imagem de uma das enfermarias do Asilo.



Figura 2 – Enfermaria para mulheres no asilo de mendicidade de Lisboa, finais do século XIX

Fonte: *Souvenir de Lisboa - O Asylo de Mendicidade*, autor desconhecido

Na foto podemos ver uma enfermaria das mulheres, ilustrando o aspeto pouco “hospitalar” que aparentava, num tempo em que o hospital era já um lugar para a ciência médica diagnosticar, tratar e curar, recorrendo a equipamentos e estética próprios.

Sobre o tratamento dos asilados e mendigos no Hospital de S. José questionava António Maria Carvalho ao ministro do Reino num debate na Camara dos Pares em 1883 “*perguntarei a s.*

⁴⁸ Intervenção de António Maria Carvalho na camara de pares sessão de 20 abril de 1883 sobre os asilados no Hospital de S. José (p. 1160)

exa. se o hospital de S. José é um asylo de invalidos. He se proceder á contagem dos inválidos e incuraveis, ver-se-ha que uma grande parte d'aquella população devia estar n'um asylo e não n'um hospital.”⁴⁹

Mas o Asilo era insuficiente para todos os candidatos que na capital arrastavam a sua pobreza e invalidez ⁵⁰. A emigração em massa para Lisboa motivada pela oferta de emprego na construção de caminhos de ferro, estradas e demais obras públicas, a juntar à recente industrialização, traziam para Lisboa novos pobres (Costa, Lains e Miranda, 2011). Lisboa, cuja industrialização se concretizou ao longo do século XIX, viu multiplicados os seus habitantes, que aumentaram 90% entre 1878 e 1890 (Cascão, 2011). A escassez de habitação atormentava as classes mais pobres e o operariado vivia sem qualquer segurança no trabalho auferindo salários baixos para jornadas de trabalho que chegavam a alcançar as 14h diárias, situação muito semelhante à que existia por toda a Europa (Sá, 1992). A cidade via aumentar os seus mendigos pois os que não tinham capacidade para o trabalho, porque idosos, inválidos ou inábeis entregavam-se à mendicidade (Fatela, 2000). Estes não encontrando asilos que os acolhessem em caso de incapacidade por doença ou invalidez, continuavam a recorrer ao hospital de S. José. Sobre esta realidade argumentava o ministro do Reino

*E que doença não é a invalidez e que padecimento a decrepitude! E quer s. exa. que se expulsem d'ali aquelles indigentes, visto que o seu logar é nos asylos. Asylos? e se os não houver? e se os seus logares estiverem preenchidos? Quando um desvalido, porque é desvalido e doente, e não pôde achar pão e abrigo em parte alguma, visto que não pôde offerecer o seu trabalho em troca do essencial á vida, bate á porta de uma casa hospitalar, quem ousará dizer-lhe descaridosamente: sae d'aqui, porque não queremos transformar em asylo as coxias d'este hospital?*⁵¹

Não existindo respostas as águas furtadas do Hospital de S. José eram refúgio para indigentes inválidos, pois era “*mais humanitario, talvez menos sabio, mas de certo mais caridoso, do que deixal-os ficar na rua, a debaterem-se, sem auxilio, contra os horrores da morte*”.⁵²

Apesar de todas as insuficiências e desacordos sobre o acolhimento dos indigentes, no Asilo tentavam responder às necessidades e não deixavam de fazer notar as preocupações com os cuidados do corpo e da alma.

⁴⁹ Resposta do ministro às questões colocadas. Camara dos Pares do Reino, sessão de 20 abril de 1883 sobre os asilados no Hospital de S. José, p.1168.

⁵⁰ idem

⁵¹ Resposta do ministro às questões colocadas. Camara dos Pares do Reino, sessão de 20 abril de 1883 sobre os asilados no Hospital de S. José, p.1168.

⁵² idem

Graças ao facto de as instalações terem sido originariamente um convento, era possível aos asilados usufruírem de uma esplanada ajardinada, duas cercas para cultivo dos legumes para alimentação, dois pátios *com muita luz* junto às oficinas para descanso e passeio, onze capelas “todas adornadas com a decência devida”⁵³ e uma igreja. Estas preocupações com os espaços exteriores inscreviam-se nas recomendações higiénicas para a época, pois parques e jardins eram considerados como elementos purificadores da cidade, um sinal do ambiente campestre que melhorava a qualidade do ar e o ânimo de quem deles fruía (Pinto, 1862) contribuindo para a regeneração de pessoas e ambiente. Recomendavam-se como apropriados para asilos de inválidos e/ou pobres, colégios ou seminários, locais fora das povoações, com muita luz, bom ar, abundante a água potável, que em vez de quartos de dormir existissem grandes salões espaçosos, tornando assim mais fácil a vigilância e a limpeza.⁵⁴ Aliás as instalações das enfermarias ilustram bem esse tipo de preocupação, um espaço amplo, uniforme não individualizado, sem referências pessoais e sem intimidade, um espaço aberto para o controle da saúde e do comportamento.

As instalações e equipamentos do Asilo visibilizavam os valores assistenciais, por um lado associados às correntes higienistas assentes na prevenção e recuperação dos “males” físico e manutenção da saúde, por outro assentes na ideia da regeneração pelo trabalho.

Todos estes equipamentos faziam prever que os asilados idosos aqui vivessem “*não só resignados mas contentes, por confiarem na valiosa proteção que os ampara nesta última quadra da sua vida...dando graças ao Altissimo pelos benefícios que prodigamente recebem da administração*”⁵⁵

Como vemos o Estado liberal tinha a preocupação de valorizar a ação dos beneméritos e administradores, num tempo em que a filantropia e as práticas da “verdadeira caridade” eram objeto de reconhecimento social (Vaquinhas, 2000). Aos velhos mendigos cabia agradecer o bem proporcionado pela generosidade do Estado e pela filantropia dos benfeitores, não excluindo o agradecimento divino.

4. A gestão do Asilo

A gestão do asilo foi inicialmente efetuada por uma comissão administrativa nomeada pelo Conselho Geral de Beneficência e composta por um presidente, um secretário e quatro vogais.

⁵³ Eram conhecidas como as capelinhas do Convento de Santo António dos Capuchos

⁵⁴ Para o médico e professor da Medicina em Coimbra José Ferreira Pinto, estas eram as condições higiénicas mais apropriadas para um asilo em 1862.

⁵⁵ Ver *Souvenir de Lisboa - O Asylo de Mendicidade*, p.22

Esta comissão administrativa tinha um mandato de três anos. Integraram como membros da Comissão Administrativa sucessivamente Gonçalo Vaz de Carvalho, Francisco Soares Franco, Marquês de Viana, Francisco Brito do Rio, José Augusto Braamcamp, José Lourenço da Luz, Anselmo Lody, Jacinto José Dias de Carvalho, António Freire de Andrade, José Isidoro Guedes, José Paula de Almeida e Luiz Daly (Ribeiro e Peres, 1935)

Em 1851 a reorganização do Conselho Geral de Beneficência centralizou neste a direção e inspeção de hospitais e de outras instituições de assistência⁵⁶. Na sequência das alterações introduzidas a gestão do Asilo passou a ser de uma comissão liderada por um provedor, um adjunto, e quatro vogais. O 1º provedor foi José Isidoro Guedes – Visconde de Valmor que exerceu esse cargo até 1870, sendo seu adjunto António Maria de Sampaio Freire de Andrade. Após a sua morte foi nomeado interinamente Augusto Ernesto de Carvalho e Mello, depois João Silvério Quaresma até 1881, tendo sido provedor até final do século Alfredo de Queiroz Guedes.

Quadro 1 – Os provedores da Asilo de Mendicidade de Lisboa no século XIX

DATAS	PROVEDORES
1851 - 1870	José Isidoro Guedes (Visconde de Valmor)
1870	Augusto Ernesto de Castilho e Mello (interino)
1870-1881	João Silvério de Amorim da Guerra Quaresma
1881-1900	Alfredo de Queiroz Guedes

Fonte: Ribeiro e Peres, 1935

Segundo vários testemunhos à época a boa gestão feita por José Isidoro Guedes, visconde de Valmor, (Ribeiro e Peres, 1935) assim como o seu espírito empreendedor, generosidade,⁵⁷ e influência social, permitiram-lhe organizar festas, exposições e quermesses para recolha de fundos, num tempo em que estas atividades se constituíram como formas específicas de sociabilidade (Vaquinhas, 2000). As verbas daqui resultantes possibilitaram ao Asilo a compra do Palácio dos Condes de Murça, um solar do séc. XVIII, anterior sede da Academia Real de Fortificação. Esta aquisição proporcionou mais espaço, permitindo-lhe colocar em edifícios independentes as secções masculina e feminina.⁵⁸

As verbas que asseguravam o funcionamento da instituição eram constituídas por subscrições voluntárias, subsídios voluntários atribuídos pelas irmandades e confrarias, metade dos legados

⁵⁶ Decreto de 26 de Novembro de 1851. O Conselho Geral de Beneficência foi integrado na Direção Geral de Saúde e Beneficência pelo Decreto de 4 outubro de 1899.

⁵⁷ O Visconde de Valmor exerceu durante 22 anos o cargo de provedor do Asilo sem qualquer remuneração

⁵⁸ Ver *Souvenir de Lisboa - O Asylo de Mendicidade*

pios que eram anteriormente pagos às antigas corporações do distrito de Lisboa, tendo a partir de 1838 integrado também o rendimento de 400 bilhetes da lotaria, 2% das décimas pagas na capital, parte de receitas dos bilhetes de teatro e dos passeios de barco pelo Tejo. Todavia em 1848 o ministro do Reino admitia na Camara de Pares que o sustento dos asilados era maioritariamente assegurado por legados e donativos de particulares, atribuindo-lhe apenas o governo parte da loteria.⁵⁹ Existiam igualmente donativos em espécie que eram publicitados posteriormente em Diário do Governo, nomeadamente legumes, carne e peixe, frutas, tabaco, mobiliário, utensílios domésticos,⁶⁰. Também as subscrições a favor do Asilo eram divulgadas no Diário do Governo, entre elas as subscrições de membros da família real⁶¹. A partir de 1885 foi criada uma loteria específica para ajudar as obras de beneficência pública de Lisboa, auxiliando além do Asilo de Mendicidade, o Hospital de S. José e a assistência aos expostos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.⁶²

A vigilância sobre a gestão destas instituições impunha-se, pois, o escrutínio público sobre a era intenso. A gestão do Asilo não foi isenta de contestação tendo sido alvo de uma sindicância ordenada pelo governo em 1878. Com esta inspeção encontrou-se um “buraco” orçamental de 8.000\$000 réis que conduziu a que fosse demitido o provedor da instituição.⁶³ Em 1883 existiu um défice nas contas que levou o governo a isentar a instituição do pagamento do imposto de registo sobre os legados aceites⁶⁴. Esse imposto tinha sido criado para obviar as dificuldades orçamentais do governo, era pois mais uma dificuldade acrescida colocada à gestão das instituições de beneficência pública e privada que para o pagarem tinham de recorrer à vendas de bens.

No Parlamento os relatórios e contas das instituições de assistência quer na área social quer na saúde eram amplamente discutidos, sendo a gestão da beneficência pública motivo de divergências. Um dos exemplos mais comuns, que aliás já referimos, eram as discordâncias, ou desconfianças, em relação à verdadeira condição de indigência dos asilados admitidos. Outro exemplo foi a remuneração dos membros do Conselho de Beneficência, retirada a partir de 1898 dos fundos das instituições de assistência pública, nomeadamente dos asilos, motivo que levou a Câmara de Pares a considerar que esse dinheiro era retirado da boca dos pobres.⁶⁵

⁵⁹ Intervenção do Ministro do Reino na sessão da Camara dos Pares do Reino em 24 julho de 1848

⁶⁰ Diário do Governo, 1838, p.138

⁶¹ idem

⁶² Conforme Diário das Sessões da Camara dos Pares do Reino, sessão de 11 de junho de 1885, p.523

⁶³ Camara dos Pares do Reino, sessão de 16 de abril de 1883, p.1075

⁶⁴ Portaria de 18 de março de 1882

⁶⁵ Camara dos Pares do Reino, sessão de 16 de abril de 188, p.1075

Embora fosse tida como exemplar a administração do Asilo pelo então provedor Alfredo de Queiroz Guedes, considerava-se que a instituição, tal como outras, se debatia com dificuldades para gerir os seus escassos recursos sendo sobrecarregada com os honorários dos membros deste Conselho.⁶⁶⁶⁷. Pretendia o governo que ocupassem aquelas funções outras individualidades com competências na área, mas não implicados diretamente na gestão das instituições. A organização da assistência pública debatia-se não só com a escassez de recursos financeiros, mas também com a de recursos humanos qualificados para organizar e centralizar a gestão das instituições e estruturar a intervenção no terreno de forma mais articulada.

Dadas as dificuldades orçamentais os responsáveis do Asilo organizavam ainda espetáculos e festas para recolha de fundos, sendo as touradas na praça do Campo de Santana um dos habituais espetáculos com o contributo dos principais proprietários ganadeiros ribatejanos, com a participação gratuita de bandas musicais, nomeadamente do exército, e cavaleiros e capinhas de Lisboa e de Salvaterra. Todas as verbas que pudessem ajudar o Asilo a cumprir a sua missão eram bem-vindas, a criatividade nesse campo era, pelo que entendemos das fontes, um apanágio dos seus dirigentes.

Lembremos aqui que apesar da proclamada vontade de melhorar a situação dos mais vulneráveis, o investimento dos governos liberais em termos de assistência não foi avultado. Os gastos com a assistência durante a última metade do século XIX não ultrapassaram a percentagem de 1% da despesa pública (Costa, Lains e Miranda, 2011), apesar da alternância governativa. A gestão do Asilo, assim como a das várias instituições de assistência pública na área social e de saúde, debateram-se com dificuldades tentando gerir a escassez para responder a múltiplas necessidades.

Notas finais

O reforço do papel do Estado no controle e prestação direta da assistência foi uma das características das políticas assistenciais do Estado liberal. Os asilos foram instituições que se constituíram como modelo assistencial dos governos liberais procurando atender as necessidades *dos verdadeiros pobres* de forma organizada, conjugando beneficência e filantropia sob o manto de uma nova caridade, a do Estado, que via a situação dos mais vulneráveis como uma questão social relevante.

⁶⁶ Debates Parlamentares - Diário da Camara dos Pares do Reino, 26 de janeiro de 1898, p.55,56,57

⁶⁷ idem

No Asilo de Mendicidade de Lisboa a rutura desejada com os antigos paradigmas de assistência concretizou-se pela gestão pública da instituição, pela convivência de homens e mulheres numa mesma instituição, pela preocupação em assegurar condições de vida dignas em termos de instalações, de ocupação, cuidados de higiene e saúde. Mas viver no Asilo, apesar de assegurar a sobrevivência, significava uma vida vigiada, uniformizada, higienizada, uma integração coerciva, que pretendia a regeneração dos asilados também como forma de proteger a cidade da visão da pobreza e da perigosidade dos indigentes, aliás na linha do que já tinha acontecido em séculos anteriores.

Integrado numa política assistencial mais vasta cujos objetivos passavam também pela repressão da mendicidade, o Asilo concretizou no acolhimento dos mais pobres dos pobres, os mais velhos e inválidos, a tentativa de homogeneizar e uniformizar a intervenção assistencial, cujo modelo se propagou por outras cidades do país. Manifestamente insuficientes para as necessidades os asilos irão continuar pelo século XX.

Em 1928 o Asilo de Mendicidade foi transferido para o Mosteiro de Alcobaça onde os ares do campo poderiam proporcionar outras oportunidades de regeneração⁶⁸. Uma mudança já proposta em 1854 e 1855 pelos deputados liberais⁶⁹ e que o governo saído do golpe de 28 de maio de 1926 acabou por concretizar. Eram nessa altura 980 os asilados. Pelo Decreto-lei nº 1/73, de 3 de Janeiro, foi extinto o Asilo de Mendicidade de Lisboa e criado o Lar Residencial de Alcobaça.

O Convento em Lisboa, que lhes tinha servido de abrigo foi transformado no Hospital dos Capuchos, o Hospital de S. José podia enfim almejar ter mais lugares para *verdadeiros doentes*, os hospitais conquistavam espaço na cidade.

Bibliografia

- Abreu, Laurinda (2014). O poder e os pobres. As dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (séculos XVI-XVIII). Lisboa: Gradiva.
- Almeida, Maria Antónia Pires de (2013). Saúde pública e higiene na imprensa diária em anos de epidemias, 1854-1918. Lisboa: Colibri.
- Andrade, António Alberto Banha (1980). Dicionário de História da Igreja em Portugal. Lisboa: Editorial Resistência.
- Alves, Jorge Fernandes (2018). Liberalismo e biopolítica. Algumas anotações sobre saúde e beneficência no século XIX em Portugal. Araújo, Maria Marta Lobo de; Martin Garcia, Alfredo(coords), Os Marginais (séculos XVI-XIX). V. N. de Famalicão: Húmus. 261-278.

⁶⁸ Intervenção do deputado Silvestre Ribeiro na Camara dos Deputados 22 05 1855 p. 281

⁶⁹ Intervenção do deputado Silvestre Ribeiro na Camara dos Deputados 22 05 1855 p. 281

- Branco, Rui (2019) A Construção Nacional. Pinto. António Costa e Monteiro, Nuno Gonçalo (orgs) História Política Contemporânea – Portugal 1808-2000. Lisboa: Penguin Random House. 81-137
- Cascão, Rui (2011). A habitação popular urbana. Mattoso, José (Ed.), História da vida privada em Portugal. A época contemporânea. Lisboa: Temas e Debates. Volume 3. 22–55.
- Costa, Leonor Freire, Lains, Pedro e Miranda, Susana M. (2011). História Económica de Portugal. Lisboa: Esfera dos Livros
- Diários das sessões da Câmara dos Pares do Reino 1826 - 1838. Disponível em <http://debates.parlamento.pt/catalogo/mc/cp1>
- Diários das sessões da Câmara dos Pares do Reino 1842 - 1910. Disponível em <http://debates.parlamento.pt/catalogo/mc/cp2>
- Diários das sessões da Câmara dos Senadores 1838- 1842. Disponível em <http://debates.parlamento.pt/catalogo/mc/csenadores>
- Diários das sessões da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa 1822 - 1910. Disponível em <http://debates.parlamento.pt/catalogo/mc/cd>
- Esteves, Alexandra (2016). Entre a caridade e a assistência: a fundação dos asilos para idosos, no norte de Portugal, em finais do Antigo Regime. Anais Eletrónicos do 15º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia. Florianópolis 16-18 novembro 2016.
- Esteves, Alexandra (2018). A força dos pobres e a condição humana: vigiar, acudir e prevenir. Amorim I. (Ed.), Sob o Manto da Misericórdia: Contributos para a História da Santa Casa da Misericórdia do Porto. Volume III (1820-1910) Coimbra: Centro de História da Sociedade e da Cultura. 261–388
- Fatela, João (2000). “Para lhes dar destino...”- Modos de repressão dos vadios em Portugal na segunda metade do século XIX. Vaz, Maria João, Relvas, Eunice e Pinheiro, Nuno (orgs). Exclusão na História: Atas do Colóquio Internacional sobre Exclusão Social. Oeiras: Celta Editora. 149-168
- Foucault, Michel (2006) É preciso proteger a sociedade. Lisboa: Livros do Brasil
- Littre, E. (1886) Dictionnaire de Medicine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire e & des sciences qui si rapportent Paris: Librairie J.-B.Bailliére et Fils
- Lopes, Maria Antónia (2013). Os socorros públicos em Portugal, primeiras manifestações de um Estado-Providência (séculos XVI-XIX). Revista Estudos Do Século XX, 13, 257–280
- Lopes, Maria Antónia (2010). Protecção Social em Portugal na Idade Moderna. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lopes, Maria Antónia (1993). Os pobres e a assistência pública. Mattoso, José (Dir.). História de Portugal. vol. V-O Liberalismo (1807-1890). Luís Reis Torgal e João Lourenço Roque (coord.) Lisboa: Círculo de Leitores. v.5, 501-515.
- Pereira, Miriam Halpern (2010). O gosto pela história: percursos de história contemporânea. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Peres, Damião; Ribeiro, (1935) Assistência. Peres, Damião (Dir.) História de Portugal. vol. VII -Quinta Época (1816-1918). Barcelos: Portucalense Editora Lda. vol.7, 785-792
- Pinto, Maria de Fátima (1999). Os Indigentes – Entre a Assistência e a Repressão. Lisboa: Livros Horizonte.
- Pinto, José (1862) Medicina Administrativa e Legislativa. Hygiene Pública. Coimbra: 1862
- Sá, Victor de (1964). Perspectivas do século XIX. Lisboa: Portugália Editora.
- Sá, Victor de (1992). Lisboa no Liberalismo. Lisboa: Livros Horizonte
- Souvenir de Lisboa - O Asylo de Mendicidade. Impressões de uma visita ao Asilo de Mendicidade s.d.(ca.1885)
- Vaquinhas, Irene (2000) "Senhoras e Mulheres" na Sociedade Portuguesa do Século XIX. Lisboa: Colibri
- Veiga, Teresa R. (2004) A População Portuguesa no Século XIX. Porto: Afrontamento.
- Vigarello, Georges (1985). O Limpo e o Sujo. Lisboa: Editorial Fragmentos

Isolamento social - implicações interdisciplinares

*Maria João Soares Rodrigues de Sousa Fernandes,
Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches - Instituto Politécnico da Lusofonia,
pe3143@erisa.pt.*

*Lídia Susana Mendes Moutinho,
Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches - Instituto Politécnico da Lusofonia, Centro Hospitalar Psiquiátrico
de Lisboa,
lidi@moutinho@live.com.pt*

*Rita Ramos
Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoolica, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL),
ritaramos@chpl.min-saude.pt*

*Joana Teixeira
Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoolica, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL),
joanateixeira@chpl.min-saude.pt*

*João José Rolo Longo
Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches - Instituto Politécnico da Lusofonia,
pe132@erisa.pt*

Resumo

O isolamento social poderá ser sentido pela pessoa como um estado negativo/ameaçador que lhe é imposto por outrem podendo refletir-se em solidão. Tal situação pode, em alguns casos, implicar a necessidade de internamento. Por outro lado, aquando da alta, o contexto socioeconómico assume-se fundamental a uma reabilitação bem-sucedida e prevenção de recaídas. O presente estudo foi norteado pela seguinte questão: Quais as necessidades da pessoa internada em situação de vulnerabilidade? Os objetivos foram: caracterizar a pessoa com situação de vulnerabilidade em contexto de internamento; e conhecer as suas necessidades, através da aplicação de um questionário. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional realizado a pessoas internadas em contexto psiquiátrico. O tratamento e análise de dados foi efetuado com recurso a SPSS²⁵. Os procedimentos éticos foram garantidos por via da autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética da organização de saúde e da obtenção do consentimento informado e esclarecido dos participantes. Conclusões: O isolamento social foi identificado como a principal vulnerabilidade da amostra. 81% dos participantes são do sexo masculino; a média de idades é de 49 anos; 43,1% são solteiros, 52,6% desempregados; 37,2% vivem sozinhos e 55,33% vivem isolados. 97,9% requerem respostas interdisciplinares tanto informais como formais.

Palavras-Chave: Isolamento social; Vulnerabilidade; Necessidades da Pessoa Internada

Introdução

O isolamento social define-se como a ausência de contacto familiar ou social, de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior e a inexistência ou dificuldade no acesso a serviços. Pode Referir-se a um afastamento físico, quando o indivíduo vive afastado de alguém, ou psicológico, quando se sente moralmente perdido e evita atividades interpessoais, tais como: falar, partilhar e amar (Maia, 2002).

Pode afetar qualquer pessoa em todas as fases do ciclo vital independentemente do meio em que reside (Biblioteca da Literacia em Saúde, 2019). Pode ainda ser sentido pela pessoa como um estado negativo/ameaçador que lhe é imposto por outrem e que se reflete em solidão. De acordo com Neto (2000), isolamento e solidão não são sinónimos, definindo esta última como

“(…) *sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos*” (p.322).

São vários os fatores que podem potenciar o isolamento social e/ou solidão: ter uma doença física ou mental; diminuição da mobilidade e acessibilidade; ser muito idoso; viver sozinho; ser cuidador de outrem por período longo; sofrer a perda de um ente querido; ser vítima de maus tratos na terceira idade; ter dificuldades de comunicação; possuir baixas habilitações; ter dificuldades de acesso a meios de transporte e residir em zonas pobres (Carneiro, 2012). Outras situações súbitas, como a morte do cônjuge, desemprego, ou mesmo o trabalho a partir de casa, podem desencadear o isolamento social.

A população mais vulnerável à situação de pobreza em Portugal e conseqüentemente ao risco de isolamento social são as famílias monoparentais, algumas minorias étnicas, desempregados de longa duração, deficientes e a população idosa com recursos insuficientes que lhes assegurem um nível de vida condigno (INE, 2020).

A situação de pobreza condiciona e determina o acesso aos cuidados de saúde, pelo que, se a pessoa se encontrar numa situação de desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, acabará por integrar uma das formas de exclusão social (Carvalho, 2013). Por outro lado, em situação de internamento para tratamento de situação aguda ou estabilização de doença crónica, quando se verifica a existência de isolamento social, este, por si só, constitui um risco para a situação de recaída, ou seja, agudização de um quadro clínico estabilizado em contexto de internamento. Por outro lado, constitui também uma dificuldade acrescida para a toma de decisão acerca do processo de alta (Raminhos & Longo, 2019).

Assim, conscientes de que o isolamento social constitui uma vulnerabilidade ao longo do ciclo de vida, realizou-se a presente investigação norteadada pela seguinte questão: Quais as necessidades da pessoa internada em situação de vulnerabilidade?

Na realização deste estudo tivemos como objetivos: caracterizar a pessoa com situação de vulnerabilidade em contexto de internamento; e conhecer as necessidades da pessoa que experiencia a situação de vulnerabilidade.

1. Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. A amostra foi aleatória, sendo composta por 188 participantes internados em contexto psiquiátrico, no ano 2018. A recolha de dados foi efetuada com recurso a um questionário, previamente validado, que incluiu a caracterização sociodemográfica dos participantes e dimensões de questionamento relacionadas com a necessidade de apoio pelos profissionais de saúde e serviço social. O tratamento e análise de dados foi executada com recurso ao SPSS₂₅.

Procedimentos éticos foram assegurados através da formulação de pedido formal de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da Organização de Saúde e, por outro lado, através da solicitação aos participantes do consentimento informado livre e esclarecido dado por escrito. Foi ainda garantido o anonimato e a confidencialidade e que os inquiridos poderiam retirar o seu consentimento em qualquer momento da investigação.

2. Resultados

A amostra é maioritariamente composta por sujeitos do género masculino (81%), sendo a média de idades igual a 49 anos. O utente mais novo tinha 24 anos e o mais velho 75 anos. A idade mais prevalente foi 53 anos (6,4% da amostra).

No que respeita ao estado civil, 43,1% são solteiros, 32% são casados ou vivem em união de facto. A grande maioria dos inquiridos concluiu o ensino básico (51,1%); 29,5% o ensino secundário. Cerca de 16% dos sujeitos concluiu o ensino superior (bacharelato e/ou licenciatura). Em relação à situação profissional constatou-se que 38% tem emprego. Por outro lado, 55,33% dizem viver isolados (Figura 1).

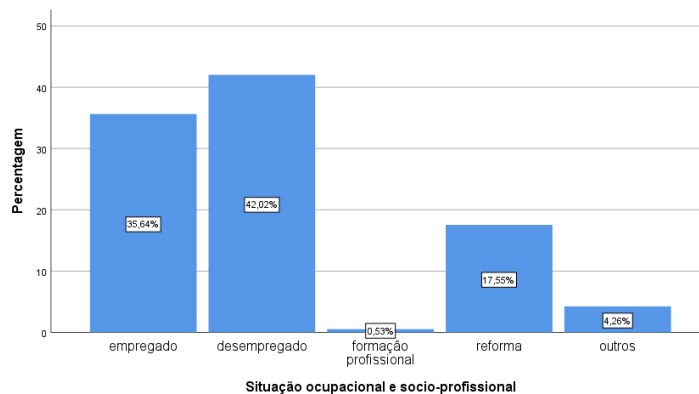


Figura 1 – Situação ocupacional e socioprofissional

Apesar da percentagem de pessoas que usufruem de algum tipo de rendimento (emprego, reforma, etc.) verificou-se que 56,38% enquadram-se na tipologia de caso social (Figura 2).

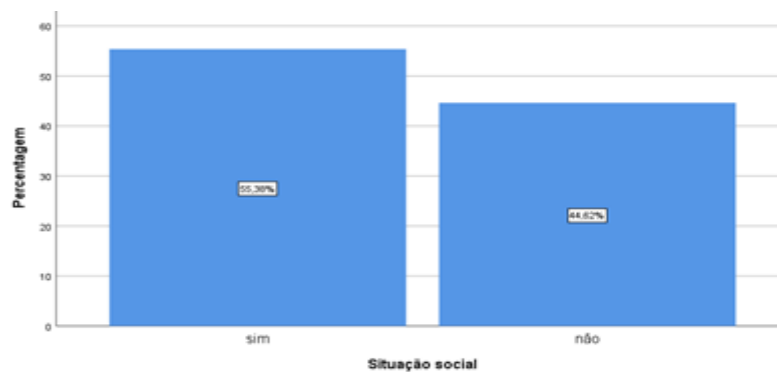


Figura 2 – Situação sociocupacional

Os pedidos de intervenção do serviço social são diversos, como pode ser constatado seguidamente (Figura 3).

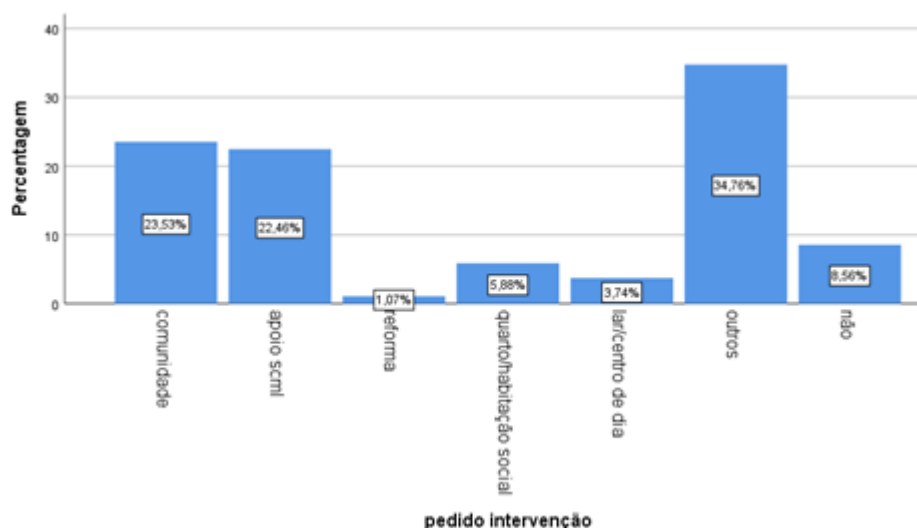


Figura 3 – Pedidos de apoio ao Serviço Social

Daqueles que solicitaram o apoio do serviço social, 47,4%, embora tivessem solicitado o apoio da assistente social, acham difícil satisfazer plenamente as suas múltiplas necessidades, que abrangem diferentes situações, como: alojamento, ocupação e aquisição de medicamentos.

27,6% pediram apoio para integração em comunidades terapêuticas, 14,5% para integração em habitação social ou em quarto e 22% solicitaram a articulação com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa com vista obtenção de apoios para, por exemplo, frequentarem cursos de formação profissional, aquisição de títulos de transporte ou integração em projetos sociais. De modo a averiguar a existência de relações entre as variáveis que caracterizam a vulnerabilidade social procurámos saber se existia relação entre o estado civil, a situação social, a situação económica e o pedido de apoio ao serviço social.

Constatou-se que não existe correlação entre o estado civil e a situação social (ser ou não considerado caso social), uma vez que a Correlação de Spearman (ρ)=0,10 e sig=0,16.

A correlação entre a situação social e o pedido de intervenção é estatisticamente significativa pois a Correlação de Spearman (ρ)=0,26 e sig =0,00.

A correlação entre a situação social e a situação económica também é estatisticamente significativa, correlação de Spearman (ρ)=-0,33 e sig =0,00, ou seja, os participantes considerados caso social são os que não têm rendimentos oriundos do trabalho.

3. Discussão

O presente estudo teve como desiderato caracterizar a pessoa internada em situação de vulnerabilidade assim como as suas necessidades.

Os resultados mostram que mais de metade das pessoas internadas (56,38%) em contexto psiquiátrico são consideradas casos sociais. Tal achado, parece estar em sintonia com a literatura ao referir que a doença mental e doença crónica são situações que deixam a pessoa em situação de vulnerabilidade sendo estas fatores de risco para o isolamento social (Neto, 2000; Observatório sobre Crises Sociais, 2020).

A média de idade da amostra é de 49 anos apesar da idade mais frequente ser os 53 e existir um participante com 72 anos. Parece assim existir maior vulnerabilidade com o aumento da

idade. Este resultado é certificado por outros estudos realizados em território nacional (Biblioteca da Literacia em Saúde, 2019) particularmente nos casos em que o grau de dependência aumenta significativamente após o internamento (Raminhos & Longo, 2019). Para Fernandes (2013), o envelhecimento poderá ser definido como um resultado favorável – envelhecimento bem-sucedido – se da parte deste existir habilidade na resposta/adaptação às mudanças cumulativas associadas à passagem do tempo enquanto experiência o significado e sentido da vida. O facto da grande maioria dos sujeitos apenas ter concluído o ensino básico é também concordante com a literatura ao sublinhar que as pessoas com menor grau de escolaridade são as mais suscetíveis ao isolamento social (Biblioteca da Literacia em Saúde, 2019).

Os resultados mostraram ainda que 56,38% dos sujeitos são considerados casos sociais, no entanto, apenas 47,4% solicitou apoio do serviço social. Os apoios solicitados são bastantes e diversificados: alojamento (albergue, quarto alugado ou lar); articulação com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Centro de Dia; títulos para uso de transportes; aquisição de medicamentos e, ainda, outros serviços indispensáveis à realização das atividades de vida diárias. A satisfação destas necessidades implica uma articulação eficaz e eficiente entre os diferentes elementos que constituem as equipas multidisciplinares, dentro e fora das organizações de saúde, com vista a uma reinserção na comunidade/ reabilitação da pessoa/família alvo de cuidados.

A situação de pobreza inclui a privação de recursos e a sua falta. O problema de privação poderá ser apaziguado, aquando da alta, ao verificar-se a articulação entre o serviço social e os serviços da comunidade com o objetivo de proporcionar à pessoa os bens essenciais e o conhecimento de modo a capacitá-lo para um desempenho eficaz das atividades de vida. No entanto, a pobreza inclui a falta de recursos (Carvalho, 2013). Isto significa que, para conseguir a reabilitação/ reinserção na comunidade da pessoa que tem alta do contexto de internamento torna-se fundamental dotá-la dos meios necessários à sua subsistência e integração social, amenizando essa transição (Raminhos & Longo, 2019). De acordo com Johnson, Bulechek, Butcher, Dochterman, Maas, Moorhead & Swanson (2009) perante a identificação do isolamento social, o enfermeiro poderá implementar intervenções com vista à modificação do comportamento, nomeadamente, nas habilidades sociais e na promoção da capacidade de resiliência.

A existência de correlações estatisticamente significativas entre a situação social e o pedido de intervenção (correlação de spearman =0,26 e sig =0,00) e entre a situação social e a situação económica (correlação de spearman=-0,33 e sig =0,00) mostram por um lado o insight que as pessoas em situação de vulnerabilidade apresentam sobre a sua situação e, por outro, a necessidade de integração no mercado de trabalho como resposta à vulnerabilidade económica e isolamento social.

Conclusões

No estudo realizado as situações de vulnerabilidade consideradas casos sociais estão presentes em mais de metade das pessoas internadas. A relação entre a necessidade de apoio social, a necessidade económica e o isolamento social evidenciam a necessidade de intervir no momento da alta, mas também, durante o internamento que permitam dotar a pessoa de recursos e capacitá-la com vista à facilitação da sua integração no mercado de trabalho e consequente diminuição do isolamento social.

Considerando que o processo de envelhecimento acontece ao longo da vida, prevenir situações de vulnerabilidade e isolamento social ao longo do ciclo vital terá um impacto decisivo num envelhecimento bem-sucedido.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não existir qualquer relação pessoal ou financeira que possa ser entendida como representando um potencial conflito de interesses.

Bibliografia

- Biblioteca da literacia em saúde (2019). *O isolamento social e a solidão*. Acedido em 9 de Abril de 2010 em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social/>
- Carvalho, H. (2013). *Correlação da pobreza, exclusão social e saúde*. Plataforma Barómetro Social – Plataforma virtual de reflexão e de análise sobre a sociedade portuguesa e o seu posicionamento no contexto internacional.
- Carneiro, R. (2012). *O envelhecimento da população. Dependência ativação e qualidade*. Universidade Católica: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- Fernandes, M. Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem.in: Lopes, M. (2013). *O Cuidado de enfermagem à Pessoa Idosa - Da investigação à prática*. Loures; Lusociência
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Rendimento e condições de vida*. Portugal. Acedido em 9 de Abril de 2010 em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354099170&DESTAQUESmodo=2
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E. (2012). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC*, 3ª ed. São Paulo: Artmed.
- Maia, R. L. (2002). *Dicionário de sociologia*. Porto: Porto Editora.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta
- Observatório sobre Crises Sociais (2020). Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Acedido em 9 de abril de 2020 em: https://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/index.php?id=6522&id_lingua=1&pag=7707
- Raminhos, C.; Longo, J. (2019). *Condicionantes percebidas/ sentidas pela família na alta do idoso dependente. Poster apresentado no Colóquio de Enfermagem – Evidências em Enfermagem de Medicina Interna*, em 06 de dezembro de 2019, no auditório da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

As universidades de terceira idade como forma de participação e inclusão social: um estudo de caso na Universidade Sénior de Massamá e Monte Abraão

*Carlos Mendes,
Universidade Aberta,
carlusmendes@gmail.com*

*Olga Magano,
Universidade Aberta e Centro de Investigação e Estudos em Sociologia,
ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa,
olgamagano@gmail.com*

Resumo

A criação de Universidades Sénior (US) surge devido a profundas transformações sociais e tecnológicas com impacto na melhoria de condições de saúde e bem-estar, com o aumento da esperança de vida e consequente envelhecimento da população. As sociedades contemporâneas procuram propostas de envelhecimento ativo, entre as quais se enquadram as US, como paradigma de educação de adultos a partir dos 50 anos no Ocidente.

Este movimento iniciou-se em França, em 1972, disseminou-se rapidamente por todo o mundo porque colheu grande receptividade nas pessoas ‘de idade’ como fator de bem-estar. Em Portugal, Herberto Miranda, em 1978, dá início à primeira universidade da terceira idade, sublinhando que não se tratava de um projeto assistencial, mas de carácter cultural e, de desenvolvimento humano e científico.

Esta comunicação tem como objetivo apresentar os resultados de um estudo realizado na Universidade Sénior de Massamá e Monte Abraão (USMMA) com a finalidade de conhecer o processo de criação das US enquanto resposta social e, no caso português, contextualizar o surgimento deste movimento e conhecer as motivações dos estudantes para a sua frequência, e compreender o impacto que pode ter no seu estilo de vida, num contexto de aprendizagem ao longo e ao largo da vida mas também como estratégia de preservação de relações sociais, após a saída do mercado de trabalho.

Em termos metodológicos, optou-se por uma abordagem qualitativa de estudo de caso com a realização de observação participante em contexto de salas de aula e entrevistas semiestruturadas em profundidade a estudantes e dirigentes da universidade.

Os resultados revelam a importância que a frequência da US assume sobretudo para as mulheres, como forma de aprendizagem informal, de convívio e de lazer. As estudantes procuram estes centros de cultura pela sua necessidade de participação social e para dar vazão à sua curiosidade intelectual, sendo também uma possibilidade de emancipação feminina e de empoderamento, numa população ainda muito marcada pelas desigualdades de género. Enquanto os homens, que as frequentam pouco, têm outros interesses temáticos e associativistas. Assim, a USMMA constitui um meio privilegiado de convívio entre as mulheres e uma forma de empoderamento que pode promover a sua emancipação na velhice.

Palavras chave: envelhecimento ativo, universidade sénior, aprendizagem ao longo da vida; empoderamento das mulheres

Introdução

O fenómeno das universidades sénior⁷⁰, enquanto movimento social na sociedade contemporânea, irrompe na sequência de um aumento da esperança de vida. Estas universidades apresentam-se como resposta a necessidades sociais e culturais de uma faixa crescente da população envelhecida, que se encontra parte dela desocupada, do ponto de vista da inserção no mercado de trabalho, devido à sua entrada na reforma, mas que se encontra física e mentalmente ativa (Jacob, 2012: 16-21).

Neste texto apresentamos a evolução das universidades da terceira idade, em termos internacionais e em Portugal e em diferentes contextos como o envelhecimento demográfico, a pós-modernidade, o envelhecimento ativo, e a aprendizagem ao longo da vida (ALV), numa sociedade onde parte significativa das relações sociais assenta nas redes comunitárias tradicionais e nas redes digitais de informação e nos fluxos migratórios. Sobre este fenómeno social foi desenvolvido um estudo na Universidade Sénior de Massamá e Monte Abraão, enquanto espaço sociocultural de partilha de experiências de vida e de aquisição de novos conhecimentos, e do reestabelecer de relações sociais, e o modo como esta pode influenciar as vidas das pessoas ‘de idade’ num contexto de envelhecimento da população.

1. Envelhecimento da população e procura de respostas inovadoras

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017), Portugal perderá população dos atuais 10.3 para 7.5 milhões de indivíduos, entre 2015 e 2080; O número de jovens diminuirá de 1.5 para a 0.9 milhões, enquanto o número de pessoas ‘de idade’ passará de 2.1 para 2.8 milhões; este duplo envelhecimento da pirâmide de idades ultrapassará o dobro, no índice de envelhecimento, entre 2015 e 2080, de 147 para 317 pessoas ‘de idade’, por cada 100 jovens; Por outro lado a população ativa diminuirá de 6.7 para 3.8 milhões de indivíduos, com agravamento acentuado do índice de sustentabilidade, que passará em 2015, de 315 para 137 indivíduos na idade ativa, por cada 100 pessoas ‘de idade’, em 2080. Para Bandeira *et al.* (2014: 29) a nível global a esperança de vida também aumentará nos países em desenvolvimento.

⁷⁰ “Qual o nome da velhice?” (Schneider & Irigaray, 2008), a maior parte dos termos são utilizados por preconceito contra as pessoas ‘de idade’, indivíduos que saíram da vida ativa a partir dos 50 anos, ou por medo das representações negativas à medida que o ser humano envelhece. Um compasso quaternário (assíncrono e individual): cronológico, biológico, psicológico, social (e cultural). Existem propostas fundamentadas da gerontologia em países como o Japão ou a Itália para considerar a velhice a partir dos 75 anos (*id.*:588). Usamos tanto o termo ‘universidade sénior’ no contexto nacional, como ‘universidade da terceira idade’ num contexto mais global. Onde o termo ‘terceira idade’ parece ter menor carga pejorativa, para nos referimos às universidades vocacionadas para as pessoas ‘de idade’.

Também para Aboim (2014), além das questões económicas e da falta de recursos, a transição demográfica pode ameaçar a sustentabilidade das sociedades humanas (*id.*: 208). Assim, concomitante com o prolongamento do tempo de vida procuram-se boas práticas de saúde, físicas e mentais, para evitar sobrecarregar os sistemas de providência e de saúde, enfraquecidos pela diminuição de contribuições da população ativa, uma crise estrutural demográfica e social com incidência nos grupos mais vulneráveis.

Uma possível resposta social para o envelhecimento da população pode ser o envelhecimento ativo (EA), que pode confundir-se com o envelhecimento saudável ou com o envelhecimento produtivo (De São José & Teixeira, 2014: 13). Com tão ampla definição de EA, existe margem para orientações políticas que promovem sobretudo a continuidade das pessoas ‘de idade’ no mercado de trabalho. Não existe consenso sobre o conceito de ‘ativo’, ‘saudável’ ou ‘produtivo’ quando associados aos processos do envelhecimento. A definição de EA da Organização Mundial de Saúde (OMS) assenta em três pilares: saúde, segurança e participação social, e em seis determinantes que influenciam o envelhecimento. Um ecossistema que integra o sistema económico, social, serviços sociais e de saúde, o ambiente físico, e as características pessoais, que se refletem em ações e comportamentos que no seu conjunto complexo interferem no estilo de vida e no modo como cada ser individual envelhece (OMS, 2002).

O envelhecimento ativo trouxe um novo olhar para a elaboração dos discursos das organizações e dos decisores sobre as políticas de envelhecimento, um modelo de saúde que vai além da ausência de doença fortemente associado a atividades de valor social e económico (Ribeiro, 2012: 40). Assim, as atividades de lazer tendem a ser preteridas pelas organizações supranacionais, uma ideia que se estriba nos problemas estruturais urgentes da sociedade e não atende às necessidades das pessoas ‘de idade’, o que retira o seu fundamento, ou a necessidade de espaços socioculturais centrados no desenvolvimento das pessoas ‘de idade’, porque não se inserem numa lógica de empregabilidade. A maioria das propostas como a da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) ou a da Comissão Europeia (CE), quando promovem o envelhecimento ativo, estão a sugerir às pessoas ‘de idade’ que continuem a trabalhar, como meio de preservar a sua saúde física e mental e a sustentabilidade do sistema de proteção social, e também ‘pedem’ a solidariedade entre gerações, porque temem conflitos intergeracionais pela escassez de recursos.

2. A aprendizagem ao longo da vida como proposta de ocupação dos tempos livres para as pessoas ‘de idade’

O conceito de aprendizagem, sobretudo a partir de 1949, divulgado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), OCDE e CE, fica marcado por duas perspetivas educativas opostas: a educação permanente, que tem como texto de referência o relatório Fauré (1972) em “aprender a ser”, e a aprendizagem ao longo da vida (ALV) em defesa de uma educação de adultos estribada no relatório Delors (1997), “educação, um tesouro a descobrir” (Canário, 2013: 563). A primeira perspetiva, no que se refere à educação permanente, tem uma matriz que assenta nas teorias do conflito e no pensamento marxista; enquanto a aprendizagem ao longo da vida se estriba numa matriz tecnocrática e nas teorias de consenso neoliberal e na escola funcionalista (Aníbal, 2013: 4).

As prioridades das organizações supranacionais mudaram, concebem que os adultos não precisam de uma educação para a vida, mas de instrumentos de aprendizagem de adaptação às novas tecnologias utilizadas nos processos produtivos e serviços administrativos. Nos anos 70, nas primeiras conferências da UNESCO procurava-se desenvolver uma sociedade aprendente, uma educação de adultos que pudesse operar uma transformação social, e desenvolver o humanismo e a solidariedade (Aníbal, 2013: 4). Nos anos 80, verifica-se uma mudança na educação de adultos para o sector da formação profissional (Canário, 2013: 562). No que se refere à ALV, sobretudo na OCDE e na CE, é defendida uma aprendizagem de adaptação às novas vagas tecnológicas e produtivas, uma ideologia neoliberal e individualista (Aníbal, 2013: 4). A educação permanente deixa de ser um fim em si mesmo como elemento estruturante para desenvolver a emancipação individual e social. Nos anos 90, a prioridade passa a ser as competências para promover a empregabilidade. Assim, para Aníbal (2013: 5), a aprendizagem ao longo da vida serve para mudar o rumo da educação de adultos para lógicas adaptativas e funcionalistas, ficando de fora as concepções democráticas e um desenvolvimento humanista. O sujeito torna-se o responsável pela sua ALV, enquanto o Estado se liberta progressivamente da responsabilidade de criar condições para a aprendizagem de adultos (Aníbal, 2013: 5).

Lima (2002), sublinha que a CE defende que a plena cidadania pode ser alcançada com a ALV, um conceito com motivações económicas fortes na procura de uma coesão social. Uma educação que se transforma em gestão de recursos humanos, na busca do trabalhador certo, para cada tarefa específica do processo produtivo (*id.*: 72-73).

A rápida disseminação da ALV na CE, está sobretudo relacionada com a sua função política, a educação como um investimento, onde o valor do conhecimento serve para dar resposta

imediate aos problemas da sociedade contemporânea. As organizações supranacionais desconsideram as aprendizagens informais e não formais porque não facilitam a empregabilidade. Porém, o conceito de ALV pode conciliar interesses múltiplos, económicos, sociais e individuais. As finalidades económicas são legítimas, mas não podem alienar os aspetos e contextos sociais e pessoais em cada idade da vida (Simplício & Neves, 2014: 92).

Também a CE (2000: 10) segue uma proposta economicista, mas permite que diferentes sensibilidades se possam expressar e emerge o conceito de “aprendizagem em todos os domínios da vida” ou “*aprender ao longo e ao largo da vida*” (Guimarães & Antunes, 2016: 37). Em parte, porque a ALV nunca conseguiu ser um modelo integrador das aprendizagens, as representações da CE e dos Estados-Membros estão sempre ancoradas na utilidade, para a empregabilidade e para o desenvolvimento da economia, este conceito perde a sua força com a transição para a reforma (CE, 2000: 10). A ALV pode apresentar um duplo risco: considerar a educação de adultos como um investimento económico da responsabilidade individual. Onde as instituições públicas deixam de ter necessidade de assegurar esses meios; acentuam-se as desigualdades sociais na sociedade contemporânea (Aníbal, 2013: 6). Todavia, o indivíduo e a sociedade, não se podem alhear dos problemas do emprego na educação de adultos, em benefício de todas as gerações (Aníbal, 2013: 6). Seguindo esta lógica torna-se necessária uma preparação para o mercado trabalho, que respeite as características de cada trabalhador, como as condições de saúde, motivação e escolaridade. Enquanto os empregadores e o estado têm que considerar que nem todas as profissões serão adequadas, sem ignorar as representações negativas sobre a idade que ainda persistem na sociedade contemporânea (Debert, 1997: 6-7).

3. Oportunidades de mudança nas universidades sénior

Para Formosa (2014), as US sofrem dificuldades na sua gestão, pelo seu enorme sucesso em todo o mundo, um interesse maior por parte dos estudantes cada vez mais escolarizados, levantam problemas estruturais, sendo por vezes necessário limitar as inscrições pela idade. Estas dificuldades em parte dependem do modelo que seguem. O modelo francês tem maior acesso a financiamento para desenvolver os seus programas, mas como se pautam pela mesma estrutura das universidades tradicionais, os programas e currículos seguem os interesses dos professores que trabalham na área da educação de adultos e menos os interesses das pessoas ‘de idade’. O modelo inglês fundado na base da autoajuda depende quase exclusivamente das contribuições dos seus estudantes para marcar uma posição de contracultura, defendem ser necessária uma educação informal fora do sistema de ensino instituído. A literatura salienta alguns fatores que podem criar resistência ao movimento das US: para Formosa (2014) a US

pode ser elitista, um instrumento ao serviço de uma classe média burguesa, afastando outros grupos sociais, pelos temas mais ligados às artes liberais e à literatura, uma forma de manter as relações sociais e de poder, exibindo em público com os amigos os seus dotes culturais. Este viés afasta as US de um projeto emancipador (*id.*: 53), uma tentativa de dar resposta à ocupação dos tempos livres e ao isolamento social depois da reforma. Se as pessoas da classe média mais escolarizadas estão mais recetivas para abraçar a US, a classe trabalhadora no limiar da pobreza fica apreensiva quanto a associar-se a um projeto educativo desta natureza. Estando mais interessadas em conhecimentos práticos relacionados com a sua experiência de vida, aprender a ler e a escrever e a fazer uma leitura crítica das notícias do mundo da vida, porque parte dessas pessoas não tiveram oportunidade de estudar.

Sobre as questões de género Formosa (2014) salienta que a frequência quase exclusiva das mulheres tem que ser explicada. Assim como a presença ou ausência dos homens na US pode estar relacionada com a falta de interesse ou porque podem preferir outro tipo de associativismo. Os registos nacionais e internacionais revelam que as US são frequentadas por uma maioria de mulheres: 76% em Portugal, 70% na França, 80% na Finlândia, 75% nos EUA, e 80 % no Brasil (Jacob, 2012: 27). Alguns autores argumentam que as mulheres transitam para a reforma mais cedo e que vivem mais tempo que os homens. Mas não existe um argumento aceitável para que algumas mulheres continuem sobrecarregadas com as tarefas domésticas, quando frequentam a US, nem está provado que traga algum benefício quanto a uma redistribuição dos papéis atribuídos a cada género e em cada cultura (*id.*: 54). Todavia, podem servir para aumentar as expectativas quando a essas mudanças. Uma desigualdade de género que contribui para reforçar problemas decorrentes dessas tensões, uma luta pelos seus direitos e pela sua autorrealização (Gohn, 2012: 103).

Quanto às minorias Formosa (2014) refere, que a exclusão parece não ser deliberada, mas reflete uma visão do mundo e dos valores dominantes na sociedade, que desconsideram a diversidade cultural, situação que urge mudar. Para o autor é inusitado que as pessoas ‘de idade’ ou com incapacidades psicofísicas sejam excluídas da US. Em parte porque a partir dos 65 anos na Europa, cerca de 23% das mulheres e 17% dos homens, sofrem de alguma comorbidade, como acidentes cardiovasculares e problemas neurológicos que os podem limitar (*id.*: 55).

Para Marcinkiewicz (2011) não existem modelos ideais de universidades sénior, o modelo francês promove a inclusão intelectual, quando disponibiliza os docentes da universidade tradicional que as acolhem no campus, envolvendo as pessoas ‘de idade’ nos projetos de

investigação ligados aos processos do envelhecimento, na esteira dos princípios da gerontologia; o modelo inglês alarga as redes sociais e de apoio promovendo o voluntariado e a autoajuda; enquanto o modelo norte americano promove mais as atividades físicas, visitas de estudo e boas práticas de saúde (*id.*: 42). Os modelos não são incompatíveis, e a USMMA e as universidades sénior em Portugal seguem de perto o modelo inglês, e incorporam também os pontos fortes do modelo francês e norte americano.

E por fim, para Formosa (2014) as preocupações com a investigação estão relacionadas com a validade científica. Não se trata de encontrar relações causa-efeito, mas de investigar para compreender a relação entre os conhecimentos adquiridos nos vários domínios científicos sobre as US e os processos do envelhecimento, com as melhorias na qualidade de vida e bem-estar. Afinal o envelhecimento humano é um objeto complexo, com múltiplos determinantes individuais, socioculturais e ambientais que atuam imbricados. Não se conseguem isolar determinados indicadores para tirar deles conclusões científicas rigorosas. Apesar de alguns estudos conseguirem demonstrar que a estimulação cognitiva produzida pela aprendizagem nas US, previne e prolonga as condições de saúde físicas e mentais das pessoas ‘de idade’ (*id.*: 49).

4. O movimento das universidades sénior em Portugal

Em 1978, Herberto Miranda (1998 *apud* Veloso, 2007: 153), inicia o projeto da primeira universidade sénior em Portugal, a *Universidade Internacional da Terceira Idade*, inspirada no modelo francês, o pioneiro sublinhava que não se tratava de um programa de assistência social mas de valorização dos saberes das pessoas ‘de idade’ e no promover de projetos científicos e sociais em Portugal e no estrangeiro. Para Pinto (2003) a primeira geração de programas nos anos de 1960, era do tipo *elderhostel*, baseado nos *Institute for Learning in Retirement* (Shinagel, 2012: 23), como resposta social para os *sénior citizens* dos Estados Unidos, que estava mais próximo de um centro cultural e de convívio, do que, de uma universidade tradicional, que foi concebida para a aquisição de conhecimentos, investigação, e serviço à comunidade. Para Lemieux (2001: 36 *apud* Pinto, 2003: 475) este tipo de programas situa-se na área cultural e do convívio, embora seja apoiada pelas universidades tradicionais, como não apresenta conhecimentos considerados universitários, poderia ser dada por animadores culturais. Nos anos de 1970, a segunda geração, apresenta programas que além de proporcionar o convívio e o bem-estar, promovem os bens culturais e o potencial cognitivo das pessoas ‘de idade’, para que estes possam ter uma participação social mais ativa. A partir de conferências e debates moderados por professores, ou mesmo por pessoas ‘de idade’ com competências adquiridas ao longo da vida. Com este tipo de programação diversos autores

consideram que não seria necessária uma universidade, designação que aliás é por muitos contestada (Lemieux, 1998: 227 *apud* Pinto, 2003: 475). A terceira geração, nos anos 1980, surge com programas próximos do conceito de universidade tradicional. Porque entretanto as pessoas ‘de idade’ que procuram as US estão mais escolarizadas, quando aparecem para ocupar os tempos livres e escapar ao isolamento da reforma antecipada.

Na atualidade estima-se que existem 500 universidades sénior em Portugal. Porém, nem todas estão registadas na associação Rede das Universidades da Terceira Idade (RUTIS), que em 2019 registou 354 unidades, com mais de 7000 professores voluntários e 50000 alunos (Jacob, 2019: 153). Ainda fica por listar parte significativa, como as que pertencem à rede de rotários. As US estão distribuídas pelo território nacional, e são coordenadas sobretudo pelo movimento sénior, com 52%, as câmaras municipais e juntas de freguesia, com 23 %, e as IPSS com 20%, e as dos rotários declaradas, com 5% (RUTIS, 2016: 3).

5. Metodologia

Na pesquisa qualitativa o investigador, enquanto instrumento principal, tem que vigiar a sua subjetividade com lentes epistemológicas, usar de escuta ativa tanto nas entrevistas como na observação em presença, para encontrar padrões na recolha dos dados, e consiga “...tratar os dados para que façam sentido...” (Magano, 2004: 70), sem ter como meta estabelecer leis gerais, “... e sim a de outros contextos e sujeitos [que] a eles [possam] ser generalizados ...” (Bogdan & Biklen, 1994). Na procura de uma visão holística, sem separar o objeto de estudo das suas relações de interdependência, e assente num quadro teórico prévio de referência.

Os instrumentos de recolha de dados conjugam-se numa triangulação e têm como estrutura um guião de observação e um guião de entrevista: o primeiro serve de orientação no contacto direto das interações entre os alunos e os professores da USMMA, e o segundo orienta o entrevistador para as questões da entrevista que possam informar sobre o objeto de estudo de modo flexível, para que os entrevistados possam expressar nas suas palavras a sua experiência na USMMA (Carmo & Ferreira, 2008). As entrevistas foram sujeitas a uma análise de conteúdo, técnicas que envolvem operações de categorização e de codificação, um método aplicado como Bardin (2002: 102) sugere em três etapas: a pré-análise onde se incluem as transcrições das entrevistas previamente gravadas; a exploração do material, onde se aplicaram regras de recorte no texto transcrito, para obter unidades de registo e contexto, que retenham características com significado explícito ou latente para os entrevistados; e por fim, um tratamento dos resultados. Onde para além da enumeração de tópicos, se procuram regularidades ou ausências de

significado atribuídos pelos atores entrevistados, num esforço de proporcionar a compreensão do nosso objeto de estudo a partir dos dados recolhidos.

O projeto de investigação começou no primeiro ano do seminário de investigação. No final seguiu-se uma escolha por parte do mestrando de uma orientação científica que foi aceite pela Professora Doutora Olga Magano, que apresentou o projeto de investigação ao Conselho Científico da Universidade Aberta que avaliou a sua pertinência científica, social e ética, para que a investigação pudesse acontecer pelo período de um ano.

Em termos de trabalho de recolha de dados foram entrevistados 16 estudantes seniores, 13 mulheres e 3 homens, 10 mulheres em Massamá e 3 no Monte Abraão; 6 professores, 2 homens e dois casais de professores, e a coordenadora, o professor convidado/a pedia quase sempre para trazer seu/sua cônjuge também professora. As observações na sede da USMMA, em Massamá, decorreram entre 8 de Nov. e 4 de Dez. de 2018, correspondentes a 10 dias de observação descontínua, com regularidade de dois dias por semana, por forma a englobar um conjunto de áreas temáticas diversificadas, no total de 21 aulas, duas por cada disciplina, em semanas consecutivas, quando não havia ausência de algum professor. As aulas observadas foram selecionadas pela USMMA.

As estudantes a entrevistar que nos foram apresentadas refletem uma seleção por parte da direção, de um aluno ideal da USMMA, os seniores mais dinâmicos e comunicativos, que se veio a constatar que correspondem à noção de casos típicos (Carmo & Ferreira, 2008: 216). Uma seleção que também inclui as mais sofredoras, aquelas que estavam mais necessitadas de desabafar, pela depressão e luto de uma viuvez recente, ou pela doença crónica que as condicionava no seu estilo de vida. Os casos extremos ajudam a validar os casos típicos. Quem selecionou as participantes tentou ser abrangente, a pensar talvez numa certa representatividade ainda que de forma subjetiva. O grupo de entrevistados era variado, nas diferentes posições sociais, escolaridades, profissões, experiências e histórias de vida ímpares.

Para Bauer e Gaskell (2003), o número de entrevistas “... dependeria da natureza do corpus, dos tópicos a investigar e dos recursos disponíveis, os argumentos para não serem necessárias muitas entrevistas, podem ser justificados com duas explicações: os estudos demonstram que existe um número limitado de versões da realidade, apesar da experiência de cada ator ser única; as representações das experiências vividas não emergem de experiências individuais, mas são um resultado dos processos sociais, e só tomam forma e conteúdo quando pelo menos duas pessoas comunicam sobre determinado objeto. Sabendo que as representações emanam

de uma mente coletiva e de interesses comuns partilhados (*id.*: 70-71). A seleção dos participantes não foi uma escolha do investigador mas acabou por ser profícua.

6. Apresentação e discussão de resultados: os estudantes da USMMA

A Universidade Sénior de Massamá e Monte Abraão está situada no Concelho de Sintra e foi fundada em 2008. As atividades da USMMA têm lugar na sede em Massamá, no polo de Monte Abraão e no Centro Lúdico de Massamá. Trata-se de um centro sociocultural com uma oferta curricular de 90 disciplinas, 60 professores voluntários e 452 alunos. As disciplinas estão distribuídas por diversas áreas temáticas: tecnologias de informação e comunicação; línguas; literatura; ciências sociais e humanas; música, canto; teatro; ecologia, ambiente e bem-estar.

A idade das participantes envolvidas na observação e nas entrevistas situa-se entre os 55 e os 82 anos, com maior incidência no intervalo dos 65 - 74 anos. Quanto ao género, no grupo de pessoas ‘de idade’ que participaram nas entrevistas e na observação em presença, sobressai que as mulheres se encontram em maioria na USMMA, com 73 %. A escolaridade dos participantes situa-se ao nível do ensino básico do 3º ciclo, somando os 3 ciclos do ensino básico, 58%, 5 % acima da percentagem nacional em 2018 (PORDATA, 2018). Enquanto que o ensino superior e a escolaridade básica do 1.º ciclo se aproximam dos 12% e 11%. Não foram encontradas pessoas ‘de idade’ sem escolaridade, embora ainda existam a nível nacional 6.3 %. Indicadores que também corroboram a ideia de que são os mais escolarizados que procuram a universidade sénior, que parece permitir manter o estatuto com que construíram as suas identidades múltiplas e pode afastar aqueles que não criaram um habitus cultural, que estimulou a aprendizagem ao longo e ao largo da vida. As profissões dos participantes deste estudo situam-se sobretudo no setor terciário (professores, juristas, enfermeiras, funcionários públicos, bancários, secretariado, empregados de balcão), uma classe média e baixa, com condições socioeconómicas que por vezes encobre a pobreza e a exclusão. Sobre o estado civil sobressai uma fase da vida marcada pela viuvez no feminino representando 23% das participantes, enquanto 69% são casadas e 8% são divorciadas. Na maior parte dos casos os filhos já saíram de casa.

Apesar do reconhecimento da sociedade sobre a importância das US como parte importante da manutenção da atividade física e cognitiva das pessoas ‘de idade’, estas instituições são reconhecidas, mas não são apoiadas pelo Estado, o que leva a que nem todas as pessoas tenham condições económicas para pagar as propinas, ainda que os valores sejam simbólicos.

O estado social tem dificuldade em criar outros mecanismos de financiamento além das contribuições dos trabalhadores no ativo e aplica os seus recursos sobretudo na criação de condições de reciclagem educativa. Para manter as pessoas no mercado de trabalho, depois dos 66 anos, deixando as necessidades decorrentes dos determinantes do envelhecimento, e as preferências das pessoas ‘de idade’ para segundo plano (Kalache, Barreto & Keller, 2005: 40 *apud* Monteiro & Neto, 2008: 27). Também a ALV recorrente nos discursos políticos, desconsidera as pessoas depois da reforma, procuram apenas estratégias para que estas possam permanecer na vida ativa. Porém, a proposta de Pinto (2008) pode contribuir para enriquecer as orientações dos decisores políticos ao sugerir a interseção da ALV com a longevidade, para que se possa definir um modelo de aprendizagem centrado nas pessoas ‘de idade’ (*id.*: 53), e para criar habilidade e competências que lhes permitam, não a empregabilidade mas uma melhor gestão da vida, ferramentas para melhorar o seu bem-estar físico, psicológico e social (*id.*: 66). Assim, como o envelhecimento ativo, embora seja um discurso bem articulado num modelo assente nos pilares da saúde, participação social e segurança (OMS, 2002), serve a representações ambíguas do que pode significar o termo ativo. Pelo menos diverge do conceito das pessoas de ‘idade’ na USMMA, que o entendem mais como uma compensação pela vida dura de trabalho que tiveram, e não como reciclagem para continuarem ativas no mercado de trabalho.

A população da USMMA é na sua maioria composta por mulheres, o que nos leva a questionar se o movimento das US consiste sobretudo num movimento feminino. Foi frequente entrarmos numa sala de aula durante o período de observação, contarmos os alunos e, por exemplo, num total de trinta estudantes, vinte e sete eram mulheres, e apenas três eram homens. Esta constatação está em linha com a tendência das universidades sénior em Portugal (76 %), que sofreu poucas alterações, entre 2002 e 2015, passando a percentagem de mulheres de 79 %, para 74 % (RUTIS, 2016). Procurámos perceber os motivos que justificassem a ausência dos homens nas universidades sénior, a partir da análise das respostas das/dos participantes neste estudo. Na procura de motivos para a existência de uma possível desigualdade de género contra os homens se descobre, que ao contrário do que se possa pensar ao nível das racionalidades leigas, ou de alguns autores (Formosa, 2014), os homens não são discriminados no acesso à USMMA. Em linha com um estudo a nível nacional de Cabral e Ferreira (2013) que mostra, que quem mais participa na sociedade nas diversas entidades e associações para a ‘terceira idade’ são os homens, principalmente nos clubes desportivos e coletividades recreativas, exceto nas atividades religiosas e nas universidades sénior (*id.*: 95).

Algumas pessoas ‘de idade’ e estudiosos das US defendem que existem falta de áreas temáticas e de disciplinas que despertem o interesse dos homens (Formosa, 2014: 60). A resposta das pessoas ‘de idade’ independentemente do género é que a presença ou ausência dos homens não se deve a discriminações. Mas confirma-se o preconceito, de que alguns homens com mais ‘idade’ têm mais tendência a evitar frequentar locais onde as mulheres estão em maioria, ou quando fazem parte da organização ou colaboram com a gestão da USMMA.

Outro factor para justificar a maior presença feminina foi a maior longevidade das mulheres. No entanto Torres *et al.* (2018), explicam que os problemas de saúde afetam todos os indivíduos à medida que envelhecem, mas começam mais cedo nas mulheres por volta dos 55 anos, e no caso dos homens por volta dos 58.2 anos (*id.*: 309). Também a viuvez e o luto marcam de modo profundo algumas entrevistadas o que lhes causa profunda tristeza, um silêncio e um choro que tivemos que respeitar. Por exemplo, uma das entrevistadas referiu que “... o meu marido faleceu há um mês, era um bocadinho difícil...” (MC, 75 anos, empregada de balcão).

A estudante mencionou que nesta altura da sua vida à medida que o tempo passa, a USMMA tem tido um papel mais relevante agora que está sozinha. Por vezes, a viuvez transforma-se numa oportunidade: após recuperação do luto ingressam ou regressam à USMMA pois antes não tiveram oportunidade de frequentar a escola, pela vida de trabalho árduo a que foram submetidas. Porque estavam em locais rurais pouco acessíveis e com poucos recursos educativos; pela obrigação de cuidar em exclusivo dos filhos e da vida doméstica, o que resultou numa baixa escolaridade e na origem de empregos precários. Uma situação de carência e de esmagamento pela vida familiar e doméstica ou de uma dupla jornada que não lhes retirou a vontade de aprender coisas novas.

A US também tem servido para que algumas pessoas ‘de idade’ possam recuperar a sua posição social ou estatuto adquirido durante a vida ativa. Uma estratégia que pode mudar as representações negativas sobre este grupo etário. Todavia, as pessoas ‘de idade’ ainda são consideradas na sociedade meros consumidores de serviços de lazer e de produtos de rejuvenescimento e bens culturais. Colocamos ênfase no último tipo de bens, pela falta de participação na escolha e construção dos saberes apresentados na USMMA. Os professores são muito empenhados e solidários na transmissão dos saberes que acumularam ao longo e ao largo da vida com grande mérito. Mas podem precisar de uma formação centrada nas pessoas ‘de idade’, para que possam contribuir com mais eficácia para o desenvolvimento das suas competências (Pinto, 2008: 43). Por outro lado, os currículos ainda são propostos na sua

maioria pela coordenação ou pelos professores voluntários da USMMA. Urge envolver os estudantes ‘de idade’ fazendo recurso de um concelho pedagógico.

A baixa escolaridade da população portuguesa nesta coorte é outro motivo que pode condicionar o desejo de frequentar a US. Trata-se de um aspeto propenso à autoexclusão porque podem pensar não ter aptidões suficientes para a frequentar. Acabam por não ter motivação para a aquisição de novos conhecimentos ou um sentimento de intimidação em relação a esse tipo de aprendizagens para os quais não foram estimulados (Formosa, 2014: 53).

As entrevistadas revelam sentimentos de progressivo bem-estar, que lhes mudou seu modo de existir para uma vivência mais positiva no envelhecimento, mas sentem dificuldade em convencer os maridos ou os vizinhos para a frequência da USMMA: os argumentos repetem-se, sentem-se intimidados e desconfortáveis em ambiente muito frequentado e dominado por mulheres.

"As mulheres aproveitam esta liberdade porque tiveram uma vida muito sobrecarregada, os homens nunca se sentiram presos aos compromissos familiares, nós ainda queremos aprender coisas novas eles acham que já sabem tudo." (LD, 68 anos, enfermeira)

"Os homens são mais tímidos e tem medo de mostrar fraqueza" (JP, 68 anos, assistente médica)

"Os homens não estão abertos a frequentar a US, no árabe era quase só mulheres"

(JS, 68 anos, técnico de informática)

Com estes discursos de entrevistadas poderemos tirar a ilação de que a frequência da US por parte das mulheres tem contribuído para alterações de comportamentos de género: por exemplo, alguns companheiros passaram a tratar das refeições e tomaram a seu cargo outras tarefas domésticas. Algumas das alunas frequentam mais de 10 disciplinas o que lhes deixa apenas duas ou três manhãs livres por semana para tratar dos assuntos domésticos mas referem ainda terem tempo para ir buscar os netos à escola e passear o cão.

Conclusão

Este estudo de caso sobre a USMMA não permite generalizações mas pode contribuir para a compreensão do fenómeno das US enquanto resposta sociocultural para o envelhecimento da população. No plano teórico esta investigação aponta para a USMMA e para as US como uma resposta social contra o isolamento e a depressão, aquisição e partilha de conhecimentos depois da reforma antecipada. No plano metodológico a abordagem sociológica e o paradigma qualitativo permitem uma análise crítica dos conceitos sobre os processos do envelhecimento e sobre a USMMA. Os resultados mostram que as US têm algumas fragilidades que podem ser

transformadas em oportunidades, como um maior envolvimento intergeracional para evitar a segregação e o idadismo. Assim como as questões de estatuto, condições socioeconómicas, exclusão intelectual, desigualdades de género, universidade sénior da quarta-idade presencial e ou virtual, a ausência das minorias e o papel do Estado.

E por fim, a necessidade de formação para os professores e os currículos mais centrados nas pessoas ‘de idade’, para que tanto alunos como professores possam participar na investigação, ainda reduzida, sobre processos do envelhecimento nas US, como em colaboração com as universidades tradicionais. Enquanto atores produtores de conhecimento e como meio de divulgar e renovar uma imagem mais positiva das pessoas ‘de idade’ na comunidade e com a expectativa de envelhecer praticando atividades de desenvolvimento de competências, e instrumentais no mundo do trabalho se houver motivação e condições de empregabilidade ajustadas a cada trabalhador ‘de idade’, que garantam a sua saúde e bem-estar, futuras investigações poderão desenvolver estes temas. No quotidiano da USMMA, os alunos e professores, frequentam-na para dar sentido e estrutura às suas vidas. Permanece a utopia de continuarmos a dar impulso ao movimento das US que é global e com potencial ilimitado como o ser humano ao longo e ao largo da vida para investigar e aperfeiçoar este novo paradigma educativo multidimensional e interdisciplinar, de modo a que todas as pessoas ‘de idade’ voluntariamente possam usufruir de um envelhecimento ativo e das universidades senior, numa visão de cidade global ou local amiga da pessoa ‘de idade’, que quando acontece, se transforma numa sociedade mais justa para todas as idades e gerações.

Bibliografia

- Aboim, S. (2014). Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social*, 26(1), 207-232. Obtido em 4 Junho de 2019 <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702014000100013>
- Aníbal, A. (2013). Da educação permanente à aprendizagem ao longo da vida e à validação das aprendizagens informais e não formais: recomendações e práticas. *CIES e-Working Paper*. Obtido em 15 de Junho de 2019 http://cies.iscte-iul.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES_WP147_Anibal.pdf
- Bandeira, M.L., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L., Mendes, M., Batista, I., & Guardado Moreira, M. (2014). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa, 1950-2011, Evolução e Perspectivas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Artes gráficas.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M., & Gaskell, G. (2003). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação, uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Comissão Europeia (2000). Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias. Obtido em 28 Abril de 2019 <https://infoeuropa.euocid.pt/files/database/000033001-000034000/000033814.pdf>
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação – Guia para Autoaprendizagem* (2.ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Cabral, M., & Ferreira, P. (2013). *O Envelhecimento Ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Canário, R. (2013, Maio/Agosto). Novos (des)caminhos da educação de adultos. *Perspectiva*, 31 (2), 555-570. Obtido em 15 de Junho <https://doi.org/10.5007/2175-795X.2013v31n2p555>
- Debert, G. (1997). Envelhecimento e curso de vida. Obtido em 1 Abril de 2020 <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/12564/11720>
- De São José, J., & Teixeira, A. (2014). Envelhecimento ativo, contributo para uma dimensão crítica. *Análise Social*, 49 (210), 28-54. Obtido em 3 de Maio de 2109 http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_210_a02.pdf
- Delors, J., Al-Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., Gorham, W., Kornhauser, A., Manley, M., Quero, M., Savané, M-A., Singh, K., Stavenhagen, R., Suhr, M & Nanzhao, Z. (1997). Educação: um tesouro a descobrir – Relatório da UNESCO para a Comissão Internacional sobre Educação para o Séc. XXI. UNESCO. São Paulo: Cortez. Obtido em 3 de Maio de 2019 http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf
- Formosa, M. (2014). Four decades of Universities of the Third Age: past, present, future. *Ageing & Society*, 34, 42-66. Obtido em 3 de Maio de 2019 <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000797>
- Fauré, E., Herrera, F., Kaddoura, A-R, Lopes, H., Petrovsky, A., Rahnama, M., & Ward, F.(1972). Learning to be: The world of education today and tomorrow. Paris: UNESCO. Obtido em 3 de Maio de 2019 <http://unesdoc.unesco.org/images/0000/000018/001801e.pdf>
- Guimarães, P., & Antunes, F. (2016). Portugal. In B. Findsen & M. Formosa (eds.), *International perspectives on older adult education. Research policies and practice* (pp. 345-356). Lifelong Learning Book Series, vol. 22. Cham: Springer.
- Gohn, M. (2012, Julho/Dezembro). Sociologia da Educação: campo de conhecimento e novas temáticas. *Educação & Linguagem*, 15(26), 95-117. Obtido em 30 de Abril 2019 <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/view/3376/3150>
- INE. (2017, 29 Março). Projeções de população residente 2015-2080. Obtido em 8 Abril de 2020 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2
- Jacob, L. (2012). *Universidades Seniores: Criar novos projetos de vida. Ideias para um envelhecimento ativo*. Almeirim: RUTIS.
- Jacob, L. (2019). Caracterização do voluntariado em Portugal e o voluntariado nas Universidades Seniores. in Livros de Actas das III e IV Conferência Científica Internacional de Projectos Educativos para Seniores, capítulo IX, 144-172. Edição: Ripe50+. Obtido 7 Abril de 2020 <http://rutis.keyweb.pt/assets/stores/1175/userfiles/Luis%20Jacob%20-%20Livro%20de%20actas%20da%20III%20conferencia%203012020.pdf>

- Lima, L. (2002). Da vida, ao longo da aprendizagem. *A página da educação*, 115. Obtido em 20 de Março de 2020 <https://www.apagina.pt/?aba=7&cat=115&doc=8988&mid=2>
- Magano, O. (2004). Observação “com presença” junto de um grupo de etnia cigana. In *Actas dos Ateliers do V Congresso da Associação Portuguesa de Sociologia*. Obtido em 16 de Junho de 2019 https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628ff73668ba_1.pdf
- Marcinkiewicz, A. (2011). The University of the Third Age as an institution counteracting marginalization of older people. *Journal of Education, Culture and Society*, 2, 38-44. Obtido em 16 Junho de 2016 https://www.researchgate.net/publication/267750361_The_University_of_Third_Age_as_an_institution_counteracting_marginalization_of_older_people
- Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade, Da solidão aos motivos para sua frequência*. Porto: Livpsic.
- Organização Mundial da Saúde (2002). Active Ageing, a policy framework. Obtido em 28 Abril de 2019 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Pinto, M. (2003). As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Das origens aos novos desafios do futuro. *Revista da Faculdade de letras, Línguas e literaturas*, Porto. 20(2), 467-478. Obtido em 16 de Junho de 2019 <http://hdl.handle.net/10216/8199>
- Pinto, M. (2008). Da aprendizagem ao longo da vida ou do exemplo de uma relação ternária: agora, antes, depois. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Obtido em 16 de Junho de 2019 <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/8208.pdf>
- PORDATA. (2018). População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos, por nível de escolaridade completo mais elevado (%). Obtido em 1 Abril de 2020 [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266)
- PORDATA. (2016, 31 de Dezembro). Caracterização sumária das universidades seniores portuguesas. Obtido em 7 Abril de 2020 <http://rutis.keyweb.pt/assets/stores/1175/userfiles/Caracteriza%C3%A7%C3%A3o%20sum%C3%A1ria%20das%20utis.pdf>
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 33-52. Obtido em 25 de Maio de 2019 <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10580.pdf>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593. Obtido em 9 de Abril de 2020 <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>
- Shinagel, M. (2012). Demographics and lifelong learning institutes in the 21st century. *Continuing higher education review*, vol. 76, 20-29. Obtido em 14 de Junho de 2019 <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1000648.pdf>
- Simplício, S., & Neves, C. (2014). Os sentidos da aprendizagem ao longo da vida na educação de adultos: Dos debates teóricos às percepções sobre os impactos do processo de RVCC a nível pessoal, profissional e social. *Medi@ções*, 2(2), 81-97. Obtido em 15 Junho 2019 <http://mediacoes.esse.ips.pt/index.php/mediacoesonline/article/view/66>
- Torres, A., Campos Pinto, P., Costa, D., Coelho, B., Maciel, D., Reigadinha, T., & Theodoro, E. (2018). Igualdade de Género ao Longo da Vida. Portugal no contexto europeu. Obtido em 4 Junho de 2019 <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2018/12/igualdade-de-genero-ao-longo-da-vida-resumo-do-estudo-PDF.pdf>
- Veloso, E. (2007). Contributos para a análise da emergência das universidades da terceira idade em Portugal. *Revista portuguesa de pedagogia*, 233-258. Obtido em 25 de Maio de 2019 <http://hdl.handle.net/10316.2/4554>

PARTE III - DESAFIOS PARA A SAÚDE

Climatério: Prenúncio de velhice para a mulher

*Fernanda Marques,
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
fernanda.gomes@ess.ips.pt
Zélia Candeias,
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
zelia.candeias@ess.ips.pt*

Resumo

Com o aumento da expectativa de vida da população mundial, concomitantemente, existe crescente número de mulheres, logo mais mulheres na sua etapa de vida climatérica. Este facto leva a que se torne necessário a implementação de políticas de saúde com medidas que visem uma melhor qualidade de vida das mulheres, antes, durante e após o Climatério. Fase em que ocorre a transição entre o período reprodutivo para o não reprodutivo da vida da mulher, culminando num conjunto de alterações sistémicas decorrentes do *deficit* de estrogénio. Falar sobre Climatério induz que se verse sobre Menopausa, termo que corresponde ao último ciclo menstrual da mulher, que é caracterizado por 12 meses efetivos de amenorreia e que acontece, em média, aos 45-50 anos de vida da mulher. Desta forma o Climatério/Menopausa é uma fase fisiológica e decorrente do *continuum* ciclo de vida da mulher, sem que signifique exatamente ser uma fase de patologia associada, como é crença de muitas pessoas. Este artigo decorrente da apresentação oral realizada, com o mesmo nome, no II Seminário sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde, 2020: “Envelhecimento(s)-Perspetivas Interdisciplinares,” pretende transmitir conhecimento que responda às questões mais prementes sobre Climatério/Menopausa, que empodere e desenvolva competências aos profissionais de saúde, assim como explanar sobre os cuidados de enfermagem prestados à mulher, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, que incidem principalmente na prevenção de patologias, que a evidência científica demonstra, serem identificadas na mulher maior. Algumas pesquisas evidenciam a dificuldade dos(as) enfermeiros(as), que realizam consultas de enfermagem a mulheres em fase Climatérica por falta de capacitação e de recursos para trabalhar esta área, conduzindo a sua conduta para as orientações preventivas sobre hábitos de vida saudável e/ou resolução de sintomatologia referenciada pelas mulheres, pelo que impera a realização de investigação científica sobre a temática e qual a prática de enfermagem mais ajustada e qualificada.

Palavras-chave: Climatério; Envelhecimento; Idosa; Menopausa; Peri-menopausa; Saúde da Mulher

Introdução

Ao longo da vida, a mulher sofre vários processos fisiológicos que têm influência a nível físico, emocional e mental. Estes processos são devidos, essencialmente, às alterações dos níveis séricos das hormonas.

O Climatério e a Menopausa inauguram uma fase do ciclo de vida da mulher, marcada por mudanças físicas e emocionais. A maneira como cada mulher encara esta nova faceta do seu ciclo vital diverge, havendo influência da sua história de vida pessoal e familiar, do ambiente em que se insere, da sua cultura e costumes e dos seus valores. O conceito de Climatério e de Menopausa, a sua fisiologia, sintomatologia, tratamentos e o seu impacto na qualidade de vida da mulher são temáticas que esta deve saber ‘*manusear*’ para que vivencie esta experiência de vida de forma vicariante e positiva. Enquanto algumas mulheres nem sempre identificam a fase que estão a viver, outras manifestam sinais e sintomas que debilitam e influenciam o seu dia-

a-dia e comprometem o seu relacionamento interpessoal, até mesmo com quem coabitam, como os filhos, possivelmente a passarem pela crise da adolescência e o companheiro, também ele a passar pela fase da Andropausa.

Embora sejam inúmeras as queixas e as questões negativas atribuídas a este período, reconhece-se que a vivência do Climatério e da Menopausa difere de mulher para mulher, de modo que muitas vivem com qualidade de vida, com realização profissional e afetiva.

O presente artigo visa realizar uma abordagem sistematizada em texto do construto pensado aquando da apresentação oral realizada no II Seminário sobre Vulnerabilidades Sociais e saúde, 2020 “Envelhecimentos(s) - Perspetivas Interdisciplinares”.

1. Conceito de Climatério e Menopausa

Climatério “*é um termo que comumente se utiliza como sinónimo de Menopausa*” (Fernandes e Narchi, *et al.*, 2007, pp. 211). Com a finalidade de entendimento sobre o que é o Climatério e em que consiste a Menopausa e quais as diferenças entre estes dois termos importa explicitar o seu significado. Assim, Climatério, também denominado por Peri-menopausa consiste no período reprodutivo da vida reprodutiva da mulher, cerca de dois a quatro anos transicionais, durante o qual a Menopausa ocorre, designadamente inclui o tempo imediatamente anterior e posterior à Menopausa onde se verifica uma diminuição da função ovárica e da produção hormonal (Lowdermilk e Perry, 2008, Fernandes e Narchi, *et al.*, 2007, pp.211; Toy, *et al.*, 2004, pp. 71). Menopausa consiste no “*período de tempo na vida da mulher em que ocorre a cessação da menstruação devido à atresia folicular, ocorrendo após a idade de 40 anos*” (Toy, *et al.*, 2004, pp. 71), logo refere-se ao último período menstrual da mulher, que ao contrário da menarca, termo que designa a primeira menstruação, só pode ser determinada com segurança após o período menstrual cessar durante um ano.

Fisiologicamente, por volta dos 40 anos, a maioria das mulheres começa a apresentar sintomas perimenopáusicos devido à falência iminente dos ovários. Esta sintomatologia expressa-se por: menstruações irregulares, porque os ciclos podem ser anovulatórios; períodos de afrontamentos expressos por calor intenso; analiticamente comprova-se a diminuição dos níveis de estrogénio (hormona sexual feminina que estimula o crescimento dos órgãos genitais femininos e das glândulas mamárias, responsável pelas alterações ocorridas durante o período de ovulação) e de androgénio (também denominada por testosterona, que se revela importante na presença de libido, diminuição da sensação de bem-estar ou mudança de humor, fadiga persistente e inexplicável, perda de massa óssea, redução da força muscular, rarefação dos pelos e alterações

de memória e função cognitiva) (Oliveira, *et al.* 2016). Por vezes pode acontecer a falência ovariana prematura, designadamente a função ovárica cessa precocemente, antes dos 40 anos de idade, devido à atresia dos folículos, e se esta situação acontece antes dos 30 anos deve-se ponderar a existência de uma doença auto-imune ou de uma anomalia do cariótipo (Toy, *et al.*, 2004) (Hulka e Meirik, 1996 cit in Bernardes, 2017). Definição apadrinhada pela The North American Menopause Society (2014), que a considera como um acontecimento fisiológico normal, presente no ciclo de vida da mulher, em que a perda da função folicular promove a incapacidade da produção de estrogénios e como consequência origina a amenorreia. A Menopausa em termos clínicos diagnostica-se após um ano de amenorreia sem outra causa suspeitada e demonstrável. Habitualmente ocorre entre os 45 e 55 anos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

Sendo a Menopausa um acontecimento que constitui um marco na vida da mulher importa referir que esta não ocorre de forma subita mas é antecedida pelo Climatério. Assim, e segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016) o Climatério é o período de vida da mulher em que existe uma transição entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, ao longo do qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Com frequência está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas que no seu conjunto caracterizam a “*síndrome climatérica*”. O Climatério ocorre em três fases: a pré, a peri e a pós-menopausa e nem sempre é possível individualizar cada uma destas fases.

O Climatério e a Menopausa são fases do ciclo de vida da mulher considerados normais, constituem, contudo, uma alteração profunda no seu percurso de vida. Embora as alterações sejam normais por vezes trazem complicações à sua vida, principalmente à mulher atual, com exigências profissionais, sociais e relacionais muito superiores, associadas a uma esperança de vida muito mais longa, o que faz com que as consequências a médio e longo prazo tenham outra importância (Bernardes, 2017).

2. Alterações e manifestações sentidas pela mulher

Os sintomas da menopausa são habitualmente atribuídos à diminuição da taxa de estrogénios, embora nenhum estudo tenha ainda demonstrado uma correlação entre a carência de estrogénios e esses sintomas (Silva, 2003, pp. 66). Com o aparecimento do Climatério, a saúde geral e bem-estar das mulheres sofrem alterações fisiológicas. Durante a peri-menopausa os níveis de estrogénios vão atingindo valores mais baixos. Como consequência surgem sintomas vasomotores, psicológicos e a atrofia do trato urogenital. Estes sintomas desregulam o centro

termorregulador hipotalâmico, o que interfere com a qualidade de vida da mulher (Mcphee e Ganong, 2011 *cit in* Bernardes, 2017).

Esta fase surge por volta dos 40 anos, inicia-se com o aumento da secreção das hormonas luteinizante (LH), e folículoestimulante (FSH) e termina na Menopausa em média aos 51 anos embora possa ocorrer mais cedo devido a patologia da mulher, precocemente quando ocorre antes dos 45 anos ou tardiamente quando ocorre por volta dos 55 anos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). Como os níveis de inibina ovariana estão diminuídos, os níveis de FSH elevam-se antes mesmo que os níveis de estradiol caiam. “*As concentrações diminuídas do estradiol levam à secura e conseqüente atrofia vaginal, perda óssea e sintomas vasomotores*” (Toy, *et al.*, 2004, pp. 71).

Os sinais e sintomas característicos desta fase surgem devido à carência estrogénica que atinge vários tecidos e órgãos. A intensidade dos sintomas está relacionada com a rapidez com que se instala a insuficiência estrogénica.

As manifestações podem ser precoces como a ausência de menstruação ou irregularidades menstruais devido à carência de progesterona, perturbações vasomotoras que se revelam por episódios imprevisíveis e irregulares de aumento da temperatura da pele associado a palpitações, sudorese noturna, a que vulgarmente as mulheres denominam por calores e/ou afrontamentos e que parecem estar correlacionados com doença cardiovascular subclínica e valores de tensão arterial mais elevados. Estes sintomas surgem durante cerca de 2 a 4 minutos, associada por vezes de calafrios, tremores e sensação de ansiedade (Thurston *et al.*, 2016 *cit in* Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

Poderão ainda surgir perturbações do sono, a insónia é referida por 46-48% das mulheres na pós-menopausa em comparação com 38% nas mulheres na pré-menopausa. A qualidade do sono pode ser alterada devido a vários fatores: sintomatologia vasomotora, alterações dos níveis hormonais, anomalias do ritmo circadiano, alterações do humor, patologias associadas e o estilo de vida (Jehan *et al.*, 2015 *cit in* Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). As alterações do humor exteriorizam-se pela irritabilidade, angústia e estados depressivos. Estes são mais frequentes na transição da Menopausa e Menopausa Precoce (Baber *et al.*, 2016; R. Santen *et al.*, 2016 *cit in* Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

A médio e longo prazo podem surgir as manifestações tardias. A nível cutâneo o aparecimento de rugas, perda da elasticidade espessura e resistência da pele. A alteração das hormonas ováricas tem mais incidência nos tecidos da uretra, da bexiga, dos genitais, como a secura

vaginal, dispareunia e a disfunção sexual que interferem com a libido e consequente expressão da sexualidade da mulher. A gravidade dos sintomas varia entre ligeira e debilitante e não se reflete apenas nas mulheres sexualmente ativas (Portman & Gass, 2014 *cit in* Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). Muito embora a maioria das mulheres permaneçam sexualmente ativas durante o Climatério, um número significativo (60%) refere um decréscimo na atividade sexual, desejo hipotativo e consequente o evitar da relação sexual (Makara-Studzika *et al.*, 2014 *cit in* Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). Surgem também com frequência as perturbações urinárias como as cistites, urgência e incontinência urinária. A sintomatologia do trato urinário inferior e a incontinência urinária têm sido associadas ao envelhecimento sistémico e à Menopausa. As infeções urinárias, de repetição, afetam 5-17% das mulheres na pós-menopausa. Cerca de 20% das mulheres podem ser afetadas por bacteriúria assintomática (Baber *et al.*, 2014 *cit in* Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

Nesta fase as mulheres têm aumentado o risco de Acidentes Vasculares Cerebrais, doença de Alzheimer, défice de atenção e perda de memória, Enfarte Agudo do Miocárdio e Osteoporose com risco acrescido de fraturas. O aumento do risco cardiovascular parece ser determinado pela síndrome metabólica mais prevalente após a Menopausa da qual os fatores obesidade visceral, dislipidemia, hipertensão arterial e alterações do metabolismo glicídico estão associados a um aumento do risco não só de doenças cardiovasculares, mas também da doença cerebrovascular, doença arterial periférica/ claudicação intermitente e aneurismas da aorta (Mendes, Theodoro, Rodrigues, e Olinto, 2012 *cit in* Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). Para além disto, associa-se ainda a uma maior probabilidade de sintomatologia climatérica com o aumento da gravidade dos afrontamentos, dificuldades relativas ao sono e inibição sexual. Todas estas alterações têm um grande impacto a nível psicológico, que está relacionado com a mudança da imagem corporal (Duarte, 2010).

3. Terapia Hormonal de Substituição

O progresso da ciência e da investigação tem encontrado evidência científica e novos tratamentos que melhoram a qualidade de vida da mulher após a Menopausa. A maioria dos médicos considera que a Terapia Hormona de Substituição, designadamente de estrogénio consiste no tratamento mais adequado para os sintomas vasomotores e para a prevenção da osteoporose (pelo que a mulher deve efetuar periodicamente o teste da densidade óssea – densitometria óssea, para identificar-se precocemente osteoporose e osteopénia). Contudo, estudos sobre a administração contínua de estrogénio-progesterona têm demonstrado que

propiciam um pequeno aumento, contudo significativo, de cancro da mama, doença cardíaca, embolia pulmonar e derrames. Em contrapartida estas mulheres tiveram menos fraturas e menor incidência de cancro do cólon e é de salientar que quando o tratamento tem uma duração menor que seis meses induzem alívio dos sintomas menopáusicos, percebendo-se que a opção de Terapia Hormonal de Substituição tem que ser moderada e monitorizada através de uma observação médica acurada da mulher (Prata, 2003).

As mulheres a quem a Terapia Hormonal de Substituição não é indicada ou que por sua opção não quer tomar estrogénios, pode ser opção o agente hipertensor clonidina que ajuda nos sintomas vasomotores e o raloxifeno, que é um modelador receptor de estrogénio pode ser útil na prevenção da osteoporose, mas ele não atua perante os afrontamentos/calores. O exercício físico para moderar a obesidade, a suplementação de cálcio e de vitamina D associado à reposição de estrogénio são opções positivas para a manutenção da massa óssea (Toy, *et al.*, 2004).

Existem outras patologias que também devem ser consideradas e que surgem durante o Climatério, como o hipotireoidismo, a diabetes mellitus, a hipertensão e o cancro da mama. Importa referir que nesta fase a mulher tem tendência a ser deprimida, situação que pode surgir ocasionalmente ou dever-se às circunstâncias da vida social e familiar e/ou adaptação à meia-idade.

O tratamento hormonal na fase menopáusica, tal como qualquer outro tratamento, tem as suas indicações e não deve ser efetuado sem o conselho/decisão médica. As mulheres, obviamente não são todas iguais, pelo que a observação cuidada e holística da mulher, mais os resultados dos meios auxiliares de diagnóstico é que vão instruir o(a) médico(a) se a mulher, sua paciente, tem indicação para a Terapia Hormonal de Substituição no sentido de prevenir a osteoporose, as doenças cardiovasculares, a doença de Alzheimer, assim como promover a qualidade de vida da mulher evitando-lhe um envelhecimento precoce.

Quando o objetivo é diminuir a sintomatologia da menopausa a curto prazo e/ou reduzir o risco, a longo prazo de contrair doenças do foro cardiovascular ou do foro osteoarticular, a decisão de usar um tratamento hormonal de substituição deve estar baseada nos conhecimentos claros dos riscos e benefícios deste tipo de terapia (Marques, 2015). Neste propósito, Silva (2003, pp. 69) relata que “o *Inquérito Eurobarómetro verificou que as mulheres portuguesas estão entre as que se consideram mais mal informadas (juntamente com a Irlanda, Espanha e Grécia) sobre o tratamento hormonal de substituição*”. Pelo que não se deve falar sobre Terapia

Hormonal de Substituição sem abordar as suas contraindicações, que são para as mulheres que tiveram algum cancro hormonodependente, como por exemplo o cancro da mama, alguns cancros do útero, assim como se a mulher tem nos seus antecedentes uma situação de embolia pulmonar ou de trombose venosa ou de patologia cardíaca.

4. Intervenção do(a) enfermeiro(a) no vivenciar de um Climatério/Menopausa saudável

O cuidado de saúde à mulher esteve sempre mais direcionado para o seu ciclo reprodutivo, principalmente para a mulher grávida por ser este um importante período da vida da mulher, com riscos, preconizando-se assegurar o bem-estar materno e fetal. Com o aumento da esperança de vida, existe a necessidade de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica na vivência da sexualidade das mulheres em fase de Climatério e/ou Menopausa, uma vez que um terço das suas vidas é passado nesta etapa. A Ordem dos Enfermeiros reconhece nestes enfermeiros especialistas competências científicas, técnicas e humanas que permitem realizar a vigilância da saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo e vivenciar processos de saúde/doença, no âmbito da Educação Sexual, Ginecologia e Climatério. O conhecimento pela parte dos/das profissionais de saúde, sobre esta fase do ciclo vital da mulher, *“é muito importante, porque além do climatério e da menopausa serem fenómenos naturais do desenvolvimento da mulher, podem desencadear sintomatologias, que se não forem bem entendidas, podem levar a mulher a sofrer e a não ser bem compreendida pelos que a rodeiam, principalmente os membros do seu núcleo familiar”*(Marques, 2015, pp.365). É importante que os(as) profissionais de saúde, principalmente os(as) enfermeiros(as) com desempenho na área dos Cuidados de Saúde Primários, cuja competência é cuidar a mulher inserida na família durante o período do Climatério, assistam a mulher a vivenciar o processo saúde/doença durante o período peri-menopausa (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O(A) enfermeiro(a) deverá incidir a sua prestação de cuidados no sentido de diagnosticar as necessidades, adequando e direcionando os cuidados à mulher nesta etapa da vida.

O(A) enfermeiro(a) como agente promotor de comportamentos de vida saudáveis, poderá ser um elemento de grande valia no momento em que se tenta construir, junto com as mulheres no Climatério, um futuro com mais qualidade e poder de decisão, promovendo o acesso a informação adequada às suas necessidades, para que a mulher consiga a sua autovalorização e autoestima fundamentais ao bem-estar e à longevidade com saúde e dignidade (Beltramini, *et al.*, 2010).

O(A) enfermeiro(a) deve estar preparado para detectar essas manifestações minimizando os efeitos através de orientações em conformidade com a realidade de cada mulher, sendo necessário que haja um diálogo que esclareça as dúvidas desse grupo de mulheres, devendo estar preparado(a) para proporcionar uma assistência de qualidade visando o contexto emocional, social e individual de cada mulher.

A mulher durante toda a fase que antecede e procede a Menopausa, sofre alterações a todos os níveis tendo que se adaptar a estas. É necessário que a mulher invista mais na prática de atividade física, numa alimentação equilibrada, no controlo do peso e na cessação tabágica (Giacomini e Mella, 2006 *cit in* Bernardes). A consulta de enfermagem é o momento propício para dar a conhecer à mulher as alterações espectáveis e as estratégias que deverá adotar para minimizar os seus efeitos.

Conclusão

O Climatério é uma etapa da vida da mulher que tem por marco a Menopausa. Apesar dos avanços dos estudos científicos na área da saúde da mulher, ainda nos dias de hoje encontramos mulheres que desconhecem e, por isso, não compreendem o Climatério e a Menopausa como uma das fases vivenciadas pelas mulheres, acarretando sofrimento e uma vida sem qualidade. Embora esta fase da vida da mulher seja considerada natural do seu ciclo vital, o conhecimento pelos profissionais de saúde, principalmente os(as) médicos(as) e enfermeiros(as), sobre os conceitos, os resultados da evidência científica assim como as orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde declara-se importante para que o atendimento da mulher seja atualizado e positivamente conduzido tendo em conta os seus antecedentes pessoais e familiares.

O conhecimento sobre os benefícios e possíveis constrangimentos da Terapia Hormonal de Substituição é relevante para que os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) possam intervir numa parceria fundamentada e sempre em função do que é melhor e mais adequado a cada uma das mulheres que assistem. Um cuidado e orientação sistematizada e individualizada por parte dos(as) profissionais de saúde, especificamente do(a) enfermeiro(a), aquando da consulta de enfermagem, deve incidir num cuidar centrado na mulher, designadamente no(s) diagnóstico(s) de enfermagem levantado(s), tendo por base o(s) problema(s) identificado(s) e validado(s) pela mulher, pois se a sua qualidade de vida for melhorada, este bem-estar repercute-se na sua vida familiar e social. Assim, a enfermagem, enquanto profissão de proximidade exhibe um papel importante, contribuindo na identificação dos sinais e sintomas

da fase do Climatério e da Menopausa. Além disso, é relevante a sua participação interventiva na orientação da mulher climatérica e sua família.

Bibliografia

- Beltramini, Amanda C. S. *et al.* (2010). Atuação do enfermeiro diante da importância da assistência à saúde da mulher no climatério [Online]. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2):abr./jun., pp.166-174. Consultada em 13 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-19533>
- Bernardes, Vanessa S. P. (nov. 2017). *Vivência das mulheres na menopausa e alternativas da THS*. [Online]. Consultado em 12 dezembro 2019. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20181/1/Bernardes_Vanessa_Sofia_Pereira.pdf
- Cigarro, Ana R., González, Emily, Tavares, Sara, Gomes da Costa, Fernanda. (2010). Climatério: o começo de uma vida nova. Intervenção do enfermeiro. *Revista Percursos* (17)jul-set. Consultada em 5 de fevereiro de 2020 e disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf
- Duarte, Alexandra M. B. (abr. 2010). *Climatério: o impacto sobre a condição feminina* [Online]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Consultado em 28 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/50132>
- Fernandes, Rosa A. Q. e Narchi, Nádia, Z. (orgs) (2007). *Enfermagem e Saúde da Mulher*. Brasil. São Paulo: Editora Manole, Ltda. ISBN: 85-204-2204-7
- Lowdermilk, Deitra L. e Perry, Shannon E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures:
- Marques, Fernanda M. G. C. T. (2015). *Saúde da Mulher: Necessidades de formação contínua dos enfermeiros da Península de Setúbal e proposta de plano formativo* [Online]. Tese de Doutoramento. Universidad de Sevilla. Facultad de Ciencias de la Educación. Director. Blas Bermejo Campos. Consultada em 12 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/34808/TESE_FGC.pdf?sequence=1
- Oliveira, Jade, Peruch, Maria H., Gonçalves, Sabrina, Haas, Patrícia. (2016). *Padrão hormonal feminino: menopausa e terapia de reposição* [Online]. Consultado em 17 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/padrao-hormonal-feminino-menopausa-e-terapia-de-reposicao-48n-3/>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 391/2019 – Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Artigo nº4 [Online]. Consultado em 12 dezembro 2019. Disponível em: <http://www.aenfermagemleis.pt/2019/05/03/regulamento-das-competencias-especificas-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem-de-saude-materna-e-obstetrica-ordem-dos-enfermeiros/>
- Prata, Leonor (2003). *Terapêutica Hormonal de Substituição – a controvérsia* [Online]. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. *Dossier Climatério e Menopausa* 19(4)pp.379-385. Consultado em 12 dezembro 2019. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9960>
- Silva, Thayná. C., Bisognin, Priscilla, Prates, Lisie A., Cremonese, Luiza, Possati, Andressa, Ressel, Lúcia B. (2016). *Práticas de Cuidado Realizadas por Enfermeiros às Mulheres no Climatério: uma revisão narrativa* [Online]. *Revista Contexto & Saúde*, 16(30):21-7. Consultada em 28 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/issue/view/175>
- Silva, Luísa F., e Alves, Fátima (2003). *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 9789723606140
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. [Online]. Consultado em 5 de janeiro de 2020. Disponível em: https://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf
- The North American Menopause Society. (2014). *Clinical Care Recommendations - Chapter 1: Menopause*. [Online]. Consultado em 12 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-1-menopause>
- Toy, Eugene, C., Baker III, B., Ross, Patti, J., Gilstrap III, Larry C. (2004). *Casos Clínicos em Ginecologia e Obstetrícia*. Brasil. São Paulo: Editora ARTMED. ISBN: 0-07-140284-5

Ao entardecer... sexualidade e envelhecimento

Sandra Martins,
ARSLVT,
sandra.c.martins@arslvt.min-saude.pt

Resumo

O envelhecimento demográfico é uma realidade irrefutável, levantando questões e desafios inúmeros à humanidade. Considerando o aumento da longevidade à escala global, urge repensar as políticas de saúde e promoção da saúde centradas no idoso e determinantes de saúde inerentes ao envelhecimento. Trata-se de fomentar uma cultura de envelhecimento ativo que ultrapassa a vertente meramente biológica, através de uma visão mais holística do processo de envelhecimento humano. Na verdade, a forma como se concebe o envelhecimento é profundamente marcada pela perspetiva sociocultural, por um lado considerando todo o repertório de experiências e vivências passadas reunidas ao longo da vida, por outro, o lugar que o idoso assume na família e sociedade em que se insere.

Tendo em conta a importância da sexualidade para a saúde física e mental humanas, parece inevitável uma mudança de paradigma face à forma como se entende a sexualidade durante o envelhecimento. Trata-se de considerar um entendimento de sexualidade para além da genitalidade, em ruptura com o mito do idoso como ser assexuado ou em declínio da sua sexualidade. Há que distinguir a capacidade reprodutiva da capacidade de estabelecer relações sexuais e de intimidade. Na verdade, existem alterações decorrentes do processo de envelhecimento, nomeadamente hormonais influenciadas pela menopausa e andropausa, e as mais variadas derivadas da morbilidade e co-morbilidade latentes, mas que, de todo, devem ser consideradas impeditivas à vivência de uma sexualidade plena. Curioso ainda considerar as diferenças de género face à vivência da sexualidade, como o perpetuar do Duplo Padrão Sexual, obedecendo à moral religiosa enraizada, na ótica do idoso e respetiva família. Assim sendo, urge alargar o enfoque da Educação Sexual obedecendo a uma lógica de “expansão do conceito de sexualidade”, como parte integrante dos planos de promoção da saúde durante o envelhecimento. Permitimo-nos considerar uma sexualidade despida de mitos e preconceitos, assim como de preocupações com as questões reprodutivas. Uma sexualidade dotada de um conhecimento mais profundo do seu corpo e suas transformações... Só assim será possível abordar esta temática de forma mais natural e positiva, salvaguardando os direitos sexuais da população a cada dia mais envelhecida.

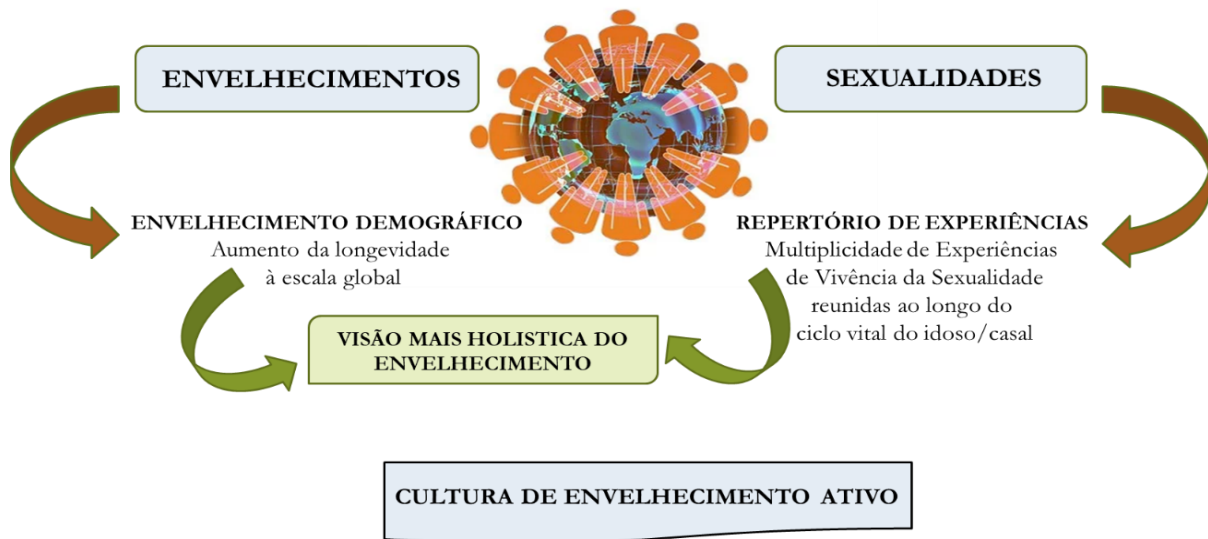
Palavras chave: Envelhecimento, Sexualidade, Promoção da Saúde, Educação Sexual, Enfermagem.

Introdução

Partindo da prática de intervenção em cuidados de saúde primários, pretende-se trazer à discussão à comunidade científica um tema tão sensível, quão pertinente, quando se fala da vulnerabilidade da pessoa idosa, o ponto de vista da sua sexualidade...

Na temática da Sexualidade e Envelhecimento é fundamental considerarmos o seu sentido plural. Na verdade, seria mais rigoroso designar - Envelhecimentos e Sexualidades - quando nos referimos à diversidade latente aos processos de envelhecimento e expressão da sexualidade humana. Será decerto diferente envelhecer em Portugal de outro qualquer país da Europa, se considerarmos todo o contexto sociocultural distinto e, acrescentando diversidade ao processo biopsicológico inerente ao envelhecimento humano. Por sua vez, encontramos sexualidades mais plurais de acordo com a multiplicidade de experiências na vivência da

sexualidade reunidas ao longo da vida pelo idoso ou casal idoso, independentemente das formas de expressão e orientação sexual.



Esquema 1. Visão Plural e Holística do Envelhecimento e Sexualidade Humanas fundamentais a uma Cultura de Envelhecimento Ativo

Considerando o aumento da longevidade à escala global urge repensar as políticas de saúde e promoção da saúde centradas no idoso e determinantes de saúde inerentes ao envelhecimento. Nesta lógica, as questões relativas à sexualidade do idoso continuam envoltas de controvérsia.... Trata-se, pois, de fomentar uma cultura de envelhecimento ativo que ultrapassa a vertente meramente biológica, através de uma visão mais holística da sexualidade e envelhecimento humanos.

No ano que se dedica à Enfermagem, destaco o seu contributo quer pela sua proximidade para com o utente – o Enfermeiro, quer pela sua dedicação à esfera da saúde sexual e reprodutiva - a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

1. Desconstruindo e Desmistificando...

Para enquadrar esta temática torna-se essencial refletir sobre alguns conceitos. À luz da Organização Mundial da Saúde (OMS) “A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. Mais tarde, vem ainda salvaguardar a importância dos Direitos Sexuais que protegem o direito de todas as pessoas de cumprir e expressar a sua sexualidade e gozar de

saúde sexual, entendida como “...um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade...” (OMS, 2020).

Sendo a vivência da sexualidade essencial ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, é por isso necessário reconhecer e discutir a vulnerabilidade inerente à vivência da sexualidade nesta etapa do ciclo vital. Salientam-se os aspetos fisiopatológicos e psicossociais que se pretendem descritos no Quadro 1.

ASPETOS FISIOPATOLOGICOS	ASPETOS PSICOSSOCIAIS
Alterações da fisiologia sexual inerentes ao envelhecimento;	Mitos sobre a sexualidade durante o envelhecimento;
Morbilidade e Co-Morbilidade associadas ao envelhecimento (Diabetes, Hipertensão, Depressão,...);	Perda de autonomia e privacidade para com a família e instituições de apoio
Uso de fármacos com efeitos sobre a libido e performance sexual (Anti-Depressivos e Anti-Hipertensores)	Baixa Auto-Estima associada à perda da aparência jovem e sensual de outrora;
Exposição do idoso ao Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's);	Sentimentos de Vergonha relativos aos desejos e expressões sexuais;
Aparecimento de problemas de saúde sexual como a dispareunia, a atrofia vulvovaginal, e a disfunção erétil.	Inibição em exprimir as suas dúvidas e problemas sexuais pelo receio de desadequação.

Quadro 1: Aspetos que caracterizam a Vulnerabilidade da Expressão da Sexualidade da População Idosa

Importa assim desconstruir e desmistificar a sexualidade durante o envelhecimento para podermos responder às necessidades sociais e de saúde do idoso. Existem, na verdade, alguns mitos e preconceitos em torno desta temática e cuja evidência científica tem vindo a questionar. Tentemos confrontar agora, Mitos e Evidência Científica através do próximo Quadro 2.

MITO	EVIDÊNCIA
Os Idosos são desprovidos de sexualidade.	A sexualidade é parte integrante da identidade humana, sendo transversal ao género e a todas as etapas do ciclo vital.
Durante o envelhecimento o homem/mulher experiencia um declínio da sua sexualidade.	Durante o envelhecimento o homem/mulher experimentam um declínio da sua capacidade reprodutiva e não necessariamente da sua sexualidade.
O Idoso vê diminuto o seu desejo sexual.	O idoso também tem desejos e expetativas legítimas face à vivência da sua sexualidade.

Quadro 2: Mitos e Evidência Científica relativa à sexualidade da Pessoa Idosa.

Estes mitos têm origem no Modelo Reprodutivo de Sexualidade em cujos comportamentos sexuais não reprodutivos não eram moralmente aceites, em oposição a um Modelo Hedonista

em que impera a lógica do prazer da sexualidade contemporânea. O modelo reprodutivo tem ainda um peso enorme sobre a população idosa, mantendo-se latente no imaginário coletivo e resultando numa visão reducionista da sexualidade à reprodução. Este é tão mais presente quando falamos da sexualidade feminina, em cuja repressão moral se faz sentir com maior intensidade, refletindo-se na subsistência do designado Duplo Padrão Sexual (Aboim,2013).

2. Mudança de Paradigma e Alargamento da Educação Sexual à População Idosa

Defende-se uma mudança de paradigma com base na expansão do conceito de sexualidade. Nesta linha de pensamento Sanchez (2012) defende a necessidade de adotar “...uma nova visão da sexualidade, que não seja limitada ao coito, à função procriadora, ao casamento, à heterossexualidade e aos homens...”. Sugere-se assim a Sexualidade do Idoso centrada na partilha da Intimidade e Afetos... No companheirismo e na ternura da idade.

Uma abordagem centrada nas virtudes da sexualidade mais madura, considerando ainda as experiências sexuais passadas e um maior conhecimento do seu corpo enquanto fonte de prazer... Uma Sexualidade livre das demandas do controlo da natalidade! E finalmente uma abordagem mais natural do tema favorecendo a expressão de dúvidas e sentimentos, oferecendo esclarecimento e soluções alternativas, nomeadamente terapêuticas... Ou simplesmente aceitando a opção do idoso a vivenciar a sua sexualidade de forma mais solitária.

Alargar a Educação Sexual a esta faixa etária é fundamental, delineando estratégias educativas que permitam ao idoso:

- Reconhecer as mudanças fisiológicas decorrentes do processo natural de envelhecimento e da forma como estas podem intervir sobre a resposta sexual;
- Compreender a forma como a morbilidade e o uso de fármacos podem influir sobre a sexualidade;
- Equacionar alternativas como a terapêutica hormonal de substituição e tratamento da disfunção erétil;
- Conhecer os riscos crescentes das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) nesta faixa etária.

Não obstante, a Educação Sexual durante o Envelhecimento encontra-se no diálogo sobre e pelos afetos. Por um lado, os afetos sexuais como o erotismo, a intimidade e o namoro. Por outro, os afetos sociais como o companheirismo, a amizade e a partilha. Sublinha-se assim a importância do namoro e sentido de uma vida a dois, da partilha e afetividade, contrariando a tendência natural quotidiana de isolamento e solidão dos nossos idosos.

Iniciativas de Promoção e Educação Sexual devem envolver a família e instituições de apoio ao idoso, mas ainda os decisores políticos e a sociedade em geral. Nesta ótica, Sanchez vem sugerir como fundamental a este propósito:

- Erradicar as falsas crenças, das pessoas idosas, filhos e profissionais, e das pessoas em geral, sobre a sexualidade na velhice, e moral repressivo;
- Remover as dificuldades sociais que limitam a liberdade das pessoas idosas neste campo: resistências e medos dos filhos e dos profissionais, barreiras institucionais nas famílias, nas residências e na sociedade em geral (2012; 190).

Conclusão

A sexualidade das pessoas idosas precisa ser tomada em consideração nas práticas profissionais e respostas sociais dedicadas ao envelhecimento. Trata-se de entender a sexualidade, os afetos e a intimidade dos relacionamentos como essenciais durante o envelhecimento, em ruptura definitiva com o mito do idoso como ser assexuado ou em declínio da sua sexualidade.

Como agentes de saúde pública cabe-nos alargar o enfoque da Educação Sexual obedecendo à lógica de “expansão do conceito de sexualidade” e “defesa dos Direitos Sexuais”. Este é o caminho natural e essencial, de desconstrução, desmistificação e consciencialização coletiva... Nesta linha de pensamento, considerar a Promoção da Saúde Sexual nas Políticas de Promoção do Envelhecimento Saudável será, não somente necessária, mas essencial. Só assim podemos salvaguardar a vivência plena da sexualidade durante o envelhecimento, atendendo e colmatando a particular situação de vulnerabilidade dos idosos na sociedade atual.

Bibliografia

Aboim, S. (2013). *A Sexualidade dos Portugueses* (F. F. Santos, Ed.) Lisboa: Relógio D'Água.

Organização Mundial de Saúde. (2020). Obtido em Fevereiro de 2020, de World Health Organization: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Sanchez, Félix L. (2012) *Sexualidad y Afectos en la Vejez*. Madrid, Pirâmide

Vamos conversar sobre a sexualidade dos idosos

*Fernanda Gomes da Costa Marques,
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
fernanda.gomes@ess.ips.pt
Zélia Candeias,
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
zélia.candeias@ess.ips.pt*

Resumo

Falar sobre sexualidade é por si só, um ‘*continente*’ difícil, que a maioria das pessoas, mesmo os profissionais de saúde evitam abordar e falar sobre a sexualidade das pessoas idosas, talvez, mais difícil seja, pois é um tema que se encontra rodeado de muitos preconceitos sociais e culturais. A herança religiosa e cultural leva-nos a tratar a temática da sexualidade abordando-a sobre a perspetiva da reprodução e preservação da espécie e não a discursar pela perspetiva prazerosa, de equilíbrio e bem-estar das pessoas envolvidas numa relação sexualizada. Na sociedade contemporânea persistem ideias discriminatórias e preconceituosas correlacionadas com o tema da sexualidade nas pessoas idosas, as ditas da terceira idade, sem que lhe ocorra que já não somos um país ‘plantado’ de jovens ou jovens adultos. A imposição do caminho padrão de vida do idoso em que todos devem caminhar enquanto vão envelhecendo, ignora o facto de que todos os seres humanos são pessoas de relações afetivas, sexualmente ativas. Existe, como que um empurrar ao conformismo da pessoa idosa com o seu destino (preme)ditado, tedioso para estar dentro do imposto normativo padrão da sociedade, em que o idoso não tenha uma vida ativa, sem relações sociais, afetuosas, amorosas e sexuais. Padrão este que promove (pre)conceitos de ridiculização em que a mulher idosa que demonstre interesse sexual é considerada “uma leviana” e o homem idoso “um tarado”. Mas, os próprios idosos, imbuídos pelo meio social, discriminam-se ao se convencerem que já não estão capacitados para estabelecer relações sociais, amorosas ou expressarem-se sexualmente. As limitações existem por arrasto de adoção de comportamentos dos pares e por desconhecimento de que a expressão do seu eu, na relação com os outros, não termina, que a expressão da sua sexualidade tem o seu caminho, que conforme se vai envelhecendo ela vai tendo outras realidades e que pode ser prazerosa e exercida, pois está presente em todas as idades, durante toda a vida. Neste artigo, descreve-se de forma sumária e fundamentada, o referido aquando da apresentação oral: Vamos Conversar Sobre Sexualidade dos Idosos, no II Seminário sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde, 2020, Envelhecimento(s)-Perspetivas Interdisciplinares.

Palavras chave: Vulnerabilidades, Saúde, Sexualidade, Idosos

Introdução

O envelhecimento da população mundial é um fenómeno relativamente recente, é um fenómeno social incontestável. Basta um olhar mais aguçado ao nosso redor para percebermos que o crescimento da população considerada idosa – de 65 anos ou mais – é um facto. Paralelo ao crescimento desta população, que a cada dia adquire maior visibilidade na nossa sociedade, surgem várias questões relacionadas a esse novo ator social – o idoso. Esta evidência que tem vindo a acontecer nas últimas décadas acontecem paralelamente às referidas alterações demográficas na população, a que a população portuguesa não é exceção. Concomitantemente, a evolução da medicina e da tecnologia têm permitido aos humanos viverem cada vez mais anos e com mais qualidade de vida. Estas ‘reorganizações’, também atingiram as estruturas e

dinâmicas familiares, pelo que a população ativa se depara atualmente com os cuidados não apenas dos mais jovens, mas também dos seus pais e avós.

A institucionalização é uma solução familiar cada vez mais frequente para aqueles idosos que vivem isolados ou que apresentam problemas de saúde físicos ou mentais que os tornam dependentes de terceiros, e cujas famílias não conseguem ou pretendem dar resposta. Assim, podemos encontrar cada vez mais instituições que nascem com o objetivo de promover cuidados físicos, emocionais e sociais para estes idosos. Nestas organizações, encontramos os denominados cuidadores formais, que exercem a sua atividade laboral dentro deste tipo de instituições, podendo estes ser qualificados ou não.

Existe uma série de preconceitos e mitos relativamente aos idosos. Um dos mais pertinentes diz respeito à sexualidade na terceira idade uma vez que, para grande parte da nossa sociedade, os idosos são vistos como seres assexuados e desprovidos de desejo ou necessidades sexuais.

Se se tiver em conta que a sexualidade é a essência da existência humana, que nos acompanha desde o nascimento até à morte e que deve ser compreendida como a procura: de bem-estar/sentimento prazeroso; da descoberta das sensações que são proporcionadas pelo contato ou toque; de sancionar a atração por outra(s) pessoa(s) que só cessa com a morte, a abordagem da expressão humana de sexualidade como parte da vida de qualquer ser humano, independentemente da idade e do género, seria encarada como uma normalidade da expressão da vida, desde que se nasce até que se morra.

Impera que todos os grupos sociais possam viver e manifestar os seus desejos sexuais sem sentença, segregação e opressão, pela vivência plena e de excelência das suas vidas. Contudo, todos sabemos que a sexualidade das mulheres continua reprimida, assim como a homossexualidade, a transexualidade e a sexualidade entre idosos. As vivências sexuais são desiguais em virtude do género, da orientação, da identidade sexual e até mesmo da idade cronológica das pessoas. Desta forma, a sexualidade deve ser vista como processo social e político, para além das suas vicissitudes pessoais.

1. O Envelhecimento em Portugal

O envelhecimento populacional ainda que seja uma das maiores conquistas da humanidade, representa também um grande desafio. Nos primórdios do século XXI, o envelhecimento global passou a ser tema das discussões sociais e económicas em todo o mundo (Sousa, *et al.*, 2003), facto que traz alterações e impactos importantes para a vida social, cultural e política de qualquer país. Segundo a ONU (2020), o mundo está vivenciando uma transição demográfica

nunca antes vista, que parece ser irreversível e que irá resultar num acréscimo de população idosa em todo o mundo. À medida que taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos, ou mais, duplicará entre 2007 e 2050, e se tivermos em conta o seu número atual, implica que deve mais que triplicar, alcançando dois biliões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá. Esta mesma fonte aventava que *“as pessoas idosas têm, cada vez mais, sido vistas como contribuintes para o desenvolvimento, e suas habilidades para melhorar suas vidas e suas sociedades devem ser transformadas em políticas e programas em todos os níveis. Atualmente, 64% de todas as pessoas idosas vivem em regiões menos desenvolvidas – um número que deverá aproximar-se de 80% em 2050”*, cenário que já se pressupõe na experiência vicariante de todos os dias.

O aumento da esperança de vida é uma conquista dos tempos modernos e uma questão social cujo desafio é estimular *“o envelhecimento bem-sucedido”* e considerá-lo de uma forma diferente, numa perspetiva de novas formas de viver. Segundo a OMS 1984 cit. por OMS (2005), a faixa etária em que se pode considerar que o indivíduo inicia o seu processo de envelhecimento é aos 65 anos. A qualidade de vida nesta fase da vida está relacionada com atitudes e comportamentos individuais, com o envolvimento familiar e com o suporte social. A DGS (2019) refere que a OMS (1994) definiu qualidade de vida como a *“percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*, conceito ainda atualizado. É importante compreendermos o envelhecimento como um processo natural e passível de uma abordagem integral da saúde, em que se pressupõe que um envelhecimento ativo conta com a participação comunitária e familiar, que vai promover um sentimento de utilidade e que se reflete na autoestima da pessoa. Segundo a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 portuguesa, o envelhecimento ativo promove oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de restabelecer a qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo (SNS, 2017).

O problema do envelhecimento existe porque a sociedade tem dificuldade em adaptar-se à nova realidade que ela própria criou, pois continua-se a perceber a idade como um marcador de papel na sociedade, embora, em 1996, Rosa (2012) já tenha referido que o envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas ou outras provocadas pela idade. Esta autora ainda mencionou que o envelhecimento deve ser percebido sobre duas perspetivas: a demográfica e a individual.

Do ponto de vista individual, o envelhecimento assenta no aumento da esperança média de vida. Este conceito está muito relacionado com o envelhecimento biológico em que a comunidade médica define como a transformação gradual das capacidades de adaptação do corpo, aumentando o risco de (co)morbilidades que podem precipitar o fim da vida. Esta é uma fase da vida em que se pode também verificar alterações psicológicas que se manifestam com perdas de memória ou uma maior dificuldade no raciocínio ou ainda desenvolver algumas perturbações mentais ou comportamentais (INE, 2002).

O envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, o que significa uma diminuição da população jovem, e/ou população em idade ativa. O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, em que deixamos de ter um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos. A projeção que é feita para 2000-2050 sobre a população residente em Portugal, mostra um envelhecimento contínuo da população, fruto do aumento da esperança de vida, e uma fecundidade abaixo do limiar da necessária para a renovação das gerações (INE, 2002).

Os idosos são muitas vezes alvo de situações de discriminação social, unicamente com base na idade e são um dos grupos mais vulneráveis à pobreza. De referir que socialmente são encontradas relações familiares e/ou sociais degradadas que levam ao isolamento das pessoas idosas, aumentando a sua exclusão social, o que poderá impedir que o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida. Segundo os Censos Sénior, operação da Guarda Nacional Republicana (2017), mais de 45 mil idosos foram sinalizados por viverem sozinhos ou isolados e, dados de 2016, revelam que cerca de 40% da população portuguesa com mais de 65 anos se encontra sozinha durante 8 horas ou mais por dia, o que representa quase um milhão de idosos em situação de solidão ou isolamento, sendo os homens os mais afetados.

Os dados do INE em 2019 indicam que o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se e refere que em comparação “*com o ano de 2017 constata-se que a população com menos de 15 anos diminuiu para 1 407 566 (menos 16 330 pessoas) e a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou para 2 244 225 pessoas (mais 30 951) o que representa 13,7% e 21,8% da população total*” (INE, 2019, pp. 1). “*A população mais idosa com idade igual ou superior a 85 anos aumentou para 310 274 pessoas (mais 12 736)*” (INE, 2019, pp. 5). Em 2018, uma em cada duas pessoas residentes em Portugal tinha acima de 45,2 anos, o que representa um acréscimo de 4,4 anos em relação a 2008 (INE, 2019, pp. 1). “*No*

futuro, mantêm-se as tendências de redução da população e de envelhecimento demográfico” (INE, 2019, pp. 1).

Portugal poderá perder população até 2080, passando dos atuais 10,3 milhões para 7,9 milhões de residentes, ficando abaixo dos 10 milhões em 2033. A população jovem poderá ficar abaixo do limiar de 1,4 milhões já em 2019 (1 393 513) e do limiar de 1 milhão em 2074 (995 647). O número de idosos passará de 2,2 em 2018 para 2,8 milhões em 2080 (INE, 2019, pp. 9).

2. Alterações Fisiológicas e Psicológicas Inerentes ao Envelhecimento

As mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo das pessoas, homens e mulheres, refletem a forma como podem vivenciar a sua sexualidade, sendo que essas mudanças afetam o sistema genital masculino e feminino. Relativamente ao sistema genital feminino uma das principais alterações será a falência dos ovários, verificando-se uma diminuição da produção de estrógenos e de progesterona, tendo como consequência a atrofia dos órgãos genitais e a suspensão do ciclo menstrual o que dá início à menopausa. Esta fase de vida do ciclo da mulher é acompanhada pelos sintomas do climatério: calores, sudorese, depressão, cefaleia e insónia (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

A mulher, ao entrar no período da menopausa, começa a perceber as alterações nos genitais, na aparência corporal e das modificações que ocorrem durante as relações sexuais, que se manifestam por alteração da pele ficando esta mais seca, diminuição da lubrificação vaginal, atrofia da mucosa vaginal, entre outros (*Idem*).

Também o homem sofre alterações ao nível do seu sistema genital, nos testículos há atrofia das células intersticiais com uma menor produção de testosterona e diminuição do volume dos mesmos. Embora o idoso continue fértil verifica-se uma diminuição da produção de espermatozoides. A libido não se altera significativamente com a idade. A ereção torna-se mais difícil por deposição de tecidos fibrosos na parede dos vasos do pénis e nos espaços do tecido erétil (Silva, 2016).

Para além das alterações fisiológicas é importante não descurar a existência de alterações a nível psicológico associadas às pessoas idosas. Estas podem manifestar-se por perdas de memória ou maior dificuldade no raciocínio. Podem ainda estar sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais (INE, 2002).

3. A Expressão da Sexualidade dos Idosos

A sexualidade não deixa de ser exercida com o passar dos anos, apesar das alterações que ocorrem devido às mudanças fisiológicas normais do processo de envelhecimento, estas não têm influência nos relacionamentos. A vida sexual não se extingue com a idade avançada, apenas muda de características, uma vez que se inicia com o nascimento e se extingue praticamente com a morte (Venturini *et al.*, 2018). A sexualidade é constituída por uma pluralidade de tendências e de atividades em que o desejo por intimidade, afeição e amor não acaba com a idade. Ainda que possam existir problemas sexuais, o carinho, a camaradagem, o companheirismo, cumprem uma função de complementaridade tão satisfatória no prazer como o sexo no sentido físico. As expressões de afeto, as fantasias, o desejo de ser seduzido e seduzir, estão presentes na vida dos homens e mulheres idosos como em qualquer outra etapa da vida, embora nem sempre se apresente da mesma forma (Santos e Carlos, 2003).

As pessoas idosas que têm vida sexual ativa muitas vezes envergonham-se de admiti-lo. A família e a sociedade costumam desencorajá-los a isso, continua-se a considerar que sexo é só contato genital descurando-se o carinho, outras formas de contato físico, afetivo que de modo geral podem e devem ser cultivados em qualquer idade. Na obrigação de rejeitar e esconder a sua sexualidade, muitos idosos sofrem pela opressão, ou quando a manifestam, pelo preconceito, sendo obrigados a abdicar dos seus interesses e expressões sexuais (Bortolotti, *et al.*, 2013).

Envelhecer não significa tornar-se assexuado, todavia mitos e tabus socioculturais sobre a sexualidade nas pessoas idosas leva a que não exerçam a sua vida de forma integral, uma vez que as alterações fisiológicas do envelhecimento, preceitos religiosos, opressões familiares e aspetos individuais fortalecem esse estigma social (Moraes, *et al.*, 2011). Os idosos são considerados seres assexuados, pessoas desprovidas de sexualidade, onde já não precisam mais praticá-la. E esta fábula deve ser preservada a todo o custo; se preciso for, sob o controle dos filhos que se tornam, por sua vez, guardiões. *“Os idosos são então compelidos a ocultar cuidadosamente todo e qualquer interesse sexual sobre pena de serem socialmente desconsiderados e afetivamente rejeitados pela própria família”* (Bortolotti, *et al.*, 2013).

Existem muitos fatores que favorecem o mito de que idosos são assexuados: o acesso limitado à informação desde a juventude até a atualidade, as alterações fisiológicas do próprio envelhecimento, a religião e a família. Mas a consciência do crescimento/desenvolvimento vital dos ser humano é importante para se vivenciar o seu próprio caminho vicariante consciencializado de que *“o organismo como um todo que se modifica com a idade, e dentro*

desse contexto a sexualidade também se transforma, mas não se torna menos agradável” (Rodrigues, 2019, pp. 27). Relativamente à opressão familiar e social, verifica-se uma alteração de papéis em que o idoso perde o comando na casa, necessitando de adaptar-se à nova realidade, deixando de ser uma pessoa ativa, assumindo um papel de submissão, à espera da finitude. Além disso, os filhos interpretam a sexualidade na terceira idade como algo depreciativo, sendo sinal de segunda infância ou sinal de demência (Alencar, *et al.*, 2014, pp. 3536-38; Neto, 2014 *et al.*, citado por Uchôa, *et al.*, 2016, pp. 940). Este autor refere ainda que Neto, *et al.* (2014), no seu estudo, concluiu que os idosos ainda acreditam ser “normal” a presença de disfunções sexuais na terceira idade, em que 28,5% assumem ter disfunções e mais da metade (52,6%) não recorrem ao profissional de saúde para mais esclarecimentos, embora considerem que os profissionais da saúde estão preparados para abordar o tema mas, quando o assunto é sexualidade, são quase a última fonte de informação consultada (17,5%).

Os idosos sentem-se muitas vezes constrangidos a partilhar as suas dúvidas sobre a sua sexualidade, até mesmo com o profissional de saúde, o que gera atitudes negativas. É fundamental quebrar o tabu sobre a sexualidade, sobretudo porque a saúde sexual do idoso deve ser discutida sem gerar nenhum desconforto aos envolvidos, adotando estratégias que criem um ambiente propício para tratar estas questões e que levem a uma maior satisfação e qualidade de vida. Mesmo porque, com as alterações biológicas do envelhecimento, existe um redirecionar da sexualidade. Enquanto o homem que perde o foco exclusivo no ato sexual e passa a considerar a afetividade como meio de prazer, a mulher libertando-se da fertilidade considera esta fase da vida mais libertadora e de prazer sexual (Silva, 2016).

A mesma autora (Silva, 2016) no seu estudo infere que os idosos não reconhecem a necessidade de falar sobre sexualidade com os profissionais de saúde e que a informação que têm disponível é inapropriada e pouco esclarecedora, induzindo a comportamentos de risco ou ao abandono da sua sexualidade. Evidencia também a necessidade de investimento em investigação científica e produção de conhecimento sobre a sexualidade no envelhecimento e, posteriormente, apostar nas ações de educação para a saúde e formações dos profissionais.

Conclusão

A trajetória de vida do ser humano é “*um somatório das experiências vividas, dos valores, das metas, da compreensão e das interpretações pessoais que cada um tem do mundo em que vive. Estamos, em nossa existência humana, condicionados às determinações da hereditariedade, do social e do cultural, como geradores de nossas escolhas e filosofia de vida*” (Santos, 2003, pp. 58). Alguns idosos ainda acreditam ser “*normal*” que com a idade é inerente o aparecimento de disfunções sexuais na terceira idade e, desta forma assumem ter essas mesmas disfunções, pensamento que os leva a conformarem-se e não recorrem ao profissional de saúde para colocarem as suas dúvidas e a sua sintomatologia para ficarem esclarecidos.

Os resultados das pesquisas recentemente efetuadas não encerram a discussão, pelo que se verifica a necessidade de se estudar diversos aspetos inerentes à sexualidade, como por exemplo: o nível de satisfação dos idosos, o nível de formação dos profissionais ou mesmo a perceção da sociedade sobre o tema. É justamente através da investigação científica, na procura da evidência científica, que esses mitos e crenças serão quebrados, dignificando integralmente o ser humano, desde o nascimento até a senescência.

Bibliografia

- Alencar, Danielle L., Marques, Ana, P. O., Leal, Márcia C. C. e Vieira, Júlia C. M. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa [Online]. *Revista Scielo*, 19(8):3533-3542. Consultado em 12 de dezembro de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03533.pdf>
- Bortolotti, Micheli C., Brutscher, Itamara, S., Kist, Valquíria, F., Bard, Patrícia F., e Bavaresco, Ângela, M. (2013). *A Sexualidade em Idosos* [Online]. Consultado em 18 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/sexualidade/a-sexualidade-em-idosos>
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019). *Envelhecimento activo Conceitos* [Online]. Consultado no dia 13 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/conceitos.aspx>
- Guarda Nacional Republicana (2017). *Operação Censos Sénior (2017)* [Online]. Consultada em 5 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019). *Estimativas de População Residente em Portugal. Destaque: Informação à Comunidade Social* [Online]. Consultado em 12 de dezembro de 2019. Disponível em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid: Revista de Estudos Demográficos [Online]. Consultado em 18 de dezembro de 2019. Disponível em: www.ine.pt
- Moraes, Késia M., Vasconceles, Dayse P., Silva, Antónia S. R., Silva, Regina C. C., Santiago, Luciana M. M. e Freitas, Cibelly A. S. L. (2011). *Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso* [Online]. Consultado em 15 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a18v14n4.pdf>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2020). *A ONU e as pessoas idosas* [Online]. Consultado em 13 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>

- Rodrigues, Joana M. A. (2019). *O idoso e a sua sexualidade*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social. [Online]. Consultado em 12 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28527/1/Joana%20Rodrigues.pdf>
- Rosa, Maria J. V. (2012). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santos, Sueli S. e Carlos, Sérgio A. (2003). Sexualidade e Amor na Sexualidade [Online]. *Porto Alegre: Estudos interdisciplinares envelhecimento*, (5) pp. 57-80. Consultado em 18 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4729/2653>
- Silva, Ana M. F. (2016). *Experiências de sexualidades e envelhecimento: contributos para a construção de um lugar no campo da educação para a saúde*. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. [Online]. Consultado em 12 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/86126/2/158022.pdf>
- Sistema Nacional de Saúde (SNS) (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025* [Online]. Consultada a 12 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. [Online]. Consultado em 5 de janeiro de 2020. Disponível em: https://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf
- Sousa, Liliana, Galante, Helena, Figueiredo, Daniela (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa [Online]. *Revista de Saúde Pública*. 37(3) pp. 364-371. Consultado a 5 fevereiro 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>
- Uchôa, Yasmin S., Costa, Dayara C. A., Júnior, Ivan A. P. S., Silva, Saulo T. S. E., Freitas, Wiviane M. T. M. e Soares, Soanne C. S. (2016). A Sexualidade sob o olhar da pessoa idosa [Online]. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6) pp. 939-949. Consultado em 12 de dezembro de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n6/pt_1809-9823-rbgg-19-06-00939.pdf
- Venturini, Larissa, Beuter, Margrid, Leite, Marinês T., Bruinsma, Jamile, B e Backes, Carolina (2018). Atuação da equipe de enfermagem frente à sexualidade de idosas institucionalizadas [Online]. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* (52) pp.03302. Consultado em 17 de janeiro de 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100428&lng=pt&tlng=pt

Literacia em saúde na comunidade escolar – preparar para o envelhecimento

*David de Matos Sousa,
USF Pinhal Saúde (ACES da Arrábida), Mestrando em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no I.P.
de Portalegre*

*Edgar Duarte Canais
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Investigador na NURSE'IN – UIESI*

*Vânia Luís Carvalho,
UCC Palmela (ACES da Arrábida), Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*

Resumo

Problemática: A Educação e a Saúde partilham os mesmos objetivos, que as escolas sejam lugares agradáveis e favoráveis para aprender, ensinar e trabalhar, e um lugar propício para a aquisição de conhecimentos, para alunos e restante comunidade escolar. Estes são convidados a aceder à informação, com vista à promoção e manutenção de hábitos de vida saudáveis, que se irão repercutir ao longo do ciclo vital. A capacidade de transmissão desses conhecimentos é reclamada pela DGE, tomando a responsabilidade de traduzir nos currículos de ensino os mesmos. Por sua vez, a DGS chama a si a responsabilidade da vigilância de saúde, ao longo do ciclo de vida, com maior incidência em crianças, adolescentes e jovens, que com todas as questões no crescimento, físico, mental e social, se querem adultos responsáveis com hábitos de vida salutar, com vista a uma velhice saudável. Sendo assim, é de todo pertinente saber qual o entendimento que a comunidade escolar, nomeadamente, docentes e não docentes, têm sobre literacia em saúde, e perceção da atuação que o profissional de saúde pode ter na escola. **Metodologia:** O estudo foi desenvolvido a partir de uma revisão integrativa da literatura, de artigos científicos que abordam a literacia em saúde, nomeadamente os conhecimentos de docentes e não docentes, e a perceção que estes têm da necessidade da presença do profissional de saúde na escola. **Conclusão:** Os docentes descrevem que não estão preparados para abordar as questões colocadas pelos alunos. A falta de adequação dos programas escolares, aliada à falta de formação prática e teórica dos docentes, faz com que o empoderamento da comunidade escolar, em literacia para saúde, pelos profissionais de saúde, seja uma necessidade. Numa análise mais cuidada, verificou-se que existem já alguns entendimentos entre os setores da educação e da saúde, com vista a colmatar as debilidades existentes, no entanto estão ainda pouco difundidas, quer no setor da educação quer no da saúde.

Palavras chave: Health Education, School, Adolescent, Teacher, Adolescent Health

Introdução

A Educação e a Saúde partilham os mesmos objetivos, que as escolas sejam lugares agradáveis e propícios para aprender, ensinar e trabalhar (Declaração de Vilnius, 2009).

A conferência de Ottawa, foi a primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, que em 21 de Novembro de 1986, aprovou a Carta de Ottawa, que contém orientações para que se atingisse o objetivo da Saúde para Todos no ano 2000 (Nunes, 2011). Posteriormente em 1991 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão das Comunidades Europeias e o Conselho da Europa, Criaram a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) (Declaração de Vilnius, 2009; Lusquinhos & Carvalho, 2018).

Em Portugal com a adesão à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde surgiu o “Programa de Promoção e Educação em Saúde” (PPES), com a participação da Direção Geral da Saúde (DGS) e a Direção Geral de Educação (DGE), que uniram estratégia e desenvolveram as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) (Lusquinhos & Carvalho , 2018).

É na escola que as relações sociais e humanitárias ganham forma. Um dos aspetos mais importantes é o conhecimento que se adquire em relação aos hábitos de vida saudáveis e à importância que estes assumem na sua vida futura, bem como na sua vida social e familiar (Declaração de Vilnius, 2009). Assim, segundo a OMS, citada pela Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS), a Literacia em Saúde é o conjunto das *“competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”* (Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS) - Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar, 2019: 6).

É na escola que este conhecimento é adquirido e que se pretende consolidar, como uma aprendizagem mais integrada, as escolas são consideradas espaços de aprendizagem e relações entre alunos, docentes, não docentes e família, com o objetivo de uma harmonia social coletiva. A aquisição de hábitos de vida saudáveis, é um dos objetivos que os programas escolares e as medidas implementadas pelos diversos governos tentam incluir nos currículos escolares (Declaração de Vilnius, 2009).

Pretende-se com este trabalho, aferir se o corpo docente, e não docente, está capacitado para responder às necessidades e questões que os adolescentes e jovens colocam, ou se sentem a necessidade de apoio de um profissional de saúde na resposta às questões colocadas pelos alunos, ou esclarecimento das suas próprias dúvidas.

Após a análise de artigos sobre a problemática deste estudo, pretende-se também verificar qual a pertinência de que seja desenvolvida a Consulta do Adolescente na unidade de saúde da localidade onde a escola se insere para dar apoio na resolução de casos mais complexos.

Este trabalho está dividido em cinco partes, uma introdução que faz o enquadramento do tema a desenvolver, a apresentação da metodologia de pesquisa efetuada em torno da questão elaborada sob o método Participantes, Intervenções, Contexto, *Outcomes* (PICO), (Apostolo, 2017), os resultados obtidos com essa pesquisa, a discussão dos dados obtidos nos documentos analisados e, por fim, a conclusão, onde nos vamos debruçar sobre os resultados da discussão para responder à questão de investigação.

1. Metodologia

O estudo elaborado tem por base uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A RIL é um método que permite incluir no mesmo estudo, as conclusões e experiências adquiridas de vários tipos de estudos, experimentais e não experimentais, de estudos mais ou menos significativos, teóricos ou empíricos, permitindo assim melhorar os conhecimentos científicos relativos à saúde (Apostolo, 2017; Aromatis & Munn, 2017; Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Segundo os critérios definidos pelo investigador, pretende-se que o método utilizado permita a síntese de conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática restringindo o objetivo da pesquisa (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Para a pesquisa foi elaborada uma questão PICO, com o objetivo dar à pesquisa uma ideia clara e objetiva (Apostolo, 2017). Assim sendo, a questão adotada para investigação foi “Qual a percepção que a comunidade escolar tem sobre os seus conhecimentos em Educação para a Saúde e a necessidade da presença do profissional de saúde na escola?”. A desmontagem desta questão pelo método PICO, corresponde a:

Participantes – a comunidade escolar (docentes e não docentes);

Intervenções – qual a percepção de conhecimento em Educação para a Saúde;

Contexto – a escola;

Outcome – a necessidade da presença do profissional de saúde na escola.

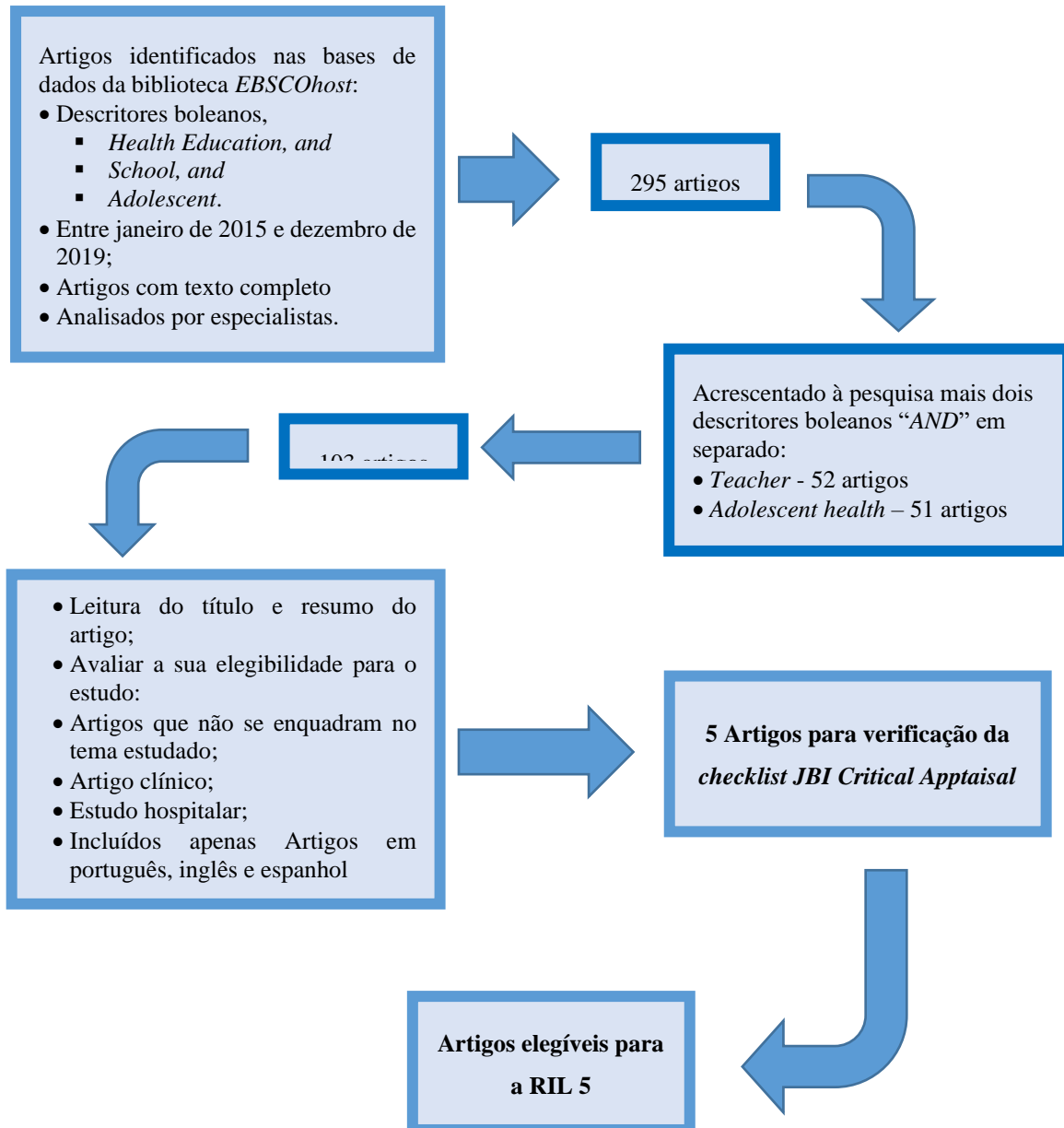
Para a realização deste artigo, procedeu-se à pesquisa bibliográfica no *Website* da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, s.d.), acedendo à biblioteca virtual *EBSCOhost* a pesquisa nas bases de dados: *CINAHL Complete*; *MEDLINE Complete*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*.

A pesquisa foi realizada entre outubro de 2019 e novembro de 2019, limitada a artigos publicados entre janeiro de 2015 e novembro de 2019, com a opção “*Full Text*”, e revistos por especialistas, sem restrição de idioma ou cultura.

A pesquisa foi realizada tendo como base o operador booleano “*AND*” e com os descritores “*Health Education*”, “*School*”, “*Adolescent*”, sendo esta amostra extensa realizaram-se mais duas pesquisas mais restritivas, uma acrescentando o descritor “*Teacher*” outra com o descritor

“*Adolescent Health*”, sempre usando o mesmo operador booleano, “AND”, conforme a Figura 1 representa.

Figura 1: Diagrama do PRISMA do processo de Extração dos resultados



Fonte: Elaboração própria

Na RIL, a análise dos artigos do estudo, é realizada recorrendo aos instrumentos de avaliação crítica de estudos de “*The Joanna Briggs Institute*” (JBI) (Apostolo, 2017) (Aromatis & Munn, 2017).

2. Resultados

Depois de serem estudados os artigos, verificamos que os cinco estudos se ordenam como sendo uma Revisão Integrativa da Literatura, um Estudo Randomizado Controlado, um Estudo qualitativo Descritivo/ Exploratório (Misto) e dois Estudos Qualitativos Descritivos Simples. Todos os estudos têm uma abordagem descritiva (Apostolo, 2017, Aromatis & Munn, 2017).

Para avaliar o seu nível de significância podemos observar a Tabela 1, que ordenam e classificam os artigos na sua forma de avaliação segundo JBI (Munn, Porritt, Aromataris, Lockwood, & Peters, 2014).

Tabela 1. Classificação dos artigos incluídos por níveis de evidência e qualidade metodológica

Artigos	Níveis de Evidência	Força
Barreto RMA, Brito MCC, Cavalcante ASP, Mira QLM, Vasconcelos MIO (2016)	1.c Revisão Integrativa da Literatura	<i>Strong</i>
Baldoino LS, Silva SMN, Ribeiro AMN, Ribeiro EKC (2018)	1.b Estudo Qualitativo Descritivo Simples	<i>Strong</i>
Silva SPC, Barbosa APP, Araújo CS, Silva TIM, Santana RN (2016)	1.b Estudo Qualitativo Descritivo/ Exploratório (Misto)	<i>Strong</i>
Leite CT, Machado MFAS, Vieira RP, Marinho MNAB, Monteiro CFS (2015)	1.b Estudo Qualitativo Descritivo Simples	<i>Strong</i>
Swartz K, Musci RJ, Beaudry MB, Heley K, Miller L, Alfes C, Townsend L, Thornicroft G, Wilcox HC (2017)	1.c Estudo Randomizado Controlado	<i>Strong</i>

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a avaliação realizada pelo método de análise da RIL de JBI utilizada, concluímos que todos os 5 artigos eram confiáveis e poderiam fornecer contributos importantes para o estudo conforme indica o Tabela 1.

Todos os artigos envolvem a literacia em saúde, da comunidade escolar e ou dos profissionais de saúde. Todos eles foram desenvolvidos em meio escolar, sendo que um é um estudo secundário e quatro são estudos primários.

Diferentes são também o número de participantes e o número de escolas participantes nos estudos. Se nos estudos desenvolvidos por Baldoina, Silva, Ribeiro, & Ribeiro (2018), e Leite,

Machado, Vieira, Marinho, & Monteiro (2015), se limitaram a uma escola com a aplicação de questionários a alunos e docentes, já Silva, Barbosa, Araújo, Silva, & Santana (2016), com 15 escolas mas uma baixa afluência de docentes e Swartz, et al. (2017), têm estudos mais abrangentes. O estudo de Swartz, et al. (2017), que abrangeu um total de 56 escolas e 6679 estudantes, também envolveu a formação dos docentes que aplicaram os questionários.

O artigo de Barreto, Cavalcante, Mira, Vasconcelos, & Brito (2016), trata-se de uma RIL, este artigo secundário analisa 10 estudos sobre os adolescentes, o seu comportamento no meio familiar, no meio escolar e nos serviços de saúde. Tendo sido elaborado por enfermeiros, aborda formas de comunicação com os adolescentes e incide sobre temas como a sexualidade dos adolescentes, as drogas e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Os profissionais que desenvolveram estes estudos foram sobretudo enfermeiros, e em dois deles, as equipas contavam com médicos e psicólogos.

Os temas debatidos foram a Gravidez, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), drogas, o Programa de Saúde Escolar (PSE), Programa da Saúde Familiar (PSF), a Depressão e o estigma da saúde mental.

O idioma predominante nos estudos é o português, apesar de não ter sido feita qualquer limitação de idioma ou cultural.

3. Discussão

Em todos os estudos a Educação para a Saúde (EpS) é abordada, e diretamente estudada. Em todos se conclui que a literacia em saúde está longe do que é necessário para abordar os problemas dos adolescentes.

Os professores referem não ter capacidade nem formação para poderem trabalhar as áreas das IST's e da sexualidade (Silva, Barbosa, Araújo, Silva, & Santana, 2016).

“A maioria dos professores, apesar de considerarem relevante falar sobre este assunto, afirmou necessitar de uma formação específica.” (Silva, Barbosa, Araújo, Silva, & Santana, 2016: 4299)

No entanto o estudo de Swartz, et al. (2017), refere que quando são os professores a abordar os temas da literacia para saúde, fazem-no de uma forma mais ligeira, sendo a abordagem dos profissionais uma abordagem mais dirigida aos problemas reais que afetam o adolescente. No entanto pequenas sessões de 3h despendidas na EpS durante 2 ou 3 períodos são suficientes para que os resultados sejam satisfatórios ao nível da literacia em saúde (Swartz, et al., 2017).

Os conhecimentos dos professores, no estudo de Swartz, et al. (2017), também foi abordado, 6h de formação para poderem participar na aplicação do questionário. Por sua vez incorporaram o estudo no currículo escolar da EpS, mesmo não fazendo parte deste, esta estratégia de abordagem dos alunos foi recebida de uma forma discreta por estes e bem recebida pela escola. Daqui se depreende que também este estudo salienta a intervenção dos profissionais de saúde para que os conhecimentos em EpS sejam mais efetivos.

A abordagem que Balduino, Silva, Ribeiro, & Ribeiro (2018), faz da EpS diretamente aos alunos, por meio de sessões de EpS. São abordados vários temas, sendo os mais participados, os temas escolhidos pelos alunos (IST's, gravidez e drogas). Assim, o futuro profissional de saúde, experiencia o papel do docente, e pode refletir sobre novas estratégias a adotar no empoderamento da comunidade escolar.

Sendo a escola um local de criação de novos saberes, devemos dar a importância que a EpS deve ocupar com hábitos de vida saudáveis, o desenvolvimento pessoal, cognitivo e social de uma forma harmoniosa.

Os problemas que afetam os adolescentes devem ser devidamente abordados, segundo Barreto, Cavalcante, Mira, Vasconcelos, & Brito (2016). A falta de formação da comunidade escolar e dos profissionais de saúde são evidenciados pelo autor, a responsabilidade desta falha, segundo o autor deve-se a sistemas de ensino obsoletos, que não estão adequados à realidade dos adolescentes de hoje (Barreto, Cavalcante, Mira, Vasconcelos, & Brito, 2016).

Alguns aspetos negativos que apresentam impacto nos estudos analisados, são a fragilidade das medidas executadas nas atividades educacionais, tanto nas escolas como nos serviços de saúde, em que são aplicadas medidas pontuais e avulsas, não havendo sustentabilidade de alguns projetos iniciados (Figueiredo, Machado, & Abreu, 2010).

Os docentes continuam a reclamar para si o papel fulcral na escola, no entanto os currículos elaborados pela DGE ainda não estão adaptados para que a EpS seja abordada de uma forma multidisciplinar (Silva, Barbosa, Araújo, Silva, & Santana, 2016). Assim se verifica que a formação e a prática são muito importantes para quem aborda os alunos sobre a EpS (Marinho, et al., 2018).

Quanto ao profissional de saúde, é necessário que este tenha a capacidade de empoderar a comunidade escolar, colmatando assim as falhas identificadas na literacia em EpS, as ações realizadas para empoderar a comunidade escolar devem ser que atrativas, sendo capaz de

associar o ensino à prática (Silva, Barbosa, Araújo, Silva, & Santana, 2016) (Marinho, et al., 2018).

Para orientar as intervenções a nível da saúde nas escolas, a DGS, criou o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), sendo a sua última versão o PNSE|2015, que contempla a necessidade de implementar estratégias de intervenção, vigilância e prevenção da saúde na Escola (Direção-Geral de Saúde n.º: 015/2015, de 12/08/2015). Em 2017, a DGE em conjunto com a DGS, criaram um documento orientador para promover a literacia as escolas o Referencial de Educação para a Saúde (RES) (Direção-Geral de Saúde n.º: 015/2015, de 12/08/2015) (Carvalho , et al., 2017).

Estão a ser dados passos importantes, com alterações estruturais com vista a uma maior cooperação e articulação na promoção da educação para a saúde em meio escolar (Lusquinhos & Carvalho , 2018). Em Portugal, este período de reflexão já tem as suas bases lançadas com dois importantes documentos o PNSE|2015 e o RES.

Os autores dos estudos analisados referem que as bases curriculares das escolas requerem alterações, uma vez que já não é adequada às necessidades atuais. São necessárias equipas multidisciplinares que promovam um pensamento interdisciplinar e reflexivo.

As equipas multidisciplinares, são uma mais-valia importante para dar resposta a necessidades identificadas, com um trabalho de cooperação podem interagir, dando melhores respostas a necessidades identificadas na EpS. Para melhor se identificar essas carências, junto da comunidade escolar, o RES abordada cada ano de escolaridade, atendendo as carências dos alunos desde o pré-escolar até ao final da escolaridade obrigatória. Este documento resultou de uma parceria entre a DGE e a DGS, que estabeleceram um Protocolo de Colaboração em fevereiro de 2014, e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), intitulado RES acima já referido, Referencial de Educação para a Saúde (Carvalho , et al., 2017).

Para retificar a falta de literacia em saúde, o profissional de saúde, quando devidamente treinado, tem a competência para ministrar a formação aos docentes, ou seja empoderar estes para que os docentes saibam como usar os recursos existentes, e responder às solicitações orientando alunos e famílias.

A família é parte integrante da comunidade escolar, por isso é importante que a relação entre a escola e a família, seja de coordenação e cooperação, encurtando assim as assimetrias sociais

que possam existir, proporcionado a todos os alunos condições para que se desenvolva o seu caminho escolar (Picanço, 2012; Silva, Barbosa, Araújo, Silva, & Santana, 2016).

Em consequência da harmonização entre escola e família, podemos alargar a EpS para outros locais fora da escola, a família a comunidade, podem ser assim ajustar-se as medidas de EpS não só ao meio escolar mas também à realidade familiar social e comunidade (Picanço, 2012).

As novas tecnologias, mais propriamente as tecnologias educativas, são uma forma bastante eficaz na aproximação da comunidade escolar à informação sobre EpS (Barreto, Cavalcante, Mira, Vasconcelos, & Brito, 2016).

Tomando em conta que os estudos, revelaram como era previsto empiricamente, uma baixa afluência por parte dos docentes aos estudos, sendo que apenas um estudo referiu esse tema diretamente (Silva, Barbosa, Araújo, Silva, & Santana, 2016), outro estudo sofreu a necessidade de reduzir o número de escolas a estudar, devido à necessidade de equilibrar as amostras (Swartz, et al., 2017).

Para auxiliar na afluência da adesão ao estudo, os próprios professores, fizeram integrar o estudo no currículo escolar das disciplinas (Swartz, et al., 2017).

Conclusão

Podemos aferir que a adoção de comportamentos de saúde responsáveis e conscientemente, possibilita que na idade adulta o indivíduo expresse esses comportamentos que adquiriu na valorização da sua saúde. A literacia que lhe foi transmitida no contexto da sua adolescência e as vivências que teve no seu crescimento vão moldar a forma como este se comporta na fase adulta e comprometer o seu estado de saúde quando chegar a uma idade mais avançada.

Com este estudo verificamos a existência de poucos estudos recentes na área de literacia em saúde de docentes e não docentes, no contexto escolar, não permite retirar conclusões efetivas e esclarecedoras de um padrão de literacia em saúde na comunidade.

Não foi possível encontrar dados válidos de estudos científicos sobre a literacia em saúde entre os profissionais não docentes do sistema educativo. Sendo assim, considerou-se os docentes e os não docentes apenas uma categoria, a de docentes.

Após a análise dos estudos, cada vez mais os docentes tem consciência de que a literacia em EpS é importante, reclamam a falta de formação teórica e prática, a não adequação dos manuais escolares à realidade do sistema de ensino, e das necessidades dos alunos e mesmo do que é

pedido aos docentes, tendo sido já comprovado por diversos estudos que a EpS é uma “disciplina” multidisciplinar.

Neste contexto verifica-se que é necessário dar resposta a falhas existentes, assistindo-se assim à importância do profissional de saúde no contexto da Saúde na Escola. O profissional de saúde, necessita conhecer a realidade da escola o seu contexto social e comunitário, saber criar pontes entre os alunos e os serviços de saúde, dando resposta a alguns problemas verificados relativamente a questões que os adolescentes colocaram e escolheram para debate nos estudos analisados, o local mais apropriado será numa consulta na Unidade de Saúde.

Em todas as unidades existem consultas de Planeamento Familiar, no entanto nem todas contemplam a “Consulta do Adolescente”, que permite ao adolescente encontrar informação científica adequada à sua idade, e possam esclarecer as suas dúvidas abertamente, sem tabus, com garantia de anonimato e confidencialidade.

É de todo pertinente continuar o estudo da presença de profissionais de saúde na escola, visto a sua atuação vir a preencher lacunas importantes com que nos deparamos.

Não sendo este um estudo muito profundo, a inclusão de toda a comunidade escolar num próximo estudo é pertinente. É na escola que o aluno passa grande parte do seu dia, sendo este também o local de excelência para a aprendizagem de hábitos de vida saudável.

Espera-se assim ter contribuído para o enriquecimento científico, e ponto de partida para outras pesquisas.

Bibliografia

- Apostolo, J. L. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação de ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnf.C). Consultado em 09 de 2019, disponível em https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia
- Aromatis, E., & Munn, Z. (2017). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In Aromatis E, Munn Z (Editors). (J. B. Institute, Editor) Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Consultado em 12 de 2019, disponível em, <http://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Baldoino, L. S., Silva, S. M., Ribeiro, A. M., & Ribeiro, E. K. (abril de 2018). HEALTH EDUCATION FOR ADOLESCENTS IN THE SCHOOL CONTEXT: A RELATED EXPERIENCE. *Journal of Nursing - UEFP On Line*, vol. 12 (4):1161-1167. Recife, Brasil. Consultado em 12 de 2019, disponível em , doi:doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230656p1161-1167-2018
- Barreto, R. M., Cavalcante, A. S., Mira, Q. L., Vasconcelos, M. I., & Brito, M. C. (abril/junho de 2016). AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA O PÚBLICO ADOLESCENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Rev. APS.*, 19 (2): 277 - 285. Brasil. Consultado em novembro de 2019, disponível em http://www.upe.br/posfop/mestradohebiatria/phocadownload/userupload/sugestoes-de-leitura/ACOES_EDUCATIVAS_EM_SAUDE_PARA_O_PUBLICO_ADOLESCENTE_UMA_REVISAO_INTEGRATIVA.pdf
- Carvalho, et al. (Junho de 2017). Referencial de Educação para a Saúde. Referencial de Educação para a Saúde. Ministério da Educação - Direção geral de Educação e Direção-Geral de Saúde. Consultado em 17 de junho de 2019, disponível em, https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_original_4julho2017_horizantal.pdf
- Declaração de Vilnius. (Junho de 2009). Melhores Escolas, Escolas Mais Saudáveis - Terceira Conferência Europeia de Escolas Promotoras de Saúde. Ministério da Educação - DIDC/NESASE. (L. Ladeiras, Trad., & M. I.-C. Saúde, Compilador) Vilnius, Lituânia. Consultada em Janeiro de 2020, disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/ficheiros-externos/resolucao-de-vilnius-pdf.aspx>
- Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS) - Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. (Março de 2019). PLANO DE AÇÃO PARA A LITERACIA EM SAÚDE 2019-2021 - PORTUGAL. (D.-G. d. Saúde, Ed.). Consultado em 1 de 2020, disponível em, <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde nº: 015/2015, de 12/08/2015. (s.d.). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Direção Geral de Saúde. Consultado em 11 de 2019, disponível em <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2015/08/12/norma-dgs-programa-nacional-de-saude-escolar-2015/>
- Figueiredo, T. A., Machado, V. L., & Abreu, M. M. (2010). A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (2), 397-402. Rio de Janeiro. Consultado em 12 de 2019, disponível em doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>
- Leite, C. T., Machado, M. F., Vieira, R. P., Marinho, M. N., & Monteiro, C. F. (2015). The school health program: teachers' perception. *Invest Educ Enfm.* 2015; 33(2): 280-287. Consultado em 12 de 2019, disponível em doi:[10.17533/udea.iee.v33n2a10](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a10)
- Lusquinhos, L., & Carvalho, G. s. (2018). Promoção e educação para a saúde em meio escolar - do saber ao fazer. Em F. Azevedo, H. Vieira, N. Fernandes, B. Pereira, & (Org.), *Estudos da Criança - Diversidade de Olhares* (pp. pp.237-243). Braga, Portugal: Centro de Investigação em Estudos da Criança, Instituto de Educação, Universidade do Minho. Consultado em 12 de 2019, disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/58390>
- Marinho, et al. (2018). Health in school program: from training processes to practice scenarios. *Journal Hum Growth Dev.*, 28 (2):175-182. Consultado em 12 de 2019, disponível em, DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.147219>
- Munn, Z., Porritt, K., Aromataris, E., Lockwood, C., & Peters, M. (2014). "The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. (T. J. Institute, Ed.) Consultado em 1 de 2020, disponível em <https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>

- Nunes, E. (julho de 2011). Celebração do 25.º Aniversário da Carta de Ottawa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), 200-202. Nunes, Emília. (2011). Consultado em 19 de janeiro de 2020, disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000200013
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *ÁREA DO ENFERMEIRO - BASES DE DADOS CIENTÍFICOS - ACESSO RESERVADO* da ordem dos Enfermeiros. Consultado em 01 de 2020 disponível em, <https://www.ordemenfermeiros.pt/%C3%A1rea-do-enfermeiro/bases-de-dados-cient%C3%A>
- Organisation mondiale de la santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Geneve. Obtido em 2 de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
- Picanço, A. L. (maio de 2012). *A RELAÇÃO ENTRE ESCOLA E FAMÍLIA - As suas implicações no processo de ensino-aprendizagem*. Relatório de Mestrado apresentado na Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa, Portugal. Consultado em 12 de 2019, disponível em, <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2264/1/AnaPicanco.pdf>
- Silva, S. P., Barbosa, A. P., Araújo, C. s., Silva, T. I., & Santana, R. N. (novembro de 2016). *DISCUSSING SEXUALITY/IST IN THE SCHOOL CONTEXT: PUBLIC SCHOOL TEACHERS PRACTICES*. *Journal of Nursing - UFPE On-Line*, vol.10 (suppl. 5): 4295-4303. Recife, Brasil. Consultado em 12 de 2019, disponível em doi:10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201617
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. *Einstein*, 8 (1), 102-106. São Paulo. Consultado em 12 de 2019, disponível em doi:<https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Swartz, et al. (dezembro de 2017). *School-Base Curriculum to Improve Depression Literacy Among US Secondary School Students: A Randomized Effectiveness Trial*. *American Journal of Public Health* 107, no. 12 (December 1, 2017): pp 1970-1976. US. Consultado em 12 de 2019, disponível em doi:10.2105/AJPH.2017.304088

Violência na pessoa idosa: Uma realidade nublada na sociedade de hoje

*Fernanda Gomes da Costa Marques,
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
fernanda.gomes@ess.ips.pt*

*Zélia Candeias,
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
zelia.candeias@ess.ips.pt*

Resumo

A temática violência contra os(as) idosos(as) foi a adotada para realizar a presente comunicação oral, uma vez que a existência de violência está descrita desde os primórdios da humanidade e associando-se à suposta evolução do contexto sociocultural das sociedades deveria ser um fenómeno erradicado ou em vias de o ser, contudo é uma realidade contemporânea. O significado do próprio envelhecimento tem sofrido alterações ao longo dos tempos, pois no passado envelhecer era sinónimo de vida abastada pelo que era evidente que os pobres raramente chegavam à velhice. O aumento do envelhecimento populacional, devido à baixa da natalidade, é uma realidade presente nas sociedades atuais, do qual Portugal não é exceção e que têm preocupado organizações internacionais e governos dos demais países. Neste artigo, descreve-se o considerado pertinente conhecer como fundamento aquando da apresentação oral: Violência na Pessoa Idosa: Uma Realidade Nublada na Sociedade de Hoje, no II Seminário sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde, 2020, Envelhecimento(s)-Perspetivas Interdisciplinares. Através da leitura crítica e reflexiva de vários autores que abordaram os vários tipos de violência nos diversificados contextos de vivência do(a) idoso(a) objetivando um maior conhecimento da violência cometida sobre a pessoa idosa construiu-se a apresentação oral e o agora artigo que a fundamentou. Tendo consciência que os(as) idosos(as) nem sempre são tratados com a dignidade que lhe é devida e que por vezes são expostos(as) a situações que desvalorizam a sua condição enquanto ser humano e sabendo que os maus-tratos contra idosos(as) ainda é uma realidade na nossa sociedade que viola os direitos humanos e os direitos de cidadania que deveriam poder usufruir com o acompanhamento dos(as) profissionais de saúde de uma equipa multidisciplinar foi o mote para a realização do resumo e consequente candidatura à apresentação oral.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idoso, Idosa, Violência, Direitos

Introdução

A violência contra as pessoas idosas não é diferente da violência contra outro tipo de pessoas, é um fenómeno que vive no silêncio. O envelhecimento populacional é uma realidade atual e que deve ter a atenção da sociedade em geral, pois cada dia que passa, existem mais pessoas a ultrapassar a barreira dos 65 anos, aliado a este envelhecimento populacional encontram-se as alterações nas estruturas familiares e a adoção de novos estilos de vida por parte das famílias, cada vez mais nucleares, que, em grande parte, passa por deixar de incluir o cuidado dos seus idosos nas suas rotinas diárias, quando estes começam a necessitar de um acompanhamento mais regular por parte de alguém. A sociedade foi tendo consciência de que a violência sobre o idoso existe, no entanto, esta violência era, de um modo geral, sempre associada ao contexto familiar, era uma violência que ocorria dentro da própria casa do idoso ou dos seus familiares e era praticada por pessoas que com eles conviviam. O envelhecimento da população mundial

constitui um dos maiores desafios do século XXI, pois tem vindo a ser acompanhado por alterações e desequilíbrios sociais muito associado ao fenómeno do crime de violência (praticada contra as pessoas idosas). O reconhecimento de que os mais velhos eram vitimados (desde inícios dos anos 80 do século XX) tem sido um processo lento, mas hoje é um fenómeno cada vez mais evidente no processo de envelhecimento populacional mundial. A institucionalização da pessoa idosa e a denúncia pública por parte de diferentes profissionais, que trabalham diretamente com as pessoas idosas vitimadas, eleva ao seu reconhecimento como um atual e grave problema social. A violência constitui um dos principais problemas de saúde pública contemporânea em todo o mundo pelo que emerge que a violência seja um dos principais focos de investigação em saúde pública. Os resultados da evidência científica fornecerão ferramentas que não só fomentam mais investigação como dão aos profissionais, de primeira linha interventiva, conhecimentos e competências para a sua prevenção e especificamente na sua deteção, avaliação e intervenção na contenção da violência no contexto familiar.

1. Contextualização

A *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA), em 1995 definiu a violência contra a pessoa idosa como um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança. O envelhecimento constitui um fenómeno, cujo impacte é difícil de estimar. A OMS (2006, sd) refere-nos que: “entre 2000 e 2050, a população mundial com mais de 60 anos mais que triplicará, passando de 600 milhões a 2000 milhões. A maior parte desse aumento se produzirá nos países em desenvolvimento, onde passarão de 400 a 1700 milhões nesse mesmo período”. Ducharme, Lebel e Bergman (2001, pp.111) afirmam que com a industrialização, verificaram-se mudanças de fundo que estão hoje na base do envelhecimento da população. De entre estes fatores de mudança citam: o êxodo do campo para a cidade, a baixa de natalidade, a inclusão da mulher no mercado do trabalho, a existência de assistência na doença, a segurança social e a maior longevidade.

Várias são as definições de violência, na sua maioria dirigidas para a violência doméstica, mas a proferida pela OMS, referenciada por Fonseca *et al.* (2012, pp.151) parece ser uma das mais simples e globalizantes, designadamente como sendo “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha”, já ”Krug *et al* (2002, pp.126) definiram violência como sendo um ato cometido por omissão ou negligência,

de forma intencional ou involuntária, de natureza física ou psicológica, que envolva agressão emocional ou verbal, maus-tratos de ordem financeira ou material, que resulte em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos que provoque uma redução da qualidade de vida da vítima. *“A violência é um comportamento ou atitude de agressividade promovido de forma intencional e excessiva em relação a outro/s para ameaçar ou atuar para provocar trauma psicológico e/ou físico. A própria palavra violência significa impetuosidade, veemência e deriva do Latim “violentia” cuja origem está relacionada com o termo “violare”, violação. No que concerne aos direitos humanos, violência compreende todos os atos de violação dos direitos, nomeadamente: os civis, como a liberdade, a privacidade, a proteção igualitária; os sociais, como a saúde, educação, segurança, habitação; económicos, como o emprego e salário; culturais, como a manifestação da própria cultura e os políticos, como participação políticopartidária e direito ao voto”* (Marques, 2015, pp. 145).

A violência contra as pessoas idosas existe quando há a rotura de qualquer forma de integridade da vítima, seja ela física, psíquica, sexual ou moral tal como a violência contra outro grupo-etário, contudo, é caracterizada pela sua associação às incapacidades da vítima e por ser um fenómeno do envelhecimento que vive em silêncio e acompanhado pelas alterações e desequilíbrios sociais.

A violência é um dos maiores desafios do século XXI e ao envelhecimento das gentes nos tempos de agora está associado o fenómeno do crime de violência praticada contra as pessoas idosas. O reconhecimento de que os mais velhos são vitimados começou a ser reconhecido como um grave problema social, no início dos anos 80 do século XX, tendo vindo a público através da denúncia por parte de profissionais que trabalhavam diretamente com as pessoas idosas vitimadas (Manual TÍTONO, 2010). Nos últimos anos a problemática da violência tem vindo a ser identificada e discutida, verificando-se o aparecimento de uma diversidade de terminologias que permitem caraterizar os diferentes tipos de violência contra os idosos o que possibilita a adoção de estratégias de atuação mais adequadas.

Quando uma pessoa idosa é vitimada, na maioria das situações, nunca o é apenas num dos tipos de violência, ocorrendo uma combinação de um, dois, três ou todos os tipos de violência, pelo que os profissionais sociais e de saúde, a sociedade e as organizações devem saber identificar os diferentes descritos tipos de violência, segundo o Manual TITONO (2010), existe a: **Violência Física** que consiste em qualquer comportamento que envolva agressão física que poderá ser por queimaduras, fraturas, feridas entre outras. Apesar de se tratar de uma violência física, pode não deixar marcas visíveis no corpo das vítimas; **Violência Psíquica** que comporta

qualquer comportamento que envolva agressão psicológica que poderá ser por atos de intimidação, de humilhação, de chantagem emocional, de desprezo, de privação do poder de decisão entre outras; **Violência Sexual** que abrange qualquer comportamento que envolva a ofensa da autodeterminação sexual das pessoas idosas e/ou que ofenda o seu pudor, que poderá ocorrer por prática de violação, coação sexual, exibicionismo, realização de fotografias e/ou filmes pornográficos entre outras; **Negligência** que é qualquer comportamento que envolva a não satisfação de necessidades básicas, que poderá ocorrer por negação de alimentos, de cuidados higiénicos, de condições de habitabilidade, de segurança e de tratamentos médicos ou de enfermagem, bem como a administração inadequada ou irregular de medicação; **Violência Económica ou Financeira** que se define em qualquer tipo de comportamento que tem como finalidade impedir, por parte da pessoa idosa, o controlo do seu próprio dinheiro e/ou dos seus bens e/ou que tenham como finalidade a sua exploração danosa; **Abandono** que compreende qualquer comportamento que implique o abandono das pessoas idosas pelos seus familiares a situações de dificuldade e de solidão. É uma realidade o abandono de algumas famílias dos seus idosos após um internamento. Parte destas situações ocorrem principalmente nas épocas festivas e nos períodos de férias; **Violência Estrutural e Social** que envolve qualquer comportamento político que promova ou facilite a discriminação negativa dos idosos na vida social, cultural, política e económica. Situação que ocorre quando existe falta de recursos para apoiar as pessoas idosas, a falta de rendimentos (reformas ou subsídios) ou a falta de acolhimento (inexistência de subsídios para a habitação ou de equipamentos específicos); **Falta de Respeito e Preconceito contra as Pessoas Idosas** que abarca qualquer comportamento que signifique desrespeito e discriminação negativa em relação aos mais velhos.

Depois da abordagem sobre os diferentes tipos de violência descritos denota-se importante, perante uma situação de violência contra as pessoas idosas, saber caracterizar e identificar os sinais de risco e de perigo para com a sua vida. Pois, no que se refere à prevenção da violência contra pessoas idosas, é essencial detetar as necessidades de proteção, nem sempre óbvias e explícitas. Para que tal seja possível é necessário conhecer e saber reconhecer o grau de risco de ocorrência de maus-tratos contra pessoas idosas. De acordo com a OMS e citado no Manual de Violência Interpessoal (2016), o grau de risco pode ser ponderado através da análise dos fatores de risco que interagem entre a potencial vítima e o(a) agressor(a), assim como ao nível das relações interpessoais, como se visa mostrar no quadro 1.

Nos tempos atuais em que a esperança média de vida continua a aumentar, a probabilidade de surgir doença e incapacidade aumenta proporcionalmente, o que associado a uma maior

precariedade económica, leva a dependência e faz aumentar o risco de ocorrerem maus-tratos, nesta fase do ciclo de vida (Manual de Violência Interpessoal, 2016).

Algumas famílias assumem o cuidar dos(as) idosos(as) como um dever, um exercício de afetos que emerge naturalmente numa rede de solidariedade familiar em torno das fragilidades dos seus idosos(as), dando continuidade à tradição cultural de unidade familiar vivenciada pelo assumir por parte de todos os elementos da família, os momentos de sacrifício, mas também os de dedicação, de satisfação e prazer de ter entre si um pai ou uma mãe idosa entre outros.

Quadro 1. Avaliação do Grau de Risco ponderado entre os fatores de risco e o nível das relações interpessoais

NIVEL	PRINCIPAIS FATORES DE RISCO
Individual (vítima)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sexo: mulher ➤ Idade: superior a 74 anos ➤ Dependência: grau elevado de incapacidade física e ou intelectual ➤ Demência, incluindo doença de Alzheimer e outras ➤ Perturbações mentais: depressão ➤ Comportamento agressivo e desafiante
Individual (perpetrador(a))	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sexo: homem, no caso dos maus tratos físicos; mulher, no caso da negligência ➤ Perturbações mentais: depressão ➤ Consumo de substâncias: álcool e drogas ➤ Hostilidade e agressividade ➤ Problemas financeiros ➤ Stresse: <i>burnout</i> enquanto cuidador/a
Relacionamento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dependência financeira do/a perpetrador/a face à vítima ➤ Dependência do/a perpetrador/a face à vítima (emocional e habitacional) ➤ Transmissão intergeracional da conduta violenta ➤ História prolongada de relacionamento interpessoal difícil ➤ Parentesco: filho/a ou cônjuge/parceiro/a ➤ Coabitantes.
Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Isolamento social: vítima vivendo sozinha com o/a perpetrador/a; ambos com poucos contactos sociais ➤ Carência de suporte social: ausência de recursos e sistemas sociais de suporte
Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discriminação em função da idade: idadismo ➤ Outras formas de discriminação: sexismo e racismo ➤ Fatores sociais e económicos ➤ Cultura de violência: banalização da violência

Fonte: Adaptado de Sethi *et al.*, 2011

As famílias que não adotam o cuidar do seu elemento mais velho, procuram um lugar para os deixar em centros residenciais, vulgarmente conhecidos por lares, situação que em certos casos poderia ser uma solução evitada, mas que parece ser a mais confortável para essas famílias, mesmo que seja sem a concordância do(a) idoso(a). Desvalorizando que essa atitude é, já em si, uma violência para o(a) idoso(a), perdendo-se assim o lugar de honra e a dignidade que os antepassados tinham em relação às gerações mais jovens das suas famílias alargadas, onde os mais capacitados cuidavam dos mais vulneráveis.

Importa referir que existem muitos(as) idosos(as) que, ou por não terem família, ou porque não nutrem boas relações com os seus familiares, vivem a sua velhice na solidão do seu lar. Facto que os(as) coloca numa situação frágil do seu bem-estar e qualidade de vida, pois ficam colocadas em causa a sua segurança e saúde.

A imagem enfraquecida das pessoas envelhecidas pelos ‘*mídia*’ (publicidade e comunicação) leva a que haja uma representação social do(a) idoso(a), reforçada pela ideologia da gerontologia contra o sedentarismo e que promove o envelhecimento com uma atividade, dita saudável. Neste contexto os(as) idosos(as) que não ‘lutem’ contra o envelhecimento são vistos, pelos demais, como os que desistem da vida.

Nos anos 60 e 70 foram principalmente os grupos feministas que abordaram as questões de violência doméstica (principalmente contra as mulheres), tema que ninguém ousava falar ou escrever sobre. A violência contra as pessoas idosas começa a ser abordada e a ser estudada. Alguns estudos efetuados em culturas díspares e estudos comparativos entre países demonstraram que qualquer pessoa idosa pode ser vítima de violência, separadamente da nacionalidade, etnia, religião, nível de escolaridade, cultural ou social (Minayo, 2003).

Atualmente “*vivem-se dias de risco de pobreza para as mulheres portuguesas, sobretudo para as mulheres idosas, pois para as mulheres a taxa de risco de pobreza (que corresponde à proporção da população residente cujo rendimento monetário disponível por adulto equivalente é inferior ao limiar de pobreza)*” (Marques, 2015, pp.91).

O mesmo autor (2002) refere que “*as violências contra pessoas mais velhas precisam ser vistas sob, pelo menos, três parâmetros: demográficos, sócio antropológicos e epidemiológicos*”. Evidência que no parâmetro demográfico pelo recente interesse sobre o tema, vinculado ao acelerado crescimento nas proporções de idosos em quase todos os países do mundo. O parâmetro sócio antropológico e epidemiológico mostra que a idade cronológica de uma pessoa é o que norteia os seus direitos e deveres numa sociedade, logo a pessoa na infância e depois na sua adolescência, enquanto adulto e depois na velhice não constitui que as pessoas adquirem propriedades substanciais, e que o seu contrário é provado pelo “*processo biológico, que é real e pode ser reconhecido por sinais externos do corpo, é apropriado e elaborado simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social*” (Minayo e Coimbra Jr., 2002, pp14).

Na maioria das vezes a ocorrência de violência ocorre na casa do(a) idoso(a), contudo, tem-se verificado que é um fenómeno que também ocorre no outro contexto substituto da casa do(a)

idoso(a) nomeadamente nos centros residenciais, vulgarmente conhecidos por lares, nos hospitais, nos centros de saúde e nos centros de dia. A existência de cuidadores(as), que podem ser formais ou informais, violentos(as) deve ser alvo de especial atenção por parte das diferentes entidades.

As limitações e capacidade de autodefesa da vítima impede-a de ter aptidão para pedir ajuda. Muitos dos casos não são denunciados nem pelas vítimas, nem pelas pessoas que têm conhecimento da existência de violência devido a diferentes motivos, entre os quais o medo e optam por não denunciar. A prevalência de violência contra os idosos tem-se revelado acima da esperada pela OMS, porém é possível que esse número seja ainda maior, uma vez que se trata de uma delicada problemática com tendências a ser encoberta. Os idosos têm medo de revelar que estão em situação de violência, têm vergonha de denunciar os seus familiares, de, por exemplo denunciar o(a) seu/sua filho(a) culpabilizando-se da educação que lhe deu (Bolsoni *et al.*, 2016).

Em matéria de prevenção de violência contra pessoas idosas, há que detetar as necessidades de proteção, nem sempre óbvias e explícitas, e assegurar as respostas adequadas, contribuindo para a prevenção aos diferentes níveis, através da boa prática profissional. Muitas vezes, embora existam medidas preventivas a adotar, a sua eficácia não é geralmente avaliada, logo a necessidade de implementar e avaliar estratégias de prevenção da violência contra o idoso dissipa-se. Mas essa não é a postura a adotar porque esta problemática requer abordagens com intervenções validadas, aos vários níveis de prevenção, que contribuam para a identificação dos fatores de risco, deteção precoce dos maus-tratos e que visem a implementação de medidas para evitar a sua perpetuação e diminuição das consequências negativas, promovendo a integração dos(as) idosos(as) vitimizados, pois os efeitos maléficos, para o(a) idoso(a) não se reflete apenas de forma física, mas têm efeitos psicossociais graves com o isolamento da vítima, contribuindo para o aumento da taxa de mortalidade e de mobilidade (Manual Violência Interpessoal, 2016).

Aquando do Ano Internacional das Pessoas Idosas, em 1999, por iniciativa da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), foi iniciado e desenvolvido um trabalho de reflexão e de investigação sobre as características e o tipo de violência contra as pessoas idosas em Portugal. Simultaneamente foi iniciado um trabalho de formação dos profissionais e continuamente foi dado o alerta na sociedade civil e aos decisores políticos. Consequentemente foram desenvolvidos manuais de apoio aos profissionais, campanhas de sensibilização e esclarecimento como a que decorre com a celebração do dia Internacional de Sensibilização

Sobre a Prevenção da Violência contra as Pessoas Idosas no dia 15 de junho, em que várias entidades, públicas e privadas, apostam numa forma geral e eficaz de prevenção deste fenómeno. O setor da saúde, através da Direção-Geral da Saúde, sentiu necessidade de criar um grupo de trabalho constituído por peritos para desenvolverem um programa de ações para a Prevenção da Violência Contra as Pessoas Idosas, pois é um tipo de violência que tem vindo a aumentar ao longo dos tempos.

Em Portugal houve a necessidade de constantes alertas, quer por parte dos profissionais que trabalham com pessoas idosas, quer por parte de Organizações não-governamentais, para que a violência fosse reconhecida pelo poder político e tenha sido introduzida no Código Penal português no seu Artigo 152º, na alínea d) do seu ponto 1, onde se pode ler “*Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: (...) d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.*”

Segundo estudo realizado, entre os anos 2011/2014, com 510 vítimas de violência em contexto familiar que solicitaram apoio a instituições governamentais e não-governamentais, a violência física foi a mais reportada representando 87,8%, seguida da violência psicológica com 69,6% e a violência financeira com 47,5%. Os resultados deste estudo explanaram que a violência é um fenómeno que se apresenta sob diferentes formas pois evidenciou que a negligência foi dos tipos de violência menos frequentes (6,5%) e que os principais agressores, identificados pelas vítimas, pertenciam ao seu núcleo familiar (27%), descendentes (16,1%) e ex-companheiro (13,4%) (Gil *et al.*, 2015).

O último SENSOS realizado em Portugal (INE, 2012) revela que 400 mil idosos portugueses vivem sozinhos e 804 mil vivem exclusivamente na companhia de pessoas também idosas. Uma das maiores preocupações, que demonstrou, foi o facto de estes idosos encontrarem-se a viver maioritariamente nas regiões do interior, são geralmente pessoas com baixas qualificações e com um grande empobrecimento do ponto de vista económico, com valores de reformas baixas. Segundo Mauriti (2004) citado por Paulino *et. al* (2019) o perfil social dos idosos portugueses, para além da sua heterogeneidade, predomina uma velhice de pobreza com elevado risco de exclusão social.

Na ONU News, em 15 de junho de 2017, dia Mundial da Conscientização da Violência à Pessoa Idosa pode-se ler que “*o relatório da OMS alerta que 1 em cada 6 idosos sofre algum tipo de violência*”, que entre esses abusos estão “*o psicológico, financeiro, negligência e físico*” e que “*Rosa Kornfeld-Matte, especialista independente da ONU, diz que muitos idosos correm risco de abuso por familiares*” e que a “*violência contra os idosos afeta milhões de pessoas, com graves consequências para a qualidade de vida e saúde destes idosos*”.

Segundo os dados do relatório da APAV (2018) foram apoiadas pela associação 9.344 pessoas, vítimas de crime, dos quais 926 foram pessoas idosas o que representa 9,9% do total de vítimas. Já no relatório da APAV no ano seguinte (2019), das 11.676 vítimas de crime, apoiadas pela associação, 1.341 foram pessoas idosas, o que representa 11,55% do total de vítimas de crime acompanhados por esta organização. Em análise, constata-se um aumento no número de pessoas idosas vitimadas. Estes relatórios permitem ainda constatar que os autores dos crimes mantêm-se dentro das relações de intimidade, nomeadamente 57,7% no ano de 2018 e de 45% no ano de 2019. Porém, também as relações de consanguinidade são representativas, 8,3% praticado por filho/filha e 7,5% quando a vítima é pai/mãe no ano de 2018 e de, respetivamente 7,4% e 6,8% no ano de 2019. Nestes dois relatórios da APAV não existe referência às situações de vitimização continuada da pessoa idosa por cuidadores nas instituições.

A presença e intensidade dos maus-tratos mostram-se mais intensas quando existem relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, que resultam em desigualdades e subordinação entre os membros, como no caso de adultos mais jovens e idosos (Perista e Baptista, 2007). Nesta relação diferente entre pessoas de gerações diferentes, denota-se a presença de reações de desapego, de afastamento, de ignorar o outro, do não querer saber, que resulta numa manifestação de violência devido a dessensibilizares para com as debilidades do(a) idoso(a) como Veras (2009, pp1161) resume quando refere “*Atualmente atenta-se para idosos com fragilidades e limitações que requerem acompanhamento, pois vive-se em uma época em que a presença contínua de adultos saudáveis ao lado desses idosos não é garantida.*”.

Em 2012, no âmbito de um estudo de investigação diagnóstica que Perista e Baptista realizaram, denominado Género e Envelhecimento: Planear o Futuro Começa Agora, e que incidiu sobre a realidade a as condições de vida dos homens idosos e das mulheres idosas em Portugal. Nesta pesquisa visaram identificar os problemas que os(as) idosos(as) enfrentam nas várias dimensões da sua vida, bem como o levantamento das políticas, programas e medidas de apoio orientadas para a população idosa, assim como as respostas existentes nos diferentes domínios sectoriais. Dos *outputs* deste trabalho emergiram dois Guias, um **Guia para Serviços**

de Ação Social e um Guia para Forças de Segurança onde visaram promover a integração da igualdade entre mulheres e homens na atuação das entidades públicas que trabalham com e para a população idosa, sensibilizando os diferentes organismos públicos, centrais e locais, para a transversalização da dimensão de género nas políticas públicas e apoiando as suas e os seus profissionais a integrar, na sua atividade profissional, a consciência de que as ações destinadas à população idosa têm impactos diferenciados sobre as mulheres e os homens. Outro dos *outputs* tem em conta que o conhecimento que deverá sustentar a ação orientada para a mudança, considerando-se imprescindível a produção de **Recomendações** construídas sobre as condições de vida dos homens idosos e das mulheres idosas em Portugal, bem como sobre as políticas e programas que se destinam à população idosa e os respetivos impactos em cada um dos sexos, que se apresenta de forma sintetizada:

- Adotar, em todas as políticas, reconhecimento do envelhecimento como processo;
- Privilegiar estratégias que potenciem as capacidades do(a) idoso(a)s;
- Estimular o envelhecimento ativo do idoso(a) com dignidade e qualidade de vida;
- Garantir que as abordagens do envelhecimento ativo integram de forma sistemática e transversal a perspetiva da igualdade de género;
- Adotar um Plano Gerontológico Nacional, que integre e considere as especificidades do idoso(a) transversalizado pela perspetiva da igualdade de género;
- Reconhecer que os efeitos das políticas públicas e das reformas em curso não são neutros do ponto de vista do género;
- Reconhecer que as pessoas idosas não são um grupo homogéneo e que a diversidade das biografias individuais, marcadas nomeadamente pelo género, se mantém, e por vezes se acentua, na velhice;
- Respeitar a liberdade e reconhecer a vontade do(a) idoso(a).
- Promover a autoestima e o empoderamento do(a) idoso(a), colocando a tónica na capacitação e não na incapacidade;
- Operacionalizar estruturas e serviços de forma a serem verdadeiramente acessíveis e inclusivos dos(as) idosos(as) com diferentes necessidades e capacidades;
- Reforçar a integração dos serviços sociais, de saúde, de segurança, etc., de natureza pública e privada, nomeadamente no âmbito do Programa Rede Social, no sentido de garantir uma adequada sinalização de casos, a articulação interinstitucional e uma resposta célere e em tempo útil às necessidades e expectativas dos(as) idosos(as);
- Divulgar as experiências já existentes de integração de serviços como, por exemplo, a metodologia de Atendimento Integrado, reforçando e alargando a sua implementação a outros contextos territoriais;
- Sensibilizar os municípios e outras entidades públicas a nível local e regional para o planeamento e adaptação dos territórios - incluindo a dimensão dos acessos e das acessibilidades às necessidades das mulheres idosas e dos homens idosos;
- Reforçar e alargar iniciativas que visem a promoção de cidades amigas das pessoas idosas.
- Avaliar o impacto, na ótica do género, na vida dos(as) idosos(as), das práticas que têm sido implementadas a nível local;
- Mapear idosos(as) a nível local, com vista à sinalização atempada de situações de risco acessível a todos os serviços e instituições com intervenção naquele território.

- Implementar um circuito privilegiado ao nível da justiça para garantia e proteção dos(as) idosos(as) em situação de vulnerabilidade e/ou perda de capacidade de decisão, garantindo-lhes prioridade no acesso à justiça e celeridade nos processos;
- Garantir a recolha e divulgação de dados de diagnóstico e/ou de elementos de monitorização das políticas que cruzem simultaneamente as variáveis sexo e idade;
- Apoiar e financiar pesquisa científica no domínio do género e do envelhecimento;
- Estimular as possibilidades de retorno económico e social associado ao desenvolvimento de bens e serviços, nomeadamente de base tecnológica, adaptados a novas (e velhas) necessidades de idosos(as), que promovam uma maior autonomia e participação;
- Promover uma cultura de respeito pelos direitos dos(as) idosos(as);
- Salvaguardar e promover, em particular, o direito à igualdade e não discriminação, nomeadamente em função do sexo e da idade, dos(as) idosos(as).

(Perísta, H. e Perísta, P., 2012)

A área dos Cuidados de Saúde Primários é a porta de entrada para os serviços públicos da saúde portuguesa, configurando-se assim como a mais habilitada para a identificação de casos de violência familiar, mas, o que acontece é que, mesmo que sejam evidentes a presença de violência no idoso ou idosa que está a ser foco de cuidado, muitos profissionais de saúde ainda sentem dificuldades em efetivar a denúncia deste crime público. Seja esta inoperância por falta de conhecimentos de como proceder, por sentimento de impotência em como cuidar melhor, que surge quando o profissional se depara com a questão e não se sente suficientemente capacitado para abordá-la quer na primeira pessoa quer no encaminhamento do(a) idoso(a) para outro profissional visto por si, como mais capacitado, habilitado a dar continuidade ao procedimento de denúncia de violência.

Os(As) enfermeiros(as) trabalham o suporte da família e, por conseguinte, o cuidado aos idosos dessa família, de modo que detêm uma maior probabilidade de identificar situações de maus-tratos proferidos aos mesmos. O saber fazer o acolhimento do (a) idoso(a) aquando de uma consulta de enfermagem, conduzindo a entrevista numa relação terapêutica, de respeito e alguma cumplicidade, de modo a adquirir a confiança do(a) idoso(a) e conseguir identificar situação de vulnerabilidade e indícios de violência. Neste cenário o(a) enfermeiro(a) deve respeitar a vontade do(a) idoso(a) considerando, se o(a) mesmo(a), está em pleno exercício da sua capacidade mental e sem descurar a sua obrigatoriedade enquanto profissional de cidadania portuguesa, país em que a violência é crime público e que a denúncia da situação tem que ser efetivada por si ou pelo encaminhamento do caso para a assistência social numa lógica de trabalho em parceria formada e informada dentro da equipa multidisciplinar a que pertencem estes dois profissionais.

A formação acreditada dos profissionais de saúde sobre direitos humanos, igualdade de género e violência, evidenciando os vários tipos da mesma, e todas as ciências que se entrecruzam na identificação, avaliação e intervenção neste fenómeno social, para que sejam detentores de conhecimentos baseados em evidência científica e se sintam fundamentados para agir com competência visando um desempenho com qualidade e excelência na ação.

Conclusão

O envelhecimento demográfico constitui, nos dias de hoje, um fenómeno com elevada expressão e que tendencialmente está a agravar-se. Não obstante envelhecer, não seja sinónimo de dependência, sabemos que este processo de vida acompanha-se de perdas, as quais podem ainda ser mais ampliadas pela presença de (co)morbilidades. Face às necessidades de cuidados desta população, é a família, ou pessoas significativas, que respondem, na sua grande maioria, à supressão das necessidades destas pessoas idosas.

A violência contra as pessoas idosas, enquanto fenómeno emergente no atual cenário do envelhecimento demográfico, é obviamente um fenómeno problemático, com expressão a nível mundial, que tem vindo a ganhar uma crescente visibilidade em Portugal como internacionalmente. Haver conhecimento do “*estado da arte*”, das condições da sua ocorrência e dos fatores de risco associados é um dos principais passos para proceder a uma intervenção estratégica de saúde pública ajustada, com objetivos de tecer uma rede formada e informada aliada, numa parceria positiva, com o Serviço Nacional de Saúde.

Os profissionais de saúde, especificamente os(as) enfermeiros(as) como elementos da equipa multidisciplinar de primeira linha para a identificação da existência de maus-tratos, avaliação da situação e elemento da equipa multidisciplinar que desenha a estratégia de intervenção ajustada à pessoa idosa, vista numa perspetiva holística, sempre que possível inserindo-a na sua família e comunidade.

Em plena concordância com a bibliografia consultada, constata-se que são idosos(as) que cuidam de idosos(idosas), essencialmente as idosas que vivem na mesma habitação, sendo o(a) idoso(a) prestador(a) de cuidados também uma pessoa com fragilidades correlacionadas com a velhice. São estes(as) idosos(as) que vivem em coabitação e em compartilha de cuidados, os beneficiários de cuidados de enfermagem, aos quais quanto mais precoce ou preventivo for o plano de assistência multidisciplinar, mais ganhos em saúde serão obtidos.

Para além do desenho de uma intervenção preventiva adequada face ao meio em que se vai atuar, seja ele a família do(a) idoso(a), da instituição que acolhe o(a) idoso(a). A intervenção

dos(as) enfermeiros(as) face ao papel do prestador de cuidados, seja ele familiar, pessoa significativa ou instituição de acolhimento (ex: lar), deve ser realizada com perspetiva estratégica de identificação, avaliação e intervenção, que permita ter em consideração a preparação para o regresso dos(as) idosos(as) com um compromisso de cuidado personalizado e holístico, mesmo que para tal, tenha que existir uma estratégia promotora do desenvolvimento da capacidade de desempenho do prestador para esses cuidados personificados.

A intervenção a um(a) idoso(a) vítima de violência deve ser abrangente e requer uma equipa multidisciplinar com profissionais de saúde, de serviço social, policia, direito, entre outros que se considere ser pertinente, face ao caso de violência em análise.

Bibliografia

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. APAV. (2019). Relatório Anual. [Online]. Consultado em 7 de janeiro de 2020. Disponível em:
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV-Relatorio_Anual_2019.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. APAV. (2019). Relatório Anual. [Online]. Consultado em 7 de janeiro de 2020. Disponível em:
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. *Manual Titono - Para o Atendimento a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência* [Online]. Copyright © 2014 APAV. 2010. 231pp. Consultado em 16 de março de 2020. Disponível em: <http://apav.pt/idosos/index.php/manual-titono>
- Bolsoni, Carolina C., Coelho, Elza B. S., Giehl, Maruí W. C. e d’Orsi, Eleonora (2016). Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC [Online]. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 19 (4)July/Aug. ISSN 1981-2256. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184>
- Ducharme, Francine, Lebel, Paule e Bergman, Howard. (2001). Vieillesse et soins, l’urgence d’offrir des services de santé intégrés aux familles du XXIe siècle [Online]. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 8(2), pp.110-121. Consultado em 20 de janeiro de 2020. Disponível em: http://gris107.gris.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_110.pdf
- Fonseca, Rita, Gomes, Inês, Faria, Paula L., e Gil, Ana P. (2012). Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública [Online]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (2), pp.149-162. Consultada em 5 de março de 2020. Disponível em:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252012000200006
- Gil, Ana P., Santos, Ana J., Kislaya, Irina, Santos, César, Mascoll, Luísa, Ferreira, Alexandra I. e Vietra, Duarte N. (2015). Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência [Online]. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 31, (6)jun, pp. 1234-1246. Consultado em 3 de fevereiro de 2020. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00084614>
- Gil, Ana P., et al. (2014). Projeto Envelhecimento e Violência [online]. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP [Online]. Consultado em 25 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1955>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2014). Projeto: Envelhecimento e violência [Online]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2014. 111 p. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1955>
- Krug, Ethienne G., Dahlberg, Linda L., Mercy, James A., Zwi, Anthony B. e Lozano, Rafael. (2002). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde [Online]. Consultado em 4 de fevereiro de 2020. Disponível em:

- https://www.academia.edu/7619294/Relat%C3%B3rio_mundial_sobre_viol%C3%Aancia_e_sa%C3%BAde
- Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro. Código-Penal Português [online]. Consultado em 3 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/loi-portugal-euthanasie.pdf>
- OMS. (sd). Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? [Online]. Consultado em 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/features/qa/42/es/>
- Marques, Fernanda M. G. C. T. (2015). *Saúde da Mulher: Necessidades de formação contínua dos enfermeiros da Península de Setúbal e proposta de plano formativo* [Online]. Tese de Doutoramento. Universidad de Sevilla. Facultad de Ciencias de la Educación. Director. Blas Bermejo Campos. Consultada em 12 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/34808/TESE_FGC.pdf?sequence=1
- Minayo, M. C. S (2003). Violência Contra Idosos: relevância para um velho problema [Online]. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3): Maio-Junho. pp 783-91. Consultado em 22 de fevereiro 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15881.pdf>
- Minayo, M. C. S. e Coimbra Jr., C. E. (2002). Antropologia, Saúde e Envelhecimento [Online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Consultado em 22 de fevereiro 2020. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>
- Oliveira, K. S. M., Carvalho, F. P. B., Oliveira, L. C., Simpson, C. A., Silva, F. T. L. e Martins, A. G. C. (2018). Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39:e57462. Consultado em 6 de fevereiro. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>
- Paulino, Mauro e Costa, Dália (2019). *Maus-Tratos a Pessoas Idosas*. Editora PACTOR.
- Paulino, Mauro e Rodrigues, Miguel (2016). *Violência Doméstica: identificar, avaliar e intervir*. Editora PRIME Books.
- Perdigão, Ana, Menezes, Bárbara, Almeida, Conceição, Machado, Daniela, et al. (2016). Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde, 2ª edição [Online]. Direção-Geral da Saúde. Consultado em 23 de fevereiro. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- Perísta, Heloísa (Coord.) e Perísta, Pedro (2012). *Género e Envelhecimento. Planear o futuro começa agora. Recomendações* [Online]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Consultado em 3 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/RECOM_Genero_Envelhecimento_4.pdf
- Perísta, Heloísa e Baptista, Isabel (eds.) (2007), Projeto “Quebrar o Tabu. Violência Contra Mulheres Idosas em Contexto Familiar: Reconhecer e Agir” [Online]. No âmbito do Programa Daphne II da Comissão Europeia. Lisboa: Centro de Estudos para a Intervenção Social. Consultado em 5 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/breaking_the_taboo/Portugal.pdf
- Santos, Ana J., Nicolau, Rita, Fernandes, Ana A. e Gil, Ana P. (2013). Prevalência da Violência Contra as Pessoas Idosas: Uma revisão crítica da literatura [Online]. *SOCIOLOGIA, PROBLEMAS E PRÁTICAS*. n.º 72, pp. 53-77. Consultado em 5 de janeiro. Doi:10.7458/SPP2013722618. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n72/n72a03.pdf>
- Schraiber, Lília B., D’Oliveira, Ana F., Couto e Márcia T. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes [Online]. Brasil. São Paulo: *Revista de Saúde Pública* 40, (N Esp), pp. 112-120. Consultado em 5 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30630.pdf>
- Sethi, Dinesh, Wood, Sara, Mitis, Francesco, Bellis, Mark et al. (2011). European report on preventing elder maltreatment [Online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consultado em 23 de janeiro de 2020. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf
- Veras, Renato. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações [Online]. São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, 43(3)pp. 548-554. Consultado em 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>

Índice de autores

- Ana Paula Gato, 103*
Ana Rolo, 41
Carlos Mendes, 126
David de Matos Sousa, 166
Edgar Duarte Canais, 63, 166
Fernanda Marques, 143, 157, 178
Helena Carvalho, 53
Hermano Carmo, 3
Inês C. Sousa, 53
Joana Teixeira, 120
João Longo, 120
José Rebelo dos Santos, 18
Lídia Moutinho, 120
Luis Jacob, 78
- Luís Marvão, 88*
Lurdes Ribeiro, 63
Maria João Fernandes, 120
Maria José Conde-Rodrigues, 78
Olga Magano, 126
Rita Ramos, 120
Rui Alves, 41
Sandra Martins, 152
Sandrina B. Moreira, 27
Sara Ramos, 53
Sofia Isabel Vital Matias, 63
Vânia Luís Carvalho, 166
Zélia Candeias, 143, 157, 178