



**Processos e Percursos de Empoderamento e Promoção de Qualidade de
Vida das Pessoas mais Velhas**

Melissa Coutinho Carnoto

Mestrado em Psicologia Comunitária

Orientador de Dissertação:

Prof. Maria João Vargas Moniz

Professor de Seminário de Dissertação

Prof. Maria João P. Vargas Moniz

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA COMUNITÁRIA

Especialidade em Psicologia Comunitária

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professora Maria João Vargas Moniz, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade
de Psicologia Comunitária.

Agradecimentos

Agradeço do fundo do coração a todas as pessoas que me abriram a porta, mesmo em tempo de pandemia, foi um risco que correram para me “ajudarem”. Obrigada por terem confiado em mim e me proporcionarem momentos de aprendizagem insubstituíveis. Não poderia ter sido mais acarinhada!

Quero agradecer também à minha mãe pela paciência e compreensão em relação à minha procrastinação. E também ao meu sobrinho mais velho, por me ter ensinado a ver para além daquilo que os olhos conseguem capturar. Se não tivesse tido a oportunidade de poder crescer com este “Ser” com certeza não estaria aqui.

Aos meus/minhas amigos/as que sempre acreditaram em mim, mesmo quando eu achava que não tinha capacidades cognitivas para conseguir realizar este trabalho com o maior respeito que merece. Obrigada por terem estado sempre disponíveis para me motivarem, foi fundamental.

Aos meus professores que contribuíram para que conseguisse ver que também posso ser um agente de mudança social dentro, e em especial, à minha orientadora Professora Maria João Vargas Moniz por ter sido sempre compreensiva ao longo destes meses, não foi fácil, acredito.

O grande abraço às minhas colegas de trabalho por me ajudarem a crescer, por me ensinarem e, por acreditarem na minha ética profissional mesmo quando pareço muito reivindicativa.

E por último, quero agradecer à minha entidade empregadora, por me ter permitido ter contacto com as diferentes realidades (institucional/comunitário), por confiarem no meu trabalho e por terem permitido que continuasse com este trabalho, mesmo em tempo de pandemia.

Resumo

O envelhecimento populacional tem sido um dos principais desafios contemporâneos da atualidade. A grande maioria das pessoas deseja permanecer nas suas casas e na comunidade, de forma a evitar a institucionalização, no entanto grande parte dos investimentos são direcionados para respostas de ERPI ao invés na procura de respostas de intervenção comunitária que tenham como base orientadora uma intervenção que tenha em consideração as necessidades das pessoas mais velhas, assim como o bem-estar, as capacidades e o empoderamento.

O estudo analisou as várias dimensões da qualidade de vida das pessoas mais velhas, assim como as capacidades e o empoderamento, em dois contextos distintos: institucional e nas suas casas. Foi aplicada uma abordagem Multi-método, utilizando o questionário VITOR QLSE (quantitativo) aplicado a 141 pessoas e a entrevista Semi-estruturada (qualitativo) aplicada a 9 pessoas.

Os resultados indicaram que o contexto nas suas casas tem uma influência positiva e significativa nas dimensões da qualidade de vida, com a exceção na dimensão da saúde e família.

Concluiu-se também que grande parte das pessoas considera como parte integrante do bem-estar e qualidade de vida a permanência nas suas casas, e como necessidade o convívio e a realização de atividades dos seus interesses. Uma intervenção comunitária poderá dar respostas adequadas às necessidades das pessoas, tendo em conta os seus interesses, capacidades e o empoderamento.

Palavras-chave: Envelhecimento, Qualidade de Vida, Comunidade, Empoderamento, Capacidades

Abstract

The Population aging has been one of the main contemporary challenges of our time. The vast majority of people want to stay in their homes and in the community, in order to avoid institutionalization, however a large part of the investments are directed towards housing home responses rather than seeking community intervention responses that are guided by an intervention that consider the needs of older people as well as well-being, capabilities and empowerment.

The study analyzed the various dimensions of the quality of life of older people, as well as capacities and empowerment, in two distinct contexts: institutional and in their homes. A Multi-method approach was applied, using the VITOR QLSE questionnaire (quantitative) applied to 141 people and the Semi-structured interview (qualitative) applied to 9 people.

The results indicated that the context in their homes has a positive and significant influence on the dimensions of quality of life, with the exception of the dimension of health and family.

It was also concluded that most people consider staying in their homes as an integral part of their well-being and quality of life and socializing and carrying out activities of their own interests as a necessity. A community intervention can provide adequate answers to people's needs, taking into account their interests and empowerment capacities.

Key-words: Ageing, Quality of Life; Community; Empowerment, Capabilities

Índice Geral

Introdução.....	9
Parte I - Desafios Contemporâneos do Envelhecimento.....	10
Panorama Global.....	11
Conceitos e Perspetivas sobre o Envelhecimento.....	15
Institucionalização e Desinstitucionalização.....	18
Parte II - Inovação e Desenvolvimento na Intervenção com a População mais Velha.....	24
Promoção das capacidades da População mais Velha.....	25
Intervenção e Integração Comunitária.....	28
Empoderamento e Qualidade de Vida.....	33
Parte III - Investigação.....	378
Método.....	378
Objetivos.....	419
Participantes.....	420
Instrumentos de Investigação.....	41
Procedimento.....	44
Parte IV - Resultados e Discussão.....	47
Resultados.....	47
Análise Quantitativa.....	47
Análise Qualitativa.....	50
Discussão dos Resultados.....	63
Conclusão.....	71
Referências Bibliográficas.....	73

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Tabela 2 - Distribuição da Idade dos Participantes e das Dimensões da Escala

Tabela 3 - Comparação das Pontuações Obtidas nas Dimensões da Escala VITOR QLSE entre diferentes contextos habitacionais

Tabela 4 - Correlação entre Pontuações Obtidas nas Dimensões da Escala VITOR QLSE e a idade dos participantes

Tabela 5 - Dados Biográficos das Entrevistas Realizadas

*“Pintar os cabelos brancos é o
jeito mais óbvio de nos tornarmos invisíveis
como mulheres mais velhas.
É compreensível, sem julgamentos, mas,
quando um grupo é invisível,
seus problemas também são.”*

De: Ashton Applewhite

Introdução

Um dos principais desafios sociais contemporâneos tem sido o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento populacional é uma das expressões do sucesso das medidas tomadas no decurso de todo o século XX no aumento da longevidade populacional. Grande parte destas pessoas encontram-se a viver nas suas casas, no entanto as respostas institucionais continuam a ser as com maior proeminência.

Esta tese de mestrado tem como objetivo analisar a qualidade de vida das pessoas mais velhas em dois contextos diferentes, nas suas casas e numa instituição. Pretende também entender os níveis de satisfação e de autodeterminação das pessoas mais velhas, assim como a procura de soluções de forma dar resposta às suas necessidades e aos problemas identificados, em colaboração com a população mais velha.

Este trabalho é composto por quatro partes. A parte I, intitulada de “Desafios Contemporâneos do Envelhecimento”, onde se aborda o panorama global, os conceitos e perspetivas sobre o envelhecimento e a institucionalização e desinstitucionalização. A parte II com o nome de Inovação e Desenvolvimento na Intervenção com a População mais Velha, constituída pelos temas da promoção das capacidades da população mais velha, intervenção e integração comunitária e empoderamento e qualidade de vida. A parte III onde se encontram a parte da investigação, com a metodologia, objetivos do estudo, participantes, instrumentos de investigação e procedimento. E por último a parte IV, referente aos resultados e discussão.

A compreensão das necessidades, valores e desejos das pessoas mais velhas é relevante para que se consiga, em conjunto, trabalhar em respostas que vão ao encontro daquilo desejam e para a manutenção da sua qualidade de vida. É uma investigação sobre a perspetiva das pessoas mais velhas mas, ao mesmo tempo um trabalho de natureza proativa e orientado para criação de respostas que promovam a qualidade de vida, as capacidades e que sejam empoderadoras para as pessoas mais velhas do futuro.

Parte I -Desafios Contemporâneos do Envelhecimento

O envelhecimento da população é uma das maiores conquistas da nossa época, mas também um dos atuais desafios. Do ponto de vista económico a longevidade populacional implica um aumento da “despesa” em subvenções e respostas sociais, no entanto, os mais velhos são um recurso precioso ignorado que continua a contribuir para o funcionamento da nossa sociedade (WHO, 2002)

Existe um grande número de pessoas idosas que permanecem nas suas casas, no entanto, a maioria das respostas a esta população continua a ser direcionada para as grandes instituições residenciais, facto que cria um desafio à sociedade na procura de estratégias adequadas às necessidades das pessoas mais velhas; deste modo o envelhecimento demográfico é uma questão global (Rodrigues, 2018; Fonseca, 2021). Portugal é o sexto país do mundo com mais população envelhecida, sendo esta uma população bastante expressiva, encontrando-se atualmente com uma média de por cada 100 jovens com 167 pessoas mais velhas, 1 em cada 5 pessoas com idades superiores a 65 anos (INE, 2021).

Este panorama populacional implica a necessidade de reflexão sobre as alterações relacionadas com o ponto de vista da saúde, quer individual quer coletivo, assim como a diversidade desta população e a procura de soluções e programas que considerem as expectativas, as capacidades, os direitos, preferências e as necessidades das pessoas mais velhas e que vão ao encontro da qualidade de vida, de acordo com as indicações Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002; Rodrigues, 2018; Fonseca 2021). Segundo o relatório da WHO/OMS (2002) as políticas do envelhecimento devem considerar os vários determinantes da saúde ao longo do percurso de vida, tanto do ponto de vista nacional como regional, fomentar a investigação académica sobre o envelhecimento e aplicar medidas políticas comunitárias.

A definição de envelhecimento ativo da OMS/WHO (2002), refere que este deve de ser *“o processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e*

segurança para melhorar a qualidade de vida no envelhecimento”. Para que a saúde dos mais velhos se mantenha é necessária a manutenção da sua independência e o reconhecimento dos seus contributos junto dos seus familiares e da comunidade (WHO, 2002). A definição de velhice tornou-se mais complexa, uma vez que não está relacionada com a idade da reforma e o aumento da esperança de vida, no entanto é a partir dos 65 anos que a probabilidade das pessoas se tornarem mais dependentes, quer do ponto de vista da saúde quer financeiro, sendo por isso considerada a idade em que uma pessoa entra num outro estágio da vida, a velhice (Guillemard, 2015; Fernandes; 1997; Fonseca, 2021).

Panorama Global

O processo de envelhecimento faz parte do percurso natural de vida das pessoas, por isso mesmo é essencial repensar nas estratégias utilizadas que respondam às necessidades das pessoas mais velhas e, incluindo-as na participação cívica e das atividades nas suas comunidades, valorizando o seu papel fundamental na sociedade (Rodrigues, 2018). As soluções a desenvolver devem de ter foco nas capacidades, no empoderamento e na qualidade de vida, tornando-as assim estratégias que façam parte do processo de envelhecimento saudável, esta é uma discussão essencial e que necessita de respostas às necessidades das pessoas idosas, quer globalmente quer ao nível nacional, utilizando a ciência como uma ferramenta para que possa diminuir a percentagem de pessoas com um maior grau de dependência e incapacidade (World Population Datasheet 2017; Rodrigues, 2018).

Atualmente Portugal é o segundo país do mundo com maior percentagem de pessoas idosas, a seguir a Itália, sendo que em média as pessoas vivem mais 14 anos do que em 1970 (Pordata, 2020). Por cada 100 jovens existem 124 pessoas idosas (2015), sendo que em 2020 por cada 100 jovens existem 167 pessoas mais velhas, e 1 em cada 5 pessoas tem mais de 65 anos, observando-se uma redução da população jovem para metade enquanto a população com mais de 65 anos duplicou entre 1970 e 2011 (INE, 2017, 2021). A sociedade está em constante mudança, e os serviços devem acompanhar esta mudança, tendo sempre em conta que as pessoas mais velhas de hoje não serão as mesmas daqui a dez, vinte ou trinta anos, futuramente esta será

uma população com maiores níveis educacionais. Também se deve de ter em consideração a maior prevalência de mulheres idosas com mais de 80 anos, em cada 100 mulheres com 80 anos existem 55 homens idosos (Pordata, 2018; Rodrigues, 2018). Apesar de existir uma maior probabilidade de as pessoas com mais de 65 anos se tornarem mais dependentes financeiramente e fisicamente não significa que o envelhecimento seja um processo onde a qualidade de vida, uma maior atividade, a saúde e as relações sociais não existam (Rodrigues, 2018; Fonseca, 2021).

De forma a dar resposta ao designado na Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, ocorrida em Madrid, em 2002, de onde sucederam as orientações WHO, o INE delineou um documento onde refletiu a situação sobre o fenómeno do envelhecimento em Portugal através de uma análise multidimensional, refere que o envelhecimento pode ser observado de duas formas: a) através do envelhecimento biológico; b) devido a determinantes externos em que as pessoas mais velhas estão expostas, que podem desencadear perturbações mentais e comportamentais, podendo ser também alvo discriminação com base na idade *ageism*, encontrando-se também numa situação de maior vulnerabilidade económica (INE, 1999).

A mudança da estrutura demográfica da sociedade não nos conduziu a uma maior valorização e dignificação desta população e na valorização das suas aprendizagens e das suas capacidades adquiridas ao longo das suas vidas, nem o reconhecimento do papel essencial que têm na sociedade, e também o elo de ligação entre a família (Fernandes, 2007; Fonseca, 2021).

Segundo o INE (1999), é comum encontrar situações onde as relações familiares ou sociais fragilizadas ou ainda outras formas de exclusão social com que se deparam, levando a que as pessoas mais velhas se isolem, e conseqüentemente leva a que as sociedades não se desenvolvam e promovam a qualidade de vida desta população. O envelhecimento demográfico é definido como um aumento das pessoas mais velhas na população total, em detrimento da população mais jovem e em idade ativa (INE, 1999) O Serviço com um maior investimento de forma a dar resposta a algumas necessidades das pessoas mais velhas é a institucionalização, mas esta não vai ao encontro de todas as necessidades das mesmas, nomeadamente das que promovam as capacidades, o empoderamento, o envelhecimento saudável, não tendo em consideração as orientações dadas pela Organização Mundial de Saúde em 2002 (Rodrigues, 2018; Carta Social, 2018).

Em Portugal as estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos (SAD) são respostas com maior expressividade no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sénior (RSES) para a população mais velha em Portugal, acrescenta-se também os Centros de Convívio, o Centro de Noite e o Acolhimento Familiar para pessoas Idosas, estes serviços têm como objetivo a promoção, a inclusão, e a participação na comunidade quer a pessoa tenha maior ou menor grau de autonomia ou dependência, ou de se encontrar a viver na sua casa ou numa instituição (Carta Social, 2018). As respostas para esta população têm tido um aumento acentuado desde 1998, superior a 3 400 (89%) novas respostas. O crescimento das respostas ERPI e SAD tiveram um aumento de 108% e 105%, respetivamente, no período de 1998-2018, tendo sido contabilizadas 7300 respostas dos serviços acima mencionados, sendo que o SAD representa 37% (Carta Social, 2018).

Segundo o relatório da Carta Social de 2018, tem-se registado uma diminuição da utilização das respostas direcionadas para a população mais velha desde 2000, no entanto em 2018 a média da taxa de utilização foi de 77%, sendo que em ERPI apresenta uma taxa de ocupação acima de 90%, em SAD 70% e Centro de Dia de 64%. Considera-se que o aumento das respostas de institucionalização, ERPI ou em unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) poderá explicar a menor taxa de SAD e Centro de Dia. Relativamente à média de idades das pessoas que frequentam estes serviços, 62% das pessoas que frequentam o Centro de Dia e SAD têm idades inferiores a 80 anos, e cerca de 50% das pessoas se encontram a residir numa ERPI têm 80 anos ou mais, sendo que as pessoas que frequentam o SAD e o Centro de Dia, na sua generalidade, apresentam um maior grau de independência, enquanto em ERPI têm níveis de dependência mais elevados (Carta Social, 2018).

Contrariamente ao que a WHO (2002), Portugal encontra-se a desbravar políticas e programas que não associem o envelhecimento à reforma, à doença e à dependência, uma vez que grande parte das pessoas mais velhas se mantém ativas e independentes e com as suas atividades informais, existe um número elevado de pessoas com mais de 60 anos que continuam a trabalhar, especialmente nos países desenvolvidos. (WHO, 2002)

Esta é uma realidade mundial e desafiadora, mas também pode ser vista como uma oportunidade para que se possam desenvolver políticas sociais adequadas às reais necessidades das pessoas mais velhas, tendo em consideração as orientações das Nações Unidas e, em colaboração com esta população (Chan, & Cao, 2015; WHO, 2002; Rodrigues, 2018; Fonseca, 2021).

O processo natural do envelhecimento e as mudanças relacionadas com os vários aspetos da vida das pessoas necessitam de uma reconsideração das necessidades, oportunidades e dos serviços disponíveis para dar resposta à população mais velha. As mudanças da civilização, do ponto de vista das organizações sociais e dos estilos de vida, após a industrialização dos países, sofreram a alteração do desempenho dos papéis dentro das estruturas familiares, tal como as relações entre os mesmos, esta mudança pode ser vista na forma como atualmente se cuida das pessoas mais velhas, antigamente este cuidado era garantido pela família, atualmente é realizado pelas instituições, mesmo que estas pessoas prefiram continuar a viver nas suas casas, os principais fatores que contribuem na alteração das relações prendem-se às mudanças das estruturas familiares, sendo que o número de membros reduziu; aumento de famílias com pais solteiros; o papel da mulher também sofreu alterações estando cada vez mais presentes no mercado de trabalho; o aumento da migração; a diminuição da coabitação entre as pessoas mais velhas com os seus familiares, todos estes fatores dificultam o acompanhamento mais próximo dos familiares mais velhos (Scocco, & Nassuato, 2017; Fernandes, 2007; Capucha, 2014; WHO, 2002; Barreto, 2005).

Espera-se que com o crescimento da geração dos *Baby Boomers* haja uma maior prevalência de doenças crónicas (Robert Wood Johnson (RW) Foundation, 2001; Marshall, & Altpeter, 2005), mas também será a geração que irá levar a uma mudança que dê resposta às necessidades, não esquecendo que esta é a geração que travou várias lutas na procura pelos direitos humanos (Gonyea, Mills-Dick, & Bachman, 2010).

De forma intervir de acordo com as orientações da WHO, os programas adotados devem de ter uma base comunitária, que enfatize o papel da comunidade nas intervenções; o contexto cultural e as suas influências devem de ser respeitadas; deve de existir um reconhecimento das diferenças de géneros; fortalecimento entre as várias gerações e; o respeito pelas questões éticas relacionadas com a saúde e o bem-estar das pessoas mais velhas (2002).

O envelhecimento faz parte do processo natural da vida e não deve ser menosprezado ou desvalorizado, e sim a procura pelas soluções adequadas às pessoas tendo em consideração as várias expressões da sociedade, e em específico do contexto a intervir.

Conceitos e Perspetivas sobre o Envelhecimento

Os conceitos de envelhecimento ativo, qualidade de vida, envelhecimento saudável, envelhecimento com sucesso, têm uma dimensão multidimensional, acabando por estar inter-relacionados e com o objetivo de darem resposta às orientações propostas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), que menciona que o processo de envelhecimento deve de passar pela disponibilização de oportunidades na saúde, pela participação na sociedade e na segurança para que se possa favorecer a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (2002) não se trata apenas na inexistência de alguma doença (WHO, 1998; Marshall & Altpeter, 2005). No seguimento da menção a WHO (2002) apresenta o conceito de Qualidade de Vida (QoL): *“é a perceção da pessoa da sua posição na vida no contexto cultural e do sistema de valores onde vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, incorporando de uma forma complexa a saúde física de uma pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relacionamentos com características próprias do ambiente”* (WHO, 1994, 2002). Refere também que à medida que as pessoas envelhecem, a sua qualidade de vida é determinada pela sua capacidade de manter a autonomia e independência, a saúde mental e o ambiente, sendo estas as dimensões que constituem a qualidade de vida (WHO, 2002). Tendo em conta a atual complexidade da definição de velhice, por não se relacionar apenas com a reforma, e devido ao aumento da esperança média de vida, considerou-se que a partir dos 65 anos é a altura em que se inicia o processo de velhice, por ser uma fase de maior vulnerabilidade do ponto de vista financeiro e da saúde (Guillemard, 2015; Rodrigues, 2018; Fernandes, 2001, 2007). O processo de envelhecimento é uma conjugação de vários fatores que se relacionam: a) fatores biológicos, sendo este um fenómeno objetivo, que atinge todas as pessoas, o envelhecimento, apesar de existirem alterações biológicas, este é também um fator irreversível e com um impacto na

funcionalidade (Holliday, 2006; Botelho, 2014; Fonseca, 2021); b) fatores psicológicos, com o avançar da idade as capacidades cognitivas relacionadas com a memória e a atenção, assim como a velocidade do seu processamento e a atividade psicomotora sofrem um declínio resultando do processo de envelhecimento (Backman et al., 2000; Fonseca, 2021). A falta de motivação, a falta de confiança, a solidão, isolamento e as baixas expectativas também são fatores que influenciam o declínio, no entanto é importante reforçar que o envelhecimento também é um processo com ganhos, do ponto de vista do conhecimento e da experiência (Baltes & Staudinger, 2000; Fonseca, 2021) e também nos domínios emocional e da cognição social (Cartensen et al., 2011; Fonseca, 2021) ; e c) fatores sociais, relacionam-se com a mudança dos papéis presentes em determinados acontecimentos das suas vidas, como a reforma, a viuvez e também o nascimento de netos/as, tal como a forma como as pessoas mais velhas são vistas pela sociedade e, a influência que as representações sociais têm nos seus comportamentos (Marques, 2011; Fonseca, 2021) e as suas próprias expectativas relacionadas com o envelhecimento (Heckhausen & Krueger, 1993; Kim, 2009; Fonseca, 2021). O processo de envelhecimento não é igual para todas as pessoas, pois cada pessoa teve as suas experiências e o seu caminho ao longo da sua vida, no entanto as condições físicas, a capacidade intelectual, a saúde, a situação laboral e a vida social também são variáveis a ter em conta neste processo (Fonseca, 2021).

A investigação ao longo dos últimos anos tem permitido a compreensão sobre o processo de envelhecimento, assim como as definições, perceções culturais e as mudanças durante o envelhecimento, e ao longo dos últimos anos o conceito do envelhecimento com sucesso tem tido uma enorme contribuição no delineamento dos programas, nas políticas e nas expectativas sociais (Teater & Chonody, 2020). O envelhecimento com sucesso é definido como uma capacidade de experiência, com uma baixa probabilidade de desenvolver uma doença ou uma incapacidade, considera-se também que é o alto desempenho cognitivo e físico e, por fim, um envolvimento na vida ativa (Rowe & Kahn, 1987, 1997; Teater & Chonody, 2020). Este tipo de abordagem pode ter um enfoque nas forças presentes neste processo de envelhecimento, mas no entanto tem algumas limitações, particularmente no ponto de vista de definir esta fase da vida seja vista como um sucesso, para além de não existir um envolvimento das suas experiências e expectativas (Teater & Chonody, 2017, 2019, 2020), vários autores consideraram essencial que se compreendesse em que

medida as pessoas mais velhas consideram o envelhecimento um processo bem-sucedido, que vá ao encontro das suas realidades, das mudanças naturais ao longo do processo de envelhecimento (Teater & Chonody, 2017, 2020; Bowling & Dieppe, 2005; Foster & Walker, 2015; Martinson e Berridge, 2015; Morell, 2003; Rubinstein e de Medeiros, 2015; Walker, 2009) .

O conceito de “envelhecimento com sucesso” levanta questões sobre o seu significado, porque de uma certa forma responsabiliza as pessoas pelo sucesso em atingir este conceito/modelo, observando esta população como um grupo de pessoas homogêneas e saudáveis, ignorando o impacto sentido pela sociedade e no bem-estar corporal (Stephens, Breheny, & Mansvelt, 2014). A responsabilização das pessoas na gestão da sua saúde nesta fase da vida, através do planeamento financeiro e da promoção da saúde, é um sintoma do tipo de políticas onde se considera que o envelhecimento bem sucedido esteja relacionado com as escolhas ao longo da vida, colocando de lado as desigualdades sociais e estruturais que possam ter contribuído para o desenvolvimento de uma doença ou incapacidade (Portacolone, 2011; Rudman, 2006; Kemp, & Denton, 2003; Murray, Pullman, & Rodgers, 2003; Pond et al., 2010; Stephens, Breheny, & Mansvelt, 2014; Martinson & Berridge, 2015; Teater & Chonody, 2020). O conceito envelhecimento com sucesso tem um enfoque bastante expressivo num corpo livre de doenças ou incapacidades, o que de certa forma apresenta uma certa agressividade para com os corpos envelhecidos (Morell, 2003; Teater & Chonody, 2020)

A responsabilização de um processo de envelhecimento saudável conduzida como uma responsabilidade individual, leva a que muitas pessoas neguem as suas necessidades e os apoios que possam estar necessitar, sendo que todos os problemas sociais estão interligados, o que interfere ao nível económico, do status, do género e os grupos minoritários (Minkler, 1996; Calasanti, 2007; Portacolone, 2011), discurso que acaba por influenciar na construção da identidade das pessoas mais velhas (Gilbert, & Powell, 2005), fazendo com que estas correspondam às normas criadas, sendo que as pessoas com uma saúde mais frágil fiquem excluídas da participação na sociedade e privadas do acesso a alguns bens materiais (Stephens, Breheny, & Mansvelt, 2014).

Estes conceitos têm um discurso com uma dimensão moral muito presente, que generaliza e não tem em consideração a realidade das pessoas, a diversidade dos contextos, considerando assim que o conceito “envelhecimento com sucesso” não

considera as vulnerabilidades do corpo das pessoas, criando estigmas (Gattuso, 2003; Martin, 2007; Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002; Stephens, Breheny, & Mansvelt, 2014).

Segundo o estudo de Teater & Chonody (2020), observou-se que as pessoas mais velhas consideram o envelhecimento bem-sucedido como uma dimensão multidimensional, sendo que 90% dos/as seus/suas participantes atribuíram 11 dimensões ao envelhecimento com sucesso relacionadas com a saúde física e cognitiva, assim como o ponto de vista financeiro e material, a autodeterminação, autonomia e mecanismos de *coping* na suas vidas. Um envelhecimento com sucesso não se relaciona apenas com as escolhas de vida, comportamentos ou fatores hereditários, mas sim com fatores externos que conduzem a determinados comportamentos, a tomar determinadas escolhas ou que influenciam o que cada um considera mais importante, considerando-se que esse é o ponto de partida, o que cada pessoa considera ser um envelhecimento com sucesso (Chonody, 2019; Teater & Chonody, 2020).

Relativamente ao envelhecimento ativo, segundo a WHO (2002), este conceito é assente em 4 pilares: a) a saúde, onde se pressupõem o desenvolvimento de programadas promotores da autonomia e da participação, melhorando as condições de vida das pessoas mais velhas, na expectativa de que poderá existir uma redução de custos ao nível da saúde; b) a participação, relaciona-se com a promoção de atividades que envolvam as pessoas mais velhas; c) a segurança, onde se defende a proteção e a satisfação dos cuidados necessários; e d) a aprendizagem ao longo da vida, onde se propõem estratégias de capacitação pessoal numa perspetiva de promover o bem-estar e a qualidade de vida através do poder de decisão (WHO, 2002; Fonseca, 2021). Mais tarde, a WHO (2015), substituiu o conceito de envelhecimento ativo por envelhecimento saudável, sendo considerada uma estratégia global sobre o envelhecimento até 2030, que definindo o envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar das pessoas mais velhas (Fonseca, 2021). A capacidade funcional veio substituir o conceito “ativo”, que significa a existência de recursos que possibilitem as pessoas poderem ser mais autónomas e independentes, mas também aquilo que consideram ser mais importante para que possam satisfazer as suas necessidades básicas, tomar decisões, poder manter relacionamentos, as suas aprendizagens e que possam continuar a contribuir para a sociedade (WHO, 2015; Fonseca, 2021)

O envelhecimento com sucesso é um exemplo de como o bem-estar não é a compensação subjetiva, mas objetiva na avaliação deste conceito, o bem-estar é caracterizado como o sentimento de felicidade e satisfação com a vida (Stanley, & Cheek, 2003; Diener, Suhm, Lucas, & Smith, 1999; Fernández-Mayoralas, et al., 2015). A teoria do envelhecimento refere que o bem-estar é promovido pela participação social, nas atividades e na mudança de papéis (Adam, Leibbrandt, Moon, 2011; Fernández- Mayoralas, et al., 2015).

A promoção da saúde relaciona-se com a identificação e realização de desejos que satisfaçam as suas necessidades, sendo que este acompanhamento é uma ferramenta importante na promoção e mudança de comportamentos ou na criação mecanismos de coping (WHO, 1998; Marshall, & Altpeter, 2005).

Institucionalização e a Desinstitucionalização

A intervenção junto de pessoas com experiência de doença mental fez florescer o movimento de desinstitucionalização, atualmente transversal a todas as pessoas, especialmente junto das pessoas mais velhas (Deusdad, 2020)

A institucionalização de pessoas pode conduzir a que estas tenham menos oportunidades de autodeterminação (Mahon, & Yarcheski, 2001; Sands, & Wehmeyer, 1996; Stancliffe, 2006; Elisson, White, Chapman, 2011 - Artigo 16), se a institucionalização pudesse ser evitada, mesmo que as pessoas vivam com a mobilidade reduzida (*disability*), teriam menos probabilidade de perder a independência, tal como as relações sociais, e de experienciar depressão, pois a maioria das pessoas deseja manter-se independente e a viver nas suas casas (Bigby, 2004, 2008; Elison, White, Chapman, 2011; De Almeida Mello, van Durme, Macq, Declerc, 2012; va Bilsen, Hamers, Groot, Spreeuwenberg, 2008). Este modelo de intervenção, institucionalização, tem sido amplamente utilizado para dar resposta aos cuidados de saúde necessários nesta fase da vida (Deusdad, 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), estes lugares não dão resposta às necessidades desta população, sendo estes caracterizados como sítios pouco personalizáveis, com uma forte presença da infantilização da pessoa mais velha, com profissionais com poucas qualificações e sem experiência profissional na área e, na sua maioria, mal

remunerados (Tanne et al., 2020; Deusdad, 2020). O levantamento de questões que tenham como objetivo dar resposta às necessidades das pessoas mais velhas deve de ser feito numa perspetiva que tenha em conta a forma como esta população considera qualidade de vida e que sejam respostas empoderadoras (Tanne et al., 2020; Deusdad, 2020). Nestes espaços a presença do preconceito para com a idade das pessoas, “idadismo” (*ageism*), está fortemente presente, tal como na sociedade em geral, o que leva com que as potencialidades das pessoas mais velhas não seja vista, o que conduz a uma desvalorização das capacidades e a um desempoderamento, que pode ser visto no tipo de comunicação utilizado entre o profissional e a pessoa que se encontra institucionalizada, e na maioria das vezes estas pessoas não fazem parte do processo de decisão ou não lhes são dadas informações acerca do seu estado clínico (Deusdad, 2020). A socialização é uma das necessidades, inclusive do ponto de vista cognitivo, das pessoas, que não é suprimida nestes contextos, especialmente com a comunidade mais jovem e com os seus familiares (Leeuwen et al., 2019). Quando as pessoas mais velhas vão para ambientes de contexto institucional, nomeadamente residências/lares, passam por momentos angustiantes e stressantes devido à mudança, o que interfere com o equilíbrio do corpo (homeostase) conduzindo a que haja um sofrimento psicológico, que por sua vez possa ser potenciador de doenças psiquiátricas e de uma possível demência, com isto observa-se que a qualidade de vida é significativamente mais baixa comparativamente com pessoas que ainda vivem nas suas casas e que se relacionam com a comunidade (Magaziner et al., 2000; Teresi et al., 2001; Nagamoto et al., 1995; Scocco, Rapattoni, Fantoni, 2006). Normalmente quando as pessoas se mudam para um contexto institucional tendem a piorar a sua saúde, assim como a sua independência, e a sentirem-se menos úteis o que influencia a perceção da qualidade de vida (Su-Zu Tseng, & Ruey-Hsi, 2001; Scocco, Rapattoni, Fantoni, 2006).

A carta dos Direitos Humanos é uma parte integral das diretrizes dadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), a igualdade de oportunidades, a possibilidade de serem agentes ativos perante as suas necessidades, e com grande enfoque à solidariedade intergeracional (WHO, 2002; Fernández-Mayoralas, et al., 2015) Tendo em conta que a manutenção da cognição passa pelo estilo de vida adequado, nestes contextos as pessoas têm contacto com graus cognitivos diferentes o que acaba por influenciar e limitar as atividades, podendo desenvolver um declínio cognitivo, nestas situações as pessoas passam a ser agentes passivos, ao invés de ativos. Quando as pessoas estão num contexto com um estilo de vida ativo

socialmente, e integradas na participação em atividades de aprendizagem, poderá ser um fator protetor do Alzheimer e da demência (Kolanowki, & Buettner, 2008; Fratiglioni, Paillard-Borg, & Schwartz, 2012; Fernández-Mayoralas, et al., 2015). Segundo Fernández-Mayoralas, et al., (2015), a avaliação da qualidade de vida num contexto institucional é difícil de avaliar. As atividades que sejam do interesse das pessoas, os dados sociodemográficos, as condições objetivas e subjetivas da qualidade de vida, a relação com os familiares, as questões económicas, a saúde e a forma como as pessoas funcionam, todos estes pontos devem de ser valorizados numa intervenção, institucional ou comunitária (Lucas-Carrasco, Péro, & March, 2011; Fernández-Mayoralas, et al., 2015).

A situação atual que o mundo está a viver, a Pandemia COVID-19, tornou mais claro que o contexto institucional é um lugar mais vulnerável, no sentido em que é mais complicado prevenir e combater um vírus como o do COVID-19, devido à existência de muitos sítios comuns e quartos com espaços pouco adequados às suas necessidades (Deusdad, 2020). Um estudo realizado no Brasil refere que a taxa de mortalidade em pessoas institucionalizadas é significativa (Machado, et al., 2020). Em Portugal, no mês de Abril, a taxa de mortalidade em pessoas mais velhas institucionalizadas representava cerca de 40% da percentagem total, em Espanha 50%, no Canadá 72%, em França 51%, Austrália 19%, Bélgica 10%, Hungria 19%, Irlanda 55%, Israel 33%, Noruega 63%, Singapura 50% e Estados Unidos 27%, estimando-se que no Brasil a percentagem seja de 44,7% (Machado, et al., 2020). Esta é uma população com maiores riscos de contrair o vírus de COVID-19 com maior gravidade e, as instituições podem ter maiores dificuldades no controlo da propagação das infeções devido à proximidade com que as pessoas se encontram a viver (Deusdad, 2020; Machado, et al., 2020)

O principal objetivo da institucionalização é a redução dos custos nos cuidados de saúde, sendo que em contrapartida os benefícios que as pessoas têm de poder viver nas suas casas são muito superiores aos benefícios económicos, podendo ter a possibilidade de viver em ambientes mais amigáveis, serem protegidos de possíveis abusos e maus tratos, de poderem tomar decisões, de estarem incluídos do ponto de vista social com pessoas de todas as gerações, garantindo o respeito pelos direitos humanos (Deusdad, 2020).

A sociedade está em constante mudança, assim como os papéis da família, atualmente os contextos familiares encontram-se com uma elevada sobrecarga

profissional, sendo esse um dos motivos que levam as pessoas a institucionalizarem os seus familiares, procurando suporte que dê resposta a questões relacionadas com o isolamento social e de aspetos relacionados com a saúde mental (Schoenmakers et al., 2009) . A institucionalização das pessoas mais velhas é influenciada pela carência dos cuidados prestados pelos familiares, por se encontrarem a viver sozinhos, com baixos níveis educacionais, sedentarismo, a vivenciar problemas de saúde acentuados e elevada prescrição de medicação, bem como deficiências funcionais e cognitivas, aumentando as probabilidades da institucionalização em pessoas mais velhas que se encontrem a viver nas suas casas e inseridas na comunidade (Luppa, Weyerer, Brähler , Riedel-Heller, 2010; Del Duca, Thumé, Santos, Halla, 2012; Medeiros, et al., 2020). A falta de suporte e assistência nas atividades da vida diária podem favorecer a institucionalização (Luppa, Weyerer, Brähler, Riedel-Heller, 2010; Medeiros, et al., 2020).

Em Portugal a institucionalização de pessoas mais velhas em lares/residências (ERPI) apresenta uma taxa de ocupação superior a 90%, bastante superior a outras respostas sociais, tais como SAD (70%) e Centro de Dia (64%), que poderá estar relacionado com o aumento de respostas de institucionalização, quer em ERPI quer na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Carta Social, 2018).

A qualidade de vida é influenciada pelo controlo que as pessoas mais velhas têm nas suas atividades, assim como por uma perceção mais positiva na posição que têm nas suas vidas, pelo contexto cultural, na relação com os seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos (WHO, 2002; Campos, 2015; WHOQOL, 1995; Medeiros, et al., 2020). Um envelhecimento ativo também se relaciona com o controlo nas suas vidas, com o bem-estar físico, social e mental, bem como a participação social, a proteção e a segurança, sendo estes fatores que poderão evitar situações que possam originar deficiências funcionais, doenças crónicas e consequentemente a menor utilização dos serviços de saúde (WHO, 2002; Medeiros, et al., 2020).

A qualidade de vida das pessoas que se encontram a viver numa instituição há mais tempo em comparação com as pessoas que vivem nas suas casas poderá ser inferior, apesar das instituições poderem dar respostas às necessidades e às várias dimensões da qualidade de vida, ou seja a permanência nas suas casas poderá ser fator promotor da qualidade de vida (Medeiros, et al., 2020).

A prevalência de pessoas com depressão a viver numa instituição é bastante elevada, o que também pode ser influenciado pela falta de atividade física, sendo que influência negativamente a qualidade de vida das pessoas, outro ponto importante relaciona-se com a distância que estas pessoas têm dos seus familiares, amigos e com quem mantinham o seu contacto, não podendo realizar os seus desejos de estar com as pessoas da sua rede social, contribuindo para o isolamento e a falta de oportunidades em participar em atividades, podendo afetar negativamente a perceção da qualidade de vida. (Kuok, Li, et al., 2017; Bodur, Dayanir, 2009; Dagios, Vasconcellos, Envangelista, 2015; Even-Zohar, 2014; Medeiros, et al., 2020). A falta de socialização está relacionada com a deterioração da saúde física e mental, sendo que as pessoas que se encontram institucionalizadas têm uma menor perceção da qualidade de vida do que as pessoas que se encontram a viver nas suas casas (Medeiros, et al., 2020). As diferenças entre os ambientes, das suas casas e institucional, podem levar com que as pessoas sintam sentimentos menos positivos, o que pode dificultar a sua adaptação a um novo ambiente que não lhes é familiar (Bodur, Dayanir, 2009; Medeiros, et al., 2020). A satisfação com o futuro e o desejo por oportunidades e reconhecimento pelo que conquistaram nas suas vidas também são pontos que diferenciam as pessoas que se encontram institucionalizadas e nas suas casas (Medeiros, et al., 2020). A institucionalização não é algo que as pessoas mais velhas desejem atingir nas suas vidas (Medeiros, et al., 2020). Do ponto de vista da intimidade, muitas das pessoas quando vão para uma instituição são solteiras/os, divorciadas/os ou viúvas/os, sendo que as pessoas que moram nas suas casas na sua maioria são casadas, o que pode explicar as diferenças entre ambos os contextos ao nível da satisfação do companheirismo e amor recebido, sendo que as pessoas que se encontram a viver numa instituição apresentam níveis menores de satisfação (Even- Zohar, 2014; Medeiros, et al., 2020). As pessoas que vivem nas suas casas têm maior índices de satisfação com a utilização do seu tempo, com as atividades realizadas e com a participação na comunidade, enquanto as pessoas que se encontram a viver em instituições têm um sentimento de estarem privadas de terem os seus projetos, sendo que a distância dos seus familiares e amigos afetam as relações sociais interferindo na qualidade de vida (Medeiros, el al., 2020).

Segundo a WHO (1994), os cuidados ao domicilio definem-se como “uma variedade de serviços de saúde e apoio social fornecidos aos clientes na sua própria

residência.”. A prevenção, a substituição ou o atraso da institucionalização temporária ou a longo prazo, são objetivos dos serviços de cuidados ao domicílio (Knight, Tjassing, 1994; Mello, Durme, Macq, Declercq, 2012). Os serviços ao domicílio pretendem dar suporte às pessoas nas atividades da vida diária para que possam ter uma vida mais independente nas suas casas, ou atrasar um possível processo de institucionalização (Bielsen, Hamers, Groot, Spreeuwenberg, 2008).

Parte II - Inovação e Desenvolvimento na Intervenção com a População Velha

Ao longo dos tempos a intervenção social junto da população mais velha e com deficiências funcionais conceptualizou o processo de “ajudar” através da utilização do modelo biométrico ao se colocar as pessoas como agentes passivos (Chapin, Cox, 2008). Na última década esta perspetiva tem vindo a evoluir, colocando as pessoas mais velhas numa posição de agentes ativos, utilizando abordagens baseadas nas suas forças e no empoderamento (Cox, 1999; Fast, Chapin, 2000; McInnes-Dittrich, 1997; Perkins, Tice, 1995; Cox, Parsons, 1994; Chapin, Cox, 2008). As pessoas mais velhas são um veículo de resiliência e capacidades de sobrevivência a momentos difíceis (Chapin, Cox, 2008).

Chapin & Cox (2008) referem a importância na intervenção junto das forças de cada uma das pessoas ao invés nas suas fraquezas, normalizando as suas necessidades ao invés de patologizar, tornando as forças como um foco no controlo das suas vidas. Ao longo das suas vidas as pessoas mais velhas revelaram uma enorme capacidade de adquirir estratégias para lidar com as mudanças (Koelen, Eriksson, Cattán, 2017). As relações sociais são um fator importante na manutenção de um envelhecimento saudável e de diminuição do isolamento (Forte, 2009; Nyqvist, Cattán, Andersson, Forsman, Gustafsson, 2013; Koelen, Eriksson, Cattán, 2017).

Grande parte das pessoas mais velhas preferem envelhecer nas suas casas durante o máximo tempo possível, num ambiente que lhes é familiar e simbólico, considerando-se a resposta mais adequada face às suas necessidades (Means, 2007; Fonseca, 2021).

A permanência nas suas casas e na comunidade, num espaço com histórias, objetos significativos e num local agradável e familiar está relacionado com um sentimento de pertença ou “*meaning of home*” (Ebrahimi , 2013; Bergland, Narum, 2007; Borglin, Edberg, Rahm Hallberg, 2005; van Leeuwen et al.,2019).

Viver na comunidade também possibilita que as pessoas possam manter-se participativas na comunidade, no entanto é necessário que estas comunidades tenham acessos adequados às pessoas mais velhas, sendo assim necessário um suporte social adequado e com enfoque nas suas necessidade, utilizando uma perspectiva empoderadora, mantendo-as ativas e participativas na comunidade onde vivem, lutando pelos seus direitos em parceria com os serviços comunitários (Murphy, Cooney, Shea, Casey, 2009;Bowling, et al., 2003; Koelen, Eriksson, Cattan, 2017; Alley, et al., 2008; Leeuwen et al.,2019; Hyduk, Moxley, 2008).

Promoção das Capacidades da População mais Velha

A disponibilização de informação à comunidade é uma forma de promover as capacidades das pessoas, através da oferta de ações formativas e de workshops, que podem conduzir a uma mudança de hábitos e, olhar para esta população como se fossem, que são, adultos mais velhos e não enquanto pessoas idosas, afinal a vida que tiveram no passado está relacionada com o seu presente (Masrshall, Alpeter, 2005 - ARTIGO 15). Uma abordagem focada nas capacidades das pessoas ou naquilo que estas estão dispostas a fazer, tem em consideração o valor individual (Anand, &Van Hees, 2006: Masrshall, Alpeter, 2005) .

A teoria das capacidades de Sen’s (1987) direciona-nos para uma teorização da noção de resiliência na população mais velha e numa relação com o ambiente social, o que torna essencial questionar o que significa envelhecimento saudável à população que a vive (Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014). A saúde pode ser considerada uma capacidade a atingir, mas atingir esta capacidade depende dos desejos de a atingirem, ou não, sendo que o conceito de Justiça na Saúde deve de ser uma prática (Venkatapuram, 2011), o que permite que haja a liberdade de escolha. A resiliência, pode ser entendida como um “florescimento” apesar das adversidades vividas, sendo uma capacidade da saúde porque é algo que é atingido por todas as

peças adultas e mais velhas (Gattuso, 2003; Braudy Harris, 2008; Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014)

A consideração das capacidades de cada pessoa também é importante na forma como se compreende a saúde e os níveis de capacidades físicas que têm, de acordo com a idade. (Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014).

A perspectiva das pessoas mais velhas sobre o envelhecimento com sucesso, é idêntico ao modelo psicossocial da saúde, no entanto ainda tem um discurso com uma forte índole moralista e influenciado pela política (Bowling, 2007; Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014). A abordagem desenvolvida por Sen tem uma vertente mais próxima das pessoas, sendo que aqui são as pessoas que definem os aspetos que consideram ter valor, onde as capacidades fazem parte da saúde com as várias dimensões incluídas, acabando por ter mais sucesso do que as teorias do envelhecimento com sucesso, pois esta coloca a responsabilidade da sua manutenção num ponto de vista individual (Sen, 1992, 1999; Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014).

As capacidades são um ideal a atingir pela sociedade, não se trata apenas de uma sugestão individual, mas sim a base para que o conceito de Justiça na Saúde se desenvolva. Contrariamente ao que acontece, não se pretende que as pessoas mais velhas sejam excluídas por não terem posses e/ou transportes adequados às necessidades, ou ainda o poder de escolha. mas que sejam incluídas dentro do contexto social e físico, considerando a resiliência como uma capacidade (Scharlach, 2012; Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014). Um contexto de suporte, justiça social e da saúde é essencial para que as pessoas possam usufruir da liberdade de fazer as suas escolhas, refletir acerca da sua posição na sociedade, e ter uma maior participação cívica, também nas atividades e, tendo em conta as capacidades, um maior foco nas capacidades (Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014). Uma abordagem com enfoque nas capacidades, na dimensão da saúde, engloba também questões relacionadas com a justiça social, que por sua vez conduz a uma mudança social (Venkatapuram, 2011; Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014).

Existe um enorme foco na manutenção da saúde física e em evitar o seu declínio, o que conduz a que exista um estigma em torno da saúde física e nos sinais do envelhecimento, desvalorizando o crescimento da pessoa mais velha e nos ganhos e nas perdas (Gattuso, 2003; Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014). este foco influencia na vida das pessoas, levando-as que exista uma negação do envelhecimento físico, conduzindo-as a atividades ou dietas que lhes prolongue a vida, invés de aproveitar

momentos de descanso enquanto se envelhece (Mansvelt, 1997; Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014)

Este é um discurso opressivo que não inclui as realidades das mudanças dos corpos, e as políticas do envelhecimento saudável acabam por favorecer um pequeno grupo. A resiliência é algo que é atingido por todos, e pode ser o discurso mais adequado quando se fala da saúde das pessoas mais velhas, é um crescimento apesar da adversidade. (Gattuso, 2003; Braudy Harris, 2008; Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins, Netuveli, 2009; Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014).

A teoria das capacidades de Sen (1987) diz que a noção de resiliência entre as pessoas mais velhas está relacionado com o ambiente social, e em questionar os valores das pessoas mais velhas (Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014).

Num estudo realizado por Stephens, Breheny, Mansvelt, (2014), foram questionadas às pessoas mais velhas quais eram as suas necessidades e valores, com o objetivo de entender quais eram os aspetos nas suas vidas que valorizavam, onde se identificou: a) continuidade, na capacidade de realizar atividades do seu interesse; b) compensação, relacionado com o suporte no ambiente em que se encontram; c) conexão e as interações sociais; d) contribuições, oportunidade de contribuírem de forma positiva; e) desafios, promoção de oportunidades; f) autonomia, relacionado com a independência e possivelmente com os modelos do envelhecimento com sucesso; g) Segurança financeira; que é uma função importante no acesso ao ambiente e bens necessários (Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014).

A perspetiva tem como foco no que as pessoas mais velhas são capazes de fazer ou atingir e no valor individual, que contribui para um envelhecimento saudável, mais do que se ser responsável pela saúde (Stephens, Breheny, Mansvelt, 2014).

De acordo com os padrões de vida atuais o foco está direcionado para o trabalho duro a fim de conquistar o conforto, condições materiais, enquanto a teoria nas capacidades direciona a atenção para as oportunidades de escolha (liberdade) e autonomia permitidas pelos recursos existentes (Sen, 1987; Sen, 2000; Breheny, et al., 2012). Um foco na liberdade e naquilo que cada pessoa deseja e considere significativo nas suas vidas irá refletir-se na capacidades em relação aos padrões de vida, permitindo uma avaliação nas liberdades individuais (Robeyns, 2005; Breheny, et al., 2012) Os padrões de vida representam e refletem oportunidades de controle das

suas vidas e na participação social, uma medida que poderá refletir as diferenças de oportunidades, com que se baseiam nas diferenças de recursos económicos, passando a medir a falta de autonomia que as pessoas poderão ter no consumo ou na participação social, sendo assim domínios de avaliação (Anand, Van Hees, 2006; Breheny, et al., 2012).

Breheny, et al., (2012) sugere que políticas e os modelos de intervenção podem utilizar esta abordagem nas liberdades em fazer escolhas como um mecanismo de melhoria dos padrões de vida (Alkire 2005).

Intervenção e Integração Comunitária

A área da psicologia comunitária utiliza as suas ferramentas de intervenção e de identificação dos problemas nos vários níveis, tal como as forças e os recursos presentes no contexto para que se possa desenvolver e construir uma realidade alternativa. No entanto a psicologia no geral tem tido uma maior concentração nas vulnerabilidades das pessoas mais velhas, como o declínio cognitivo e as incapacidades, em vez de um foco nas forças da saúde mental e na resolução dos problemas sociais (Gonyea, Mills-Dick & Bachman, 2010).

A realização de uma investigação que tenha em conta as forças e as potencialidades das pessoas podem conduzir-nos a resultados que nos revelem que os adultos utilizam grande parte dos seus recursos cognitivos na transmissão de conhecimentos e de experiências de vida aos mais novos, e que têm mecanismos fortes que revelam as suas capacidades de liderança nas comunidades intergeracionais, o que leva a uma maior coesão social (Gonyea, Mills-Dick & Bachman, 2010).

O suporte social pode ser conceptualizado de uma forma empoderadora e socialmente transformadora, sendo este um indicador positivo relativamente à saúde mental e física (Gonyea, Mills-Dick & Bachman, 2010). A troca de conhecimentos, mesmo que não seja de forma intencional, conduz a um suporte emocional e compassivo na realização das mudanças e na procura de práticas mais saudáveis, sendo este um exercício de uma escolha consciente.

Segundo Gonyea, Mills-Dick & Bachman (2010), referem que os estudos indicam que as pessoas mais velhas preferem receber suporte social de amigos, familiares em detrimento dos serviços prestados por profissionais, no entanto em culturas menos coletivistas podem preferir o oposto, por se sentirem na obrigação de

dar algo em troca, daí a necessidade de ter sempre em conta o contexto. A importância de ajudar as pessoas mais velhas a preservar a sua independência é um objetivo importante, tendo conta a promoção de uma dependência saudável e responsável, ou seja, promover a aceitação de um apoio com dignidade e cooperação (Gonyea, Mills-Dick & Bachman, 2010).

Os serviços comunitários de apoio na saúde estão em crescimentos nas últimas décadas, este tipo de intervenção permite que haja uma poupança nos cuidados de saúde e promove a independência da comunidade. A implementação deste tipo de serviços permite que os cuidados diários passem pela promoção na participação na comunidade, nas capacidades das pessoas e, conseqüentemente nos seus interesses e, também, com suporte clínico revelam uma melhoria da qualidade de vida das pessoas (Martin et al., 2017).

A promoção do sentimento de comunidade é essencial, pois os vizinhos são considerados como sendo interações positivas e, a troca de suporte como algo que possa beneficiar ambos, este sentimento reforça a conexão dando assim vários benefícios do ponto de vista do bem-estar psicológico, o que torna a comunidade mais feliz, com menos preocupações e menos solidão (Davidson & Cotter, 1991; Gonyea, Mills-Dick & Bachman, 2009). O sentimento de comunidade e as atividades entre a vizinhança está associado a menor sintomatologia depressiva, providenciando também capacidades para uma ação do ponto de vista coletivo, reforçando também o sentimento de segurança (Nystrom & Jones, 2003; Gonyea, Mills-Dick & Bachman, 2010).

A participação cívica tem um papel essencial na promoção de uma vida mais longa e mais cuidadosa para com a sua comunidade, sendo que é importante que seja criado um ambiente acolhedor e adequado à participação das pessoas mais velhas (Chan, Cao, 2015).

As organizações não governamentais e os colaboradores podem ser ferramentas importantes e imprescindíveis na promoção destes ambientes. As políticas implementadas devem ter como base a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem nas comunidades, nomeadamente para a população mais velha (Chan, Cao, 2015; Fonseca, 2021).

A adaptação das estruturas, as instalações dos serviços são medidas que dão um maior suporte ao bem-estar das pessoas mais velhas, e que de participação cívica ativa, com este ambiente mais harmonioso do ponto de vista da manutenção da

independência. Políticas que conduzam os cidadãos à participação desenvolvem o sentimento de segurança, sentimento de pertença e o sentimento de autovalorização, relacionado com a segurança do ponto vista social, financeiro e físico, assim como o suporte social, são componentes essenciais (Chan, Cao, 2015; Fonseca 2021) .

A idade não significa que não se possa ser um recurso útil para a comunidade e a sociedade (Harvard School of Public Health/MetLife Foundation, 2004; Chan, Cao, 2015). A promoção do comportamento cívico leva a que as pessoas façam voluntariado, que sejam ativas politicamente, que votem, que sejam líderes comunitários, conseqüentemente irá conduzir a uma maior equidade e promoção da justiça social, assim como o fortalecimento das políticas sociais que protegem as pessoas mais velhas (Ramakrishnan & Baldassare, 2004; Martinson & Minkler, 2006; Chan, Cao, 2015).

Para que a comunidade tenha um ambiente promotor da participação e segurança é importante que esta seja acessível, tenha transportes adequados, que não hajam barreiras arquitetônicas, que haja transmissão da informação, comunicação e das atividades para que estas pessoas possam ser independentes tanto quanto possível, tendo em consideração os seus desejos de permanecerem nas suas casas, inclusive no processo de envelhecimento, valorizando-se a adaptação dos serviços às necessidades e capacidades desta população (Alley, 2008; koelen, Eriksson, Cattan, 2017; Chan, Cao, 2015; Fonseca 2021). Grande parte das comunidades não foram desenhadas para as necessidades das pessoas mais velhas o que podem influenciar no bem-estar (Alley, 2008). Uma comunidade “amiga” das pessoas mais velhas é uma comunidade que promove a conexão com o ambiente envolvendo a população, valorizando-a e oferecendo um suporte através da criação de serviços e infraestruturas que correspondam às suas necessidades, que não inibam as suas capacidades e que se adequem ao contexto, beneficiando por sua vez toda a comunidade, quer as pessoas mais velhas, como os seus familiares ou outras pessoas (Alley, 2008; Koelen, Eriksson, Cattan, 2017).

Os autores Menec, Means, Jeating, Parkhurst e Eales (2011), criaram um modelo das comunidades “amigas” das pessoas mais velhas, estas comunidades criam conexões entre o ambiente e as pessoas mais velhas, onde se inserem as famílias e os amigos, e o ambiente com elas (koelen, Eriksson, Cattan, 2017) Os profissionais da área social desempenham um papel importante na contribuição para a criação destes

espaços, por terem um maior conhecimento das necessidades das pessoas e dos seus esforços, sendo agentes de mudança na comunidade, envolvendo também as pessoas mais velhas no processo de *advocacy* das suas necessidades (Alley, 2008; Koelen, Eriksson, Cattan, 2017).

Em Portugal grande parte da população mais velha envelhece nas suas casas, no entanto as medidas de promoção ao envelhecimento nas suas casas e na comunidade, em comparação com as medidas de institucionalização, não têm o devido destaque (Fonseca, 2021).

O conceito de “*aging in place*” é um modelo de resposta às necessidades das pessoas mais velhas no contexto (casa e comunidade) onde residem, intervindo através de um conjunto de serviços integrados através de parcerias, quer locais, regionais ou nacionais, levando a que as necessidades das pessoas sejam atendidas, conectado as pessoas com os espaços e a possibilidade do usufruto da autonomia social (Bigby, 2008; Fonseca, 2021).

A fim de dar respostas às necessidades da população mais envelhecida e diferenciada, foram delineadas 12 propostas de intervenção ;1) Apoio aos cuidadores; 2) Combate ao isolamento; 3) Gerotecnologias; 4) Apoio ao domiciliário; 5) Centros de dia e de convívio; 6) Participação social; 7) Aprendizagem ao longo da vida; 8) Habitação e espaços físicos; 9) Saúde, nutrição e atividade física; 10) Segurança; 11) Mobilidade; e 12) Bem-estar e qualidade de vida (Fonseca, 2021)

Os serviços complementares são um suporte à manutenção da independência das pessoas mais velhas que residem nas suas casas, este tipo conceito “*aging in place*” é uma alternativa à institucionalização, onde as pessoas gerem as suas vidas, com autonomia para organizarem os espaços das suas casas, as suas rotinas diárias e como interagem com o contexto onde se inserem, mantendo a privacidade e a autodeterminação, usufruindo da liberdade e do poder de escolha, sendo este um local privado, familiar onde as pessoas podem viver sozinhas ou com familiares, algo que dificilmente se consegue obter numa instituição (Fonseca, 2021). A independência e a satisfação com a vida não é garantida apenas por a pessoa envelhecer em casa, é necessária implementação de respostas às necessidades de cada um e do contexto onde a pessoa se insere, caso não existam as respostas adequadas às necessidades as pessoas encontram-se numa situação de maior vulnerabilidade e fragilidade colocando assim em causa o bem-estar (Bigby, 2008; Fonseca, 2021).

A políticas de “aging in place” devem de ser flexíveis à sua população, criando assim condições às necessidades e desejos de cada pessoa, como as pessoas com necessidade de cuidados especiais ou deficiências funcionais, com poucas condições nas suas residências ou em locais que não sejam seguros. De forma a responder às necessidades estabeleceram-se três condições: Melhoria das condições de habitação de todas as pessoas mais velhas, com enfoque nas pessoas com menores rendimentos; uma resposta com vários serviços disponíveis que deem suporte e acompanhamento especializado; e, caso necessário, a inclusão de serviços institucionais (Means, 2007; Fonseca, 2021).

É importante ter em conta que o ambiente onde a pessoa se insere, sendo este um fator que influencia a integração, e no comportamento das pessoas, por isso a comunidade é também parte integrante do conceito “aging in place”, pois as comunidades são contextos onde as pessoas estabelecem relações e também um local de oportunidades ou com impedimentos para que as pessoas possam usufruir da independência. O local onde as pessoas mais velhas habitam devem de ter significado e dar satisfação às pessoas, tal como a existência da promoção de atividades e participação na comunidade, e o suporte adequado (Lawton, 1989; Fonseca, 2021).

Os profissionais podem ser agentes funcionais em proporcionar condições nos ambientes onde as pessoas mais velhas habitam, tanto nas suas casas, como na comunidade e na criação ou reforço de serviços de suporte, tendo sempre em conta as necessidades de cada pessoa, a participação social, combate ao isolamento social e prevenção da exclusão social, tendo em conta os interesses individuais (Fonseca, 2021). Comunidades que tenham em consideração um ambiente mais adequado às pessoas mais velhas, são comunidades que empoderam esta população e, conseqüentemente, estas podem tornar-se pessoas mais ativas na comunidade (Alley, et al., 2008)

Empoderamento e Qualidade de Vida

Segundo van Leeuwen et al., (2019), onde foi realizada a revisão de 48 estudos qualitativos, a qualidade de vida (QoL) tem os seguintes domínios conectados entre si;

autonomia; o papel desempenhado e a atividade; a percepção de saúde; as relações; atitude e a adaptação; conforto emocional; casa e a vizinhança; espiritualidade; e a segurança financeira.

Existem várias teorias que se propõem definições do conceito de qualidade de vida das pessoas mais velhas, tais como o envelhecimento com sucesso, o bem-estar, a satisfação com a vida e a felicidade, no entanto os autores procuraram que a QoL fosse definida pelas pessoas que a vivenciam e a percebem (van Leeuwen et al.,2019).

Nos vários domínios as percepções da saúde, destacou-se com maior relevância na percepção da qualidade de vida, sendo este um domínio determinante na manutenção das capacidades e na autonomia (Bergland, Narum, 2006; Nosraty, Jylha , Raittila, Lumme-Sandt, 2015; van Leeuwen et al.,2019). As capacidades influenciam naquilo que cada um consegue fazer, como a participação em atividades, cuidar de si , realizar as tarefas domésticas, sair e poder comunicar, enquanto a autonomia relaciona-se com a independência, a liberdade de poder aproveitar a vida, serem capazes de socializar, poderem sair, resumidamente poderem fazer o que quiserem (Aberg, et al., 2005; Nosraty, Jylha , Raittila, Lumme-Sandt, 2015; van Leeuwen et al.,2019).

A gestão das atividades diárias de forma independente contribui para que as pessoas tenham uma sensação de controlo, de autovalorização, de atingir objetivos, quando uma pessoa se torna mais velha ou com algum grau de dependência ou deficiência funcional, isto não significa que não tenham capacidades para tomar decisões e, contribui para que a pessoa não se sinta um “peso” na vida dos outros e que se mantenham em contacto com o ambiente (Lysack, Seipke, 2002; Aberg, Sidenvall , Hepworth, 2005; van Leeuwen et al.,2019). O sentimento de “peso”, de culpa ou de vergonha quando relacionado com a dependência de outra pessoa afeta a imagem que as pessoas têm de si próprias, neste caso o foco nas capacidades e no cuidado da sua aparência pode contribuir para manter a dignidade, assim como com a identidade pessoal, desejos e valores (Romo, et al., 2013; From, Johansson , Athlin, 2007; Tolle,, Fredriksson, Kamwendo, 2008; van Leeuwen et al.,2019).

Outro aspeto importante para o bem-estar, relaciona-se com a necessidade das pessoas se manterem ocupadas, não se sentindo aborrecidas e a caminhar para uma possível apatia (Aberg, Sidenvall , Hepworth, 2005; van Leeuwen et al.,2019).

A manutenção das relações sociais são outro pilar importante na manutenção da qualidade de vida, que contribuem para que se evite a solidão, aqui incluem-se as relações de amizade e as familiares, sendo que as familiares podem oferecer um suporte, ajuda e amor dando sentido à vida das pessoas mais velhas (From I, Johansson I, Athlin, 2007; Hörder, Frändin, Larsson, 2013; Puts, et al., 2007; Bergland, Narum, 2007; van Leeuwen et al.,2019).

Uma das estratégias de coping adotadas pelas pessoas mais velhas está relacionado com a aceitação dos acontecimentos e o ajustamento ou ainda mudar o comportamento e os hábitos (Bergland, Narum, 2007; Gabriel, Bowling, 2004; Hinck, 2004; Borglin, Edberg, Rahm Hallberg, 2005; van Leeuwen et al.,2019). O sentimento de paz é também um dos desejos desta população, de poderem viver sem preocupações e em harmonia com a vida (Levasseur, St-Cyr Tribble, Desrosiers, 2009; Bernardo Gonçalves Marques, Serdio Sánchez, 2014; van Leeuwen et al.,2019). Geralmente quando as pessoas se deslocam para um novo local, ou comunidade, tem um impacto negativo das suas vidas, podendo experienciar solidão (Borglin, Edberg, Rahm Hallberg, 2005; Bryant, Corbett, Kutner, 2001; van Leeuwen et al.,2019). As memórias das experiências podem afetar positivamente ou negativamente os sentimentos das pessoas, algumas podem ser pesadas, mas outras podem dar um sentimento de felicidade e de gratidão (Nosraty, Jylha, Raittila, Lumme-Sandt, 2015; van Leeuwen et al.,2019).

Para muitas pessoas a espiritualidade é também um fator importante para a qualidade de vida, que pode ser um suporte adicional na aceitação de alguma deficiência funcional, podendo ser um mecanismo de *coping* com as mudanças que se encontram a viver, oferecendo assim ajuda a que se sintam satisfeitos com a vida, moldando-se à filosofia de vida das pessoas e o alívio dos pensamentos acerca da morte (Grewa, et al., 2006; Bryant, Corbett, Kutner, 2001; van Leeuwen et al.,2019).

Viver em casa e na comunidade trás um sentimento diferenciado “*meaning of home*”, a permanência de poderem estar num local agradável e familiar, com objetivos significativos, com histórias e valores (Ebrahimi, et al., 2013; Bergland, Narum, 2007; Borglin, Edberg, Rahm Hallberg, 2005; van Leeuwen et al.,2019).

O sentimento de segurança e de privacidade, tal como o de familiaridade para com o local onde se viver reforça este sentimento de segurança (Puts, et al., 2007;

Nosraty, Jylhã, Raittila, Lumme-Sandt, 2015; Grewal, et al., 2006; van Leeuwen et al.,2019). A acessibilidade é um ponto fundamental na participação na vida comunitária, a falta de acessos pode inibir o contato social e nas atividades (Murphy, Cooney, Shea, Casey, 2009; Bowling, et al., 2003; Leeuwen et al.,2019).

A segurança financeira é um fator que facilita a vida e a liberdade, de poderem ter a oportunidade de obter as necessidades básicas, podendo afetar a capacidade das pessoas de poderem pagar os serviços necessários, tais como as terapias, as refeições, ajuda em casa, o transporte ou ainda atividades de interesse, que afeta conseqüentemente o conforto e a manutenção da independência e a qualidade de vida (Bowling, Gabriel, 2007;Borglin, Edberg, Rahm Hallberg, 2005; van Leeuwen et al.,2019). O conceito de qualidade de vida dinâmico, multi-nível e complexo, que reflete os objetivos, o subjetivo, a nível macro-societal e micro- individual, que influencia positivamente ou negativamente a interação num todo (Brown, Bowling, Flynn, 2004; Bowling,2009; Fernández- Mayoralas, et al., 2014; van Leeuwen et al., 2019).

Uma perspectiva empoderadora, focada nas forças e na promoção do *advocacy* aumenta a motivação, a satisfação com a vida e conseqüentemente a qualidade de vida, assim como o desenvolvimento do auto-conceito e no controlo das suas vidas (Hyduk, Moxley, 2008). As abordagens focadas no empoderamento e nas forças têm muitos pontos em comum, ambas consideram que as pessoas mais velhas podem ser ativas, e participativas, inclusive quando se encontram a vivenciar uma situação de deficiência funcional e maiores níveis de demência, acabando também por beneficiar os familiares ou as/os cuidadores (Chapin, Cox, 2008). A luta pela justiça social influenciou a perspectiva empoderadora (Cox, 1999; Chapin, Cox, 2008).

Como fontes de conhecimento, a teoria ecológica e a teoria dos sistemas, como modelos de suporte, influenciaram uma nova perspectiva, o foco passou a ser direcionado nas forças e nos recursos das pessoas e do ambiente e não nas suas fraquezas ou patologias, na intervenção comunitária e social, favorecendo o potencial crescimento humano, a cura, a aprendizagem e a identificação do que se quer, assim como a auto-determinação e as forças das pessoas e do ambiente (Saleebey, 1997; Fast, Chapin, 1997; Chapin, Cox, 2008).

As intervenções com base nas forças e com base no empoderamento focam-se nas forças das pessoas e do ambiente, incluindo uma educação mais inclusiva, de

autoajuda, favorece as relações, o *advocacy* e a ação social, bem como no foco no aumento da consciência (Chapin, Cox, 2008).

As pessoas mais velhas preferem manter-se nas suas casas e comunidade durante o mais tempo possível assim como o controlo das mesmas. A população mais velha deve de mencionar suas necessidades e recursos que necessitam nas suas comunidades (Cox, Dooley, 1996; Chapin, Cox, 2008). Quando é aplicado um modelo empoderador, favorece a integração de questões pessoais e políticas, bem como a definição das suas necessidades conduzindo a que população participe coletivamente com maior consciência e ação (Chapin, Cox, 2008). O empoderamento promove uma distribuição mais justa dos recursos; a eliminação dos variados preconceitos e discriminações, onde se insere o *ageism*; promove a auto-determinação; e conduz a que haja uma maior “evolução” na comunidade (Cox, Parsons, 1994; Chapin, Cox, 2008).

Segundo Inaba (2016), o empoderamento da comunidade promove a participação, a *advocacy*, a identificação e a utilização dos recursos existentes e as estratégias políticas que favorecem a mudança (Popple, 2007).

A prática empoderadora é composta por 4 dimensões: a) aborda as necessidades individuais, as dificuldades, os valores e as atitudes; b) foco nos problemas e nas forças e fraquezas individuais, e no suporte e desenvolvimento social; c) foco no ambiente micro e nas questões organizacionais relacionados com a saúde, o social e serviços, que conduz ao desenvolvimento de competências, participação e *advocacy* para criar a mudança; d) ao nível macro onde se incluem as políticas, economia, e fatores sociais e na política social (Inaba, 2017). Uma intervenção onde se partilha o poder, em parceria entre os profissionais e as pessoas mais velhas promove o empoderamento (Gutierrez, Parsons, Cox, 1998; Inaba, 2017).

As pessoas mais velhas enfrentam vários desafios no processo natural de envelhecimento, que podem ser considerados como múltiplas perdas e mudanças, neste processo é importante que os serviços de suporte sejam flexíveis e façam um trabalho de “*advocate*”, tendo em atenção às suas necessidades promovendo a que as pessoas possam continuar a viver as suas vidas de forma independente (Beaver, Miller, 1985; Burlingame, 1995; Hyduk, Moxley, 2008).

Uma perspetiva empoderadora foca-se em ajudar a mobilizar os recursos na procura de resolução de problemas através do empoderamento, valorizando a relação

de ajuda para que se compreenda os desafios pessoais, desenvolvendo soluções de uma forma positiva e construtiva (Cox, Parsons, 1994; Hyduk, Moxley, 2008). O profissional em conjunto com a pessoa mais velha deve de identificar as situações de opressão, privação e discriminação, focando-se principalmente naquilo que pode levar a pessoa a sentir-se diminuída, identificando a sua perspetiva do que é inaceitável e no que consideram ser aceitável. A *advocacy* é uma forma de também definir o empoderamento (Hyduk, Moxley, 2008). Para que se compreenda a direção da intervenção é necessário perceber quais são as insatisfações, e em conjunto, o profissional e a pessoa mais velha, trabalharem naquilo que se deve de mudar, que deve de resultar numa maior satisfação, não perdendo o foco no processo de empoderamento/advocacy (Hyduk, Moxley, 2008).

O profissional deve de amplificar a voz da pessoa que para as suas insatisfações ou desejos sejam ouvidos, promover o controlo na direção do processo oferecendo opções reais sobre a criação do sistema de suporte, bem como ter em consideração suas insatisfações e respeitar os seus direitos humanos, Protegendo a reputação da pessoa (Moxley, Daeschlein, 1997;Hyduk, Moxley, 2008).

Parte III- Estudo Empírico

Método

A abordagem metodológica selecionada neste estudo advém da importância da análise das dimensões da qualidade de vida das pessoas mais velhas, assim com as capacidades e o empoderamento, em dois contextos distintos: a) institucional e b) nas suas casas. A OMS (2002) considera que um dos fatores que influencia a qualidade de vida das pessoas mais velhas é o controlo das suas atividades, por esse motivo considerou-se relevante o decorrer de uma investigação que considerasse as narrativas da população alvo, e que tivesse em conta as várias dimensões da qualidade de vida, considerando-se que este trabalho possa constituir-se como um contexto de reflexão sistemática acerca dos desafios colocados em ambos os contextos. Pretende-se entender os vários níveis de satisfação e experiências de auto-determinação em contexto institucional e de pessoas que se encontrem a viver nas suas casas.

No presente estudo considerou-se pertinente a adoção de um método exploratório, descritivo e comparativo, através da implementação de uma abordagem multi-método, com recolha de informação quantitativa e qualitativa, com a aplicação do questionário VITOR QLSE e de entrevistas semi-estruturadas, permitindo assim que exista uma maior diversidade metodológica e que a informação recolhida possa ter um papel mais relevante (Sheweder e Fiske, 1986; Ornelas, 2008).

Os estudos Multi-Método conjugam a recolha de dados através da utilização da abordagem quantitativa e qualitativa, sendo que a abordagem quantitativa permite a obtenção de dados numéricos que se relacionam com as variáveis, podendo assim testar realidades, procurar as causas, testando hipóteses, obtendo a magnitude e a frequência na relação entre as variáveis (Migiro e Magangi, 2011). Relativamente à abordagem qualitativa, esta permite obter informação através das experiências individuais relacionadas com o tema em estudo, de cada um dos participantes, indo ao encontro do objetivo: compreensão do fenómeno em estudo, promovendo a diversidade e tendo em consideração as perspetivas existentes na comunidade através das relações colaborativas estabelecidas durante a investigação e, reconhecendo o conhecimento dos participantes (Creswell, 2005; 2007; Patton, 1990; Migiro and Magangi, 2011; Ornelas, 2008). O método qualitativo pode ser implementado através de entrevistas individuais ou com focus group, obtendo material sobre significados e reflexões pessoais dos participantes, arquivados em formato áudio (Lincoln and Guba, 1985; Migiro e Magangi, 2011). A abordagem multi-método é exploratória, explicativa, realiza uma triangulação entre as variáveis, levando a que a investigação

não se foque apenas num método para que consiga superar as fraquezas de um dos métodos utilizados, podendo conduzir a maiores evidências na conclusão uma vez que facilita e possibilita um maior número de informações e conhecimentos do que apenas um método, levando a que possa existir uma maior generalização dos resultados e, permite que exista a conjugação entre as narrativas dos participantes e os números obtidos da aplicação do método quantitativo (Migiro and Magangi, 2011)

Objetivos

O estudo tem como principal objetivo analisar as várias dimensões da qualidade de vida, as capacidades e o empoderamento das pessoas mais velhas, através de um espaço de reflexão sistemática acerca dos desafios presentes em ambos os contextos: a) institucional e b) nas suas casas/familiares. A investigação tem também como objetivo entender os vários níveis de satisfação e as experiências de auto-determinação da população em estudo, em ambos os contextos. A procura de soluções para os problemas identificados também são um dos objetivos do presente estudo, tendo em consideração as narrativas dos participantes e da literatura disponível.

Pretende-se também que seja um contexto onde: a) as pessoas mais velhas sejam uma voz ativa no presente estudo na procura de soluções para os problemas por eles identificados, valorizando experiências de cada um dos participantes; b) que o ponto de vista de cada um dos participantes tenha em consideração as suas necessidades, e com isso fomentar a participação ativa na sociedade; c) a perceção e experiência das pessoas mais velhas de acordo com o serviço e apoio recebido, se for o caso, refletindo sobre os pontos positivos e negativos de acordo com as suas vivências.

As hipóteses delineadas vão ao encontro dos vários objetivos deste estudo e da literatura consultada:

1- Espera-se que a permanência das pessoas mais velhas nas suas casas tenha uma relação positiva e significativa na qualidade de vida;

2- Espera-se que o contexto onde a pessoa habita tenha uma relação positiva e significativa com a qualidade de vida das pessoas mais velhas;

3- Espera-se que o contexto onde a pessoa habita tenha uma relação positiva e significativa com o social das pessoas mais velhas

4- Espera-se que o contexto onde a pessoa habita tenha uma relação positiva significativa com a Autonomia e Psicológico das pessoas mais velhas

5- Espera-se que o contexto onde a pessoa habita tenha uma relação positiva significativa nas relações familiares das pessoas mais velhas;

6- Espera-se que o contexto onde a pessoa habita tenha uma relação positiva significativa com a independência das pessoas mais velhas;

7- Espera-se que o contexto onde a pessoa habita tenha uma relação positiva significativa com a saúde das pessoas mais velhas;

8 - Espera-se que a permanência das pessoas mais velhas nas suas casas tenha uma relação positiva significativa na autodeterminação e satisfação;

9 - Espera-se que o contexto onde a pessoa habita tenha uma relação positiva significativa com a experiência de autodeterminação e satisfação das pessoas mais velhas;

Participantes

A amostra foi obtida por conveniência e intencionalmente, em dois contextos distintos, no contexto a) institucional e b) nas suas casas, a Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação no concelho de Mafrão foi a instituição que abriu as portas para que este estudo pudesse ser realizado, tanto às pessoas que recebem os seus serviços na Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração, Longa Duração e

Residência Sénior como também às pessoas que recebem um serviço comunitário de Apoio Psicossocial, inseridas no Projeto de Proximidade. Foram realizadas 9 entrevistas semiestruturadas, 5 em contexto institucional (sendo que 2 são do sexo masculino e 3 do sexo feminino) e 4 (3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) em contexto nas suas casas, e aplicados 141 questionários, a pessoas de ambos os sexos, institucionalizados ou a morar nas suas casas, com 65 anos ou mais, de todas as nacionalidades, a viver em Portugal, com ou sem necessidade de cuidados de saúde mais especializados e, para quem habita no contexto institucional, que se encontre a receber esse serviço há 6 meses ou mais.

Instrumentos de Investigação

A investigação proposta desenvolveu-se através da implementação de uma abordagem multi-método, recolhendo informação qualitativa e quantitativa, utilizando a entrevista semi-estruturada e o questionário VITOR QLSE. A utilização desta abordagem vai ao encontro do que a investigação comunitária defende.

Método Qualitativo

Entrevista em Semiestruturada

A investigação proposta ajusta-se à abordagem qualitativa, através da utilização da entrevista Semi-Estruturada (SSI). Este método tem como objetivo abordar, compreender e interpretar os fenómenos em estudo através do conhecimento subjetivo dos participantes (Morse & Field, 1995; McIntosh & Morse, 2015). A abordagem permite explorar os pensamentos, as experiências vividas, sentimentos de pertença, capacidades, relação com a comunidade, significado da qualidade de vida e a procura de soluções para os problemas identificados, sobre o fenómeno em estudo, no decorrer da entrevista. A utilização deste método procurou alcançar as informações necessárias para se atingisse os objetivos delineados.

A SSI permite a recolha de dados de uma forma estruturada e flexível através da participação ativa do/a participante, assim como o estabelecimento de uma relação direta entre o entrevistado e o entrevistador (McIntosh & Morse, 2015). O guião

previamente preparado permitiu orientar o decorrer da entrevista, possibilitando o foco no discurso do/a participante, seguindo as perguntas previamente estipuladas com flexibilidade. Os/As participantes não detinham a obrigatoriedade de responder a todas as questões. (McIntosh & Morse, 2015). Foram selecionados os tópicos-chave, transformados em questões fundamentais para a discussão do tema e, de forma a recolher o significado atribuído às experiências vividas e soluções encontradas pelos participantes, mantendo o foco na interação e na relação. Os delineamentos das questões não tinham uma ordem rígida, mas pretendiam compreender todas as dimensões em estudo. Procurou-se que os participantes tivessem uma postura ativa na procura e delineamento de soluções para os problemas identificados.

O Guião é constituído por 14 temas (Anexo 1), relacionados com os dados sociodemográficos, com o contexto, integração comunitária, necessidades e interesses, independência, soluções, política e com uma pequena reflexão. Este guião pretende entender o panorama vivido pelas pessoas entrevistadas, previstos nos objetivos do estudo, o método possibilita que as pessoas respostas dos/as entrevistados/as sejam diretas a determinado tópico, refletindo a estrutura do estudo. A condução da entrevista depende das respostas dos/as participantes e por sua vez, permite a que haja liberdade nas suas respostas, uma vez que este método é flexível (McIntosh & Morse, 2015).

A análise das entrevistas é caracterizada pela comparação nas respostas em cada uma das perguntas dos/as entrevistados/as, sendo atribuídas categorias (McIntosh & Morse, 2015).

Método Quantitativo - Questionário VITOR QLSE

O questionário VITOR QLSE (Silva, Baptista, 2016), é composto por 48 itens, numa escala de Likert de 1 a 5 (1- muito insatisfeito/a; 2 satisfeito/a; 3- Nem

satisfeito/a nem Insatisfeito/a; 4- Satisfeito/a; e 5- Muito Satisfeito/a), tendo sido acrescentada a opção “0- Não de Aplica” (N/A; 0). Para que se pudesse adquirir dados sociodemográficos, foram acrescentadas questões no início do questionário relacionadas com a idade, sexo, educação, naturalidade e contexto habitacional (Na sua casa; Numa residência/lar; Numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração; Numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração; Na casa de um familiar; Outro), e caso a pessoa se encontrasse a residir em contexto institucional, era questionado “Se vive instituição residencial ou de saúde, há quanto tempo vive neste tipo de instituição?”.

O instrumento abrange as várias dimensões do conceito de qualidade de vida, neste caso das pessoas mais velhas, de acordo com os seguintes domínios: Autonomia (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28); Ambiente/contexto (37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48); Independência física (6, 29, 30, 31, 32, 33, 40); família (8, 9, 10, 11, 34, 35, 36); Saúde (1, 2, 3, 4, 5, 14); e social (12, 13, 15, 16, 17, 26, 27, 38, 39).

O questionário aplicado foi desenvolvido numa perspetiva transcultural que permite medir a qualidade de vida, incluindo todas as suas variáveis, das pessoas mais velhas e fornecer informações acerca do fenómeno em estudo, tendo sido corroborado por Santos & Gutierrez (Silva, Baptista, 2016). A compreensão das limitações das pessoas mais velhas facilita a criação de programas de intervenção mais adequados à população mais velha, sendo um dos pontos fortes. VITOR QLSE é uma escala que avalia a qualidade de vida numa perspetiva multidimensional, refletindo a vida das pessoas mais velhas, tocando em aspetos relacionados com a intimidade, com a morte, com a participação social etc., tendo também em conta as diferenças nas experiências das pessoas perante as diversas fases do envelhecimento, considerou-se a utilização destes questionários devido à sua abrangência nas questões (Anexo 1).

A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, com um nível de significância α definido a 0.05. As variáveis contínuas foram representadas sob a forma de média, desvio-padrão, mediana, mínimo, máximo e amplitude interquartil (Q1-Q3) e as variáveis nominais através da sua frequência relativa (%) e absoluta (n). A normalidade da distribuição das variáveis contínuas foi analisada com recurso ao teste *Kolmogorov-Smirnov*. O teste ANOVA e *Kruskal-Wallis* foram usados para determinar diferenças significativas face às distribuições das dimensões da Escala VITOR QLSE entre

diferentes contextos habitacionais das pessoas mais velhas. O Coeficiente de Correlação de *Spearman* foi usado para correlacionar as pontuações nas dimensões da Escala VITOR QLSE e a idade dos participantes.

Procedimento

Para que se pudesse realizar a recolha da amostra da população que se encontra institucionalizada, foi solicitada a autorização à instituição Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE), tendo sido necessária a aprovação pela comissão de ética da instituição, para isso foi necessário o envio de um e-mail com os objetivos do estudo, o método utilizado e o devido Consentimento Informado (Anexo 3). A recolha dos dados em contexto institucional foi aprovada pela Comissão de Ética, no entanto as medidas de proteção do COVID-19 tinham que ser amplamente garantidas, sendo obrigatório a utilização de farda, máscara P2 e a desinfeção das mãos ao entrar e sair do quarto das pessoas, sempre que se tocava numa pessoa diferente ou em algum material do quarto. Relativamente à recolha de dados das pessoas em contexto de suas casas, foi solicitada a autorização da aplicação de questionário e de entrevistas à coordenadora do Centro de Ação Social (CAS) da ASFE para que se pudesse aplicar os métodos a algumas das pessoas acompanhadas pelo Projeto de Proximidade da instituição.

Após a aprovação do estudo seguiu-se o contacto com as pessoas, primeiramente a recolha de dados foi realizada junto das pessoas em contexto nas suas casas, foram convidadas 4 pessoas a participarem na entrevista, sendo que três são acompanhadas pelo projeto de proximidade da ASFE, e um que participava pontualmente em atividades desenvolvidas nesse âmbito, 3 mulheres e 1 homem. Os convites foram aceites com muita celebração, tendo-me deslocado a cada uma das suas casas em horários combinados com antecipação. Realizaram-se duas entrevistas em horário pós-laboral, uma ao sábado e outra num dia de férias, mas sempre com os meios de proteção adequados. Todos/as os/as participantes estavam sozinhos/as, à exceção de uma senhora que cuida do seu esposo com uma doença neurológica degenerativa. Quando entramos na casa de alguém conhecemos um pouco do seu

mundo, e todos/as os/as participantes fizeram questão de o mostrar, mostrando a casa, fotografias, *hobbies* etc., um pouco de si.

As entrevistas realizadas em contexto de casa antes de se iniciarem formalmente, começavam com a compreensão de como a pessoa estava, a escolha do espaço da entrevista, que era sempre o local como o/a entrevistado/a se sentia mais confortável, a leitura do consentimento informado, esclarecimento de alguma dúvida, e por fim o início. No fim das entrevistas, e após o estabelecimento de uma relação de confiança, geralmente era a altura de conhecer melhor a casa, mostrar algumas fotografias, aquilo que gostam de fazer, um verdadeiro momento de gratidão por permitirem entrar nos seus mundos.

No contexto institucional, o procedimento foi diferente, a investigadora contou com a colaboração da equipa de psicologia na referenciação de pessoas para realizar a entrevista. Neste contexto as entrevistas foram marcadas com os/as participantes num sábado, com um uma semana de antecedência, a serem realizadas no sábado seguinte, exceto uma que foi realizada numa segunda-feira. Aqui dirigi-me aos quartos à hora agendada, sendo que houve necessidade de fazer a alteração do horário de uma entrevista estipulada para o período da manhã, para o período da tarde, porque o participante ainda não tinha realizado a sua higiene. As entrevistas realizaram-se no atelier da Área de Animação Sociocultural nas instalações da ASFE, a familiaridade não era tão evidente como nas pessoas que estavam nas suas casas; no entanto como a investigadora não lhes era uma pessoa totalmente estranha, considera-se que tal facto facilitou o processo de comunicação. Antes de se dar início à entrevista o consentimento informado era lido, e foi garantida a segurança, o anonimato e que não houvesse nenhuma dúvida antes de se dar início. Quando a entrevista terminava agradecia-se a amabilidade e a disponibilidade, referindo a importância do estudo, pelo menos para a investigadora, o que levava a que as pessoas se sentissem “bem” por poderem ajudar. Seguidamente os participantes eram conduzidos novamente para os seus quartos, ou outro sítio onde quisessem ficar, como por exemplo o café existente na instituição. Neste contexto foram entrevistadas 3 mulheres e 2 homens.

Relativamente à recolha de amostra dos questionários os procedimentos já foram mais diversificados. O questionário esteve disponível em formato online, *google forms*, tendo sido partilhado pela rede de contactos da investigadora e na rede social Facebook, mas na sua grande maioria foram aplicados presencialmente (casa a casa/ quarto a quarto) ou através do telefone. A utilização do telefone foi considerada

ser um método mais seguro num momento em que os números do COVID-19 estavam a subir, para garantir a segurança das pessoas, no entanto esta estratégia só foi aplicada às pessoas que se encontram a residir nas suas casas, as pessoas que se encontram a residir na instituição foram todos aplicados presencialmente, com a utilização dos métodos de proteção exigidos pela instituição. Tanto as chamadas como presencialmente, a duração da aplicação dos questionários tinha um média de 50 minutos, mas na sua maioria mais. Foi também um momento onde as pessoas aproveitavam para contarem um bocadinho sobre as suas histórias, muitas das pessoas antes de se iniciar a aplicação do questionário contavam um pouco do percurso das suas vidas, ou então como aconteceu em mais que uma situação, sobre a sua fé. Sempre que uma pessoa era abordada, era explicado o objetivo do estudo garantindo o anonimato. Nos questionários aplicados presencialmente foi utilizado em formato de papel, para transmitir uma sensação de segurança às pessoas. No final do dia, após o regresso a casa, os questionários eram inseridos na plataforma *Google Forms*.

Quando terminada a recolha da amostra do estudo, procedeu-se à transcrição das entrevistas, onde se contou com a ajuda de duas jovens, o que facilitou imenso o processo. Em material de entrevista recolheu-se cerca de 11 horas, e com 141 questionários, que corresponde a cerca de 141 horas.

Após a recolha dos dados procedeu-se à sua análise, onde se chegou às conclusões referidas no atual estudo. Foi utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, na codificação e análise dos dados recolhidos.

Parte IV - Resultados e Discussão

Resultados

Neste estudo foram utilizados dois métodos de recolha de dados, método qualitativo, através da entrevista semi-estruturada, e método quantitativo com recurso

à utilização do questionário VITOR QLSE. Nesta parte são apresentados os resultados provenientes da recolha de dados. Em primeiro lugar, serão apresentados os resultados da análise quantitativa, que serão diferenciados pelo contexto onde residem, e seguidamente os dados qualitativos.

Análise quantitativa

Os resultados obtidos resultam da aplicação de 141 questionários realizados a ambos os sexos e em diferentes contextos que foram comparados, contexto institucional e o contexto das suas casas/familiar, a fim de compreender as diferentes perceções das dimensões qualidade de vida analisadas no questionário.

Na análise da caracterização sociodemográfica da amostra verificou-se uma maior percentagem de participantes do sexo feminino (59,6%; n=84) a amostra do sexo masculino é composta por 40,4% (n= 57), com uma média de idades de 77,3 $77,3 \pm 7,6$ anos (mínimo 65 e máximo 101). Cerca de 54,6% (n= 77) das pessoas vivia na sua habitação, 7,1% na casa de um familiar (n=10), 14,9 (n=21) numa residência/lar, 11,3% (n= 16) numa unidade de cuidados continuados de média duração e 12,2% (n= 17) numa unidade de cuidados continuados de longa duração. Verificou-se um baixo nível de escolaridade global com 57,4% (n=81) de pessoas a terem apenas o 1º ciclo do Ensino Básico, o atual 4ª ano.

TABELA 1 | Caracterização sociodemográfica da amostra.

Variável, % (n)	(n=141)
Sexo	
Masculino	40,4 (57)
Feminino	59,6 (84)
Onde vive?	
Na sua Casa	54,6 (77)
Na casa de um Familiar	7,1 (10)
Numa Residência/Lar	14,9 (21)
Numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração	11,3 (16)
Numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração	12,1 (17)
Nível de escolaridade (concluído)	
1º Ciclo do Ensino Básico (atual 4º ano)	57,4 (81)
2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano anteriormente)	5,0 (7)
3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano anteriormente)	10,6 (15)
Ensino pós-secundário (cursos de especialidade)	2,8 (4)
Ensino secundário (atual 12º/antigo 7º ano)	6,4 (9)
Ensino superior	2,8 (4)
Nenhum	14,9 (21)

A análise descritiva da distribuição das dimensões da escala VITOR QLSE encontra-se representada na Tabela 2. A pontuação total média registada foi de 105,7±25,5 pontos, tendo variado entre 44 e 170 pontos. Apenas a dimensão Autonomia e psicológico e a pontuação total da escala VITOR QLSE apresentaram uma distribuição normal ($p>0.05$) segundo o teste *Kolmogorov-Smirnov*.

TABELA 2 | Distribuição da idade dos participantes e das dimensões da Escala VITOR QLSE.

Escala	Estatística descritiva					Normalidade	
	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Estatística K-S	Valor P
Idade (anos)	77,3	7,6	76,0	65,0	101,0	0,097	0.002
Escala VITOR QLSE							
Autonomia	28,3	9,2	29,0	10,0	47,0	0,070	0.085

Independência	16,5	7,0	18,0	0,0	30,0	0,125	<0.001
Família	16,2	3,9	17,0	3,0	25,0	0,119	<0.001
Saúde	21,9	6,0	22,0	7,0	35,0	0,079	0.031
Social	22,8	5,3	24,0	7,0	35,0	0,100	0.001
Total	105,7	25,5	107,0	44,0	170,0	0,068	0.200

K-S, Kolmogorov-Smirnov; QLSE, *Quality of Life Scale for the Elderly*.

De forma a comparar a qualidade de vida dos participantes entre diferentes contextos habitacionais, nas suas casas/familiar e institucional, os testes ANOVA e *Kruskal-Wallis* foram usados para determinar diferenças significativas entre os grupos (Tabela 3). As pessoas residentes na sua própria habitação apresentaram pontuações mediana significativamente superior relativamente à qualidade de vida familiar (18,0; $p=0.004$) em relação aos restantes contextos habitacionais. As pessoas mais velhas que viviam em casas de familiares apresentaram níveis medianos de autonomia e capacidade psicológica (39,0; $p<0.001$), independência (22,0; $p<0.001$) e capacidade social (26,0; $p<0.001$) em relação aos restantes locais de habitação.

Verificou-se que as pessoas residentes num contexto institucional apresentam valores significativamente mais baixos nas dimensões de autonomia (ERPI: 24,0; UCCMD: 22,0; UCCLD: 18,0), independência (ERPI: 9,0 ;UCCMD: 15,0; UCCLD: 12,0;) e social (ERPI: 20,0; UCCMD: 21,5; UCCLD: 21,0;) comparativamente com as que se encontram residem em habitação própria ou na casa de um familiar. A distribuição obtida na dimensão da saúde foi semelhante entre diferentes contextos ($p=0.097$), sendo que a população residente em UCCMD apresentaram valores mais baixos (18,0). Também não se encontraram diferenças significativas na dimensão da família entre os diferentes contextos (Casa própria; 18,00; Casa de familiar, 22,5; ERPI: 26,0; UCCMD: 15,5; UCCLD 15,0).

A pontuação total mediana da escala VITOR QLSE foi também significativamente superior no grupo de pessoas a residir na casa de familiares (127,5; $p<0.001$), seguidamente as pessoas que habitam em casa própria (119,0).

TABELA 3 | Comparação das pontuações obtidas nas dimensões da escala VITOR QLSE entre diferentes contextos habitacionais.

Escala VITOR QLSE	Local de habitação, mediana (AIQ)					Valor P
	Casa própria	Casa de familiar	Residência/Lar	UCCMD	UCCLD	
Autonomia	32,0 (26-38)	39,0 (30-43)	24,0 (22-29)	22,0 (17-27)	18,0 (13-24)	<0.001
Independência	20,0 (16-23)	22,0 (17-24)	9,0 (5-17)	15,0 (10-20)	12,0 (5-18)	<0.001
Família	18,0 (15-20)	16,5 (15-19)	16,0 (13-17)	15,5 (11-18)	15,0 (13-17)	0.004
Saúde	24,0 (18-28)	22,5 (20-26)	21,0 (20-22)	18,0 (15-22)	21,0 (18-24)	0.097
Social	25,0 (21-28)	26,0 (25-27)	20,0 (16-23)	21,5 (18-24)	21,0 (17-25)	<0.001
Total	119,0 (99-131)	127,5 (107-138)	89,0 (76-110)	89,5 (74-105)	85,0 (78-100)	<0.001

AIQ, Amplitude interquartil; QLSE, *Quality of Life Scale for the Elderly*; UCCLD, Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração; UCCMD, Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração.

O Coeficiente de Correlação de *Spearman* (ρ) foi usado para estudar a correlação entre a idade dos indivíduos e o nível de qualidade de vida através da escala VITOR QLSE. Não encontramos correlações significativas entre a idade dos idosos e as diferentes dimensões da qualidade de vida.

TABELA 4 | Correlação entre as pontuações obtidas nas dimensões da escala VITOR QLSE e a idade dos participantes.

Escala VITOR QLSE	ρ	Valor P
Autonomia	-0,129	0.126
Independência	-0,077	0.363
Família	-0,092	0.275
Saúde	-0,092	0.276
Social	-0,073	0.393
Total	-0,130	0.124

QLSE, *Quality of Life Scale for the Elderly*.

Análise de conteúdo

Foram identificados temas 7 temas principais e significativos no objeto de estudo: o primeiro (dados sociodemográficos) composto por 5 sub-temas (idade, escolaridade, profissão, naturalidade, residência), o segundo (comunidade) composto por 5 sub-

temas (tipo de resposta, duração, comunidade, resposta às necessidades), o terceiro tema (necessidades) composto por 2 sub-temas (necessidades, bem-estar), o quarto tema (independência) composto por 2 sub-temas (gestão financeira, gestão e informação da medicação), o quinto tema (qualidade de vida) composto por 2 sub-temas (definição, influência do contexto onde reside), o sexto tema (soluções) composto por 1 sub-tema (soluções identificadas) e o sétimo tema (política) com 1 sub-tema (auto-determinação) .

O guião da entrevista (Anexo 2) tinha como principal objetivo analisar e comparar a qualidade de vida, as capacidades e o empoderamento das pessoas mais velhas, assim como os níveis de satisfação e auto-determinação entre os contextos na sua casa e institucional (ERPI e UCCLD).

Caracterização das pessoas mais velhas entrevistadas

O primeiro tema identificado na análise das entrevistas foram os dados sociodemográficos. Foram realizadas 9 entrevistas a pessoas mais velhas, com uma média de idade de 82 anos (70-90), residentes em dois contextos distintos, em contexto nas suas casas e institucional. As pessoas mais velhas (n=4) entrevistadas e residentes nas suas casas, grande parte encontravam-se inseridas no projeto de proximidade desenvolvido na freguesia da Encarnação, Mafra, com a exceção de um elemento, que participava pontualmente em algumas das atividades desenvolvidas. Em contexto institucional a amostra foi recolhida na grande sua maioria a pessoas a residir numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração (UCCLD) (n=4), com a exceção de uma pessoa que se encontra a residir num contexto de ERPI.

Três das pessoas entrevistadas que se encontravam a residir nas suas casas são do sexo feminino e uma do sexo masculino, relativamente às pessoas que residem em UCCLD e em IRPI, 3 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

O nível de escolaridade da amostra é muito diversificado: 1 pessoa sem frequência no ensino; 4 com o 3º Ciclo do Ensino Básico; 2 com o 3ª ano do ensino básico; e 2 com o ensino superior.

Relativamente à profissão da amostra temos representadas: 2 na agricultura, 1 na limpeza do Palácio Nacional de Mafra, 1 Secretária, 1 Educadora Social, 1 Topógrafo, 1 Venda de frutas; 1 Pintor de Carros e 1 nas Relações Públicas.

Atualmente encontram-se todos a residir no concelho de Mafra, na freguesia da Encarnação, sendo que são naturais de: 3 do concelho de Mafra; 2 no distrito de Torres Vedras; 1 do Minho; 1 Pombal, 1 Idanha-a-Nova e 1 de Lisboa.

Dados Biográficos					
	Idade	Escolaridade	Profissão	Naturalidade	Residência
E1_COMU, género feminino, 84 anos	84 anos	3º ciclo	“Era limpar o palácio”;	Encarnação	Casa própria
E2_COMU, género feminino, 85 anos	85 anos	Curso Superior	“Educadora social”;	Barril	Casa própria
E3_COMU, género feminino, 79 anos	79 anos	3ª classe	“Trabalhei no campo”;	Assenta	Casa própria
E9_COMU, género masculino, 84 anos	84 anos	5ª ano antigo	“Topógrafo”	Idanha- a-nova	Casa Própria
E5_INS, género feminino, 70 anos	70 anos	9ª ano incompleto	“Secretária”	Ponte Rol	UCCLD
E6_INS, género masculino, 82 anos	82 anos	3ª classe	“Agricultor”	Santo Isidoro	UCCLD
E7_INS, género feminino, 85 anos	85 anos	Sem estudos	“Eu andei na venda, vendia fruta”	Minho	UCCLD
E8_INS, género masculino, 80 anos	80 anos	4ª classe	“Pintor de automóveis.”;	Pombal	UCCLD

E11_ERPI, género feminino, 90 anos	90 anos	Ensino Superior	“Relações Publicas”	Lisboa	ERPI
---	---------	-----------------	---------------------	--------	------

Tabela 5 - Dados biográficos das entrevistas realizadas

No segundo tema, comunidade, tinha como objetivo a compreensão de como era a comunidade onde a amostra se inseria, assim como as respostas disponíveis às suas necessidades. A maioria das pessoas que se encontravam a residir nas suas casas encontravam-se inseridas no projeto de proximidade (n=3) desenvolvido pelo Centro de Ação Social na Freguesia da Encarnação. Este serviço desenvolve um trabalho de proximidade junto da comunidade e, em particular, junto das pessoas mais velhas, realizando apoio social, visitas domiciliárias, apoio informativo, acompanhamento às consultas médicas e atividades que vão ao encontro dos interesses e necessidades das pessoas que acompanha. Este serviço foi definido pelas/os como *“dar apoio moral”* (E3_COMU) ou como uma oportunidade de realizarem atividades de convívio, nomeadamente religiosas *“vinham-me buscar para a missa, para o terço, festinhas que lá havia na residência e tínhamos o lanche, nunca saíamos de lá”* (E1_COMU), *“podíamos sair, de vez em quando, dar uma volta, almoçar em qualquer lado e já era apoiozinho pequeno, mas gostávamos”* (E2_COMU). Identificou-se um grau de satisfação e valorização com as atividades dinamizadas e pelo suporte recebido. No entanto, verificou-se que o discurso relacionado com as atividades, mencionadas, de convívio é tido no passado. Devido à situação pandémica estas atividades foram paradas.

Relativamente às pessoas mais velhas que se encontravam a viver numa instituição (UCCLD e IRPI) definiram a instituição como sendo boa e familiar. O discurso presente nesta amostra, está muito direcionado para os cuidados de saúde, cuidado com corpo (higiene). embora muitas destas pessoas tenham a expectativa de se manterem a receber este serviço. *“É boa, acho é para todo o jeito, cortam-me as unhas, dão comer, dão de beber água é a estimação que nós temos cá, somos estimados, dão me banho tudo, tudo bem arranjadinho, cama feita, tudo de melhor, isto aqui é do melhor”* (E6_INS).

É também percebido como um local de esperança, direcionado especificamente para os Cuidados Continuados em comparação com o tipo de resposta ERPI, onde foi referido que *“E os cuidados continuados ainda têm uma esperança de vida.”* (E5_INS)

As pessoas que se encontram a viver nas suas casas suas definiram a comunidade onde estão inseridas como sendo um local familiar e de inter-ajuda, com apoio caso necessitem de ajuda. *“Familiar”*; *“se a gente precisar por exemplo, a gente precisa de uma coisa, e fulana tem, se pedir emprestado eles emprestam uns aos outros”*; *“São assim, servimos umas às outras.”*; E1_COMU, *“No outro dia, ele (esposo) fugiu e vieram logo cá pessoas com ele para trazê-lo.”* E3_COMU.

Uma das dificuldades que algumas pessoas mais velhas têm na comunidade são as mudanças, não só do ponto vista da organização do espaço como das pessoas que nelas se inserem. *“Não não é fechada, mas já foi muito mais aberta. Nos tempos em que eu era nova e assim havia muito mais”* *“Era muito solidária, muito muito. Hoje em dia já não são, mas ainda se falam todos, porque a pessoa conhece fala”* E2_COMU. Neste testemunho foi notado algum grau de descontentamento com estas mudanças, que parece atingir principalmente a socialização e o grau de confiança.

Outro testemunho, a residir numa outra localidade e comunidade referiu que *“Não, muito isolada. Digamos, pouco comunicativa, muito pouco.”*, apresentando como principal motivo da falta de comunicação na comunidade a dispersão com que as casas se encontram *“não há essa possibilidade da comunidade se poder reunir para poder fazer qualquer coisa nesse sentido, poder se criar um espírito de entreajuda entre nós, não há essa possibilidade por serem dispersos”*; E9_COMU.

Os cuidados de saúde são o tipo de resposta identificada com maior expressão nas pessoas que se encontram a residir em contexto institucional. As respostas mencionadas passam pelo apoio e organização na ida às consultas e outros serviços focados na manutenção da saúde, um local adaptado às suas dificuldades motoras e, o cuidar, ajudar, “tomar conta” e dar atenção à comunidade que nela reside, descrito nos seguintes testemunhos: *“As minhas necessidades. É ter consultas. Ter atenção a esse pormenor. Levar-nos naquele dia e essa é uma das principais coisas que nós estamos aqui exatamente para ter um acompanhamento das coisas que nós precisamos de ter”*;

“A gente precisa da ajuda das outras pessoas. Precisamos. É uma parte essencial. É. A gente precisa. Dá-nos vida.”; E5_INS, ou “vim para um lar para ter essa atenção.” E11_ERPI.

Quando as pessoas se encontram a experienciar mobilidade reduzida muitas vezes não têm casas adaptadas às suas funcionalidades, sendo um dos motivos as levam a optar por uma resposta direcionada para a institucionalização. *“não! Aqui estou melhor do que na minha casa”; “pois a minha casa, eu não posso andar, e a minha casa é só escadaria”; E6_INS.*

Não houve nenhuma pessoa que tenha mostrado algum descontentamento específico para com a instituição ou com o tipo de cuidados que recebem, no entanto referem não ter outra opção, ou seja, não é algo que considerem gostar na sua plenitude, e sim como uma consequência das suas necessidades do ponto vista da saúde. *“gosto, que remédio tenho eu”; E6_INS*

A pandemia foi um fator que contribuiu para a perda da liberdade no País, no Mundo, e nas instituições não foi diferente, por ser uma medida de combate ou prevenção da propagação do vírus COVID-19. No entanto apesar da perda de algumas liberdades, em contexto institucional, foi considerado por uma participante que pode fazer o que quiser. *“não tenho, não tenho liberdade, já cheguei a sair até vir o convívio (Covid)”; “posso andar à vontade, não me dizem nada, não, não sou proibida de nada. Nunca me proibiram de nada”; E7_INS*

A identificação das necessidades da pessoa mais velhas são o que compõem o terceiro tema identificado. Aqui observou-se que a necessidade de poderem estabelecer relações sociais, de participar em convívios e passeios são gerais em ambos os contextos. *“para o convívio, é mais ... não é tanto a necessidade que nós temos... é o convívio”; E6_INS; “Faz-nos falta o convívio. Também muito importante. Mas, gosto muito de estar cá.”; E5_INS*

“Olhe por exemplo como no dia em que fomos a vacina! Por um lado, senti-me triste, um bocadinho de recordar os sítios que eu ia”; E2_COMU

Em contexto de pandemia, algumas pessoas adaptaram-se a uma nova realidade, mesmo que provisória, onde o isolamento físico também era uma

necessidade de auto-proteção, mas não necessariamente o isolamento social, como podemos ver neste testemunho *“As pessoas ligaram para mim, eu também telefonava para outras pessoas”*; E1_COMU.

A aprendizagem ao longo da vida, acompanhamento da informação e a possibilidade de viver novas experiências também foram identificadas como necessidade que contribuem para o bem-estar. *“Gosto de aprender, é mesmo isso. É bom, a gente até morrer aprender. Saber mais, gostava de ter estudado mais, isso gostava.”* E3_COMU, *“Sim, gosto a um programa que é os portugueses imigrantes, conheci vários países, mas há muitos que eu não fui”* E2_COMU.

“Olhe o que eu gosto de fazer como já viu, muita coisa, gosto de viajar, gosto de fotografia, de fazer bricolage...”; E9_COMU

A leitura, trabalhos manuais/costura e jogos individuais, também foram identificadas como uma necessidade essencial para a manutenção do bem-estar e um sentimento de auto-realização (“fico mais preenchida”), inclusive a participação em atividades de cariz religioso. *“Estou sempre a ler, porque tenho sempre livros para ler. Tenho tido vários romances. E continuo a ler.”*, *“Tenho ido ao terço e à missa. - Sim, contribui para o meu bem estar, pois com certeza.”*; E11_ERPI E *“Palavras cruzadas, sopa de letras. Para estar entretido, pronto.”* E9_INS, *“O que eu gosto muito, muito de fazer... arraiolos. ” Fico mais preenchida!”*; E1_COMU

A necessidade de as pessoas mais velhas se manterem ativas é bastante expressiva nesta pequena amostra. *“É sim, sim, é bom, então, parar é morrer, já viu isso?”*; E3_COMU

Sendo que, quando lhes foi questionado “o que é que gosta de fazer e considere uma necessidade?”, às pessoas em contexto institucional, algumas respostas relacionaram-se bastante com o período das suas vidas anterior à institucionalização, quando se sentiam mais ativas. *“Era uma enxada a cavar e arranjar a horta, cenouras batatas, milho.”*; E6_INS, *“Olhe, trabalhar. É uma necessidade.”* E5_INS. O que se identificou a necessidade de as pessoas mais velhas se sentirem uteis, de poderem continuar a contribuir e de fazerem aquilo que gostam. *“Que ainda sou útil. É isso que eu gosto.”* E9_COMU

A permanência nas suas casas também foi um fator identificado como sendo uma necessidade, e que contribui para o seu bem-estar. No entanto este fator não foi

identificado neste tema nas pessoas mais velhas que se encontram a residir numa instituição. *“Eu estou na minha casa, tou bem, as pessoas podem não se sentir bem, mas eu sinto-me cá bem.”*; E3_COMU

Relativamente ao tema 4, independência, verificaram-se maiores diferenças entre os contextos, nas suas casas e institucional. Todas as pessoas que viviam nas suas casas geriam o seu dinheiro e a sua medicação, e estavam informados sobre a medicação prescrita, mesmo que necessitem do apoio de algum familiar/serviço para as poderem adquirir. Relativamente à gestão do dinheiro, apenas uma pessoa disse que era a filha, por ser mais conveniente devido à sua profissão. O que se verificou um maior nível de controlo. *“Sou eu é que oriento os meus medicamentos e tome aquilo de manhã à noite sempre sozinha, não tenho ajuda de ninguém, aliás quando eu preciso peço ajuda, mas por enquanto consigo.”*; E1_COMU, *“Não, isso é a minha filha, como ela está lá no banco ela é que tem o meu cartão de multibanco, ela é que faz as compras e ela”*; E2_COMU, *“Eu leio os rótulos todos.”*; E3_COMU

“Faço toda a minha vida, até agora, felizmente sem precisar de ajuda” E9_COMU

Num contexto institucional a gestão da medicação é feita pela equipa de enfermagem, e a gestão do dinheiro pelos familiares/responsáveis/profissionais. No entanto algumas pessoas estavam informadas sobre a quantidade de medicamentos, o período em que os tomam e o que estavam a tomar.

Referente à medicação: *“a medicação... é 3 na parte da manhã, 3 ao meio-dia, 5... 4 à noite e duas bisnagas”*; E6_INS *“é ali as enfermeiras”*; E7_INS

Referente à gestão financeira: *“as minhas filhas têm a preocupação de gerir o meu dinheiro.”*; E11_ERPI, *“Desde que me aleijei, desde que estou no hospital, nunca mais vi o dinheiro. Entreguei o cartão ao meu filho e é ele que gere isso.”*; E8:INS

“Não, não. Tenho os filhotes. É sim. Os meus filhos...foi preciso dar.”; E5_INS

A qualidade é um conceito multidimensional, que pode ser influenciada por diversos fatores. Numa perspetiva empoderadora considerou-se que foi importante questionar “para si, o que é qualidade de vida?”, para compreender a perceção de qualidade de vida das pessoas mais velhas, é necessário questionar às pessoas mais

velhas, incluindo-as no avanço das ciências e na luta e manutenção dos direitos. A qualidade de vida foi identificada como o tema 5.

Tal como aconteceu no tema 3, necessidades, também foi identificado como um fator importante para a qualidade de vida as relações sociais e o convívio, assim como a permanência nas suas casas, a liberdade e o controlo nas suas vidas. Neste tema não se registaram diferenças entre diferentes contextos.

“Qualidade de vida andar satisfeita com aquilo que tenho com aquilo que faz que é o que se passa comigo, há pessoas que dizem “tens a casa tão vazia” sou tão feliz, sinto-me tão bem na minha casa é o Cantinho melhor que eu tenho na minha vida, a minha casa com o que eu tenho estou feliz” E1_COMU

“Eu sei lá, nem sei que lhe diga, ser livre. Não é? Ser livre, fazer aquilo que gosto. Para si, o que é qualidade de vida para si?”; e “Acho que sim. Aqui se eu quiser tomar banho a uma hora tomo, se quiser tomar banho a outra “E3_COMU,

“viver bem com a família com as pessoas e os amigos.”; E2_COMU,

“Qualidade de vida é conversar com uns e com outros, que é para passar o tempo.”

E6_INS, *“Olhe, era estar em casa com a minha mulher”;* E8_INS

“bem-estar... se pudesse bem-estar era estar na minha casa, mas como não pode ser é aqui e pronto”; E7_INS

Aspetos relacionados com a saúde mental e física, também se verificou ser importante para a qualidade de vida. *“Qualidade de vida? É ter a minha cabeça boa. Ter o cérebro bem claro. Qualidade de vida é o que eu tenho tido.”;* E11_INS,

“Olha, é não estar coxo. Também não estava aqui.”; E8_INS

Outro fator identificado que contribui na perceção de qualidade de vida são as questões relacionadas com o dinheiro. O dinheiro que também pode significar a possibilidade de usufruto de maiores experiências, melhor alimentação e uma questão de justiça (“condigna”). *“Sim é, uma casa como lhe disse a pessoa teria outra qualidade, independentemente de ter um bocadinho mais de dinheiro para poder ter uma alimentação mais condigna, e acho que isso era o ideal para eles serem mais felizes.”;* E9_COMU, *“Qualidade de vida é a pessoa ter tudo e à sua disposição. É assim que eu acho que é a qualidade de vida. É a pessoa ter dinheiro, ter quem lhe faça o trabalho, ter assim as coisas todas à modo de semear.”;* E5_COMU

Um dos objetivos deste tem, qualidade de vida, era entender se o contexto onde se reside influência na perceção de qualidade de vida.

As pessoas que residem nas suas casas referiram que era um ponto importante, que foi ao encontro do que consideram ser qualidade de vida na pergunta anterior.

“Sinto a qualidade de vida assim.” E1_COMU, “Se tivesse a casa melhor tinha, se o telhado não tivesse roto... Se tivesse o telhado bom e assim e a casa mais arranjadinha pelo menos um bocadinho melhor. mas eu sinto-me bem a mesma na minha casa, se eu quiser fazer, partir um bocadinho partido, arranjar arranjo.”

E3_COMU,

“Se tivesse a casa melhor tinha, se o telhado não tivesse roto... Se tivesse o telhado bom e assim e a casa mais arranjadinha pelo menos um bocadinho melhor... mas eu sinto-me bem a mesma na minha casa, se eu quiser fazer, partir um bocadinho partido, arranjar arranjo.” E9_COMU.

Relativamente às pessoas que se encontram a viver numa instituição, as respostas já não foram tão consistentes com o que mencionaram na pergunta anterior. Verificou-se uma relação entre a qualidade de vida com saúde e os cuidados básicos, percecionado como alto que tem que ser, e que poderia ser pior. Não se tendo obtido grande objetividade nesta resposta.

“Isso era muito dinheiro. Deixe estar como está, não está nada mau.” E5_INS,

“aqui está boa, passa-se o dia rápido, passa-se bem. Temos de comer, beber...e temos comprimidos para a saúde” E6_INS,

No entanto um do participante residente numa instituição, referiu que teria melhor qualidade de vida na sua casa, considerando este um fator importante para o seu bem-estar. *“Ah tinha melhor, tinha melhor” E7_INS.*

O tema 6, soluções, teve como foco a procura de soluções para os problemas identificados pelos participantes em relação aos desafios, dificuldades e necessidades com que as pessoas mais velhas se deparam, assim como as suas opiniões e perceções.

Os contributos das/os participantes na procura das soluções, foram as seguintes: a) Visitas Domiciliarias, em particular pela comunidade mais jovem, com o intuito de conversar, cuidar, acarinhar e terem em atenção às suas necessidades; b) o convívio, lugares onde se possa estabelecer relações sociais; c) Reaproveitamento de recursos/edifícios antigos na comunidade, como por exemplo escolas antigas, e torná-los Centros de Dia, para as pessoas poderem ter um local de encontro no sítio onde moram, facilitando assim a deslocação; d) Uma espécie de comunidade de pessoas

mais velhas, onde pudessem ter algum acompanhamento para não estarem sozinhas, mas que se mantivessem em casas individuais a fazer aquilo que desejassem; e) Criação de medidas que dessem mais condições e possibilidades de as pessoas poderem continuar a viver em/nas casas, e não serem direcionadas para as instituições, mesmo que significasse terem acesso a uma nova casa, com mais condições habitacionais e mais inseridas na comunidade e, caso necessário, não terem que pagar renda, ou que fosse de acordo com os rendimentos. Uma solução similar ao *Housing First*; f) Aumento das reformas; g) Promoção do *Advocacy* (lutar pelos direitos); h) Arranjar espaços de convívio ao ar livre, nomeadamente um jardim; i) Sensibilização da comunidade para o preconceito relacionado com a idade (*ageism*).

“Olha eu acho que era muito importante para as pessoas idosas que estão mais em casa, era aparecer uma pessoa, fosse de que classe fosse, mas fora daqui do ambiente não é, então como é que tá como é que tem passado precisa de alguma ajuda? Não quer dizer que faz ajuda com dinheiro, com comida, com roupas com isso. Alguma ajuda porque um bocadinho de companhia dá uma ajuda muito grande, e falar para a pessoa porque eu sinto porque eu estou aqui fechada, e parar uma pessoa e falar um bocadinho eu já me sinto mais preenchida porque é super importante aparecer uma pessoa e falar “está em casa? Quer alguma ajuda? Precisa de alguma coisa?” Alguma coisa, alguma coisa.”; E1_COMU

“gosto de tudo de conviver, e as visitas eu agradeço muito mas também se vem tão boas ou piores que eu e só falam de doenças eu ainda fico pior, dou-me melhor com a gente nova, os Novos é que não querem gostar, já somos tão velhos”; E2_COMU

“se na Assenta abrissem aquilo para as pessoas de idade irem levar todos da escola e fizessem um Centro de Dia para as pessoas, cada comunidade devia ter os seus, né? um convívio, estar ali todos juntos, né?” E3_COMU

Num pequeno grupo de pessoas, conseguimos encontrar um conjunto de soluções para o que consideram ser importante para a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Grande parte das medidas relacionaram-se com a permanência nas suas casas ou de possibilitar condições para que possam estar num lugar harmonioso e adequado aos seus desejos, mantendo assim a independência e o controlo nas suas

vidas. A criação de espaços de convívios locais, não só se relacionam com a facilidade de acesso, como na possibilidade de poderem conviver com as pessoas com que têm relações estabelecidas, usufruindo assim da sua liberdade de poderem ou não frequentar, revelando assim a importância do sentimento de comunidade. Um dos problemas de Portugal são os baixos rendimentos, e uma grande percentagem das pessoas mais velhas vive com rendimentos muito baixo para poderem fazer frente às suas despesas. As visitas domiciliárias, mais uma vez, relacionadas com a permanência nas suas casas, mas a procura de estabelecer ligações com outras pessoas, particularmente com a comunidade mais jovem, podendo ser este um espaço de partilha de aprendizagens. A luta pelos direitos, o ser visto, revela que esta é algo que procuram, e que sentem uma maior invisibilidade devido à idade.

“Eu, para mim pessoas que não tivesse ninguém. E não quisesse assim como eu não quero, mas eu podia vir alguém que quisesse uma casa para eles irem para lá todos. Eu às vezes digo assim para a minha filha “olha podia haver uma fila de casinhas, cada uma fazia aquilo que gostava de fazer. Uma gostava de costurar, costurava, outro gostava assim de trabalhar, trabalhava, pronto cada um fazia aquilo que queria, mas serem separados.”; E3_COMU

“O que eu faria era criar possibilidades, não de as meter em instituições, mas criar possibilidades de fazerem uma vida mais em comunidade, deslocá-los dali, mas dar-lhes uma independência, por exemplo dar-lhes uma casa com todos os requisitos, não é?”; “Nem que não pagassem rendas, ficassem isentos de pagar rendas, porque não têm reformas compatíveis para isso, sabe dar-lhes uma qualidade de vida, é isto que me preocupa primeiro.”; E9_COMU

“Trabalhar mais, no caso de me dedicar mais aos velhotes. Dar aos velhotes mais uma reformazinha.”; “Lutar para ter os direitos completos. E a gente não faz caso, não faz caso, mas devemos fazer caso.” E5_INS

“a comida e o tratamento... e ver as pessoas, falar às pessoas, olhassem para elas...”; “ah então espere aí, o senhor está a dizer que: pagava a pessoas mais novas para ir visitá-las às casas para ver como é que elas estão e do que precisam? E6_INS

“Olhe era fazer lá um jardimzinho”; E7_INS

O último (7) tema identificado, política, este é um ponto fundamental para complementar o tema anterior (6). Aqui o objetivo entender o grau de auto-determinação de cada uma das pessoas, e a criação de um espaço de reflexão onde as suas opiniões pudessem ser ouvidas e valorizadas.

Foi-lhes questionado o seguinte *“se tivessem a oportunidade de poder falar sobre este tema com o António Costa, Marcelo Rebelo de Sousa ou ainda o presidente da Câmara ou junta de freguesia o que lhes dizia?”* Aqui foi-lhes dada a possibilidade de escolherem um representante.

Aquilo que pretendiam transmitir aos líderes políticos foi ao encontro das necessidades e das soluções mencionadas no decorrer da entrevista/conversa. Referiram que diriam aos líderes que se aproximassem mais da população com algum carinho, com palavras de reconforto, e que valorizassem as pessoas mais velhas.

“Dizia a eles que eles se dedicassem, lembrassem-se dos velhotes, as pessoas de idade, e não esquecer os miúdos, as crianças. Também há tantas a sofrer. Pois há.”; E5_INS.

Dizia a eles exatamente isso das pessoas mais velhas, e dos jovens, somos duas classes digamos assim estão em meu entender em dificuldade de poderem, o jovens porque não podem construir a sua família e sonhar com o futuro, e os idosos terem um final de vida mais contigo e uma melhor qualidade de vida, é isso que eu faria se tivesse no lugar deles.”; E9_COMU.

Referiam também a importância de ter profissionais com experiência e formação ao lidarem com as pessoas mais velhas. *“É como pessoas bem informadas e que também não põe os estagiários, eu também não digo estagiários, mas pessoas que tenham acabado curso e se vir que não tem experiência nenhuma ainda de vida, que isso interessa muito”* E2_COMU. E que aumentassem a quantidade de pessoas/profissionais a acompanhar a população mais velha. *“Haver mais pessoas destinadas a acompanharem as pessoas. Haver mais pessoal para estarem sempre a acompanhar as pessoas de idade.”*; E11_ERPI

Que organizassem momentos de convívio e oportunidades para passear e se conectarem com outras pessoas. *“dizia-lhes motivos para eles levarem a gente para passeios”*; E6_INS

Reforçavam a importância do aumento das reformas, e na importância de ter mais oferta pública local/comunidade de serviços de saúde. *“Eu dizia para ajudar a gente. Quem tem as reformas mais pequeninas, fazer mais alguma coisa e tal.”*; E3_COMU

“Pois, ter o médico de família. Mas se a gente precisar assim um... pronto, assim como... pronto o dentista, para mim é mais o dentista, agora as outras coisas, assim o especialista da perna também tenho que pagar” E3_COMU

E ainda a importância de ouvir e estar. *“Está certo aquilo que está a dizer, mas outras pessoas, um grupo de pessoas não dão ouvidos aos mais... Não ligam nem dão valor ao que as pessoas mais velhas dizem. É um ponto importante! Para mim, é dos mais importantes.”*; E2_COMU

“olá, eu hoje estou a fazer aqui companhia vocês! Precisando de alguma coisa precisam da minha ajuda falem comigo? “Só uma palavra que seja só uma palavra um ar de riso faz tão bem tão bem a qualquer pessoa. E1_COMU

Discussão dos Resultados

A sociedade encontra-se a enfrentar vários desafios, entre os quais o envelhecimento demográfico (Rodrigues, 2018; Fonseca, 2021). Grande parte da população mais velha encontra-se a envelhecer nas suas casas, no entanto os serviços direcionados para esta população continuam a ter um forte investimento na institucionalização (UCCI e ERPI) (Fonseca, 2021). Vários estudos indicam que as pessoas mais velhas desejam permanecer nas suas casas durante o mais tempo possível, assim como o desejo de se manterem autónomas, ter controlo sobre as suas vidas e a manutenção das relações sociais (Fort, 2009; Nyqvist, Cattan, Andersson,

Forsman, Gustafsson, 2013; Koelen, Eriksson, Cattani, 2017; Leeuwen et al., 2019; Means, 2007; Fonseca, 2021)

Segundo a OMS/WHO (2002), o envelhecimento é definido como “o processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida no envelhecimento”.

Este estudo teve como principal objetivo analisar as várias dimensões da qualidade de vida das pessoas mais velhas em dois contextos diferentes, nas suas casas/famíliares e numa instituição, comparando a percepção da qualidade de vida com recurso a dados quantitativos, questionário VITOR QLSE, e qualitativos, entrevista semi-estruturada, facilitando a compreensão dos vários níveis de satisfação e das experiências de auto-determinação em ambos os contextos.

A procura de soluções para os problemas identificados é outro foco neste estudo, com recurso às suas experiências de vida, dos seus desejos e perspetivas decorrentes do contexto onde se encontram a viver.

Segundo os dados obtidos neste estudo, as pessoas percebem melhor qualidade de vida quando se encontram a residir em casa própria ou na casa de um familiar, de acordo com várias dimensões da escala VITOR QLSE (2016), com a exceção da dimensão da saúde e família, sem diferenças significativas. No entanto, as pessoas que se encontram a viver com os seus familiares apresentaram níveis medianos mais elevados nas várias dimensões, com exceção da dimensão da saúde e família, comparativamente com os restantes locais de habitação.

A permanência das pessoas mais velhas nas suas casas e comunidade, são sinónimo de vários simbolismos, em particular com o sentimento de pertença (Ebrahimi, 2013; Bergland, Narum, 2007; Borglin, Edberg, Rahm Hallberg, 2005; van Leeuwen et al., 2019).

Na dimensão família não se encontraram diferenças significativas nos diferentes contextos (Tabela 3). Pode-se observar que os contextos nas casas dos familiares e seguidamente das suas casas influenciam positivamente a qualidade de vida das pessoas, o social, a autonomia e o psicológico, as relações com os familiares e a independência. Segundo vários autores, a família, na sua maioria, são relações com significado, acrescentam valor à vida das pessoas mais velhas, sendo estas

também um lugar de suporte e amor (From I, Johansson I, Athlin, 2007; Horder (pontinhos no o), Frandin (pontinhos no A), Larsson, 2013; Puts, et al., 2007; van Leeuwen et al.,2019)

Nas entrevistas realizadas o tema da comunidade foi identificado, relativo também às respostas às suas necessidades, as pessoas mais velhas que se encontravam a viver nas suas casas relataram que o serviço recebido realizava momentos de convívio, prestava apoio na participação em atividades religiosas, foi também definido como um “apoio moral”. A caracterização deste serviço foi muito direcionada para a participação social. Caracterizam também a comunidade onde vivem como sendo familiar, solidária caso necessitem de alguma coisa, no entanto também foi referido como “já foi mais” familiar, ou ainda dispersa e pouco comunicativa. As comunidades têm vindo a sofrer mudanças, no entanto também pode estar relacionado com a perda da rede social que antes tinham. Relativamente às pessoas que se encontram a viver numa instituição também a caracterizavam como sendo familiar, que asseguram os cuidados de saúde e de higiene. Uma participante a residir numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração há mais de 8 anos, referiu que a permanência neste tipo de cuidados são “uma esperança de vida” ao contrário de um ERPI, pelo facto de ser percecionado como sendo o fim de vida, enquanto numa UCCLD as pessoas ainda se encontram a receber cuidados terapêuticos, como por exemplo fisioterapia e terapia ocupacional, ou outras caso seja uma necessidade. A organização das consultas médicas também foi um fator salientado como sendo uma resposta essencial. Relativamente dimensão da saúde e a partir dos questionários recolhidos, não se verificaram diferenças significativas entre os diferentes contextos, poderá estar relacionado com a média (77,3) de idades dos participantes do estudo, ou pela perceção da saúde.

Segundo van Leeuwen et al., (2019), a qualidade de vida também se relaciona com permanência nas suas casas desenvolvendo um sentimento de pertença às suas habitações (*meaning of home*), as casas são lugares agradáveis e familiares repletos de histórias, valores e objetos simbólicos e com significado, na comunidade (Ebrahimi , 2013; Bergland, Narum, 2007; Borglin, Edberg, Rahm Hallberg, 2005; van Leeuwen et al.,2019). As casas são lugares onde as pessoas estabelecem ou mantêm as suas relações sociais, com maior independência e menor probabilidade de experienciar

depressão, pois grande parte das pessoas deseja manter-se independente a viver nas suas casas, sendo este um local onde as pessoas têm um maior controlo nas suas vidas, uma perceção mais positiva em relação à sua vida, assim como na perceção com os objetivos e expectativas (Bigboy, 2004, 2008; Elison, White, Chapman, 2011; Mello, Durme, Macq, Declerc, 2012; Bilsen, Hamers, Groot, Spreeuwenberg, 2008; WHO, 2002; Campos, 2015; WHOQOL, 1995; Medeiros, et al., 2020).

No entanto, muitas das dificuldades referidas em contexto de entrevista das pessoas que se encontram a viver numa instituição relacionava-se a falta de condições habitacionais adequadas às suas necessidades. Os autores Hyduk & Moxley (2008), mencionam a importância que os profissionais compreendam junto das pessoas mais velhas quais são as suas insatisfações, quer ao nível ambiental quer estrutural, e em conjunto, utilizando uma intervenção empoderadora, deve ser trabalhado aquilo que se pode e deve de mudar, a fim de dar resposta às necessidades das pessoas e consequentemente um maior nível de satisfação. Refere ainda que é necessário que a pessoa deseje mudar as barreiras ou frustrações identificadas. Segundo Stephens, Breheny & Mansvelt, (2014), as capacidades são um ideal a atingir para que a sociedade se torne mais justa no ponto de vista da saúde, o objetivo não é a exclusão das pessoas mais velhas do contexto, seja por não teres capacidade financeira, por não terem transportes adequados às suas necessidades ou opção de escolha, o objetivo é a integração das pessoas no contexto (Scharlach, 2012).

De um modo geral, as pessoas que participaram neste estudo relataram a importância dos momentos de convívio, tanto em contexto institucional como as que se encontram a viver nas suas casas. Esta necessidade pode estar agora mais evidente também devido ao isolamento físico imposto devido à pandemia COVID-19, que ainda se mantém, especialmente em contexto institucional. A dimensão social apresentou diferenças significativas entre os diferentes contextos de residência, podendo estar relacionado com as diferenças de oportunidades que as pessoas têm em poderem ser mais ativas socialmente. Relativamente aos dados quantitativos recolhidos observou-se que o contexto onde as pessoas moram influencia significativamente no social das pessoas mais velhas, sendo que no contexto na casa de familiares e nas suas casas apresenta uma influência positiva do que em contexto institucional.

Segundo Medeiros et al., (2020), as pessoas que se encontram a viver numa instituição têm uma maior prevalência de desenvolverem uma síndrome depressiva, uma vez que as relações com os familiares e amigos estão mais distantes, encontrando-se numa situação de terem menos oportunidades de estarem em contacto com as suas redes social. A qualidade de vida também é afetada pela falta de oportunidades de poderem participar em atividades que sejam do interesse das pessoas mais velhas (Kuok, Li, et al., 2017; Bodur, Dayanir, 2009; Even-Zohar, 2014; Medeiros, et al., 2020).

No entanto nenhum participante no estudo mostrou descontentamento direto por se encontrar a viver numa instituição, afirmando que necessitavam dos cuidados de saúde e que não teriam condições habitacionais e financeiras para voltarem para as suas habitações. As necessidades de convívio e de serem mais ativos não são tão valorizadas quanto os cuidados de saúde, embora tenham referido como sendo uma necessidade e parte integrante da qualidade de vida. Relativamente às pessoas que viver nas suas casas também referiram a necessidade de momentos de convívio, mas que antes da pandemia realizavam atividades com o serviço que as acompanha, mostrando algum grau de satisfação com as atividades que realizavam.

Viver na comunidade promove a participação social, a implementação e a generalização de serviços comunitários com um foco nas necessidades e nos desejos, empoderando-as, sendo um contributo para o bem-estar (Murphy, Cooney, Shea, Casey, 2009; Bowling, et al., 2003; Koelen, Eriksson, Cattan, 2017; Alley, 2008; van Leeuwen et al., 2019; Hyduk, Moxley, 2008). O sentimento de comunidade e o suporte social pode ser uma influência importante na saúde mental e física. A comunidade é um lugar onde se pode criar conexões que têm benefícios no bem-estar percecionado, o que pode potenciar para que seja uma comunidade mais feliz, com menos preocupações e solidão (Davidson & Cotter, 1991; Gonyea, Mills-Dick & Bachman, 2010).

Para que haja qualidade de vida é essencial que as pessoas tenham as suas necessidades asseguradas, talvez sido por isso que quando se questionou *quais eram as suas necessidades e o que significava qualidade de vida* as respostas foram idênticas. Grande parte das pessoas voltaram a referir a importância dos momentos de convívio, atividades que lhes sejam significativas (arraiolos, tratar da terra, ler, atividades religiosas, viajar, bricolage, ir ao café), a permanência nas suas casas e

maiores rendimentos. A qualidade de vida é um conceito que não é percebido por todos de igual forma, sendo este um conceito dinâmico. Este é influenciado por diversos fatores, como a percepção da saúde, a autonomia, as capacidades, a participação ativa, a realização de atividades que gostem, o estabelecimento de relações significativas e o poder econômico (Lysack, Seipke, 2002; Bergland, Narum, 2006; Nosraty, Jylha, Raittila, Lumme-Sandt, 2015; Aberg, 2005; Aberg, Sidenvall, Hepworth, 2005; van Leeuwen et al., 2019). Um número considerável de pessoas identificou a permanência nas suas casas ou o estar nas suas casas como um fator que influencia na qualidade de vida, este é um espaço com vários simbolismos, em particular com o sentimento de pertença (Ebrahimi, 2013; Bergland, Narum, 2007; Borglin, Edberg, Rahm Hallberg, 2005; van Leeuwen et al., 2019). A prática religiosa pode ser um fator importante na qualidade de vida, sendo que pode ser considerado como um mecanismo de *coping* às mudanças que se encontram a viver ajudando assim com o grau de satisfação com a vida (Grewa, 2006; Bryant, Corbett, Kutner, 2001; van Leeuwen et al., 2019). A socialização tem uma influência positiva na qualidade de vida das pessoas, quando as pessoas não têm a oportunidade de socializar pode conduzir a uma deterioração da saúde física e mental, o que pode levar a uma menor percepção da qualidade de vida. Segundo Medeiro et al., (2020) o contexto pode influenciar positivamente ou negativamente a percepção de qualidade de vida, podendo desenvolver sentimentos positivos e negativos, ou para pessoas que se encontram em ambiente institucional, podem experienciar dificuldades na adaptação a um ambiente que não lhes é conhecido (Bodur, Dayanir, 2009). Os resultados deste estudo foram ao encontro da literatura estudada.

Segundo Fonseca (2021) o ambiente onde a pessoa se insere influencia a integração e o comportamento das pessoas, a comunidade é um lugar onde as pessoas podem estabelecer relações, mas também pode ser contexto com oportunidades ou dificuldades ao manterem a independência (Lawton, 1989). Alley et al., (2008) refere que quando as comunidades têm ambientes adequados às pessoas mais velhas, são ambientes empoderadores, favorecendo que estas sejam mais ativas e participativas na comunidade.

Medeiros et al., (2020), evidenciam as diferenças entre os contextos, sendo que as pessoas que se encontram a viver nas suas casas, fazem a gestão do tempo de acordo com o que desejam fazer, enquanto as pessoas mais velhas que residem em contexto institucional sentem-se mais condicionadas de poderem fazer o que desejam

e de se manterem em contato com as pessoas que lhes são significativas. Quando as pessoas têm a liberdade de escolha de realizarem as atividades que lhes são mais significativas ou que vá ao encontro das suas capacidades, tornam-se agentes ativos. (Cox, 1999; Fast, Chapin, 2000, 2001; McInnes-Dittrich, 1997; Perkins, Tice, 1995; Cox, Parsons, 1994; Chapin, Cox, 2008). A gestão do dinheiro e da medicação compôs a dimensão da independência relativamente à recolha de dados qualitativos. Todos/as participantes que se encontram a viver numa instituição têm a gestão do dinheiro feita pelos familiares, e a da medicação pela equipa de enfermagem, enquanto as pessoas que residem nas suas casas são eles que asseguram tanto a gestão do dinheiro como a gestão da medicação. De uma maneira geral estão informados sobre o que tomam ou a quantidade de medicação que tomam.

Não se verificaram diferenças significativas na autodeterminação entre os diferentes contextos habitacionais. A fim de identificar a autodeterminação solicitou-se, se sugerissem soluções aos problemas identificados no decorrer da entrevista e de acordo com as suas experiências e opiniões e, também, o que diriam a um representante político, como o Primeiro Ministro António Costa, o Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa ou outro líder político com o Presidente da Câmara ou da Junta de Freguesia. Nestes temas podemos aferir os níveis de autodeterminação através de uma perspetiva empoderadora.

Relativamente ao que diriam aos líderes políticos foi requerido que valorizassem mais a população mais velha, que criassem condições habitacionais ou que disponibilizassem casas ao invés de investirem na institucionalização, aumento das reformas, que houvesse mais profissionais e que tivessem mais formação e experiência de vida quando vão trabalhar com as pessoas mais velhas. Assuntos relacionados com as necessidades que influenciam diretamente na qualidade de vida. Grande parte das pessoas revelaram auto-determinação e empoderamento, tendo tido um discurso com base nas necessidades individuais e coletivas, de acordo com os valores, foco nos problemas e com o intuito no desenvolvimento social assim como em questões relacionadas com a saúde, o social e os serviços que conduzam à mudança social e justiça social. Quando as pessoas são empoderadas sentem-se mais motivadas, o que aumenta a satisfação com a vida, qualidade de vida e favorece o autoconceito (Hyduk, Moxley, 2008; Gutierrez, Parsons, Cox, 1998; Inaba, 2017).

As soluções identificadas pelo grupo de pessoas entrevistadas são as seguintes:

- Criar/dar condições para que as pessoas possam permanecer nas suas casas;
- Criação de espaços de convívios locais nas comunidades, aproveitando edifícios antigos;
- Aumento dos rendimentos;
- Visitas domiciliárias, mais uma vez;
- Uma comunidade amiga das pessoas mais velhas, com casas individuais onde pudessem ter apoio e fazerem o que quisessem;
- Dar mais visibilidade às pessoas mais velhas, e aos seus problemas;
- Profissionais com formação e experiência;

Segundo Breheny et al., (2012) é importantes que as intervenções e as políticas sociais se concentrem na liberdade das pessoas, e naquilo que lhes é importante assim irá aumentar os padrões de vida (Alkire, 2005). Os serviços comunitários que se debruçam nas necessidades e nos desejos das pessoas não só promove a participação social e o bem-estar, como torna as pessoas mais empoderadas (Murphy, Cooney, Shea, Casey, 2009; Bowling, et al., 2003; Koelen, Eriksson, Cattan, 2017; Alley, 2008; van Leeuwen et al.,2019; Hyduk, Moxley, 2008).

Uma das sugestões é a profissionalização dos profissionais, estes podem ser agentes funcionais que criem condições nos ambientes onde estas pessoas residem, no entanto para que se perceba de que forma a intervenção deve de ser realizada é importante entender junto das pessoas quais são as suas insatisfações, e em junto trabalhar-se naquilo que se pode mudar, sendo uma parceria entre o profissional e a pessoa que está a ajudar (Fonseca, 2021; Hyduk, Moxley, 2008).

É importante referir que o facto de as pessoas poderem envelhecer nas suas casas, não significa a garantia da independência e a satisfação com a vida. As respostas devem de ser adequadas às suas necessidades de forma a prevenir uma maior vulnerabilidade e fragilidade, colocando em causa o bem-estar (Fonseca, 2021)

As maiores limitações desta pesquisa foi sem dúvida o contexto pandémico em que nos encontramos, o que condicionou a recolha da amostra, podendo ter sido

realizada em diferentes contextos institucionais e em localidades mais dispersas, com uma amostra mais diversificada. O questionário aplicado esteve disponível online, no entanto uma grande parte das pessoas mais velhas não têm acesso à internet ou não conseguem aceder a meios tecnológicos, tendo sido aplicados na sua grande maioria presencialmente ou telefonicamente. Outra limitação prende-se com o tempo, esta é uma população que não se sente “vista” e “valorizada”, o momento em que realizamos a entrevista ou o questionário tem que ser o mais dignificante possível, considerando que a possibilidade de poder estar em contato e aprender com estas pessoas um enorme benefício.

Relativamente às implicações práticas o estudo “Processos e Percursos de Empoderamento e Promoção de Qualidade de Vida das Pessoas mais Velhas”, constituiu-se uma ferramenta de valor para a comunidade científica, no sentido que contribuiu para que se pudesse entender as diferenças entre os contextos e, também, na identificação das necessidades, desejos e capacidades das pessoas mais velhas, assim como as propostas para a resolução dos problemas identificados pelas pessoas que vivem diariamente.

Embora o trabalho efetuado tenha obtido algumas respostas, considera-se como sugestão num próximo estudo que se compare apenas dois contextos para que contribua com um maior número de informações. Outro aspeto que considero importante é que os dados sejam recolhidos com a idade a partir dos 60 anos, a fim de ter também uma índole preventiva.

Conclusão

Apesar de ser uma área já com algum investimento nos estudos, considerou-se importante não só a contribuição para o tema no envelhecimento, na procura de respostas às necessidades das pessoas tendo em conta várias abordagens, as capacidades, a qualidade de vida, as necessidades individuais, a resolução de problemas e a intervenção comunitária como respostas às necessidades e desejos das

peças mais velhas. Neste sentido procurou-se abordar os vários temas de forma sistemática, consolidando todas as abordagens que contribuem para o bem-estar das pessoas e na luta pela justiça social e mudança social num só espaço.

Esta investigação permitiu concluir que o contexto influencia significativamente na perspectiva da qualidade de vida das pessoas mais velhas, sendo que as pessoas que vivem na casa de familiares ou nas suas percecionam a qualidade de vida positivamente. Verificou-se que as pessoas mais velhas que habitam em casas de familiares, apresentam níveis medianos de autonomia e capacidade psicológica (39,0; $p < 0.001$), independência (22,0; $p < 0.001$) e capacidade social (26,0; $p < 0.001$), em comparação com o contexto institucional que apresentaram valores significativamente mais baixos (Tabela 3). Relativamente à dimensão da saúde e da família não se encontraram diferenças significativas entre os diferentes contextos.

Na recolha de dados qualitativos observou-se que na generalidade as pessoas mais velhas desejam permanecer o mais tempo possível nas suas casas, sendo que é um fator da manutenção da percepção positiva da qualidade de vida. A permanência nas suas casas é considerado como sendo uma necessidade. O convívio ou o estabelecimento de relações sociais teve bastante destaque nas entrevistas realizadas, assim como a necessidade de estarem ocupadas com atividades que sejam dos seus interesses. Observou-se que as pessoas que se encontram a viver em contexto institucional têm um enorme foco na saúde, tendo sido considerado como uma prioridade mesmo perante as suas necessidades referidas.

Na generalidade todas as pessoas entrevistadas contribuirão com soluções aos problemas identificados no decorrer das entrevistas, na sua generalidade com um enorme foco na intervenção comunitária e baseada nas necessidades, na qualidade de vida, nas capacidades e também no empoderamento e soluções que dignifiquem o processo de envelhecimento.

As principais limitações do estudo foi a pouca diversidade populacional tanto na recolha da amostra qualitativa quanto quantitativa. Outra limitação relaciona-se com a falta foco nas deficiências funcionais, especialmente em contexto habitacional, poderia ter sido inserida uma pergunta nesse âmbito no questionário aplicado. O objetivo deste estudo era também poder avaliar o empoderamento e as capacidades das pessoas mais velhas, do ponto de vista dos dados quantitativos, faltaram esses dados para que se pudesse quantificar esses conceitos nos diferentes contextos. Relativamente aos dados qualitativos julgo que a realização de um focus group

também seria importante, especialmente na procura de soluções para os problemas identificados.

Numa futura investigação julgo que seria interessante procurar líderes comunitários mais velhos que possam identificar as soluções dentro do seu concelho ou freguesia e também do ponto de vista nacional, seguidamente comparar e delinear um documento de intervenção com a colaboração das pessoas mais velhas.

Como conclusão deste estudo, salienta-se a importância do estudo na área do envelhecimento que contribuam para a mudança do paradigma.

Salienta-se a importância de investigações nesta área devido à crescente importância de tornar os desafios que as pessoas mais velhas enfrentam mais visíveis, o que poderá influenciar no investimento de serviços adequados às suas necessidades e desejos.

Referências Bibliográficas

Aberg, A. C., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age—a qualitative study of patients' perceptions. *Qual Life Res*, 14, 1111–25.

Adams, K.B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31, 683-712.

Alley, D., Liebig, P., Pynoos, J., Banerjee, T., Choi MA, H. (2008). Creating Elder-Friendly Communities. *Journal of Gerontological Social Work*, 49(1-2), 1-18.

Alkire, S. (2005). Why the capability approach? *Journal of Human Development*, 6, 115-135.

Anand, P., & van Hees, M. (2006). Capabilities and achievements: An empirical study. *The Journal of Socio-Economics*, 35(2), 268–284.

^{au}
Backman, L., Small, B.J., Wahlin, A., Larsson, M. (2000). Cognitive Function in very old age. In F. CRAIK & T. SALTHOUSE (eds.), *The Handbook of aging and cognition*. 499-558. Mahwah: LFA Publishers.

Baltes, P.B., Staudinger, U. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.

Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: desafio actual. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (15), 289 - 302.

Beaver, M. L. & Miller, D. (1985). *Clinical social work with the elderly: Primary, secondary, and tertiary intervention*. Illinois: The Dorsey Press.

Bergland, A., Narum, I., (2007). Quality of life demands comprehension and further exploration. *J Aging Health*, 19, 39–61.

<https://doi.org/10.1177/0898264306296766>

Bernardo Gonçalves Marques, E. M., Serdio Sánchez, C., Palacios, Vicario, B. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. *Rev Enferm Ref*. 4, 73–81. <https://doi.org/10.12707/RIII1314>

Bigby, C. (2004). *Ageing with a lifelong disability: A guide to practice, program and policy issues for human services professionals*. London, UK: Kingsley.

Bigby, C. (2008). Beset by obstacles: A review of Australian policy development to support ageing in place for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33, 76-86. doi:10.1080/13668250701852433

Borglin, G., Edberg, A-K. K., Rahm Hallberg, I. (2005). The experience of quality of life among older people. *J Aging Stud*, 19, 201–220.

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.04.001>

Bodur, S., Dayanir, C. (2009). USING WHOQOL-BREF TO EVALUATE QUALITY OF LIFE AMONG TURKISH ELDERS IN DIFFERENT RESIDENTIAL ENVIRONMENTS. *The Journal of Nutrition & Aging*, 13(7), 652-656.

Botelho, A. (2014). Envelhecimento e funcionalidades. In A. M. FONSECA (coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (p.31-62). Lisboa: Coisas de Ler.

Bowling, A., Gabriel Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., et al. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its

enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev*, 56, 269–306.
<https://doi.org/10.2190/BF8G-5J8L-YTRF-6404>

Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal*, 331 (7531), 1548-1551.

Bowling, A., Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing Soc*, 27, 827–848. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006423>

Blane, D., Wiggins, R. D., Montgomery, S. M., Hildon, Z., & Netuveli, G. (2009). Resilience at older ages: Implications for policy (Working paper). International Centre for Life Course Studies in Society and Health.

Black, B. S., Rabins, P. V., German, P. S. (1999). Predictors of nursing home placement among elderly public housing residents. *Gerontologist*, 39(5), 559–568.

Braudy Harris, P. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *The international Journal of Aging and Human Development*, 67, 43-61.

Brown, J., Bowling, A., Flynn, T. (2004). Models of quality of life: A taxonomy, overview and systematic review of the literature. Report commissioned by European Forum on Population Ageing Research/Quality of Life

[Internet]. Sheffield: University of Sheffield; 2004. Available:
<http://eprints.kingston.ac.uk/id/eprint/17177>

Breheny, M., Stephens, C., Alpass, F., Stevenson, B., Carter, K., & Yeung, P. (2012). Development and validation of measure of living standards for older people. *Social Indicators Research*, 114, 1035-1048.

Bryant, L. L., Corbett, K. K., Kutner, J. S., (2001). In their own words: a model of healthy aging. *Soc Sci Med*.

Calasanti, T. (2007). Bodacious berry, potency wood and the aging monster: *Gender and age relations in anti-aging ads. Social Forces*, 86, 335-355.

Carstensen, L. Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner - Hershfield, H., Samanez-Larkin, G., Brooks, K.p., Nesselroade, J.R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26, 21-33.

Capucha, L. (2014). Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociologia, Problemas e práticas*, (74), 113-131.

Cox, E. O. & Parsons, R. (1994). Empowerment-oriented social work practice with the elderly. Pacific Grove, CA.: Brooks/Cole Publishing.

Cox, E. O., & Dooley, A. (1996). Care-receivers perceptions of their role in the care process. *Journal of Gerontological Social Work*, 26 (1/2), 133-139.

Cox, E. O. (1999). Never too old: Empowerment—the concept and practice in work with frail elderly. In W. Shera & L. Wells (Eds.), *Empowerment Practice in Social Work: Developing Richer Conceptual Foundations* (pp. 178-195). Toronto, Canada: Canadian Scholars' Press Inc.

Creswell, J. W., (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Creswell, J. W., Plano, C., (2007). *the mixed methods reader*. SAGE Publications Ltd.

Chapin, R., & Cox, E. O. (2002). Changing the Paradigm. *Journal of Gerontological Social Work*, 36(3-4), 165-179. DOI: 10.1300/J083v36n03_13

Chan, A.C-M, Cao, T. (2015). AGE- FRIENDLY NEIGHBOURHOODS AS CIVIC PARTICIPATION: IMPLEMENTATION OF AN ACTIVE AGEING POLICY IN HONG KONG. *Journal of Social Work Practice*, 29(1), 53-68.

Dagios, P., Vasconcellos, C., Evangelista, D. H. R. (2015). AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: COMPARAÇÃO ENTRE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS PARTICIPANTES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA E IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM JI-PARANÁ/RO. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre, 20 (2), 469-484.

Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28, 35-46.

Dale, M. C., Burns, A, Panter, L., Morris, J. (2001). Factors affecting survival of elderly nursing home residents. *Int J Geriatric Psychiatry*, 16(1), 70–76.

De Leo, D., Frisoni, G. B., Rozzini, R., et al. (1993). Italian community norms for the Brief Symptom Inventory in the elderly. *Br J. Clinical Psychology*, 32, 209–213.

Derogatis, L. R., Melisaratos N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Med*, 13, 595–605.

Deusdad, B. (2020). COVID-19 and Nursing Homes' crisis in Spain: Agerism and Scarcity of Resources. *Research on Aging and Social Policy*, 8 (2), 142-168. Retirado de URL: <http://dx.doi.org/10.447/rasp.2020.5598>

De Almeida Mello, J., Van Durme, T. Macq, J., Declercq, A. (2012). Interventions to delay institutionalization of frail older persons: design of a longitudinal study in home care setting. *BMC Public Health*, 12 (615), 1-6. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/615>

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Ebrahimi, Z., Wilhelmson, K., Eklund, K., Moore, C. D., Jakobsson, A. (2013). Health despite frailty: exploring influences on frail older adults' experiences of health. *Geriatr Nurs*, 34, 289-94. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.04.008>

Even-Zohar, A. (2014). Quality of life of older people in Israel: a comparison between older people living at home who are members of a 'supportive community' and nursing home residents. *European Journal of Social Work*, 17(5), 737-753. Doi:10.1080/13691457.2014.930731

Ellison, C., White, A., Chapman, L. (2011). Avoiding institutional outcomes for older adults living with disability: The use of community-based aged supports. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(3), 175-183.

Fast, B., & Chapin, R. (1997). The strengths model with older adults: Critical practice components. In D. Saleebey (Ed.), *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (2nd ed., pp.115-130). New York: Longman.

Fast, B., & Chapin, R. (2000). *Strengths-based case management for older adults*. Baltimore: Health Professions Press.

Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M-E., Rodríguez- Blázquez, C., Martín-García, S., Rojo-Abuín, J-M., Fojaz, M-J., (2015). Active ageing and quality of life: factores associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging & Mental Health*, 19 (11), 1031-1041.

Fernandes, A. (2007). Determinantes da mortalidade da longevidade: Portugal numa perspetiva europeia (EU-15, 1991-2001). *Análise Social*, 42 (183), 419-43.

Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemáticas e Práticas*, Lisboa, (36), 39-52.

Fillembaum, G. G., (1985). *The Well-being of the Elderly: Approaches to Multidimensional Assessment*. WHO Offset Publication n.84. Geneva.

Forte, D. (2009). Relationships. In M. Cattan (Ed.), *Mental health and well-being in later life* (pp. 84–111). Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill.

Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in Place*. Envelhecimento em Casa e na Comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.

Foster, L., & Walker, A. (2015). *Active and successful aging: A European policy perspective*. *The Gerontologist*, 55, 83-90.

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet, Neurology*, 3, 343-353. doi:10.1016/S1474-4422(04)00767-7

From, I., Johansson, I., Athlin, E. (2007). Experiences of health and well-being, a question of adjustment and compensation—views of older people dependent on community care. *Int J Older People Nurs*, 2, 278–87.

<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00089>

Gabriel, Z., Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing Soc*, 24, 675–691.

<https://doi.org/10.1017/S0144686X03001582>

Gattuson, S. (2003). Becoming a wise old woman: Resilience and wellness in later life. *Health Sociology Review*, 12, 171-177.

Gilbert, T., & Powell, J. L. (2005). Family, caring and aging in the UK. Scandinavian. *Journal of Caring Sciences*, 41, 41-48.

Gonzales-Salvador, T., Lyketsos, C. G., Baker, A., et al. (2000). Quality of life in dementia patients in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15, 181–189.

Gonyea, J., Mills-Dick, K., Bachman, S. (2010). *The Complexities of Elder Homelessness, a Shifting Political Landscape and Emerging Community Responses*. *Journal of Gerontological Social Work*, 53, 575-590. Retirado de doi: 10.1080/01634372.2010.210.510169

Guillemard, A. M. (2015). La vie qui s'éternise. *Ethics, Medicine and Public Health*, Dossier Longévité, (2), 203-12.

Gutierrez, L. Parsons, R. J., & Cox, E. O. (1998). *Empowerment in social work practice: A sourcebook*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Grewal, I., Lewis, J., Flynn, T., Brown, J., Bond, J., Coast, J. (2006). Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities?. *Soc Sci Med*, 62, 1891–1901.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.023>

Harvard School of Public Health/McLifé Foundation. (2004). *Reinventing Aging: Baby Boomers and Civic Engagement*, Harvard School of Public Health, Center of Health Communication, Boston, MA.

Harris, P. (2008). Another Wrinkle in the Debate about Successful Aging: The Undervalued Concept of Resilience and the Lived Experience of Dementia. *The International Journal of Aging and Human Development*, 68,1.

Heckhausen, J., Krueger, J. (1993). Developmental expectations for self and most other people: Age grading in three functions of social comparison. *Developmental Psychology*, 29, 539-548.

Holliday, R. (2006). Aging is no longer an unsolved problem in biology. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1067(1), 1-9.

Hyduk, C. A., Moxley, D. (2008). A Personal Advocacy Model for Serving Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 28(4), 74-89.

Hinck, S. (2004). The lived experience of oldest-old rural adults. *Qual Health Res*, 14, 779–91.

<https://doi.org/10.1177/1049732304265774>

Ho rder, H. M., Frandin, K., Larsson, M. E. H. (2013). Self-respect through ability to keep fear of frailty at a distance: successful ageing from the perspective of community-dwelling older people. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 8, 20194.

<https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20194>

Inaba, M. (2016). Aging and Elder Care in Japan: A Call for Empowerment-Oriented Community Development. *Journal of Gerontological Social Work*, 59(7-8), 587-603.

INE, (1999). AS GERAÇÕES MAIS IDOSAS. Lisboa: INE

INE, (2015). Destaque. Saldos natural e migratório negativos atenuam-se face ao ano anterior, 30 outubro de 2015.

INE, (2016). Destaque. Anuários Estatísticos Regionais - Informação estatística à escala regional e municipal, 20 de dezembro de 2016

INE, (2017). Destaque. Estimativas de População Residente em Portugal 2016, 16 de junho de 2017.

INE, (2017a). Estatística da Saúde, 2017. Lisboa:INE.

INE, (2017b). Destaque. Conta Satélite de Saúde, 2014-2016, 26 junho de 2017.

INE, (2021). Destaque. Censos 2021 – Divulgação dos Resultados Preliminares, 21 de julho de 2021.

CARTA SOCIAL, (2018). REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS: RELATÓRIO, (2018). Gabinete de Estratégia e Planeamento.

Lawton, M. P. (1989). Environmental proactivity and affect in older people. In S. SPACAPAN & S. OSKAMP (eds.), Claremont symposium on applied social psychology. *The social Psychology of aging*, 135-163. Sage Publications Inc.

Levasseur, M., St-Cyr, Tribble, D., Desrosiers, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. *Arch Gerontol Geriatr*, 49, 91–100.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.013>

Lincoln, Y. S., Guba, E. G., (1985). Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.

Lucas-Carrasco, R., Pero, M., & March, J. (2011). Calidad de vida global en personas con demencia [Global quality of life in people with dementia]. *Revista de Neurología*, 52,139-146.

Lysack, C. L., Seipke, H. L. (2002). Communicating the Occupational Self: A Qualitative Study of Oldest-Old American Women. *Scand J Occup Ther*, 9, 130–139. <https://doi.org/10.1080/11038120260246969>

Machado, C., Cristina de Aguiar, C., Viana, B. M., Oliveira, G. L., Melo, D. C., Garcia de Carvalho, J. F. M., Lanna de Moraes, F., Nunes de Moraes, E. (2020).

Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9),3437-3444.

Martin, L., Quелlette-kuntz, H., Mckenzie, K., (2017). Care in the Community: Home Care Use Among Adults With Intellectual and Developmental Disabilities Over Time. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14 (3), 251-254. Retirado de doi:10.1111/jppi.12171

Martin, W. (2007). Embodying “active” ageing: Bodies emotions and risk in later life (unpublished PhD thesis). University of Warwick, UK.

Martinson, M., & Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58-69.

Marques, S. (2011). Discriminação na terceira idade. Lisboa: Relógio D’Água Editores.

Martinson, M., & Minkler, M. (2006). Civic engagement and older adults: a critical perspective”. *The Gerontologist*,46(3), 318-324

Ramakrishnan, S. k., Baldassare, M. (2004). The Ties That Bind: Changing Demographics and Civic Engagement in California. Public Policy Institute of California. San Francisco, CA.

Mahon, N. E., & Yarcheski, A. (2001). Outcomes of depression in early adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 23, 360-375.

doi:10.1177/01939450122045212

Magaziner, J., German, P., Zimmerman, S. I., et al. (2000). The prevalence of dementia in a statewide sample of new nursing home admissions aged 65 and older: diagnosis by expert panel. *Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. Gerontologist*,40(6), 663–672.

Mascarenhas, P. (2004). Contos populares. Lisboa: Presença.

Mansvelt, J. (1997). Working at leisure: Critical geographies of ageing. *Area*, 29, 289-298.

Marshall, V., Altpeter, M. (2005). Cultivating Social Work Leadership in Health Promotion and Aging: Strategies for Active Aging Interventions. *Nacional Association Of Social Workers*,30 (2), 135-144.

Medeiros, G. L. F., Toledo, M. A., Alves de Sousa, M. N. (2020). Depressão em Idosos: Implicações sociais e outras intercorrências. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 14(53), 474-483. Disponível: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

- Means, R. (2007). Ageing in place and vulnerable older people in the UK. *Social Policy & Administration*, 41, 65-85.
- Menec, V. H., Means, R., Jeating, N., Parkhurst, G., & Eales, J. (2011). Conceptualizing age-friendly communities. *Canadian Journal on Aging*, 30(3), 479-493.
- Migiro, S. O., Magangi, B. A. (2011). Mixed methods: A review of literature and the future of the new research paradigm, *African Journal of Business Management*, 5(10), 3757-3764
- Minkler, M. (1996). Critical perspectives on ageing: New challenges for gerontology. *Ageing & Society*, 16, 467-487.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE
- Murray, M., Pullman, D., & Rodgers, T.H. (2003). Social representations of health and illness among “baby-boomers” in Eastern Canada. *Journal of Health Psychology*, 8, 485 -499.
- Moxley, D. & Daeschlein, M.(1997). Properties of consumer-driven forms of case management. In d. Moxley(Ed.), *Case management vy design: Reflections on principles and practies*, (pp.111-133), Chicago: Nelson- Hall.
- Murphy, K., Cooney, A., Shea, E. O., Casey, D. (2009). Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *J Adv Nurs*, 65, 606–15.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04929>
- McInnis-Dittrich, K. (1997). An empowerment-oriented mental health intervention with elderly Appalachian women: *The women’s club*. *Journal of Women and Aging*, 9 (1/2), 91-105.
- McIntosh, M. J., Morse, J. M., (2015). Situating and Constructing Diversity in Semi-Structured Interviews. *Global Qualitative Nursing Research*, 1-12.
- Nagamoto, I., Nomaguchi, M., Takigawa, M., (1995). Anxiety and quality of life in residents of a special nursing home. *Int J Geriat Psychiat*, 10, 541–545.
- Nosraty, L., Jylha, M., Raittila, T., Lumme-Sandt, K. (2015). Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90+ Study. *J Aging Stud*, 32, 50–8.
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.01.002>

- Nussbaum, M. (2001). *Women and human development: The capabilities approach*. New York: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M., & Sen, A. (1993). Introduction. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The quality of life*. New York: Oxford University Press, USA.
- Nystrom, N. M., Jones, T. C., (2003). Community Building With Aging and Old Lesbians. *American Journal of Community Psychology*, 31(3-4), 293-300.
- Nyqvist, F., Cattan, M., Andersson, L., Forsman, A. K., & Gustafson, Y. (2013). Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: A comparative study. *Journal of Aging and Health*.
- Patton MQ (1990). *Quantitative research & evaluation methods* (2 nd ed). Newbury park, CA: sage.
- Perkins, K., & Tice, C. (1995). A strengths perspective in practice: Older people and mental health challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 23 (3/4), 83-98.
- Polivka, L., & Salmon, J. (2001). *Consumer-Directed Care: An Ethical, Empirical, and Practical Guide for State Policy Makers*. Florida Policy Exchange Center on Aging.
- Popple, K. (2007). Community development strategies in the UK. In L. Dominelli (Ed.), *Revitalising communities in a globalising world* (pp. 137-150). Burlington, VT: Ashgate.
- Portacolonne, E., (2011). The myth of independence for older Americans living alone in the Bay Area of San Francisco: A critical reflection. *Ageing and Society*, 31 (5), 803-828.
- Pond, R., Stephens, C., & Alpass, F. (2010). Virtuously watching one's health: Older adults' regulation of self in the pursuit of health. *Journal of Health Psychology*, 15, 734-743.
- Puts, M. T. E., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P., Deeg, D. J. H. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands?. *QualLife Res*, 16-77.
- Prieto-Flores, M-E., Fernández-Mayoralas, G., Rosenberg, M. W., Rojo-Perez F. (2010). I Identifying connections between the subjective experience of health and quality of life in old age. *Qual Health Res*, 20, 1491-9.

Pordata, (2020). Indicadores de envelhecimento. Consultado a 15 de setembro de 2021. Disponível em

<https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

PRB, (2017). World Population Datasheet. Consultado a 2 de setembro de 2017. Disponível em http://prb.org/pdf17/2017_World_Population.pds.

Ornelas, J. (eds.). (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: FIM DE SÉCULO.

Robert Wood Johnson Foundation. (2001). *National blueprint: Increasing physical activity among adults age 50 and older*. Princeton, NJ: Author.

Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Romo, R. D., Wallhagen, M. I., Yourman, L., Yeung, C. C., Eng, C., Micco, G, et al.(2013). Perceptions of successful aging among diverse elders with late-life disability. *Gerontologist*, 53, 939–49.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L.(1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

Rubinstein, R.I, & de Medeiros, K. (2015). “Successful aging,”gerontological theory and neoliberalism: A qualitative critique. *The Gerontologist*, 55, 34-42.

Rudman, D. L. (2006). Shaping the active, autonomous and responsible modern retiree: An analysis of discursive technologies and their links with neo-liberal political rationality. *Ageing and Society*, 26, 181-201.

Sands, D. J., & Wehmeyer, M.L. (1996). *Self-Determination across the life span: Independence and choice for people with disabilities*. Baltimore, MD: Brookes.

Saleebey, D. (1997). Introduction: Power in the people. In D. Saleebey (Ed.), *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (2nd ed., pp. 3-19). White Plains, NY: Longman Publishers.

Sen, A. (1987). *The Standard of living*. Cambridge University Press.

Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Cambridge: Harvard University Press.

Sen, A. (1993). Capability and well-being. In M. C. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The Quality of Life*. New York: Oxford University Press.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York, NY: Knopf.

Sen, A. (2002). Why health equity?. *Health Economics*, 11, 659-666.

Sen, A. (2004). Capabilities, lists, and public reason: Continuing the conversation. *Feminist Economics*, 10, 77–80.

Su-Zu T., Ruey-Hsia W. (2001). Quality of life and related factors among Elderly Nursing Home Residents in Southern Taiwan. *Pub Health Nursing*, 18(5): 304.

Scocco, P. & Nassuato, M. (2017). *The role of social relationships among elderly community-dwelling and nursing-home residents: Findings from a quality of life study*. *PSYCHOGERIATRICS*, 17, 231-237. Retirado de doi: 10.1111/psyg.12219

Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly?. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*, 21, 281-287.

Scharlach, A. (2012). Creating aging-friendly communities in the United States. *Aging International*, 37, 25-38.

Schoenmakers, B., Buntinx, F., Devroey, D., Casteren, V., DeLepeleire, J. (2009). *The process of definitive institutionalization of community dwelling demented vs demented elderly: data obtained from a network of sentinel general practitioners*. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*, 24, 523-531.

Stancliffe, R. J. (2006). Services: Availability, issues and models. In I. Dempsey & Nankervis (eds.), *Community disability services: An evidence-based approach to practice* (pp. 272-295). West Lafayette, IN: UNSW Press.

Stanley, M., & Cheek, J. (2003). Well-being and older people: A review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70, 51-59.

Strawbridge, W.J., Wallhagen, M.I., & Cohen, R.D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42, 727-733. *Aging & Mental Health*.

Stephens, C., Breheny, M., Mansvelt, J. (2014). *Healthy aging from the perspective of elder people: A capability approach to resilience*. *Psychology & Health*, 30 (6), 715-731. Retirado de URL: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2014.904862>

Shweder, R. A. & Fiske, D. W. (eds.) (1986). *Metatheory in Social Science: Pluralisms and Subjectivities*. Chicago: The University of Chicago Press.

Tanne, J. H., Hayasaki, E., Zastrow, M., Pulla, P., Smith, P., & Rada, A. G. (2020, Mayo 18). Covid-19: How doctors and healthcare systems are tackling coronavirus worldwide. *The BMJ*, 368, 1-5.

Teater, B., & Chonody, J. (2017). Promoting actively aging: Advancing a framework for social work practice with older adults. *Families in Society*, 98, 137-145.

Teater, B., & Chonody, J. (2019). How do older adults define successful aging?: A scoping review. *The International Journal of Aging and Human Development*.

Teater, B., Chonody, J. M. (2020). What attributes of successful aging are important to older adults? The development of a multidimensional definition of successful aging. *SOCIAL WORK IN HEALTH CARE*, 59 (3),161-179.

Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M., Eimicke, J., (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Epidemiol* 36(12): 613–620.

Tollén, A., Fredriksson, C., Kamwendo, K. (2008). Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life. *Occup Ther Int*, 15, 133–49.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL) (1998). development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*,46,1569-1585.

Walker, A. (2009). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of aging & Social Policy*, 21, 75-93.

Kemp, C.I, & Denton, M, (2003). The allocation of responsibility for later life: Canadian reflections on the roles of individuals, government, employers and families. *Ageing & Society*, 23, 737-760.

Kim, S. (2009). Older People's expectations regarding ageing, health-promoting behavior and health status. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 84-91.

Kolanowski, A., & Buettner, L. (2008). Prescribing activities that engage passive residents. An innovative method. *Journal of Gerontological Nursing*, 34, 13-18. doi:10.3928/00989134-20080101-08

Kuok, K. C. F, Li, L., Xiang, Y. T, et al. (2017). Quality of life and clinical correlates in older adults living in the community and in nursing homes in Macao. *Psychogeriatrics*.17, 194–199.

Knight, S., Tjassing, H. (1994). Health care moves to the home. *World Health*, 4, 413-444.

van Bilsen, P. M. A., Hamers, J. P. H., Groot, W., & Spreeuwenberg, C. (2008). The use of community-based social services by elderly people at risk of institutionalization: An evaluation. *Health Policy*, 87(3), 285–295.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.12.015>

van Leeuwen, K. M., van Loon, M. S., van Nes, F. A., Bosmans, J. E., de Vet, H. C. W., Ket, J. C. F., et al. (2019). *What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis*. *PLoS ONE* 14(3):e0213263.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>

Venkatapuram, S. (2011). *Health justice: An argument from the capabilities approach*. Cambridge: Polity Press.

Vitor da Silva, J., Baptista, N. (2016). Vitor Quality of Life Scale for the Elderly: evidence of validity and reliability. *SpringerPlus*, 5, 2-13

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary (WHO/HPR/HEP/98.1)*. Geneva: World Health Organization.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015a). *Report on the 2nd WHO Global Forum on Innovation for Ageing Populations, 7-9 October 2015, Kobe (Japan)*, Geneva: World Health Organization Centre for Health Development.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015b). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.

Lista de Anexos

Anexo 1	Questionário VITOR QLSE
Anexo 2	Guião de Entrevista
Anexo 3	Consentimento Informado

Anexo 1

Questionário - VITOR QLSE

Qualidade de Vida das Pessoas mais Velhas

Esta investigação é desenvolvida no âmbito do Mestrado em Psicologia Comunitária, a decorrer no ISPA- Instituto Universitário, por Melissa Carnoto, sob a orientação da Prof. Doutora Maria João Vargas-Moniz.

O atual projeto de investigação científica tem como objetivo analisar as várias dimensões da qualidade de vida, do empoderamento e das capacidades em pessoas com idades mais avançadas, que residem tanto em contexto institucional ou nas suas casas.

O questionário é anónimo e composto maioritariamente por respostas fechadas, com uma duração máxima de 15 minutos. É importante que as suas repostas sejam sinceras.

Para participar neste projeto de investigação deverá ter uma idade igual ou superior a 65 anos e residir em Portugal. A sua participação é voluntária e a qualquer momento poderá deixar de participar. A confidencialidade e o anonimato é garantida, as suas respostas serão analisadas para fins estatísticos.

A equipa de investigação agradece a sua disponibilidade e colaboração. Caso tenha qualquer dúvida pode contactar a equipa através do seguinte endereço de e-mail: 23992@alunos.ispa.pt

*Obrigatório

1. Qual é a sua idade? *

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Outro: _____

3. Naturalidade *

4. Onde vive? *

Marcar apenas uma oval.

- Na sua Casa
- Numa Residência/Lar
- Numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração
- Numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração
- Na casa de um Familiar
- Outro: _____

5. Se vive numa Instituição residencial ou de saúde, há quanto tempo vive neste tipo de instituições?

6. Nível de escolaridade (concluído) *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum
- 1º Ciclo do Ensino Básico (atual 4º ano/antiga instrução primária/4ª classe)
- 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano/antigo ciclo preparatório)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano/antigo 5º liceal)
- Ensino Secundário (atual 12º/antigo 7º liceal/ano propedêutico)
- Ensino Pós -Secundário (cursos de especialização tecnológica não superior)
- Ensino Superior

O quão
satisfeito/a
está...

Indique, nas seguintes questões, em que medida se sente satisfeito com as actividades realizadas no dia-dia.
Numa escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a muito insatisfeito e 5 a muito satisfeito, seleccione a opção que melhor se aplica. Caso a questão não se aplique, escolha essa opção (N/A).
Não existem respostas certas ou erradas.

7. O quão satisfeito/a está...*

Marcar apenas uma oval por linha

	1 - Muito Insatisfeito	2 - Insatisfeito	3 - Nem Satisfeito nem Insatisfeito	4 - Satisfeito	5 - Muito Satisfeito	N/A
Com a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a intensidade da dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a intensidade da dor que sente quando está a fazer as suas atividades diárias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a quantidade de medicamentos que toma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com os efeitos da medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua capacidade em tomar conta de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a possibilidade de viver muitos anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com os seus filhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a felicidade da sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua vida sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com seu/sua marido/mulher, namorado/a ou companhia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com os/as seus/suas amigos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com o suporte emocional que recebe de outras pessoas que não sejam seus familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com a quantidade de preocupações que tem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com a vizinhança (colega de quarto ou da instituição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com a sua casa/apartamento /quarto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com o seu bairro/instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com as suas atividades de lazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com a sua paz de espírito e tranquilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com a realização dos seus objetivos pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com a sua felicidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com a sua vida no geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						
Com a sua aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>						

Consigno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com as atividades da sua vida diária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua segurança em casa/instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua segurança na zona onde mora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com o tipo de vida que tem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a mobilidade dos seus braços e pernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua capacidade em andar para trás e para a frente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua capacidade em fazer caminhadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua capacidade em ficar de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua capacidade em entrar e sair dos carros/autocarros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como está a sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a saída dos seus/suas filhos/as de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a escolha profissional dos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com a escolha profissional dos/as seus/as filhos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua segurança em vias/zonas públicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com os elogios que recebe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a atenção que lhe é dada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com as condições das estradas/caminhos públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a disponibilidade de elevadores, rampas ou de corrimões nos edifícios públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a quantidade disponível de transportes públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a sua segurança e conforto nos transportes públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com a forma em como é atendido em locais públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com as zonas onde estão situados os bancos, supermercados ou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

outros serviços

Com a quantidade de zonas mais acessíveis em bancos, supermercados ou outros serviços

Com a quantidade de estacionamento disponível em bancos, supermercados ou outros serviços

Com a quantidade de espaços disponíveis para pessoas com menor mobilidade em bancos, supermercados ou

Outras respostas

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Anexo 2

Guião de Entrevista Semi-estruturada

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DIMENSÕES	Perguntas
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Qual é a sua idade? 2) Qual foi a sua profissão; 3) a sua naturalidade, escolaridade e se à quanto tempo está a viver nesta instituição / recebe apoio por parte do apoio domiciliário / apoio psicossocial,
COMUNIDADE	2) Vive onde?; 2) Casa/; 3) Casa (Proprietário/ Aluguer/ Outro? Qual); Comun: Como é que a comunidade em que vive? Acha que dá resposta às suas necessidades? (Ao que precisa) Insti: Como é que é a instituição em que se encontra a viver? Acha que dá resposta às suas necessidades? (Ao que precisa) 4 Acha que a instituição/comunidade está preparada para que possa fazer o que precisa sem o apoio/ajuda de outras pessoas?
NECESSIDADES E INTERESSES	Fale-me mais um bocadinho de si... 5 O que é que gosta de fazer e considera uma necessidade? 6 O que é que gosta de fazer, mas que não considera uma necessidade?
INDEPENDÊNCIA	É a/ Sr/a que gere o seu dinheiro? Sabe que medicamentos está a tomar? E para quê?
QUALIDADE DE VIDA	Para si, o que significa qualidade de vida? Acha que o sitio onde mora influencia a sua qualidade de vida?
SOLUÇÕES	8 Imagine, se fosse o/a presidente desta instituição, ou o/a presidente da junta de freguesia, câmara ou mesmo o/a primeiro/a ministro/a ... O que é que faria para que a comunidade pudesse dar uma resposta adequada às suas necessidades, e às das restantes pessoas mais velhas? Para que pudesse melhorar a sua qualidade de vida de todos/as
POLÍTICA	9 Se pudesse deixar uma mensagem a um político português

sobre este tema, o que lhe diria? (ex: Presidente da Republica Marcelo Rebelo de Sousa ou o Primeiro Ministro António Costa)

REFLEXÃO

10 Deseja deixar algum comentário ou falar de algum tema que considere importante e não tenha tido a oportunidade de o fazer?

11 Como se sentiu durante a entrevista?

Anexo 3

Consentimento Informado

Processos e Percursos de Empoderamento e Promoção de Qualidade de Vida das Pessoas Idosas

Convido-a/o a participar numa investigação científica intitulado de “Processos e Percursos de Empoderamento e Promoção de Qualidade de Vida das Pessoas Idosas”, a ser desenvolvida no âmbito do Mestrado em Psicologia Comunitária, a decorrer no ISPA- Instituto Universitário, por Melissa Carnoto, sob a orientação da Prof. Doutora Maria João Vargas-Moniz.

A sua participação é voluntária e anónima, sendo que poderá desistir da entrevista a qualquer momento. Leia por favor a informação até ao final, antes de decidir se deseja ou não participar na entrevista. Se concordar, pedimos-lhe que assine no final.

Objetivo do estudo

Os objetivos do presente estudo, Processos e Percursos de Empoderamento e Promoção de Qualidade de Vida das Pessoas Idosas, pretendem analisar dimensões da qualidade de vida, as capacidades e o empowerment em pessoas com idade mais avançada/séniore, em dois contextos distintos:

a) institucional e b) nas suas casas, considerando-se que o trabalho possa conduzir a uma reflexão sistemática acerca dos desafios em ambos os contextos. A informação recolhida será usada na investigação na dissertação de mestrado no âmbito do Mestrado em Psicologia Comunitária no ISPA – Instituto Universitário.

Benefícios Potenciais para a Sociedade

De acordo com os dados demográficos, o crescimento da população mais velha é cada vez mais expressivo, por diversos motivos, e por isso, considera-se importante que se desenhe e implemente intervenções adequadas à população mais velha, que sejam empoderadoras, promovam a qualidade de vida e que vão ao encontro das duas capacidades. Para que se possa intervir da melhor forma, é importante que esta população possa caracterizar e definir o que considera qualidade de vida, levando assim à implementação de respostas de acordo com as suas necessidades.

Procedimentos

Se desejar participar no estudo, será convidado a responder a perguntas relacionadas com os seus dados sociodemográficos, com o seu contexto, com a sua integração, necessidades e interesses, com a sua independência, qualidade de vida, com as soluções para os problemas identificados no decorrer da entrevista, com o seu ponto de vista político e, por fim, uma pequena reflexão sobre todo o processo, considerando-se um momento onde se possa discutir as suas ideias e opiniões sobre os temas acima mencionado. A investigadora, Melissa Carnoto, irá conduzir as entrevistas, sendo orientada pela Prof. Doutora Maria João Vargas-Moniz na análise das mesmas. Serão realizadas no local onde se sente mais confortável, tendo a duração de cerca de 45 minutos, numa única sessão.

A sessão será gravada e serão também tiradas notas caso a investigadora considere essencial. As gravações serão utilizadas apenas para efeitos de análise das ideias/opiniões/perceções/histórias dos participantes e servirão como material informativo sem referência às respostas de qualquer pessoa específica. É da responsabilidade da investigadora, Melissa Carnoto, as gravações e as notas serão mantidas separadamente do arquivo que contém informações pessoais sobre os participantes.

Tratamento de Dados

Os tratamentos dos dados obtidos garantem o anonimato dos participantes, nunca sendo feito qualquer tipo de uso que possa revelar a identidade dos mesmos. Nenhum dado será revelado sem que o/a participante assim o autorize. A investigadora, Melissa Carnoto, garante que a publicação do estudo não conduzirá à violação do anonimato e da confidencialidade acordada.

A recolha e análise de dados do estudo Processos e Percursos de Empoderamento e Promoção de Qualidade de Vida das Pessoas Idosas, serão integrados numa dissertação de mestrado que ficará em acesso público no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. A dissertação não conterá quaisquer dados pessoais que possam revelar diretamente ou indiretamente algum/a participante.

Confidencialidade

Qualquer informação obtida no âmbito do presente estudo que o/a possa identificar será confidencial e não será divulgada sem a sua autorização. Todos os dados recolhidos serão guardados de acordo com a legislação portuguesa e da União Europeia relativamente à proteção de dados e à sua privacidade. Serão tomadas as medidas para proteger os dados pessoais recolhidos contra a destruição ou perda accidental, alteração, divulgação ou acesso não autorizado. Como parte de uma política de mitigação de riscos, procedimentos de backup de dados e recuperação de desastres serão implementados para proteger os dados.

Eliminação de Dados Pessoais

No final da investigação, todos os dados pessoais recolhidos dos participantes serão eliminados.

Recusa em Participar

É inteiramente livre de participar ou não neste estudo. Caso pretenda participar no estudo voluntariamente pode abandoná-lo a qualquer momento sem qualquer tipo de consequências. Também é livre de se recusar a responder a qualquer pergunta.

Riscos Potenciais

O estudo não envolve qualquer risco potencial, quer sejam sociais, legais ou financeiros.

Identificação dos investigadores

Se tiver qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá contactar:

- Melissa Carnoto, estudante do Mestrado de Psicologia Comunitária no ISPA-Instituto Universitário, através do email 23992@alunos.ispa.pt;

