



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

O MODELO DE ALCALAR:
- Vantagens comparativas de um
paradigma residencial comunitário para idosos.

Jorge Manuel Andrez Malveiro

Tese para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Curso de Doutoramento em Psicologia

Orientação: Professor Doutor Saul Neves de Jesus

2015



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

O MODELO DE ALCALAR:
- Vantagens comparativas de um
paradigma residencial comunitário para idosos.

Jorge Manuel Andrez Malveiro

Tese para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Curso de Doutoramento em Psicologia

Orientação: Professor Doutor Saul Neves de Jesus

2015

O MODELO DE ALCALAR:
- Vantagens comparativas de um
paradigma residencial comunitário para idosos.

Declaração da Autoria de trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original, inédito e não segue as normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990.

Os autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright de Jorge Manuel Andrez Malveiro©

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objectivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito e obtida previamente a autorização expressa do autor.

Perante o estudo de um tema vasto e fascinante...uma autocrítica.

Perguntei a um velho Professor anglo-saxão quantas páginas devia ter esta tese, ao que o venerando pedagogo me respondeu: “it may have only one, but it has to be perfect”.

Aos que têm o infortúnio de passar o crepúsculo da existência sem o calor do *lar*,
Sem o carinho da família, desenraizados, infantilizados, sem direito à privacidade,
Sem o justo reconhecimento pela personalidade e pelo direito a estarem felizes,
Cadáveres adiados, depositados numa *sala de convívio*, à espera da morte.

Sei quem sois. Conheço-vos.

Penso em vós.

Sinto por vós.

Com esperança pela mudança das possibilidades de agora,
A vossa dor é a minha dor, antes que chegue a minha vez de estar em vosso lugar.

Aos meus pais, pelo carinho e exemplar Amor.

À minha cara-metade, que suportou estoicamente os dias tormentosos durante esta jornada académica.

Ao meu Orientador, Saul Neves de Jesus, pelo encorajamento, incentivo e sabedoria.

Aos amigos, estou grato pela fortuna em afecto.

Aos colegas e colaboradores.

Last but not least, ao Senhor Padre Domingos Costa, cuja inspiração e Obra deu mais e melhor vida a tantos.

RESUMO

Objecto: Esta investigação avaliou comparativamente a percepção da *qualidade de vida* (*qdv*) e do Bem-Estar Subjectivo (BES), bem como várias outras características biopsicossociais entre três grupos de idosos respectivamente institucionalizados em três paradigmas residenciais comunitários institucionais.

Método: Estudo comparativo transversal e observacional, descritivo e inferencial, efectuado a uma amostra de 158 sujeitos, a qual foi constituída por 50 idosos habitantes numa Aldeia-lar (grupo Alcalar), por 56 idosos residentes em Lares de Idosos/Casas de Repouso (grupo ERPI) e por 52 idosos utentes de Centros de Dia/Convívio (grupo EPDI). Utilizou-se uma bateria de testes composta por dois questionários auto-aplicativos de *qdv* da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF e WHOQOL-Old PT), por três escalas para avaliação do BES e por um conjunto adicional de instrumentos de avaliação biopsicossocial. Foram comparados os dados subamostrais provenientes da avaliação dos 158 idosos participantes neste estudo intergrupar.

Resultados: Os habitantes da Aldeia-lar de Alcalar (grupo Alcalar) obtiveram níveis globalmente mais elevados na percepção da *qdv* e do BES e, predominantemente, os melhores resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas, enquanto os residentes nas ERPI (grupo ERPI) obtiveram níveis globalmente inferiores de *qdv* e de BES e, predominantemente, os piores resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

Conclusão: Em comparação com os idosos institucionalizados em dois dos paradigmas institucionais residenciais comunitários tradicionais mais prevalentes em Portugal (respectivamente, as ERPI e os EPDI), os idosos habitantes na Aldeia-lar (denominada por Modelo de Alcalar) revelaram vantagens comparativas quanto à percepção da *qualidade de vida* e do Bem-Estar *lato sensu* e, predominantemente, os melhores resultados quanto aos níveis biopsicossociais avaliados.

Palavras-chave: Alcalar; Aldeia-lar; BES, Idosos; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Summary: This research evaluated comparatively the Quality of Life (QOL) perception and Subjective Well-Being (SWB), as well as various biopsychosocial dimensions between three groups of elderly residents and attendees of three different Portuguese institutional communitarian residential paradigms for senior citizens.

Method: Based on a cross-sectional comparative study, using a deductive and a descriptive statistical method on a sample of 158 subjects consisting of 50 senior citizens of the Alcalar retirement village (Alcalar group), 56 senior residents in traditional Retirement Homes (ERPI group) and on 52 senior attendees of Day Care Centers (EPDI group), a series of tests were applied. This research comprised on two self applicable questioners for elderly citizens on QOL, developed by the World Health Organization (WHOQOL-BREF e WHOQOL-Old PT), as well as three evaluation scales of SWB and an additional set of several tests to assess biopsychosocial dimensions. All of the 158 subjects' data were evaluated and compared according to each group sample.

Results: Comparatively, the Alcalar group globally obtained higher levels of QOL and SWB and better results on the biopsychosocial dimensions whereas the ERPI group globally scored lower levels of QOL and SWB and the worst set of results on the biopsychosocial dimensions.

Conclusion: By comparison with the other two models (ERPI and EPDI), the Alcalar residents globally reveled advantages on most QOL, SWB and biopsychosocial dimensions.

Conclusion: By comparison with the other two groups of elderly residents and attendees (ERPI and EPDI), the Alcalar group globally reveled advantages on most Quality of Life, SWB and biopsychosocial dimensions.

Key-words: Alcalar; Quality of life; Retirement village; Well-being.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAC	Associação Académica de Coimbra
AEEASG	Ano Europeu do Envelhecimento Activo e Solidariedade entre Gerações
AHSC	Abbeyfield Houses Society of Canada
ALI	Associação de Apoio Domiciliário de Lares e Casas de Repouso de Idosos
APA	American Psychiatric Association
AT	Análise Transaccional
BASE	Berlin Aging Study
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNIS	Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade
DGECFIN	Directorate General for Economic and Financial Affairs
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAIVD	Escala de Actividades Instrumentais da Vida Diária
EADS21	Escala da Ansiedade, Depressão e Stresse
EAVD	Escala de Actividades da Vida Diária
EIPAHA	European Innovation Partnership on Active and Health Ageing
ESaF	Escala Sobre a Felicidade
EPDI	Estabelecimento de Permanência Diária para Idosos
ESS	European Social Survey
EU	European Union
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
EUROSTAT	Gabinete de Estatísticas da União Europeia
GAA	Global Acting on Aging
GAW	Global AgeWatch Index
GCSC	Glacier Circle Senior Community
GNR	Guarda Nacional Republicana
HAP	Healthy Ageing Project
HPI	Happy Planet Index
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGFSS	Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social
INATEL	Instituto Nacional de Apoio aos Tempos Livres
INE	Instituto Nacional de Estatística
INR	Instituto Nacional para a Reabilitação
ISS	Instituto para Segurança Social
LVP	Lar dos Velhinhos de Piracicaba
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées
MSSS	Ministério da Solidariedade e Segurança Social
OFCE	Observatoire Français des Conjonctures Économiques
OMS	Organização Mundial da Saúde
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule
PCHPI	Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas
PRNAR	Protocolo de Rastreamento de Necessidades de Atenção Rápida
PORDATA	Base de Dados de Portugal Contemporâneo
RMN	Ressonância Magnética Nuclear
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RUTIS	Rede de Universidades da Terceira Idade para Seniores
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SAPA	Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio
SCHOA	Sun City Home Owners Association
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SLS	(The) Seattle Longitudinal Study
SOC	Seleção-Optimização-Compensação
SPMSQ	Short Portable Mental Status Questionnaire
SSPFATTA	Sistema Supletivo de Prescrição e Financiamento de Ajudas Técnicas e Tecnologias de Apoio
SWLS	Satisfaction With Life Scale
TRFHT	The Rowntree Foundation and Housing Trust
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment
UN	United Nations

ÍNDICE GERAL

Resumo	xi
Abstract	xii
Introdução	25

CAPÍTULO I – O IDOSO E O ENVELHECIMENTO.

1 - Do velho ao idoso: da noção ancestral de <i>velho</i> ao conceito de <i>idoso</i>	45
1.1 - A representação do <i>velho</i> na Antiguidade Grega	47
1.2 - A representação do <i>velho</i> no Império Romano	49
1.3 - A representação do <i>velho</i> a partir da Idade Média	51
1.4 - O início da distinção da representação social do <i>velho</i> e do <i>idoso</i>	53
1.5 - A exclusão social dos idosos não é nova, nem terminou na actualidade	54
1.6 - A categorização dos <i>idosos</i> em função de critérios etários	56
2 - O envelhecimento: a multidimensionalidade do conceito	59
2.1 - A biologia do envelhecimento: a inevitável senescência	62
2.2 - Uma abordagem psicogerontológica no estudo do envelhecimento	64
2.2.1 - O <i>Coping</i> , a Resiliência e a Cognition no envelhecimento	65
2.2.2 - A Ansiedade e a Depressão nos idosos: o diagnóstico e o tratamento	67
2.2.3 - Da autonomia à dependência, as necessidades de apoio no envelhecimento: o <i>calcanhar de Aquiles</i> na senescência humana	75
2.3 - Rejuvenescer é possível: a importância da promoção da autonomia funcional, das crenças de auto-controlo e das expectativas de auto-eficácia nos idosos	78
2.4 - Do <i>envelhecimento bem-sucedido</i> até ao <i>envelhecimento activo</i>: reflexões conceptuais perante os desafios da velhice	84
2.4.1- O <i>Envelhecimento Saudável</i> : o precursor do <i>Envelhecimento Bem-Sucedido</i>	85
2.4.2 - O contributo do modelo desenvolvimental do ciclo de vida (Lifespan) para a compreensão do envelhecimento humano	87
2.4.3 - O conceito <i>Envelhecimento Bem-Sucedido</i> na perspectiva do <i>Modelo de Seleção-Optimização-Compensação</i>	89
2.4.3.1 - Considerações finais sobre o Modelo SOC	91
2.4.3.2 - Propostas que facilitam o <i>Envelhecimento Bem-Sucedido</i>	94
2.4.4 - A contemporaneidade do conceito de <i>Envelhecimento Activo</i> : desafios e possibilidades	95
2.5 - O envelhecimento demográfico e algumas particularidades dos países desenvolvidos	97
2.5.1 - Aspectos da Demografia Mundial	98
2.5.2 - O envelhecimento demográfico português: a decadência ou o reajustamento?	98
2.6 - A (des)integração dos idosos na comunidade	100
2.6.1 - O Idoso e o Isolamento Social	101
2.6.2 - O Idoso e a Família: a importância dos laços familiares na <i>idade maior</i>	102

CAPÍTULO II – O BEM-ESTAR e a QUALIDADE de VIDA.

1 - No dealbar da noção de <i>felicidade</i> até à diferenciação do conceito de Bem-Estar	107
1.1 - O desenvolvimento do conceito de <i>felicidade</i>	108
1.1.1 - A abordagem Religiosa da <i>felicidade</i>	109
1.1.2 - A abordagem Filosófica da <i>felicidade</i>	110
1.1.3 - A abordagem Psicológica da <i>felicidade</i>	112
1.1.4 - Outras abordagens emergentes sobre a <i>felicidade</i>	114
1.1.5 - A contemporaneidade conceptual de <i>felicidade</i>	114
1.2 - O desenvolvimento do conceito de <i>Bem-Estar Subjectivo</i> (BES)	115
1.2.1 - Os componentes do Bem-Estar Subjectivo (BES)	117
1.2.2 - A definição do conceito de <i>Bem-Estar Subjectivo</i> (BES)	119
1.2.3 - A mensuração do Bem-Estar Subjectivo (BES)	120
1.2.4 - Duas Teorias (ainda) prevalectentes sobre o Bem-Estar Subjectivo (BES)	121
1.2.5 - A <i>Personalidade</i> , a Genética e o Bem-Estar Subjectivo (BES)	121
1.2.5.1 - O <i>Modelo dos Cinco Factores</i> (<i>Five Factors Model</i>) e o BES.....	122
1.2.5.2 - A influência da Genética no BES	122
1.2.6 - O Bem-Estar Subjectivo (BES) e a Saúde	123
1.2.7 - A Psicologia Positiva e o Bem-Estar Subjectivo (BES)	123
1.2.8 - Aspectos sócio-culturais e o Bem-Estar Subjectivo (BES)	124
1.3 - O Bem-Estar Psicológico	126
2 - O Conceito de <i>Qualidade de Vida</i>	128
2.1 - Ponderação Biológica, Psicológica e Ambiental sobre a <i>qualidade de vida</i>	132
2.2 - Instrumentos para a avaliação da <i>qualidade de vida</i> dos idosos	136
2.3 - Aspectos significantes da <i>qualidade de vida</i> nos idosos	147

CAPITULO III – O ESPAÇO AMBIENTAL E O ENVELHECIMENTO.

1 - A Psicologia Ambiental na compreensão da percepção da <i>qualidade de vida</i>	157
2 - A influência da Arquitectura na qualidade de vida dos Idosos	163
2.1 - Do abrigo à casa, a estética arquitectónica e a felicidade do lar	164
2.2 - Viver numa Instituição será um destino previsível?	170
2.3 - Algumas premissas no planeamento das residências para idosos	175
2.4 - Elementos fundamentais nas moradias destinadas aos idosos	182
3 - O paradigma da Aldeia-lar como <i>cluster</i> turístico e de repovoamento territorial	198
4 - A Aldeia de S. José de Alcalar: do sonho à edificação de um modelo residencial comunitário para idosos	210

CAPÍTULO IV – O APOIO COMUNITÁRIO AOS IDOSOS: EXEMPLOS RESIDENCIAIS INTERNACIONAIS E ASPECTOS DA CONJUNTURA PORTUGUESA.

1 - Modelos internacionais residenciais comunitários para idosos	223
1.1 - As Comunidades <i>Sun City</i> , nos Estados Unidos da América.....	225
1.2 - Brasil: a Aldeia para idosos de Piracicaba	227
1.3 - Califórnia: <i>Glacier Circle Senior Community</i>	231
1.4 - Canadá: as Casas <i>Abbeyfield</i> , da <i>Abbeyfield Houses Society</i>	234
1.5 - Dinamarca: o Centro de Cuidados de <i>Lillevang</i> , em Farum	236
1.6 - França: As <i>Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées (MARPA)</i>	238
1.7 - A comunidade de <i>Hartrigg Oaks</i> em New Earswick, no Reino Unido	242
2 - A tipificação da protecção social portuguesa direccionada aos idosos	245
2.1 - As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)	248
2.2 - Os Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos (EPDI)	251
2.3 - Outras propostas relevantes de apoio aos idosos	253
2.3.1 - Os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD)	254
2.3.2 - A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	256
2.4 – O custo financeiro da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais para Idosos (RSESI)	257
2.4.1 - As despesas de funcionamento da RSESI	258
2.4.1.1 - Acordos de cooperação com as IPSS	263
2.4.1.1.1 - Despesas com as valências ERPI e EPDI	268
2.4.2 - A sustentabilidade das IPSS em Portugal	270

CAPÍTULO V – METODOLOGIA.

1 - Objectivo, Hipóteses e Amostra	277
1.1.a - Objectivo principal	277
1.1.b - Objectivos específicos	277
1.2 - Hipóteses	278
1.3 - Amostra	278
1.4 - Procedimentos	279
2 - Instituições participantes no estudo	281
3 - Instrumentário	282
3.1 - Avaliação da percepção da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)	282
3.2 - Avaliação da percepção da Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL-Old)	282
3.3 - A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens (EADS21)	283
3.4 - A Positive and Negative Affect Schedule (PANAS I e II)	284
3.5 - Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale - SWLS)	284
3.6 - Escala Sobre a Felicidade (ESaF)	285
3.7 - Protocolo de Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida (PRNAR)	285
3.7.1- Dados Sócio-Demográficos	286

3.7.2 - Caracterização Sócio-Económica do Idoso	286
3.7.3 - Situação Habitacional	286
3.7.4 - Avaliação Funcional	286
3.7.4.1 - Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody	287
3.7.4.2 - Escala de Actividades de Vida Diária (Índice de Kazt)	288
3.7.5 - A Geriatric Depression Scale (GDS15)	289
3.7.6 - O Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	290
3.7.7 - Indicadores de Risco Geriátrico	291
3.7.8 - Índice de Comorbilidade de Charlson	292
3.7.9 - Questionário Breve de Rastreo de Abuso (QBRA)	292

CAPÍTULO VI – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

1 - Descrição do Estudo	295
2 - Análise estatística	295
3 - Caracterização intergrupar	296
4 - Análise dos resultados referentes à <i>qdv</i> e ao Bem-Estar Subjectivo	302
4.1 - Percepção da <i>qdv</i> através do WHOQOL-BREF	302
4.2 - Percepção da <i>qdv</i> através do WHOQOL-Old Portugal	305
4.3 - Percepção do Bem-Estar Subjectivo e da Felicidade entre os três grupos da amostra através das escalas PANAS I e II, SWLS e ESaF	309
4.3.1 - A Positive and Negative Affect Schedule	309
4.3.2 - Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale - SWLS)	312
4.3.3 - Escala de Sobre a Felicidade	313
5 - Avaliação de outras características biopsicossociais intergrupais	315
5.1 - Avaliação Funcional	315
5.1.1 - Actividades Instrumentais de Vida Diária (EAIVD)	315
5.1.2 - Escala de Actividades de Vida Diária (EAVD)	316
5.2 - Índice de Comorbilidade de Charlson	317
5.3 - Indicadores de Risco Geriátrico	319
5.4 - O Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	324
5.5 - Avaliação da Depressão, Ansiedade e Stresse	325
5.5.1 - Escala de Depressão Geriátrica ou Geriatric Depression Scale (GDS15)	325
5.5.2 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens (EADS21)	326
5.6 - Avaliação do Abuso pelo Questionário Breve de Rastreo de Abuso (QBRA)	328
6 - Discussão dos Resultados	330
CONCLUSÃO	351
BIBLIOGRAFIA	363
ANEXOS	387
Índice dos Anexos	388

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 - Esboço de quarto sugerido para avaliação dos mecanismos psicológicos subjacentes à relação ambiente residencial hospitalar vs. percepção do Bem-Estar	194
Figura 3.2 - Aldeia da Pedralva (descrição visual 1)	200
Figura 3.3 - Aldeia da Pedralva (descrição visual 2)	201
Figura 3.4 - Esquema da Aldeia-lar de S. José de Alcalar	212
Figura 3.5 - Bar e Anfiteatro da Aldeia-lar de S. José de Alcalar	214
Figura 3.6 - Perspectiva de uma das praças ajardinadas de um núcleo residencial	214
Figura 3.7 - Aspecto do ajardinamento Aldeia-lar de S. José de Alcalar	215
Figura 3.8 - Sala-de-estar numa moradia	216
Figura 3.9 - Pormenores da Aldeia-lar de S. José de Alcalar	218
Figura 3.10 - Vista aérea da Aldeia-lar de S. José de Alcalar	219
Figura 4.1 - A comunidade de <i>Sun City</i> Arizona (foto aérea)	225
Figura 4.2 - Aldeia-Lar dos Velinhos de Piracicaba (foto aérea)	230
Figura 4.3 - Planta arquitectónica da <i>Glacier Circle Senior Community</i>	232
Figura 4.4 - Esboço de duas suites individuais numa casa <i>Abbeyfield</i>	235
Figura 4.5 - Vista aérea Centro de Cuidados Comunitário de <i>Lillevang</i>	236
Figura 4.6 - Proposta arquitectónica de uma MARPA	239
Figura 4.7 - Vista aérea da comunidade de <i>Hartrigg Oak</i>	242

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 - Distribuição percentual da resposta ERPI por alojamento no Continente em 2012	249
Gráfico 4.2 - Distribuição percentual da resposta SAD por modelo de funcionamento, no Continente em 2012 (I.G.F.S.S, 2013)	255
Gráfico 4.3 - Distribuição percentual da despesa de funcionamento por população-alvo, no Continente em 2012. Fonte: I.G.F.S.S., Conta da Segurança Social, 2012 (I.G.F.S.S., 2013)	259
Gráfico 4.4 - Evolução da despesa com acordos de cooperação no Continente entre 2000 e 2012. Fonte: Conta da Segurança Social de 2012 (IGFSS, 2013)	264
Gráfico 6.1 - <i>Ranking</i> comparativo intergrupar, total de medidas, consideradas as Escalas e/ou subescalas, os Índices e os Questionários aplicados à amostra (N=158)	348

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 4.1 - Objectivos comuns e próprios dos Centros de Dia e dos Centros de Convívio, adaptado a partir do <i>Guia Prático de Apoios Sociais aos Idosos</i> (I.S.S., 2014b)	251
Quadro 4.2 - Nº de camas contratadas em funcionamento no Continente em 2012. Fonte: RNCCI – 1º Semestre 2012. (IGFSS, 2013)	257
Quadro 4.3 - Execução orçamental, 2008-2012. Estrutura das despesas de Acção Social. Despesas e transferências correntes (sem despesas de administração). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS, 2013)	261
Quadro 4.4 - Despesas de Acção Social por áreas (despesas e transferências correntes sem despesas administração) entre 2008 e 2012. Fonte: (IGFSS, 2013, p.389)	262
Quadro 4.5 - Execução orçamental, 2008/2012. Estrutura da despesa de Acção Social com Acordos de Cooperação. Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS, 2013)	264
Quadro 4.6 - Acordos de cooperação com IPSS (financiamento em 2012). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS 2013)	265
Quadro 4.7 - Execução orçamental, 2008-2012. Estrutura parcial das despesas de Acção Social e total despesas e transferências correntes (sem despesas de administração). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS, 2013)	266
Quadro 4.8 - Taxa de Crescimento do PIB a preços constantes (Fonte: INE-BP, PORDATA, 2014) ...	266
Quadro 4.9 - Acordos de cooperação com IPSS entre 2008 e 2012 (decomposição e evolução por áreas). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS 2013)	267
Quadro 4.10 - Comparticipação financeira da Segurança Social para lar de idosos entre 2008 e 2013. Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social de 2012 (IGFSS); Protocolo Cooperação (2013-2014)	268
Quadro 4.11 - Acordos de cooperação com IPSS, 2008 e 2013; evolução do valor das comparticipações por utente/mês definidas em Protocolo, aplicáveis ao Continente (adapt.). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social de 2012, IGFSS (2013); Protocolo Cooperação (2013-2014) ...	269
Quadro 5.1 - Domínios do questionário WHOQOL-BREF	282
Quadro5.2 - Domínios do questionário WHOQOL-Old (WHOQOL-Old Group, 2005)	283

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1 - Índice de Dependência dos Idosos desde 1961 (PORDATA, 2014)	77
Tabela 5.1- Grelha das Instituições participantes no estudo	281
Tabela 6.1 - Caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com o sexo e a idade	297
Tabela 6.2 - Caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo a esperança média de vida aos 65 anos	297
Tabela 6.3 - Caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com escolaridade	298
Tabela 6.4 - Caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI conforme o sector profissional antes da reforma	298
Tabela 6.5 - Caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com o estado civil	299
Tabela 6.6 - Caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com as pessoas com quem vivem e a quem recorrem no caso de precisarem de ajuda	299
Tabela 6.7 - Caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI (situação económica)	300
Tabela 6.8 - Caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com aspectos relacionados com a doença	301
Tabela 6.9 - Média e desvio-padrão dos itens do WHOQOL-BREF	303
Tabela 6.10 - Comparação dos valores dos domínios do WHOQOL-BREF entre os grupos	304
Tabela 6.11- Consistência nos domínios; média e desvio-padrão dos itens do WHOQOL-Old	306
Tabela 6.12 - Comparação dos valores da escala e subescalas do WHOQOL-Old entre grupos	307
Tabela 6.13 - Consistência interna das subescalas da PANAS I e PANAS II	309
Tabela 6.14 - Média e desvio-padrão dos itens do PANAS I e PANAS II	310
Tabela 6.15 - Comparação entre os grupos dos afectos positivo e negativo da PANAS I	311
Tabela 6.16 - Comparação entre os grupos dos afectos positivo e negativo da PANAS II	311
Tabela 6.17 - Média e desvio-padrão dos itens da SWLS	312
Tabela 6.18 - Comparação dos valores da escala SWLS entre os grupos	312
Tabela 6.19 - Média e desvio-padrão dos itens da ESaF	314
Tabela 6.20 - Comparação dos valores da escala ESaF entre os grupos	314
Tabela 6.21 - Comparação da AIVD entre os grupos	316
Tabela 6.22 - Resultados EAVD no total da amostra e na comparação entre grupos	317
Tabela 6.23 - Comparação entre os grupos no Índice de Charlson	318
Tabela 6.24 - Comparação do risco associado à polifarmácia entre os grupos	319
Tabela 6.25 - Comparação do risco de queda entre os grupos	320

Tabela 6.26 - Comparação do risco de incontinência urinária entre os grupos	321
Tabela 6.27 - Comparação do risco de obstipação entre os grupos	321
Tabela 6.28 - Comparação do risco de problemas de audição entre os grupos	322
Tabela 6.29 - Comparação do risco de problemas de visão entre os grupos	322
Tabela 6.30 - Comparação do risco de distúrbios do sono entre os grupos	323
Tabela 6.31 - Comparação do número de erros entre os grupos	324
Tabela 6.32 - Resultado da GDS15 nos grupos e no total da amostra	325
Tabela 6.33 - Média e desvio-padrão dos itens da EADS21	326
Tabela 6.34 - Comparação entre os grupos nas subescalas da EADS21	327
Tabela 6.35 - Resultados grupais e comparação do risco de violência e maus tratos entre os grupos	328

INTRODUÇÃO

O Tempo, esse grande escultor.

Marguerite Yourcenar

INTRODUÇÃO

O envelhecimento abrange múltiplas áreas e pode ser observado de várias perspectivas muito para além da abordagem cronológica. Compreende a representação social sobre o estatuto das pessoas idosas¹ passando pela própria problemática do envelhecimento individualmente considerado como um somatório de aspectos de natureza biológica, psicológica, social e cultural.

Reforçadas pela actual conjuntura demográfica, as prenoções estereotipadas sobre a velhice, não sendo novas, têm rejuvenescido² através de correntes actuais de pensamento cuja perspectiva negativa associa a velhice à incapacidade e à morte, acentuando-a como uma fase última da vida humana, um momento existencial em que os indivíduos se tornam incompetentes e desistem dos projectos de futuro. Trata-se de um ponto de vista contemporâneo que encara o envelhecimento como uma fase em que os sinais de deterioração física³ (alterações na motilidade, diminuição dos sentidos, perda de força física, perda de memória) são associados à fraqueza, à frustração, à tristeza, à incapacidade, à dependência, muitas vezes relacionado com a impressão da inevitabilidade da perda de estatuto e consequente desconsideração, dos demais, pelo passado outrora notável do senescente. Para acentuar tal visão negativa da velhice, é comum assumirem-se como inevitáveis outras situações decorrentes do envelhecimento: o maior risco de isolamento ou de solidão social, os malefícios subsequentes à aposentação laboral (percepcionada como inseparável da inactividade), a perda de familiares, cônjuges, amigos e companheiros, pelas circunstâncias da vida ou da morte. Por outro lado, no actual contexto demográfico e sócio-cultural, a visão globalmente mais positiva – sem deixar de ser também redutora – outorga à velhice a possibilidade de se alcançar uma idade mais avançada (como se a longevidade fosse um mérito por si só), sobretudo porque as condições da vida contemporânea (particularmente as biociências e a tecnologia e, também, a rede de suporte social) assim o permitem.

Tendo como seu principal agente o Tempo, o processo de envelhecimento humano, de cariz multidimensional, é um fenómeno das pessoas, das comunidades e da organização das Sociedades na interacção com o espaço ambiental. Nesse sentido, o envelhecimento é uma realidade bio-psico-sócio-cultural, variável mas universal.

¹ Vide 1ª Secção do Capítulo I.

² Idem.

³ Vide 2ª Secção do Capítulo I.

Sobretudo quando somos confrontados com a variabilidade inerente à escala do sujeito estamos perante a inevitabilidade de um processo senescente inexorável, heterogéneo mas contínuo, o qual se manifesta física, psíquica e socialmente. Por esta lógica tem-se o envelhecimento⁴ como um processo gradual, multifacetado e individualmente singular na medida em que agrega uma larga diversidade de características que incluem facetas biológicas, psíquicas (neurais, emocionais e racionais), de género, sociais e ambientais, histórico-tradicionais e culturais, as quais compõem a complexidade idiossincrática do que significa *ser-se idoso*⁵. Nesta medida, tal complexidade é patenteada por expectativas díspares e comportamentos singulares, dependentes da relação entre os indivíduos, entre cada pessoa e o *ambiente* onde se desenvolveu e onde habita⁶ e, particularmente importante para este estudo, entre o idoso e a sua casa⁷.

Por conseguinte, quando iniciámos esta investigação estávamos conscientes da complexidade multidimensional do enquadramento já que, numa Sociedade que envelhece, nem sempre existe a noção colectiva da gravidade da progressão do dinamismo sócio-demográfico e das suas consequências, quer ao nível individual ou colectivo. É o que parece suceder com crescente intensidade em Portugal⁸, pelo menos, desde há 30 anos: conforme o Anuário Estatístico para Portugal em 2012, o Índice de Envelhecimento (IE) Português para 2012 foi de 131,1 (i.e., existiam, aproximadamente, 131 idosos com 65 ou mais anos por cada 100 jovens até aos 15 anos de idade); por comparação, em 2000 o IE português era de 100,6 e em 1990 fora de 63,5 (INE, 2013a). A degradação do IE é ainda mais expressiva quando se verifica que em 1986 o IE português era apenas de 52,4 ou seja: entre 1986 e 2012 o Índice de Envelhecimento português subiu cerca de 125% (PORDATA, 2014).

Actualmente os dados provisórios oficiais são mais dramáticos e indicam que o Índice de Envelhecimento estimado para Portugal é de 136 (no Continente é de 138,9) (INE, 2014; PORDATA, 2014).

⁴ Vide 2ª Secção do Capítulo I.

⁵ No presente estudo, o idoso é o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, de acordo com a definição concebida pela demografia, projectada numa representação mental comum (Pinho, 2005).

⁶ Vide 1ª Secção do Capítulo III.

⁷ Vide 2ª Secção do Capítulo III.

⁸ Na sequência da consolidação da geração do *Baby Boom* pós-Segunda Grande Guerra, sobretudo nas últimas três décadas até à actualidade, os países desenvolvidos, entre os quais se incluem Portugal, têm sofrido um crescente envelhecimento populacional concomitantemente à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, o que suscita crescentes desafios à organização social dos Estados.

A problemática do envelhecimento demográfico, revelada sobretudo pelos principais relatórios e indicadores estatísticos oficialmente disponíveis (INE, PORDATA, EUROSTAT, UNDP, OMS, etc.), constitui-se como uma realidade emergente cujos danos sociais, pensamos, ainda não foram devidamente ponderados⁹.

Segundo os Censos de 2011 (INE, 2013a), o total de população com 65 e mais anos residente em Portugal era de 2.010.064 pessoas (2.051.225 indivíduos para a PORDATA [PORDATA, 2014]) ou seja: do total de população residente em Portugal, os indivíduos estatisticamente considerados como *idosos* representam actualmente mais de 19% (19,3% para o INE; 19,6% para a PORDATA) com tendência para o aumento deste contingente populacional, subdividido em idosos e em muito idosos.

Salientamos que, dadas as características da evolução da *longevidade* da população idosa na última década, tem-se verificado um aumento do *Índice de dependência de idosos* o qual subiu de 25 (em 2003) para 30,3 (em 2013) (INE, 2014; PORDATA, 2014). Acresce a esta situação que as projecções para Portugal em 2060, referentes ao *Índice de dependência de idosos*, apontam para valores espantosos: 67,0 no *Cenário Baixo*; 70,9 no *Cenário Central* e 90,1 no *Cenário Alto* (INE, 2014).

A evolução da demografia e os factores associados implicam um enorme esforço colectivo – informal ou formal – respectivamente da rede de suporte familiar ou institucional (nomeadamente das Instituições e do Estado), na medida em que ao aumento dos níveis de *longevidade* numa população envelhecida corresponde, geralmente, o acréscimo da necessidade dos cuidados de apoio, muitos deles especializados, em regime intensivo e de longa duração.

Actualmente, em Portugal, são as Instituições (públicas ou privadas) que têm a maior capacidade de prestação dos serviços de apoio aos idosos. A este propósito recordemos que, do ponto de vista histórico, o paradigma nacional de apoio institucional sempre teve um cariz maioritariamente assistencialista - por vezes mutualista - no qual as organizações religiosas assumiram um papel preponderante, especialmente relevante desde o início da fundação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)¹⁰, Instituição que remonta ao ano de 1498. Mais recentemente, desde dos tempos revolucionários de Abril de 1974, o Estado assumiu um papel relevante na coordenação da protecção social, nomeadamente dos idosos.

⁹ De tal modo este assunto é sério que consideramos que pode estar em causa a própria sustentabilidade do modelo social, no qual se inclui o apoio social aos idosos, nomeadamente o nacional e o europeu.

¹⁰ Foi antecessora da SCML a *Irmandade de Invocação a Nossa Senhora da Misericórdia*, destinada a enterrar os mortos, visitar os presos e acompanhar os condenados à morte até o local da execução.

Refira-se que tal responsabilidade social tem sido partilhada com as famílias e, na maior parte do apoio institucional, com a iniciativa privada de utilidade pública com origem na Sociedade civil (IPSS/ONG's) e, também, com as iniciativas empresariais com fins lucrativos. Neste campo de acção, as respostas colectivas de prestação de apoio social aos idosos têm sido constituídas maioritariamente, em Portugal, por três modelos preponderantes, um deles com um cariz de manutenção gregária pré-existente ao início do apoio social extra familiar – o *Apoio Domiciliário* – e os outros dois com características ambientais sócio-comunitárias residenciais – as ERPI¹¹ e os EPDI¹².

Tanto as ERPI como os EPDI são organizações institucionais¹³ residenciais de cariz comunitário que geralmente disponibilizam um atendimento destinado, maioritariamente e respectivamente, a pessoas idosas dependentes ou independentes as quais, por causas distintas, não dispõem de condições para permanecer (quer permanentemente quer durante o dia) no seio familiar ou nas suas próprias residências.

Dado o envelhecimento demográfico em curso é compreensível que as respostas sociais dirigidas à população idosa tenham registado uma expansão expressiva: entre 2000 e 2012, no conjunto das respostas sociais para os idosos, as ERPI cresceram 44% e os Centros de Dia (inseridos no conjunto dos EPDI) 31%. Tal expansão quantitativa tem sido acompanhada pelo aumento dos lugares disponíveis, o qual registou, entre 2000 e 2012, uma taxa de crescimento de 47 % (mais 84.000 novos lugares) (I.G.F.S.S., 2013).

No nosso país, segundo dados recentes da Segurança Social (I.G.F.S.S., 2014; I.S.S., 2014b), existiam 78.104 idosos com mais de 65 anos alojados nas ERPI, aos quais acrescem 62.928 utentes que usam os EPDI (respectivamente 42.693 utentes nos *Centros de Dia* e 20.235 utentes nos *Centros de Convívio*). Portanto, em 2013, estas duas principais tipologias – ERPI e EPDI – prestavam apoio directo a mais de 141 mil idosos.

¹¹ *Estrutura Residencial para Pessoas Idosas* ou ERPI: denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, integra as designações *Lar de Idosos*, *Residência para Idosos*, *Casa de Repouso*, etc.

¹² Denominámos como *Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos* (EPDI): os *Centros de Dia* e os *Centros de Convívio*, cujas características são semelhantes no propósito ocupacional e de convívio diários, apesar das diferenças quanto à organização da prestação de cuidados diários aos utentes; neste âmbito, os Centro de Dia prestam um leque de cuidados mais alargados do que os prestados nos Centros de Convívio (vide 2ª Secção do Capítulo IV).

¹³ Salientamos que as denominadas ERPI, e também os EPDI, possuem dissemelhanças entre elas o que, supomos, implicará diferenças qualitativas a vários níveis, nomeadamente quanto à percepção da Qualidade de Vida, do Bem-Estar, da Satisfação com a Vida, da estabilidade emocional, entre outras consequências nos idosos que nela residem ou nelas convivem diariamente.

Face às exigências do actual modelo económico-social predominante nos países mais desenvolvidos, paradigma cada vez mais generalizado no Mundo globalizado, não parece provável que as famílias nucleares ou as de origem, face às mudanças estruturais e civilizacionais que estão em curso, possam vir a retomar um padrão historicamente anterior no qual assumiam todos os cuidados aos seus familiares mais velhos¹⁴.

No que respeita à prestação do apoio aos mais idosos, estamos perante importantes desafios, não só em Portugal mas, globalmente, em todos os países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento cuja dinâmica económica e social se associa, nem sempre favoravelmente, à realidade sócio-demográfica: como proporcionar boas condições de vida – leia-se: com *qualidade* – aos mais velhos, as quais sejam eficazes perante o aumento da esperança de vida e, principalmente, como garantir a melhor e mais humanizada assistência às situações de dependência senescente comumente associada ao aumento da longevidade.

O progressivo aumento da esperança média de vida, da longevidade e das necessidades de apoio aos idosos colocou-nos diversas interrogações entre as quais as seguintes incógnitas: em que condições habitacionais institucionais e com que *qualidade* residem e irão residir os idosos de agora e do futuro? Perante a inevitabilidade do envelhecimento, principalmente na sua componente senescente, muitos de nós perguntar-se-ão, em jeito de ponderação: *como* (ou seja, *em que condições*) e *onde* se fará a *caminhada* até ao *descanso final*, esse sim, inevitável?

Não somente devido à realidade sócio-demográfica actual como também à do futuro que se avizinha, e cientes da relevância da problemática do apoio ao longo do envelhecimento, sobretudo na fase final da vida a qual é amiudadamente marcada por condições individuais de menor independência, escolhemos estudar uma porção temática relativa às questões antes enunciadas.

Por conseguinte, subjacente ao nosso estudo esteve a intenção de apreciar comparativamente a percepção dos idosos apoiados pelos modelos institucionais residenciais mais prevacentes no sistema assistencial português (as ERPI e os EDPI), com a particularidade de termos incluído na nossa investigação uma ERPI inovadora, ou seja, uma Aldeia-lar na qual o termo *lar* parecia-nos ter um significado concreto e não eufemístico.

¹⁴ Vide 1ª Secção do Capítulo I.

Em síntese, o objectivo principal da investigação que nos propusemos realizar incidirá sobre a avaliação comparativa da percepção multidimensional dos idosos que usufruem do apoio institucional das respostas residenciais comunitárias mais prevalentes em Portugal¹⁵, nomeadamente os sujeitos institucionalizados nas ERPI e aqueles que diariamente estão nos EPDI. Adicional e comparativamente, agregámos ao nosso estudo comparativo os idosos habitantes numa ERPI única no nosso país, a Aldeia-lar de S. José de Alcalar, a qual – por possuir características organizacionais e ambientais singulares – observámos como sendo um protótipo residencial comunitário meritório de ser considerado como um modelo próprio: trata-se de um Lar de idosos – portanto, uma ERPI – edificado e organizado sob a forma de uma Aldeia; logo, trata-se de uma *Aldeia-lar*, por nós denominada como *Modelo de Alcalar*.

Porque o mais importante são as pessoas (e tendo em conta que não seria eficaz para a medida da qualidade dos resultados que intentámos estudar) recusámos enveredar por uma análise sistemática comparativa institucional centrada nos recursos materiais, físicos e técnicos das dezenas de instituições selecionadas. Para a concretização e análise do nosso estudo pareceu-nos essencial centrarmos a nossa investigação na avaliação dos idosos sobre os quais recaem o apoio institucional daquelas entidades supracitadas. Neste sentido, delineamos um estudo comparativo sobre a percepção da *qualidade de vida (qdv)*¹⁶, do Bem-Estar¹⁷ e sobre outras dimensões biopsicossociais dos idosos que usufruem das organizações residenciais institucionais acima referidas.

Sejamos claros: é nossa convicção ser relevante o estudo multidimensional, numa metodologia comparativa intergrupar, dos idosos naquelas tipologias institucionais porquanto há que aferir se a confiança nelas depositada (pelos sujeitos e pelas famílias) assim como os recursos económico-financeiros que a elas é alocado (por via privada e pública, de modo directo e indirecto) obtêm o correspondente retorno aos níveis da qualidade da Vida e do Bem-Estar global dos idosos apoiados. No mesmo sentido, há que apurar se existem resultados sobre os quais importa debater para que sejam reajustados os objectivos, redefinidas as estratégias e alterados os procedimentos.

¹⁵ Vide 2ª Secção do Capítulo IV.

¹⁶ Para ter significado a *qualidade de vida* deve ser definida em termos individuais sendo específica ao sujeito (Hortelão, 2003). Vide 2ª Secção do Capítulo II.

¹⁷ Vide 1ª Secção do Capítulo II.

Tendo em conta tais resultados e o *Tsunami demográfico* emergente, desejamos que a nossa investigação possa dar azo à oportunidade de serem repensados os próprios modelos actualmente mais prevaletentes, assim como a forma tradicional como até agora o Estado e a Sociedade se têm organizado para dar resposta às múltiplas necessidades da população idosa. Assim, parece-nos da maior premência alargar a reflexão sobre as múltiplas transformações sócio-demográficas que estão a ocorrer, para que se possam ajustar ou reconsiderar a alocação dos recursos e os apoios necessários. Tal discussão deverá perpassar para lá do espaço político-partidário, para um fórum que integre a Sociedade civil, particularmente as IPSS, as ONG`s, as empresas, os movimentos cívicos e, também, os investigadores. Daqui decorre que desejamos que o enquadramento teórico e a análise dos dados obtidos ao longo desta investigação possam ajudar a promover a melhor compreensão da temática em apreço e contribuir para um maior conhecimento sobre a população idosa residente em determinados contextos ambientais residenciais institucionais. Oxalá possamos legar, com este estudo, um contributo para o debate sobre a implementação de estratégias residenciais destinadas aos idosos, tendo em vista a promoção eficaz da melhoria da qualidade de vida na *maior-idade* e da plena cidadania dos idosos, agora e no futuro.

Tal como desenvolveremos na 2ª Secção do Capítulo III, pensamos que a relação entre a pessoa idosa e o espaço habitacional traduz-se por uma forte ligação afectiva, nomeadamente na representação do *lar*, timbrada por elementos, materiais e simbólicos, significativos de uma organização pessoalizada como parte da expressão representativa da sua identidade. Naquela relação está fundada a edificação do seu reduto de Bem-Estar e de conforto¹⁸, um espaço híbrido de pertença identitária e de dominação utilitária. O conhecimento das diversas realidades habitacionais em que os idosos se encontram ambientalmente inseridos por via institucional permitirá a optimização dos recursos que podem ir ao encontro do desejo dos idosos em permanecerem em casa, ou num ambiente *homelike*, o maior tempo possível. Disso daremos conta no Capítulo III, por via da reflexão sobre os fundamentos arquitecturais na *qdv* dos idosos institucionalizados, cujo protótipo de *Aldeia-lar* é, para nós, um caso paradigmático.

¹⁸ O arquitecto Witold Rybczynski publicou em 1986 um interessante ensaio sobre a evolução da vida doméstica e da cultura intitulado *Home: A Short History of an Idea* no qual interpreta a evolução histórico-antropológica da casa ao longo dos séculos, no que concerne ao estilo, aos objectos utilitários e ao significado do conforto.

Ao abordarmos os temas do envelhecimento e da habitação, é inevitável a reflexão sobre os contextos residenciais dos idosos. A este propósito, importa referir que os vínculos estabelecidos entre as pessoas e os seus objectos na relação funcional com o ambiente Instituto-residencial parecem ser relevantes na estabilidade emocional e identitária. Tendo em consideração os estudos de Langer¹⁹ (2009), pode-se questionar em que medida os graus de dependência no processo senescente e as suas consequências negativas, em determinadas condições, podem ser revertidos. Podemos até indagar se, no caso de ser possível criar condições sócio-ambientais que possibilitem superar as limitações do corpo e da mente ou estabilizar algumas das facetas degenerativas tidas como absolutas, será realisticamente exequível a generalização de um envelhecimento bem-sucedido²⁰. Apesar da multiplicidade de estudos e opiniões, tais questões não têm respostas absolutas, nem nós temos a pretensão de as dar. Existem, isso sim, indicações e experiências válidas, as quais são sugestivas das tantas possibilidades como são múltiplas e variáveis as necessidades humanas nesta temática.

A suposta disponibilização institucional para a prestação dos serviços de apoio²¹ seria, *a priori*, suficiente para a manutenção ou melhoria da *qdv* dos idosos institucionalizados. Não o sendo, tal raciocínio tornar-se-ia evidente se contivesse a valorização de múltiplos factores (biopsíquicos e sócio-ambientais) protectores (ou indutores) das diferentes percepções dos idosos em contexto de institucionalização²², já que, neste contexto, o quotidiano dos utentes institucionalizados exige uma grande atenção quanto às suas necessidades multidimensionais, entre as quais se encontram diversas facetas psicofisiológicas, ambientais e sócio-culturais as quais parecem influir significativamente na percepção da *qdv* dos idosos.

¹⁹ Vide Item 2.3 do Capítulo I.

²⁰ Vide Itens 2.4.3 e seguintes do Capítulo I.

²¹ As Instituições ERPI e EPDI, em geral, contam com um corpo técnico diversificado em várias áreas, desde os cuidadores/técnicos de apoio às necessidades básicas e às actividades de vida diária (higiene, alimentação, manutenção dos espaços, transporte, estimulação física e cognitiva, etc.) até às especialidades de gestão, administração e de atendimento especializado (medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, etc.), visando, globalmente, a satisfação de um amplo espectro de carências nesse particular segmento etário.

²² Eis um aspecto essencial mas não garantido, agora e no futuro, na vida das pessoas idosas: a (in)disponibilização de respostas quantitativas e qualitativas suficientemente capazes às necessidades de apoio, sobretudo perante as situações de dependência que advirão da cada vez mais elevada taxa de envelhecimento, com idosos cada vez mais longevos, pois, como se sabe, a (menor ou maior) idade é um preditor importante da *qdv* geral e física (Barreto, Giatti & Kalache, 2004; Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2004; 2005; Garcia, Banegas, Perez-Regadera, Cabrera & Rodriguez-Artalejo, 2005; Figueira, Figueira, Mello & Dantas, 2008).

Conforme será referido no Item 2.3 do Capítulo II, a maioria dos idosos manifesta vontade de manter a sua independência em relação aos seus familiares e continuar a viver nas suas casas o mais tempo possível (Pimentel, 1995; Fernandes, 1996; Paúl *et al.*, 2005). Quando tal não é possível, a institucionalização é uma solução socialmente tida como útil. Embora ainda seja escassa a literatura disponível na temática da percepção da *qdv* e do Bem-Estar relativamente à institucionalização dos idosos em Portugal, no «*Estudo comparativo de casos de institucionalização e de não institucionalização*», efectuado por Pimentel (1995), foi apurado que a maioria dos idosos avaliados (quer estivessem institucionalizados ou não) revelava uma percepção angustiante face à admissão numa ERPI, muito por causa da alteração do contexto ambiental residencial em associação à perda da intimidade, da estranheza face aos residentes e à imposição de novas rotinas conflitantes com os hábitos pessoais.

No estudo supracitado, Pimentel (1995) concluiu que a integração (ou a perspectiva de admissão) dos idosos nas ERPI parecia ser menos difícil quando as instituições facultavam o contacto com a envolvente exterior e favoreciam as relações sociais²³. A este respeito, são vários os autores cujos estudos indicam a importância do contacto afectivo-relacional entre os idosos e os técnicos cuidadores, sobretudo quando é focalizado na prevenção da incapacidade funcional associada à estimulação da autonomia e da independência, nomeadamente naqueles sujeitos institucionalizados com maiores níveis de educação, menos patologias crónicas e razoáveis (ou boas) condições funcionais (Regnier, 1994; Pimentel, 1995; Fernandes de Araújo, Coutinho & Saldanha, 2005; Paúl *et al.*, 2005; Silva, Martins, Bachion & Nakatani, 2006).

Semelhantemente, no seu estudo sobre *Qualidade de vida e auto-eficácia em idosos institucionalizados*, Fernandes (2000) efectuou a comparação entre idosos institucionalizados há menos de seis meses e idosos institucionalizados há mais de seis meses, tendo verificado que à medida que aumentava o tempo de institucionalização diminuía os sentimentos de auto-eficácia e baixavam os níveis de *qdv* (Fernandes, 2000). Coincidentemente, de acordo com Lai *et al.* (2005) a maioria dos idosos institucionalizados parece revelar não usufruir da vida nem crer que a mesma tenha sentido. Tais percepções enquadram a sintomatologia depressiva a qual, por sua vez, influencia fortemente o estado de Saúde e, por consequência, a percepção da *qdv*.

²³ Pimentel (1995) também verificou que os idosos não institucionalizados tinham mais oportunidades para efectuar actividades diárias, enquanto os sujeitos institucionalizados, com razoável ou boa saúde funcional, estavam mais limitados nessas práticas quotidianas pelas normas de funcionamento das ERPI.

Similarmente, Lopes (2004), no seu estudo «*A qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano*», refere que a vida social activa influencia positivamente as capacidades cognitivas e o Bem-Estar percebido, tanto nos idosos institucionalizados como nos não institucionalizados. Conclusões semelhantes obtiveram Paúl *et al.* (2005), ao observarem diferenças significativas entre idosos do meio urbano e do meio rural, com estes a manifestar níveis mais elevados de percepção de apoio social recebido e, igualmente, maior nível de independência e de autonomia, naturalmente devido ao quotidiano rural ser mais propício à actividade física, na lida da terra e dos animais domésticos, não sendo despreciando que o ritmo de vida ambiental rural ser bastante mais propício à menor exposição a factores de stress quando comparado com o ritmo urbano.

No nosso estudo considerámos aqueles contributos, especialmente no que concerne à influência do enquadramento residencial institucional na *qdv* dos idosos: o contexto psico-ambiental e, num sentido mais lato, o âmbito psicossocial das instituições residenciais em que os idosos (co)habitam, são ambos indispensáveis ao entendimento de uma parte significativa da variabilidade individual na percepção da *qdv* e do Bem-Estar e podem, inclusivamente, influir em mais características biopsicossociais dos sujeitos institucionalizados. Numa linha de pensamento semelhante argumentaram Paúl *et al.* (2004 e 2005) ao defenderem a importância da dimensão psicossocial integrada no ambiente cultural como factores relevantes²⁴ na percepção da *qdv*. Daqui decorre a nossa convicção de que é da maior importância reconciliar o âmbito residencial institucional com o pleno Direito inerente aos cidadãos idosos inserindo-os em condições estruturo-organizacionais que proporcionem ambientes habitacionais *homelike*²⁵ de acordo com as melhores práticas do *desenho universal*.

Ao explorarmos múltiplos aspectos qualitativos associados à percepção dos idosos em distintos ambientes institucionais, um dos desafios do nosso estudo passou por tentar inferir se, comparativamente, tais diferentes contextos residenciais institucionais podiam influenciar a avaliação da *qdv*, do Bem-Estar e de outras dimensões, sejam de cariz social e relacional ou da Saúde física e psíquica.

²⁴ A qualidade dos aspectos materiais, do estatuto e da educação, assim como o enquadramento das interações relacionais e do apoio mútuo parecem facultar, aos indivíduos idosos, o controlo adaptativo dos seus recursos sociais em função reguladora da qualidade do processo de envelhecimento.

²⁵ Vide 1ª, 2ª e 3ª Secções do Capítulo IV.

Para a realização do presente estudo estruturámos as nossas hipóteses da seguinte forma:

- *H0*: Os níveis percebidos de *qualidade de vida (qdv)* e de Bem-Estar Subjectivo (BES), assim como os resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas, são semelhantes quando comparados os respectivos subgrupos considerados, i.e., os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar (Modelo de Alcalar), os residentes nas ERPI e os utentes dos EPDI.

- *H1*: os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar, assim como os seus resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas são, predominante e comparativamente, superiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos residentes nas ERPI e pelos utentes dos EPDI, assim como sucede em relação aos respectivos resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

- *H2*: os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos residentes nas ERPI, assim como os seus resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas são, predominante e comparativamente, inferiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar e pelos utentes dos EPDI, assim como sucede em relação aos respectivos resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

Para o estudo transversal comparativo, conforme se apresenta na 2ª Secção do Capítulo V, para além da Aldeia-lar de S. José de Alcalar, foram seleccionados um grupo de dez instituições ERPI e outro grupo de onze instituições EPDI. Deste modo, a amostra total (N=158) englobará três subamostras de sujeitos, respectivamente retiradas da Aldeia-lar de S. José de Alcalar (n1=50), das ERPI (n2=56) e dos EPDI (n3=52) seleccionados.

Por conseguinte, optámos por desenvolver a presente investigação com o propósito de avaliar comparativamente a percepção dos idosos em três grandes contextos ambientais residenciais comunitários institucionais (ou seja, em ambiente residencial Aldeia-lar vs. ERPI vs. EPDI).

Pelo exposto e nos três grupos de idosos da amostra²⁶, para além da *qdv*, do BES (considerado ao nível *hedonista*), examinaremos múltiplas características biopsicossociais dos sujeitos as quais estão subjacentes ao Bem-Estar Psicológico (BEP) tido como uma outra componente do Bem-Estar *lato sensu*. Posteriormente analisaremos os resultados das avaliações obtidas através de uma perspectiva diferencial comparativa intergrupar, considerando os dados obtidos a partir das subamostras constituídas, respectivamente, pelos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar, pelos residentes institucionalizados nas ERPI e pelos utentes dos EPDI.

Antes do início dos trabalhos, procurámos definir uma estratégia de investigação que abrangesse o objecto de estudo e que permitisse a identificação de regularidades e respectivas conexões com as principais variáveis sócio-demográficas. A ausência de investigações de acordo com o modo como problematizámos o nosso objecto não nos permitiu a elaboração de um estudo comparativo de indicadores entre regiões ou períodos temporais. Por conseguinte, o desenho do nosso estudo e a sua implementação passou por uma sequência de procedimentos metodológicos e sequenciais.

De entre um universo de instituições da região algarvia, após contactos prévios com os responsáveis institucionais durante os quais explicámos detalhadamente o propósito da pesquisa, seleccionámos um total de vinte e duas Instituições: a Aldeia-lar de S. José de Alcalar, dez Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e onze Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos (EPDI). Salientamos que todas têm em comum serem Instituições residenciais, quer seja a nível permanente ou diário, com um ambiente sócio-comunitário de apoio a idosos, partilhando entre si características comuns de cariz assistencial²⁷. No âmbito da nossa investigação, entre IPSS e Instituições Particulares com Fins Lucrativos, seleccionámos as ERPI e os EPDI formal e legalmente²⁸ autorizadas a funcionar.

²⁶ Os sujeitos da amostra foram aleatoriamente seleccionados entre indivíduos voluntários sem o diagnóstico de perturbação mental ou de alterações do comportamento. Salientamos que a participação dos sujeitos foi previamente consentida pelos próprios, e também pelas respectivas instituições.

²⁷ Vide 4ª Secção do Capítulo IV.

²⁸ Note-se que em Portugal, a aprovação oficial para o tipo de serviço de apoio a idosos depende de vários condicionamentos burocráticos de autorização e de licenciamentos. Neste sentido, o sistema de qualidade ISSO 9001 serviu de base à criação dos Manuais de Qualidade da Segurança Social frequentemente utilizado pelas entidades que pretendem uma certificação da qualidade. Não obstante, o cumprimento dos *standards* oficiais não é suficiente para garantir a certificação, pois é necessária uma auditoria oficial inicial e vistorias subsequentes para a obtenção do selo ISSO 9001 e a sua manutenção.

Salientamos que, de entre os três modelos de instituições estudadas dois deles são, suposta e formalmente, semelhantes entre si, i.e., a Aldeia-lar de S. José de Alcalar²⁹ é oficialmente considerada uma ERPI. Contudo, por ser observável a sua dissemelhança com as demais instituições, consideramo-la como um protótipo.

No que concerne aos EPDI, são estabelecimentos residenciais institucionais de cariz comunitário, nos quais são dispensados serviços de apoio diário semelhantes aos prestados pelas ERPI. Neles, a permanência dos utentes é somente diária, o que implica o seu regresso a casa no final do expediente.

Após a escolha das instituições alvo, dos contactos preliminares de exposição do plano de estudos e das conseqüentes autorizações, iniciámos o processo de selecção da amostra, a qual esteve sujeita aos condicionalismos de representatividade e equiprobabilidade de modo a que as variáveis tivessem o mais possível uma distribuição idêntica entre o universo amostral, de modo a aumentarmos a qualidade dos dados estatísticos e o seu grau de fiabilidade, evitando-se conclusões enviesadas por regularidade ilegítimas. Neste aspecto, foram antecipadamente excluídos os sujeitos idosos diagnosticados com Patologia Psiquiátrica Grave, com Patologias Neurodegenerativas com Incidência Demencial ou outras patologias psíquicas.

Quanto à metodologia utilizada, propusemo-nos efectuar um estudo comparativo, descritivo e inferencial, em que se descreve e sumariza os dados analisados através de medidas estatísticas descritivas e se generaliza os resultados para as populações estudadas, utilizando testes estatísticos inferenciais apropriados.

Os dados foram recolhidos através de questionários num determinado momento, sem qualquer interferência por parte do investigador no comportamento dos indivíduos estudados, podendo portanto classificar-se o estudo como transversal e observacional.

Nos diversos testes estatísticos inferenciais realizados pretendeu-se comparar os indivíduos dos três grupos considerados (subamostras Alcalar, ERPI e EPDI), relativamente aos instrumentos estudados ou seja, de que forma a *qdv*, o BES, a *felicidade* e outras dimensões biopsicossociais dependem do grupo a que cada indivíduo pertence. Nesse sentido a variável definidora do grupo é a variável independente e as restantes variáveis incluídas nos testes inferenciais são as variáveis dependentes.

²⁹ Vide 4ª Secção do Capítulo III.

Optámos pela aplicação, hétero e/ou auto-administrada, da bateria de instrumentos³⁰ seleccionados para a investigação, da qual realçamos os questionários WHOQOL BREF, o WHOQOL-Old para Portugal, as escalas PANAS I e II, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e a Escala Sobre a Felicidade (ESaF). Na mesma bateria incluímos ainda outros instrumentos para a avaliação da Ansiedade, Depressão e Stresse, assim como para a aferição de outras facetas biopsicossociais.

Nos casos em que foi possível, procedemos à entrega da bateria de testes aos sujeitos disponíveis e capacitados para responder autonomamente de modo a permitir a avaliação individual sem superintendência, sendo apenas efectuados os procedimentos instrutórios prévios à passagem dos instrumentos e, na altura da recolha da bateria de testes, a revisão verificadora do pleno preenchimento dos respectivos itens. Nos casos em que não foi possível a auto-administração (pelos mais variados motivos, desde a falta de visão até ao analfabetismo) a bateria de testes foi administrada pelo investigador, de forma isenta e sem quaisquer interferências no comportamento dos indivíduos estudados.

O tempo de duração consecutiva da aplicação directiva da bateria de testes não ultrapassou os 45 minutos. Ao longo desse período do dia fez-se a gestão da passagem, não se iniciando novo teste quando o tempo previsto não permitisse que o último teste fosse terminado dentro do tempo regulamentar. Os intervalos entre as passagens variaram conforme a disponibilidade dos sujeitos, sendo regra imposta por nós que tais pausas não fossem inferiores a 10 minutos nem superiores a 15 minutos entre a sequência da aplicação.

A passagem dos instrumentos de avaliação à totalidade da amostra teve início em Setembro de 2012 com término em Dezembro do mesmo ano. Daqui decorre que os dados foram recolhidos através dos instrumentos num determinado momento, podendo portanto classificar-se o estudo como transversal.

A análise estatística dos dados foi realizada com o programa IBM SPSS – versão 20 para Windows.

³⁰ A bateria de testes foi composta pelos seguintes instrumentos: o WHOQOL BREF, o WHOQOL-Old – Portugal, a PANAS I e II, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), a Escala Sobre a Felicidade (ESaF), a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias (EAIVD), a Escala de Actividades de Vida Diária (EAVD), o Índice de Comorbilidade de Charlson, os Indicadores de Risco Geriátrico, o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS21), a Escala da Depressão Geriátrica (GDS15) e os Indicadores de Abuso (QBRA).

A caracterização da amostra foi feita através de frequências absolutas e relativas (%) para o caso das variáveis qualitativas, e no caso das variáveis quantitativas foram apresentados o valor mínimo, máximo, a média e o desvio-padrão.

No caso das variáveis dependentes quantitativas, a verificação da adequação para a realização de testes paramétricos foi feita através da análise dos coeficientes de Curtose e Achatamento e realizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov para estudar a normalidade dos dados, e o Teste de Levene para analisar a homogeneidade das variâncias entre os grupos em estudo. Nos casos em que se verificaram a normalidade e homogeneidade das variâncias foi utilizada a análise da variância (ANOVA); quando tal não se verificou utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de Dunn.

No estudo das variáveis qualitativas aplicou-se o Teste do Qui-Quadrado, utilizado para testar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica (Marôco, 2010), e a análise dos resíduos ajustados estandardizados para identificar os grupos com comportamento diferente da média. Para verificar o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que constituem cada escala e subescala, procedeu-se à análise da consistência interna, calculando o coeficiente Alfa de Cronbach. Considerámos o nível de significância de 5% para a tomada de decisão relativamente aos testes estatísticos realizados.

Quanto aos resultados, esperávamos que os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos idosos residentes nas ERPI fossem predominantemente inferiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos, respectivamente, pelos idosos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar (Modelo de Alcalar) e pelos idosos utentes dos EPDI. Identicamente, a nossa expectativa era de que os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar fossem predominantemente superiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos idosos residentes nas ERPI e pelos idosos utentes dos EPDI.

A propósito da análise do BES (como uma das componentes do Bem-Estar *lato sensu*), e como se evidenciará ao longo do nosso estudo face à subjectividade daquele conceito *hedónico*, na avaliação dos sujeitos da amostra optámos por incluir associada e complementarmente a estimação da *felicidade* como reforço à medição do Bem-Estar Subjectivo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener, 2008).

Ainda quanto à dimensão Bem-Estar *lato sensu*, e para além da mensuração do BES antes referida, também nos foi possível avaliar uma perspectiva perceptiva inspirada pela abordagem *eudemonista* inerente à conceptualização do Bem-Estar Psicológico (BEP) por via do estudo biopsicossocial decorrente dos resultados obtidos em vários instrumentos aplicados (tais como a EAIVD, a GDS15 ou a EADS21), por exemplo, ao promovermos a avaliação, *stricto sensu*, de três dos principais pilares mentais globais, como são o Humor, a Ansiedade e o Stresse ou a mensuração da EAIVD, fortemente influenciada pelo Modelo Ecológico de Lawton (1983).

No que respeita ao estudo intergrupar de outras múltiplas características biopsicossociais, o qual foi realizado através da análise comparativa dos dados recolhidos por via da bateria de testes específicos³¹, esperávamos que prevalecesse uma tendência de superioridade nos resultados obtidos pelos idosos habitantes no Modelo de Alcalar comparativa e relativamente aos valores alcançados pelos residentes nas ERPI e, também, uma tendência de preponderância dos resultados daquele grupo de Alcalar quanto aos scores atingidos pelos utentes dos EPDI.

Em síntese, na sequência da implementação da nossa investigação, era nossa expectativa que a tendência dos resultados globais do grupo ERPI fosse no sentido da obtenção de piores *scores* comparativamente aos outros dois grupos da amostra (Alcalar e EPDI) ao mesmo tempo que esperávamos que o grupo Alcalar obtivesse predominantemente os melhores resultados comparativos intergrupais.

Para finalizarmos, importa ainda mencionar que este trabalho foi organizado por Capítulos ao longo dos quais tratámos do enquadramento, teórico e teórico-prático, tendo ambos suportado a investigação empírica e a subsequente análise da temática.

O primeiro Capítulo começa por uma reflexão histórica, social e cultural sobre a representação dos conceitos de *Velho* até ao moderno conceito de *Idoso*; na segunda parte, abordámos o tema *Envelhecimento* numa perspectiva multidimensional, ora numa dimensão geriátrica ora numa abordagem mais global, gerontológica, como também sócio-demográfica e cultural.

³¹ Tais como a Avaliação Funcional (EAIVD e EAVD), a Comorbilidade, os Indicadores de Risco Geriátrico, a Função Cognitiva (SPMSQ), a Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS21), a Depressão (GDS15) e os Indicadores de Abuso (QBRA). Vide 3ª Secção do Capítulo V e Anexos do Capítulo V.

O segundo Capítulo incide sobre a revisão histórico-científica da noção de Bem-Estar, com incidência no conceito de *Bem-Estar Subjectivo* (BES), diferenciado que está do conceito de *Bem-Estar Psicológico* (BEP), o qual também foi por nós abordado e abrangido através da aplicação de vários instrumentos de medida biopsicossociais. *Last but not least*, o segundo Capítulo finaliza com a abordagem de outro conceito multidimensional fundamental no nosso estudo: a *qualidade de vida* (*qdv*).

A elaboração do terceiro Capítulo foi um enriquecedor desafio pois saiu do âmbito clínico a que estávamos habituados e implicou desafiantes saídas de campo. Neste capítulo, começámos por construir uma perspectiva psicológica ambiental na compreensão da percepção da *qdv*. Ao longo da segunda Secção do terceiro Capítulo realizámos uma reflexão aprofundada sobre a influência da Arquitectura na *qdv* das pessoas e, particularmente, dos idosos. No decorrer da terceira Secção, elaborámos uma reflexão sobre o conceito de Aldeia-lar, numa perspectiva de desenvolvimento sócio-económico e de repovoamento territorial: para o efeito fizemos uma averiguação sobre a primorosa requalificação, para fins turísticos, da centenária Aldeia da Pedralva e elaborámos considerações sobre o ensejo para a criação de um novo *cluster* na área turística e residencial para idosos. Na quarta e última Secção do terceiro Capítulo, por se tratar de um protótipo único em Portugal, fizemos o enquadramento Institucional da Aldeia-lar de S. José de Alcalar, o qual incluiu a caracterização histórica, arquitectónica e organizacional do referido paradigma residencial comunitário.

O quarto Capítulo foi dedicado a dois temas, o primeiro no âmbito internacional e o segundo no contexto nacional. Na primeira Secção apresentamos uma descrição sobre vários exemplos internacionais residenciais institucionais com características sócio-comunitárias, entre os quais vimos casos tão interessantes como uma Aldeia-lar no Brasil, uma comunidade para idosos no Reino-Unido ou cidades para idosos nos EUA. Quanto à segunda Secção do quarto Capítulo, dedicámo-la a uma breve descrição analítica da protecção social portuguesa direccionada aos idosos, ao longo da qual incluímos a caracterização das ERPI e dos EPDI, assim como uma breve reflexão sobre outras propostas de apoio social aos idosos. Nesta última Secção do último dos capítulos teóricos também incluímos uma abordagem ao custo financeiro da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais para idosos, assim como efectuámos algumas considerações sobre a sustentabilidade das IPSS em Portugal.

Terminado o enquadramento teórico, o quinto Capítulo contém a *Metodologia* aplicada no nosso estudo, a qual inclui os *Objectivos*, a *Hipótese* e a *Amostra*, os *Procedimentos*, as *Instituições* participantes no estudo e a descrição pormenorizada do *Instrumentário* utilizado.

O derradeiro Capítulo, o sexto, é dedicado à *Análise* e à *Discussão dos Resultados*. Para finalizar apresentaremos a *Conclusão*, ao longo da qual sintetizaremos as principais contribuições do nosso estudo sem deixarmos de tecer considerações sobre futuras investigações e de reflectirmos conclusivamente sobre o tema em apreço.

CAPÍTULO I

O IDOSO E O ENVELHECIMENTO

1 - Do velho ao idoso: da noção ancestral de *velho* ao conceito actual de *idoso*.

Etimologicamente a palavra *velho* deriva do termo latino *vetus*, cujo sentido literal é “do ano anterior”; por sua vez, tal designação latina derivou da locução indo-europeia *wetos*, cujo significado é “anoso” ou seja, literalmente, “com muitos anos, avançado na idade” (Casteleiro, 2001). Sendo certo que existiu uma evolução linguística, variável ao longo dos tempos, não se sabe, porém, o que é ser *velho* ou quando começa, precisamente, a *velhice*.

Convenhamos: a interiorização da ideia daquilo que é *ser velho* não é nova, sendo tão ou mais antiga quanto o mito de Matusalém¹.

Ainda que não tenha ocorrido uma aquiescência consensual sobre as significações e o valor nocional de *velho* e de *velhice*, o facto é que são poucas as pessoas que resistem, mais cedo ou mais tarde, a falar de ambas, seja do que é ser-se *velho* (na versão contemporânea, ser-se *idoso*) ou da *velhice* (na sua denominação politicamente correcta, do *envelhecimento*). Tais alocações são feitas ora sob a forma de enaltecimento ora como repúdio já que, como veremos adiante, os *velhos* e a *velhice* têm despertado interpretações e atribuições de valores diferentes conforme as pessoas, as épocas e as sociedades.

Numa certa literatura associada à visão romântica do mundo parece existir a crença de que, ao longo dos séculos, os velhos foram uma espécie de repositório aureolado da sabedoria popular, tão valiosos quanto a *Biblioteca Real de Alexandria* foi para os eruditos da antiguidade, a *Encyclopaedia Britannica* para os letrados desde o século XVIII ou, mais actualmente, a *internet* é para os cibernautas.

Contudo, tal visão parece-nos desfasada da realidade histórica, sobretudo no que respeita à generalização absoluta do suposto estatuto social dos indivíduos mais velhos, entre os velhos de então.

Por um lado, ao longo da evolução da humanidade, o prestígio e o poder dos (ou de *alguns*) longevos é uma ocorrência relativamente autêntica, especialmente porque ao longo da história foi possível para alguns indivíduos, quase sempre nas classes

¹ Mesmo que tendo sido excepcional, à época, a idade real daquele patriarca hebreu, segundo os nossos cálculos a sua idade provável rondaria a vetusta idade de 78 anos e 4,2757 meses, um record para o padrão de longevidade daquele tempo. Vide Anexo 1 dos Anexos do Capítulo I.

dominantes, alcancem a condição de *ancião*² e, como tal, usufruam das vantagens decorrentes da influência que advém do conhecimento experiencial e/ou erudito e, com relativa frequência nesses casos elitistas, exercer o poder material e político acumulado.

Por outro lado, também não é menos verdade que, ao longo da história humana (pejada por sucessivas épocas de crise, cruelmente marcada a ferro e fogo pela guerra, sofrida pela fome e pelas doenças que desde sempre recaíram sobre a plebe, isto é, sobre quase a totalidade da população) nem sempre chegar à velhice foi sinónimo de alegria, riqueza, de préstimo para a governação, de utilidade para o sagaz conselho ou de autoridade moral.

Ao longo dos tempos, na maior parte das civilizações antigas conhecidas, chegar pobre à velhice seria tão-somente ser-se reduzido à condição de criatura sobrevivente, amiúde doente e improdutiva, que ora subsiste graças à generosidade de parentes ou vizinhos ou que deambulará mendicante por entre muitos outros indivíduos famintos.

É certo que tais cenários de miséria absoluta generalizada são difíceis de imaginar (não quer isto dizer que ainda não persistam no planeta) porque já não são tão frequentes nas sociedades desenvolvidas contemporâneas a que pertencemos; porém tais situações foram habituais em muitas épocas e em muitos lugares.

Do estudo da História dimanam distintos episódios do longo percurso civilizacional prosseguido. O conhecimento de tal narrativa permite-nos aceder à formidável viagem humana ao longo das épocas até aos dias de hoje, cuja essência diferencial relativamente aos outros animais se tem consolidado por complexas transformações antropogénicas, sociais e culturais, por outras palavras, graças à Civilização. Tais modificações, por sua vez, são representadas pelas sucessivas conquistas tecnológicas, económicas e políticas que influíram positivamente nas condições de vida das populações e cujos efeitos foram admiráveis a múltiplos níveis, entre os quais podemos desde já destacar os enormes avanços quanto à morbilidade, à sobrevivência e à longevidade, aspectos que são indissociáveis da (r)evolução demográfica contemporânea.

² Só mais tarde o termo *idoso* irá surgir e incorporar um constructo social moderno, sendo actualmente definido e categorizável, conforme descrito no Item 1.6 do presente Capítulo.

1.1 - A representação do *velho* na Antiguidade Grega.

Se nos debruçarmos sobre a história ocidental, cuja influência no mundo é inegável e, também, por ser aquela narrativa sócio-cultural que mais próxima está da nossa realidade como povo e como nação, constatamos que ao longo do desenvolvimento da mitologia e da literatura gregas podemos encontrar diferentes exemplos da (o)posição entre os estatutos da juventude e da velhice, e até mesmo desvendar como foram simbolicamente engendrados e regulados os conflitos geracionais e psicológicos entre os mais novos e os mais velhos.

Tomemos como exemplo a narração homérica da Guerra de Troia³, a qual contém aspectos simbólicos e concretos, tais como o poder que advém do vigor na força da idade, a influência variável da sagesa dos mais velhos sobre os actos dos mais jovens, a passagem, a luta geracional ou a influência decisiva da juventude sobre a mudança, aqui personificada tanto na impulsividade de Páris como no heroísmo de Ulisses. Neste episódio real, contudo mitológico na narrativa, tal como em vários outros exemplos da narrativa alegórica grega mais primitiva, podemos depreender que os velhos tiveram sistematicamente um papel mais honorífico do que pragmático, principalmente enquanto a Grécia viveu num regime feudal.

Contudo, a extensa e atribulada consolidação da civilização grega culminou num paradigma prevalecente no qual os mais velhos não apenas conservavam a riqueza e poder mas também gozavam de um estatuto especial, o de *ancião*. Esta condição possuía um enorme valor social, principalmente no plano político como guardiões da Lei e vigilantes da Ordem vigente na Sociedade, sendo certo que a narrativa dos filósofos e dos poetas, neste âmbito, nem sempre é concordante.

No decorrer do desenvolvimento cultural da matriz filosófica grega e sobre a concepção sobre a velhice, a corrente filosófica de Platão⁴ veio alterar a percepção do valor social atribuído ao estatuto do *jovem* e do *ancião* ao considerar o homem velho como um repositório do conhecimento e, logo, guardião da sabedoria que fortalece o poder da Cidade. Tal papel assume enorme relevância porque, para Platão, a Polis ideal era aquela que garantia a *felicidade* do homem, sendo a *felicidade* uma *virtude* que emana do conhecimento da verdade (Beauvoir, 1990).

³ Vide Anexo 1.1 dos Anexos do Capítulo I.

⁴ Vide Anexo 1.1.1 dos Anexos do Capítulo I.

A assumpção daquele papel indica que Platão agregou o critério da *idade* ao atributo do *valor*, resultando ambos num estatuto de poder e de cidadania privilegiada do *ancião*. Estamos perante a ideia de valor da idade o qual, mais tarde, fortalecerá o advento social do conceito de *idoso*⁵ como um estatuto respeitável.

Por outro lado, em oposição à filosofia platónica, Aristóteles consideraria que a alma não era o puro intelecto; a alma e o corpo estariam unidos, pelo que o homem só existiria por meio da união da mente e do corpo. Tal concepção implicará a interpretação de que a degradação do corpo afecta negativamente o espírito, ou seja, os males que afectam o corpo atingem o indivíduo na sua totalidade.

Portanto, para Aristóteles a velhice sobrevém como um período de degeneração, sofrimento e amargura em que os prazeres da vida já não podem ser plenamente apreciados o que – progressivamente – tornará a vida do velho pior do que a morte. Assim, ao contrário de Platão, Aristóteles defenderá que é forçoso que o corpo permaneça intacto para que o Homem, na sua totalidade corpo-alma, possa vivenciar uma velhice feliz (King, 2001). Nessa conceptualização da vetustez, a juventude seria calorosa e apaixonada e a velhice o seu oposto, pelo que o lugar dos velhos não seria à frente dos destinos da Polis (Ross, 1955). Por esta lógica, Aristóteles argumentaria que o velho acertou toda uma longa vida entre desacertos e isso não lhe poderia conferir superioridade sobre os mais jovens que não acumularam tantos erros. Ao contrário de Platão, da noção aristotélica a velhice decorre a *desvalorização* da *idade* como uma qualidade própria e inerente. Segundo Beauvoir, a concepção de velhice de Aristóteles, ao contrário de Platão, impele-o a afastar do poder os anciãos por ver naqueles indivíduos enfraquecidos:

(...) porque viveram inúmeros anos, porque muitas vezes foram enganados, porque cometeram erros, porque as coisas humanas são, quase sempre, más e os velhos não têm segurança em nada, e o seu desempenho em tudo está manifestamente aquém do que seria necessário. (Beauvoir, 1990: 136-137).

⁵ Vide Item 1.4 do Capítulo I.

1.2 - A representação do *velho* no Império Romano.

Consideremos o percurso de outra grande civilização clássica que marcou fortemente a nossa matriz ocidental: na história Romana parece-nos ter existido uma estreita relação entre a condição do velho e a estabilidade da sociedade.

Entre os romanos⁶ (cuja conduta social foi regida por valores morais e éticos fortemente influenciados pelo poder político e material) o estatuto social dos velhos dependeu fortemente da posição classista sendo correlativo ao poder político e monetário. Nesse âmbito, podemos apresentar como exemplo a constituição do Senado⁷, a mais remota assembleia política da Roma Antiga, fundamentalmente constituído por cidadãos mais velhos – os *pater* ou patriarcas – que tinham reunido vasta riqueza e influência política ao longo de suas vidas (Bloch, 1985).

Do ponto de vista filosófico, a réplica mais consistente à posição de Platão quanto ao estatuto social dos homens velhos veio dos estóicos⁸, os quais inspiraram o teor do *De Senectute*⁹ de Túlio Marco Cícero (106 a.C. – 43 a.C.); nesse intemporal texto, Cícero utilizou a fórmula do diálogo através da personagem de Catão, o Velho.

Uma parte do *De Senectute* é dedicada a rebater pressupostos intemporais, os quais ainda hoje podem ser discutidos quando se debate a relação entre a *velhice* e a *felicidade*: pela voz do senso comum, a velhice força-nos a sair da vida activa porque debilita-nos o corpo, extingue-nos o fogo da paixão e o gozo pelos prazeres físicos; como uma ameaça permanente, aproxima-nos do precipício da morte. Em todos estes casos, argumentou Cícero pela voz de Catão, há nessa ideia uma parte de verdade sendo, contudo, parcial (adaptado a partir de Cícero; tradução de Gomes, 1998).

⁶ Vide Anexo 1.2 dos Anexos do Capítulo I.

⁷ O termo latino *senātus* deriva de *senex* cujo significado é "homem velho". Portanto, Senado significa, literalmente, "conselho de anciãos" ou seja, o conselho dos *pater familias* (pais ou chefes das famílias patrícias) que provinha desde o tempo da monarquia romana (Bloch, 1985).

⁸ O *estoicismo* é uma escola de filosofia fundada em Atenas por Zenão de Cítio no início do século III a.C. Para os estóicos as emoções destrutivas derivam de erros de julgamento, pelo que o desenvolvimento do autocontrole e da estabilidade é um meio para superar emoções destrutivas: ao pensador claro e imparcial é permitida a compreensão da razão universal (*logos*). O estoicismo advoga a vida de acordo com a lei racional da natureza e aconselha a indiferença (*apatheia*) a tudo o que é externo ao ser: pela razão da lei natural, o homem sábio reconhece-se como apenas mais um elemento na ordem e no propósito do universo, devendo, por isso, conservar a serenidade perante as tragédias ou as coisas boas da vida (Zalta, 2012).

⁹ Vide Anexo 1.2 dos Anexos do Capítulo I.

Pelo discurso de Catão, Cícero deixa claro que saber envelhecer é saber viver. Segundo o filósofo, o conhecimento adquirido e o contributo de ideias experientes e sensatas para o debate, os grandes feitos legados para a humanidade, o prazer pelos momentos simples e uma boa saúde são formas de ter uma velhice digna e feliz. Apesar de ter sido escrito no século I a.C., o teor do pensamento de Cícero permanece actual:

A forma ideal de morrer é com o espírito sem nuvens e em plena posse de todas as faculdades, quando a natureza dissolve por si própria o que havia posto em conjunto. Por isso, os velhos não devem agarrar-se aos restos de vida que ainda possuem de forma gananciosa nem, por outro lado, abandonar-se à morte antes de isso ser necessário. (Cícero, Trad. Gomes, 1998: 35).

Pela lógica de Cícero a inevitabilidade da velhice não pode ser evitada pelo que devemos aceitá-la, ou seja, nem negar e nem desejar que venha antes da hora. A este respeito, e quando se torna necessário o abandono à morte, segundo Beauvoir (1990), entre os antigos romanos, nas classes populares, não seria incomum o hábito das famílias se livrarem dos seus parentes moribundos – afogando-os – sendo tal acto denominado por *ad pontem* ou, no caso das classes superiores, *de pontani*.

Com o devido distanciamento face ao acto primitivo, eis-nos chegados a um tema sensível: o direito dos indivíduos em sofrimento à morte assistida, discussão que permanece na ordem civilizacional contemporânea através do debate sobre eutanásia¹⁰. A este propósito, apenas para recordar quão próxima de nós está ainda este tema, Miguel Torga incluiu no seu conto «O Alma Grande» a personagem o *abafador*¹¹: homem que nas aldeias transmontanas abreviava, a pedido das famílias, a vida e o sofrimento agonizante dos velhos moribundos. Tendo em conta o passado ou as (ainda) dissimuladas práticas hospitalares actuais (por exemplo, a administração de morfina aos doentes terminais) não nos afastámos muito da supracitada intenção romana.

¹⁰ No debate actual sobre a eutanásia, é inegável a herança cultural que nos revela uma visão pragmática face à continuidade da vida humana em sofrimento irreversível, tendo sido os mais novos a auxiliarem os mais velhos a solucionarem o sofrimento e à dor através da facilitação da *boa morte*.

¹¹ Citando: «Entrava, atravessava impávido e silencioso a multidão que há três dias, na sala, esperava impacientemente o último alento do agonizante, metia-se pelo quarto dentro, fechava a porta, e pouco depois saía com uma paz no rosto pelo menos igual à da que tinha deixado ao morto. Os de fora olhavam-nos ao mesmo tempo com terror e gratidão.» (Torga, 1977: 15).

1.3 - A representação do *velho* a partir da Idade Média.

A consequência da pulverização do Império Romano foi um longo esforço de reorganização e de consolidação da sociedade¹², principalmente a europeia. Ao longo daquele período, concomitante ao processo de luta pelo poder e pelo domínio territorial, decorreu um prolongado combate político-religioso, em grande parte sustido pela Igreja Católica através da evangelização das populações, associado à unificação moral e da conduta social: em concomitância com a queda do Império Romano, o advento do Cristianismo assumiu gradualmente relevância na organização social e na coesão religiosa e política dos povos ocidentais; contudo, a sua essência solidária não teve, à época, grande efeito favorável sobre aos velhos.

Sejamos objectivos: durante quase mil anos da história europeia o estatuto e as condições de vida não foram propícios à maioria dos indivíduos que atingiam a condição de *velho*, na medida em que, entre os séculos V e XIV, os sujeitos que sobreviviam até à velhice encontravam a subsistência na boa vontade dos parentes ou como mendigos: “A situação dos velhos em todos os sectores da sociedade é extremamente desfavorecida. Tanto entre os nobres, quanto entre os camponeses, a força física prevalecia: os fracos não tinham lugar. A juventude constituía uma classe de idade de considerável importância.” (Beauvoir, 1990: 162).

À medida que as relações comerciais foram assumindo relevância, a partir do final da Alta Idade Média uma nova classe social, a *Burguesia*, crescentemente mais endinheirada e influente, assumiu um novo posicionamento na tradicional estratificação classista tripartida (Nobreza, Clero e Povo). Tal imposição, suportada pela força do ouro e por normas legais necessárias à regulação mercantilista, financeira e da propriedade, forçou a que as relações de poder entre os indivíduos se alterassem, o que originou, complementarmente, a mudanças no estatuto dos velhos na sociedade¹³. Porquê? Podemos dizê-lo sem receio de simplificar excessivamente: porque no âmbito daquele emergente paradigma sócio-económico a robustez física, tão imprescindível à arte da guerra, deixou de ser a condição *sine qua non* para a arte do comércio, então o novo fundamento da prosperidade, do prestígio e do acesso, indirecto ou directo, ao Poder.

¹² Vide Anexo 1.3 dos Anexos do Capítulo I.

¹³ *Idem*.

Naquele contexto, em que se assistiu ao desenvolvimento mercantilista e à consolidação da Burguesia, aos velhos passam a ser legalmente reconhecidos os direitos formais e responsabilidades gestionárias: são proprietários, acumularam riqueza e têm a autoridade para decidir como partilhar ou a quem legar os seus bens. Em consequência da força da Lei, particularmente os mais indivíduos com mais idade e economicamente mais afortunados, passam a usufruir crescentemente de um estatuto social mais elevado.

Contudo, aquela gradual readquirição do estatuto do velho não foi homogénea. O período que decorreu aproximadamente entre os finais do século XIV e o início do XVII, denominado por Renascimento (ou Renascença), foi marcado por mudanças em muitas áreas da vida humana, não apenas na organização política da Sociedade mas também nas relações económicas e sociais. Tais alterações foram também evidentes na religião, nas ciências, na filosofia e nas artes (Mattoso, 1980). Assim, o Renascimento foi um período que fez ressurgir os valores clássicos da estética e da beleza, o culto do corpo sadio e o vigor da juventude. Deu-se a redescoberta e a revalorização das referências culturais da Antiguidade Clássica, que passaram a ser exaltadas na arte e na crítica social. Entre outras, as representações dos velhos na pintura, na escultura e na literatura revelam desdém pelo corpo envelhecido e obstaculizariam a que o estatuto social dos velhos, neste período, fosse mais digno, homogéneo e consensual.

Com o advento do Iluminismo e ao longo do século XVIII deram-se alterações políticas, assistenciais, higienistas e avanços técnicos como nunca antes haviam ocorrido, sobretudo numa área que começava a tomar a dianteira na vida humana e no mundo: a Medicina. Foi nesta época que se criaram as condições que resultariam em avanços medicinais significativos nos séculos seguintes (Halfon & Hochstein, 2002). Contudo, se é verdade que neste século o número de octogenários cresceu, a realidade é que a melhoria das condições de vida não foi igualmente repartida, pelo que o aumento da longevidade não beneficiou a maioria da população. Nesse âmbito, aos poucos longevos das classes pobres esperava, ainda, a miséria e a mendicidade, situação que foi sendo alterada no final do século XVIII, com a difusão das acções assistencialistas consubstanciada através da fundação dos primeiros asilos para velhos e desvalidos (provável consequência do *sentimentalismo* imperante à época) o que fez com que o velho fosse representado na literatura como um ser bondoso e não mais como um decrepito ridículo (Beauvoir, 1990).

1.4 - O início da distinção da representação social do *velho* e do *idoso*.

Como temos vindo a referir, ao longo das épocas que marcaram a civilização ocidental, o estatuto dos velhos esteve associado à evolução sócio-económica e cultural das populações. Desde o final da Baixa Idade Média, passando pelo Renascimento dos séculos XV e XVI, pelo período Barroco do século XVII e até ao Iluminismo do século XVIII¹⁴, a ascensão e consolidação do estatuto burguês foi contínua¹⁵ pelo que tal facto não é despreciando para a representação social do *velho* e, posteriormente, do *idoso*.

Note-se que após o êxodo rural para as minas e para as fábricas, e dada a penúria das condições de vida das aglomerações urbanas no dealbar do século XIX, tornou-se evidente que mais de metade da população, sobretudo a que tinha ultrapassado a fasquia dos 65 anos, vivia em condições muito precárias naquela prosperidade industrial, não recebia quaisquer salários ou pensões e sobrevivia na dependência dos filhos que tinham trabalho, ou recebiam auxílio das instituições assistencialistas. Assim, a velhice passou a ser tratada como uma questão legítima, primeiro no campo do pensamento erudito e na área social-assistencialista mutualista (embrião do sindicalismo contemporâneo e dos movimentos socialistas) e depois, face à gravidade da pobreza do proletariado – sendo os mais atingidos os trabalhadores mais velhos – no campo da política do Estado.

A partir daquela evolução social, económica e cultural decorrerá o advento do termo *idoso* em contraponto à denominação de *velho*: graças à racionalidade iluminista do século anterior, a França e a Inglaterra do século XIX passaram a tratar a velhice como um problema social, muito devido ao crescimento rápido das classes operárias, à expansão da doutrina capitalista sobre o trabalho e ao conjunto de procedimentos que passaram a nortear a Ordem Social estabelecida. É naquele enquadramento que os termos *velho* e *idoso* passam a ser aplicados no léxico comum de acordo com a posição social ocupada pelos indivíduos e como factor de diferenciação pejorativa: a denominação *velho* ficou associada à ideia de declínio, de improficiência para o trabalho em associação a situações de exclusão social; por sua vez, o termo *idoso* passou a denominar todas as pessoas com mais idade, designando tanto a população envelhecida como os indivíduos pertencentes às classes médias, num tom mais respeitoso e protector e, também, condescendente.

¹⁴ Movimento cultural que também associou o ideal de conhecimento crítico à tarefa do melhoramento do Estado e da Sociedade.

¹⁵ Vide Anexo 1.4 dos Anexos do Capítulo I.

1.5 - A exclusão social dos idosos não é nova, nem terminou na actualidade.

Ao longo das épocas não tem existido um sentimento unificado na representação social dos protagonistas da velhice, nem do processo de envelhecimento. Nos primórdios da Humanidade a velhice terá, eventualmente, sido valorizada não só porque a esperança de vida era diminuta e chegar-se a velho era raro mas também porque à ancianidade estariam associadas a experiência e a sabedoria, relevantes para aconselhar os mais jovens na arte da caça, nas tácticas da guerra, na recolha das bagas não venenosas ou na agricultura e na pastorícia, *et cetera*. Remonta a esse tempo longínquo a origem dos conselhos de anciãos que chegaram até para lá da modernidade e são conhecidos através dos estudos etnográficos ou históricos.

Na história ocidental, quer seja no tempo dos gregos primitivos e na Grécia Clássica, assim como ao longo do Império Romano e, depois, desde a Idade Moderna até à nossa época, a Ordem Social ora tem estado mais orientada para valores de pujança apologéticos da juventude ou, por outro lado, majorou os valores associados à experiência, ao conhecimento e à sageza, à riqueza e ao prestígio, tradicionalmente detidos pelos mais velhos. Portanto, a alternância entre as representações sociais da velhice e dos idosos decorre de múltiplas dimensões que abrangem diversos factores, nem sempre progressivamente mais positivos e sequencialmente coerentes no decorrer do tempo. Assim, não é surpreendente que ainda existam sociedades nas quais a velhice é considerada como um peso socialmente dispensável, sendo vulgar o recurso ao isolamento dos mais velhos ou que haja casos sócio e antropológicamente peculiares em que aqueles indivíduos, quando incapazes de acompanhar os demais, são deixados para trás, literalmente, ao abandono¹⁶.

Actualmente, cada vez mais subjugadas pela lógica da modernidade globalizada na qual é sobrevalorizada a voracidade consumista (por sua vez associada a certos padrões estéticos de juventude, de beleza, de moda, de imagem e, também, da divinização do conhecimento superficial), as sociedades contemporâneas parecem estar crescentemente mais vinculadas a um raciocínio limitado à incessante procura do sucesso, principalmente na esfera produtiva e economicista, onde a obtenção exponencial do lucro parece aceitável sem olhar a meios, numa lógica em que a ética e a moral são diária e barbaramente relativizadas.

¹⁶ Vide Anexo 1.5 dos Anexos do Capítulo I.

Sem que nos apercebamos, muito do actual sentimento de pertença à Sociedade assenta na ideia do trabalho, pelo que a sua inexistência é frequentemente causa de angústia e de sentimentos de frustração e Ansiedade correlacionados com o insucesso. Contudo, assistimos impávidos à metamorfose do paradigma humanista de integração social que prevaleceu no século XX, provavelmente como efeito da rapidez da globalização actual, em que novas lógicas de inovação e de produtividade se impõem como atributos de valor para o sucesso representativo deste nosso tempo. Doutro modo, como se explicariam, por exemplo, que os requisitos de idade de acesso ao mercado de trabalho comece a ser restringido aos indivíduos que têm mais de 35 ou 45 anos, mesmo que sejam muito qualificados e experimentados?

Referimo-nos, portanto, à exclusão não apenas dos idosos mas dos adultos menos jovens: ela decorre daquelas distorções da significação do êxito, da fama, da notoriedade e da produtividade, definidas pela avidez do poder, por sua vez dissimulada nas múltiplas formas do consumismo, particularmente voraz nas grandes metrópoles. Senão vejamos como o idoso tende a ser encarado de modo diferente no mundo rural e no mundo urbano: no meio rural raramente ocorre o afastamento ou a ruptura do idoso com o trabalho e com a comunidade, enquanto no meio urbano, alcançada a aposentação, o maior drama do idoso é o ócio (muitas vezes sinónimo de preguiça), o afastamento do paradigma produtivo vigente e, frequentemente, a exclusão social.

No dealbar do Terceiro Milénio, quando os indivíduos idosos são expulsos da dinâmica social pela lógica prevalecente da modernidade – de certo modo – eis-nos regressados à Guerra de Tróia ou ao simbolismo *ad pontem*, agora na perspectiva metafórica da *eutanásia social* dos idosos.

Se outrora foram garantes do conhecimento, mesmo até repositório do sabedoria e da magistratura de influência sobre a normativa social, hoje os idosos tendem a assumir um papel antinómico, quantas vezes suscitando na representação social comum, atributos e atitudes paradoxais.

Tal como iremos constatar mais adiante, as sociedades contemporâneas mais desenvolvidas atingiram níveis preocupantes de envelhecimento demográfico e não se antevêm estratégias eficazes para retardar atempadamente tal processo. Todavia, mesmo que a média de idade dos contingentes populacionais venha a baixar em virtude de um milagroso (mas pouco realista) aumento da natalidade, deixarão os idosos de ser considerados um *problema social*?

Actualmente, se ser-se velho é politicamente incorrecto, ser-se idoso está pertíssimo de ser um valor negativo para a Sociedade, inclusivamente podendo até assumir um significado pejorativo, tal como foi (e é) a representação do velho em distintas épocas do percurso civilizacional humano, sobretudo no mundo Ocidental. Por conseguinte, não é exagero afirmar que à História aplica-se perfeitamente a frase de Eça “(...) a verdade d'esse humorístico logar-commum do seculo XVIII: «A Historia é uma velhota que se repete sem cessar.»” (Queiroz, 1905: 1).

Nesta conjuntura, mais uma vez mudam as representações sociais da velhice, agora desagregadas nos dois conceitos *velho* e *idoso*, ambos com significações que são diferentes e cuja dissociação tem vindo a ser solidificada quer no que respeita à intenção de protecção social do idoso ou no que diz respeito à total exclusão social do velho.

Contudo, do muito que a história e a literatura nos ensinam, resulta a consciencialização de que ter *muita idade* não significa ser *idoso*. A distinção no verbo é essencial: a pré-noção *é uma pessoa idosa* contém em si mesma mais do que ter uma idade cronológica avançada. A compreensão da etimologia e da representação social do termo idoso podem ser (e são...) úteis. Porém, podemos *estar* velhos por isso implicar assumirmos o processo do envelhecimento como um todo bio-antropológico, mas não é forçoso *sermos* idosos, porque tal pode representar a acomodação identitária de estereótipos sócio-culturais.

1.6 - A categorização dos *idosos* em função de critérios etários.

Como vimos ao longo da história da humanidade, as doenças, a fome ou a violência dizimaram enormes contingentes de bebés, de crianças, de adolescentes e de adultos antes que pudessem sequer ser considerados pretendentes a velhos, tornando desnecessária uma categorização específica que denominasse etária e sistematicamente uma fatia substancial da população, nomeadamente os subgrupos de longevos com mais de 60 anos. Graças à evolução civilizacional até aos nossos dias, particularmente no que concerne às melhorias no campo do apoio social e da Saúde, o aumento da expectativa de vida dos indivíduos é uma realidade absolutamente incontornável, tendo o grupo etário dos idosos passado a ser forçosamente considerado nos mais variados aspectos da organização das sociedades, sendo tal realidade sócio-demográfica evidente nas Nações mais avançadas, sem exclusão daquelas em vias de desenvolvimento.

Para aquele efeito, foi necessário proceder à sistematização da estrutura demográfica, pelo que o termo *idoso* é geralmente aplicado a indivíduos com mais de 60 anos e representa hoje, o segmento da população com maior crescimento em todo o mundo (Correia, Espanha & Barreiro, 2000).

Segundo Moreira (2001), a literatura ainda não é unânime sobre a noção conceptual de idoso nem sobre a sua categorização, tanto até que existem opiniões divergentes sobre o início de tal idade, actualmente referenciada como “terceira idade” e “quarta idade”. Vários estudos realizados neste âmbito têm permitido determinar uma base objectiva para a classificação da idade.

Conforme afirmou Spirduso (1995), existem pelo menos vinte expressões conceptuais para descrever meia-idade ou adultos velhos. No seu entendimento, é adequado categorizar etariamente a idade tardia do seguinte modo: o *adulto de meia-idade* (45-64 anos), o *idoso-jovem* (65-74 anos), o *idoso* (75-84 anos), o *idoso-idoso* (85-99 anos) e o idoso mais velho (≥ 100 anos) (Spirduso, 1995).

Semelhantemente, também Kopiler (1997) defendeu o agrupamento dos idosos pela idade cronológica: o idoso jovem (65-75 anos), o idoso médio (75-85 anos) e muito velho (mais de 85 anos).

Segundo Shephard (1997) é possível agrupar os indivíduos idosos em quatro categorias correlacionadas com a funcionalidade activa do indivíduo:

- a) *Middle age*, que inclui a segunda porção da carreira de trabalho e prolonga-se dos 40 aos 65 anos de idade;
- b) *Old age*, que coincide com idade de entrada na reforma, indo dos 65 aos 75 anos de idade (pode ser descrita como “young old age”);
- c) *Very old age*, idade em que ocorre uma diminuição significativa das capacidades autonómicas relacionadas com actividades de vida diárias e decorre dos 75 aos 85 anos (muitas vezes descrita como “middle old age”);
- d) *Oldest old age*, onde cuidados institucionais e/ou de enfermagem, são normalmente necessários e acontece depois dos 85 anos de idade.

De modo mais simplificado, Williams (2003) categorizou os idosos em três estádios: i) dos 65-74 anos estão os “*Idosos*”; ii) dos 75 aos 84 anos os “*Idosos Mais Velhos*”; e, iii) os “*Muito Velhos*” com 85 e mais anos de idade.

Com base na idade cronológica, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) consentiu o estatuto de *idoso* a partir da idade cronológica conforme o nível de desenvolvimento das comunidades ou seja, para a OMS (1998), nos países *em desenvolvimento*, são idosas as pessoas com *60 anos ou mais anos*, enquanto nos países *desenvolvidos* são idosas as pessoas com *65 anos ou mais anos*.

Quanto à distribuição dentro do grupo etário, a OMS (1998) classificou os idosos em quatro categorias: *middle age* (45-59 anos); *elderly* (60-74 anos); *old* (75-90 anos) e *very old* (mais de 90 anos). Refira-se a propósito da nossa investigação que, para a OMS, as pessoas idosas possuem capacidades regenerativas limitadas, sendo alvo de mudanças físicas e emocionais que as expõem à diminuição da sua qualidade de vida (OMS, 1998).

Chegados aqui, parece-nos relevante referir que a idade cronológica não é um marcador exacto quanto à variabilidade das alterações geriátricas nem um preditor gerontológico do envelhecimento. Neste sentido, para Mendes, Gusmão, Faro e Leite (2005) o envelhecimento é um processo natural da vida humana, sendo caracterizado por modificações físicas, psicológicas e sociais que incidem heterogeneamente sobre os indivíduos, tal como a variabilidade individual ao longo do processo senescente é um dado adquirido e será por nós discutido no decorrer deste estudo¹⁷.

No senso comum é frequente dizer-se a *velhice* é um estado de espírito e que na idade do corpo ficam impressas as marcas do tempo, i.e., o efeito total da passagem da pessoa pelo mundo através dos anos. Também não será desprovida de lógica a afirmação que uma pessoa não é só corpo não obstante, frequentemente, apenas com o passar dos anos pela vivência das coisas é que se aperceba que é mais – muito mais – do que somente um corpo envelhecido: é também produtora e produto da Cultura, sendo esta o último bastião da resistência civilizacional ao retrocesso à barbárie oculta pela ideologia que advoga o idoso como um problema ou que cruelmente o infantiliza ou cinicamente o despersonaliza aquando a institucionalização residencial.

¹⁷ O envelhecimento é um processo subjectivo e multifactorial, isto é, envelhecer não significa o mesmo para cada pessoa nem a sua complexidade decorre da mesma maneira em cada indivíduo. Contudo, como processo, a senescência é irreversível e, mesmo estando associada a múltiplos factores que vão além da idade cronológica, a idade constitui tão-somente *uma* determinante no declínio (funcional e homeostático), o qual tende a aumentar (naturalmente) à medida que os anos passam.

2 - O envelhecimento: a multidimensionalidade do conceito.

Durante muito tempo foi comum a referência ao tema do desenvolvimento humano sem lhe considerar associado um outro processo de similar complexidade e que lhe é inerente: o envelhecimento. Pelo menos num ponto crucial, o desenvolvimento e o envelhecimento humano partilham algo de comum: ambos são processos fortemente relacionados com a passagem do tempo, sendo o primeiro usualmente associado ao progresso positivo e o segundo frequentemente conotado com um processo negativo.

Além disso, as transformações em que incorrem ambos processos abrangem dimensões biopsicossociais que (conforme as circunstâncias – cronológicas, físicas, psíquicas, comunitárias e culturais – do decurso do envelhecimento) não possuem, em simultâneo e de indivíduo para indivíduo, nem a mesma influência nem a mesma importância. Tais dimensões são *partes* imprescindíveis do *todo* que compõe o indivíduo como pessoa, razão pela qual entendemos que o envelhecimento é indissociável do desenvolvimento humano.

Assim, tanto no processo de envelhecimento como na perspectiva desenvolvimental devemos considerar o contexto associado às características orgânicas, à personalidade e às competências sociais adquiridas ao longo da vida. Nesse sentido, tal como Paúl (1997), consideramos que a qualidade do envelhecimento individual (o qual não deixa de ser, a dada altura, marcado pela degradação progressiva e diferencial com múltiplos factores que o influenciam) está associada ao modo como as pessoas se desenvolveram, na interação sócio-ambiental, ao longo da vida.

Consequentemente, podemos depreender que a noção de curso de vida, ao longo do envelhecimento de uma pessoa, contém implícita a variabilidade *intra-individual* e *inter-individual*, sem que estas características desenvolvimentais estejam necessariamente dependentes da idade cronológica.

Na erudição académica, assim como no senso comum, os sujeitos ao envelhecimento têm sido geralmente classificados com a denominação *terceira idade*¹⁸ ou, mais recentemente, *quarta idade*¹⁹.

¹⁸ Alguns autores associam a terceira idade a uma *diminuição social*, aludindo à *perda de capacidades normativas* (tais como a ausência de lucidez, de expectativas positiva suplantadas por expectativas negativas), à *diminuição e substituição de papéis* e à *ausência de grupos de referência adaptados* (com valores e atitudes positivos relativamente à idade avançada) (Kuypers & Bengtson, 1973).

¹⁹ Vide 1ª Secção do presente Capítulo referente à representação conceptual do *velho* e do *idoso*.

No entanto, aquelas denominações foram constituídas para efeitos de investigação, já que o estado da arte entende que o envelhecimento não deve ser classificável como uma mera categoria quantitativa cronológica pois tratar-se-á, ao invés disso, de um processo multidimensional e multifuncional caracterizado por modificações sucessivas e variáveis que se iniciam desde antes do nascimento, decorrem ao longo da existência e terminam com a morte.

Por conseguinte, sendo considerado um processo complexo, o envelhecimento pode ser compreendido, pelo menos, a quatro dimensões as quais, por sua vez, estão relacionadas entre si: a cronológica, a biológica, a psíquica e a social.

Sendo impossível identificar com exactidão a degeneração²⁰ que caracteriza a senescência, tem sido possível sistematizar os diversos aspectos do modo e do tempo como os indivíduos envelhecem. Portanto, a este respeito, o envelhecimento pode ser parcialmente apreendido ao falarmos de *idade biológica*, de *idade social* ou de *idade psicológica* as quais não estão, por sua vez, inteiramente dependentes da *idade cronológica*²¹ apesar de com ela estarem relacionadas (Fontaine, 2000).

Nesta perspectiva, a *idade biológica* está associada ao envelhecimento orgânico, mental e fisiológico, processo ao longo do qual decorrem as deteriorações celular e metabólica, das funções tecidulares, dos órgãos e da eficiência do próprio organismo²². Portanto, a *senescência* é uma faceta natural do envelhecimento, incidindo progressivamente sobre aspectos físicos, logo também neuronais, dos indivíduos.

Quanto à *idade social*, ela manifesta-se a partir dos hábitos, expectativas, papel e estatuto de cada sujeito na inter-relação social com as outras pessoas da mesma idade cronológica, pelo que o modo como um indivíduo se comporta no grupo onde se insere pode estabelecer se ele é mais ou menos velho do que o previsto para a sua idade; esta condição também está correlacionada com factores ambientais, históricos e culturais.

No que concerne à *idade psicológica*, tal como a anterior faceta, está relacionada com os indivíduos da mesma idade e inclui factores diversos, tanto psíquicos como psicológicos e cognitivos, tais como a percepção, a aprendizagem, a memória, o raciocínio, a resiliência, a inteligência emocional, entre outros.

²⁰ De acordo com o nível em que o envelhecimento se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a ligeireza e a severidade degenerativas variam conforme os indivíduos.

²¹ A *idade cronológica* mede o tempo decorrido em anos. Contudo, o conceito de idade, tal como o de envelhecimento, é multidimensional, pelo que a *idade cronológica* não constitui *per se* uma boa medida da função do desenvolvimento humano.

²² Do ponto de vista puramente fisiológico, a idade biológica resulta da senescência celular.

Na formação do constructo *envelhecimento* há que considerar um elemento adicional: a sua *subjectividade*. Neste aspecto, segundo Neri (2005), o envelhecimento depende do modo como cada pessoa avalia a presença ou a ausência de condições biológicas, psicológicas e sociais, em comparação com outras pessoas da sua idade.

Ao contrário do que sucedeu no passado, o envelhecimento já não é redutoramente considerado como a consequência patológica da degeneração do organismo em resultado da acumulação dos danos de doenças e de ocorrências traumáticas desde a infância até ao final da idade adulta.

Actualmente, o envelhecimento é entendido numa perspectiva multidimensional e multifuncional: é representado por um amplo conjunto de transformações regulares que se sucedem devido a uma complexa rede de interações entre os genes e o Ambiente (vivência em Sociedade, na Cultura e com a Natureza) à medida que os indivíduos avançam na idade.

Por outras palavras, o envelhecimento é um processo que decorre ao longo do tempo sendo global e complexo, e nele se inclui o declínio orgânico e funcional, tendo em consideração os factores fisiológicos e psicológicos, característicos de cada pessoa na interação com o Mundo. Neste âmbito, diga-se que a maioria das pessoas geralmente desfruta de boa saúde física e mental ao longo do envelhecimento e, ainda que algumas capacidades naturalmente diminuam, as pessoas podem seleccionar objectivos a cumprir, optimizando o seu desempenho e compensando, sempre que necessário, os projectos não realizados ou os métodos menos eficazes perante o avanço do Tempo²³.

Do ponto de vista desenvolvimental, o processo de envelhecimento, tal como outras etapas do ciclo de vida, constitui um período que abrange riscos (por exemplo, os decorrentes dos possíveis défices ou perdas funcionais) mas também possibilita oportunidades. Nele são implementadas as estratégias de *coping*²⁴ alcançadas ao longo da vida, o que significa que tais estratégias não são imutáveis e podem ser sempre enriquecidas durante o decurso do próprio envelhecimento.

Pelo exposto, consideramos que alcançar uma idade *muito* adulta com boa qualidade, envolve recursos internos e externos aplicados na adaptação às modificações psicossomáticas e ambientais, sejam directamente decorrentes do envelhecimento ou resultem das mudanças próprias da dinâmica do mundo.

²³ Vide Item 2.4 do Capítulo I

²⁴ Consideramos que o conceito de *coping* abrange o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, portanto, conscientes e intencionais, para lidar com situações problemáticas, como as ameaças ou os desafios, que surgem ao longo da existência humana. Vide Item 2.2.1 do Capítulo I.

2.1 - A biologia do envelhecimento: a inevitável senescência.

Todos nós envelhecemos biologicamente desde do momento em que fomos concebidos. Este determinismo genético celular é uma das componentes naturais do processo de desenvolvimento de qualquer ser vivo. Logo, todos os organismos multicelulares são alvo de mudanças fisiológicas e morfológicas com a passagem do tempo e têm uma duração limitada de vida.

No caso dos Humanos, conforme a carga genética dos indivíduos e as condições do meio ambiente a que são expostos ao longo da vida, o envelhecimento fisiológico pode ter evolução e intensidade variáveis.

Existem alterações fisiológicas e morfológicas inevitáveis no organismo humano, cujo processo degenerativo físico pode ser identificável logo a partir do período que vai dos 20 aos 30 anos, curiosamente²⁵ (ou não, caso pensemos no pragmatismo biológico imprescindível à melhor propagação genética da espécie) poucos anos após a maturidade sexual.

Contudo, não sendo difícil identificar os primeiros sinais exteriores de envelhecimento físico (por exemplo, os cabelos brancos, as primeiras rugas ou a diminuição da elasticidade e da força muscular), é mais complicado reconhecer os sinais do envelhecimento orgânico interno juntamente como a deterioração neuropsíquica.

Sendo individualmente variável a senescência orgânica e a degeneração psíquica, não é incomum que aquelas condições sejam detectadas já sob a forma de quadros sintomáticos patológicos amiúde desagregados da aparência física, evidência que reforça o argumento de que é problemático homogeneizar o envelhecimento humano, inclusivamente do ponto de vista individual.

O envelhecimento biofisiológico possui uma vertente diferenciada e uma outra simultânea: a senescência é provocada pelas alterações sub-celulares e celulares das quais resulta uma gradual sucessão de danos metabólicos e de modificações nas funções orgânicas num corpo, sem a recíproca capacidade de auto-regeneração ao longo do tempo. Tal significa que o declínio gradual das funções fisiológicas representa a perda cumulativa do equilíbrio homeostático de um organismo.

²⁵ Do ponto de vista da natureza biológica dos organismos, tal facto não surpreende uma vez que a maturidade sexual visa a reprodução sexual e esta, por sua vez, tem o exclusivo propósito de viabilizar a continuidade da espécie: cumprida a função reprodutiva, cessa a justificação existencial.

A consequência das modificações degenerativas traduz-se na diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos: um corpo envelhecido pode sobreviver em condições (internas e externas) de estabilidade; todavia, se aquelas circunstâncias físicas, emocionais, sociais ou ambientais se alterarem sob pressão de factores desreguladores, um organismo envelhecido terá dificuldade em manter a estabilidade.

Por conseguinte, o envelhecimento senescente está caracterizado por um conjunto de processos involutivos que recaem sobre o metabolismo, os tecidos e os órgãos de um corpo. Daí resultam modificações degenerativas nas capacidades físicas, tais como a locomoção, a força, a velocidade, a flexibilidade, entre outras e nas capacidades neuro-psíquicas²⁶ (associativas, cognitivas, mnésicas, etc.), que se acentuam a partir dos 60 anos.

No âmbito da senescência e da relação desta com o Ambiente em que se inserem os sujeitos, no que respeita à *Esperança de Vida com Saúde* compilado pelo Eurostat (2013), fazemos questão de salientar que em Portugal o tempo médio de vida sem doenças significativas (ou seja, sem doenças limitadoras e incapacitantes) após os 65 anos é de apenas, respectivamente, de 6,3 anos para as mulheres e de 7,8 anos para os homens, ou seja de 7,05 anos para ambos sexos, valor abaixo da média europeia (8,6 anos) e muito longe dos 11,8 anos registados na Irlanda ou no Luxemburgo (EUROSTAT, 2013).

Feitas as contas sobre a *Esperança de Vida com Saúde* em Portugal, podemos concluir que as idosas, actualmente e em média, apenas vivem com saúde mais 30,8% do tempo que lhes resta após os 65 anos. Os homens portugueses (apesar de terem uma esperança média de vida menor do que as mulheres) vivem com Saúde, em média, mais 45,7% do tempo que lhes resta além dos 65 anos. Isto significa que os idosos portugueses, globalmente e em média, passam menos de metade do tempo de vida além dos 65 anos em condições de Saúde normais para a idade.

Tendo em conta a elevada esperança média de vida aos 65 anos, que está estimada em mais 18,97 anos para ambos os sexos, sendo 17,07 para os homens e 20,4 para as mulheres (INE, 2013a), os dados supracitados parecem-nos muito relevantes para a análise de estratégias que visem a manutenção da Saúde, a prevenção da doença e, conseqüentemente, a promoção da *qdv* dos idosos.

²⁶ Vide Anexo 2.2.1 dos Anexos do Capítulo I.

2.2 - Uma abordagem *psicogerontológica* no estudo do envelhecimento.

Seja do ponto de vista sócio-cultural seja no que respeita à conceptualização geriátrica do envelhecimento, tem sido persistente a perspectiva negativa e redutora que associa a velhice à incapacidade e à morte, acentuando-a como uma fase última da vida humana, i.e., um momento existencial em que os indivíduos se tornam incompetentes e desistem dos projectos de futuro até que a morte chegue. Trata-se de um ponto de vista dramaticamente parcial que encara o envelhecimento como uma fase em que os sinais de deterioração física (alterações na motilidade, diminuição dos sentidos, perda de força física, perda de memória) são associados à fraqueza, à frustração, à tristeza, à incapacidade, à dependência, muitas vezes relacionado com a impressão da inevitabilidade da perda de estatuto e conseqüente desconsideração, dos demais, pelo passado outrora (supostamente) notável do senescente. Contudo, outra visão globalmente mais positiva atribui à velhice a possibilidade de alcançar, adaptativamente, uma idade mais avançada, em parte graças às condições de vida e ao Ambiente, em correlação com as características individuais (por exemplo, os avanços das biociências, o apoio social, a expressão genética em contexto ambiental, o estilo de vida, a personalidade, etc.) Daqui resulta a imperiosa necessidade de se ampliar o conhecimento e a compreensão específica e global sobre a temática, para que, conseqüentemente, seja possível promover-se condições que potenciem um envelhecimento harmonioso e diminuam as dificuldades que geralmente lhe estão associadas. Neste âmbito, a Psicologia do Envelhecimento (ou Psicogerontologia²⁷) é uma das várias disciplinas que integram a Gerontologia²⁸.

Abordados os aspectos biológicos da senescência no Item 2.1 deste Capítulo, importa agora referir que existem diversos factores ambientais e sócio-culturais que influenciam o equilíbrio psíquico dos idosos, entre os quais estão os laços familiares ou de amizade (os quais parecem ser essenciais para a estabilidade emocional) a que juntam as condições de conforto na moradia, de independência económica e de liberdade individual, de ocupação do tempo e de acesso à cultura, elementos também estruturantes para a boa percepção do Bem-Estar e da *qualidade de vida*²⁹.

²⁷ Vide Item 2.2 do Anexo 2 do Capítulo I.

²⁸ De desenvolvimento recente, a Gerontologia sistematiza os conhecimentos multidisciplinares sobre o idoso e o envelhecer e estuda as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2000).

²⁹ Vide Capítulo II e Capítulo III.

Como a seguir iremos constatar, ao nível psicológico existem vários factores que contribuem para a diminuição gradual, mais ou menos acentuada conforme os indivíduos, de muitas características psíquicas com relevância para os aspectos cognitivos e afectivos. Inclusivamente, as perturbações psicofisiológicas ou patologias neurodegenerativas podem provocar alterações significativas, muitas delas irreversíveis, na personalidade dos idosos cujas consequências terão repercussões na capacidade de adaptação ao processo de envelhecimento.

2.2.1 - O *Coping*, a Resiliência e a Cognição no envelhecimento.

Na área das perturbações psicofisiológicas têm sido desenvolvidas muitas investigações relativas às diferenças de reacção ao stresse, entre as quais encontramos a noção de *coping*. Neste âmbito, Lazarus e Folkman (1984) propuseram o conceito de *coping*³⁰ (do inglês *to cope* = enfrentar) para conceptualizar o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a controlar, a reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou ultrapassam os recursos de cada indivíduo.

Os estudos actuais sobre *coping* pretendem identificar as estratégias de adaptação dos indivíduos e, também, procuram avaliar a sua eficácia num determinado contexto ambiental, tendo em consideração outras variáveis que possam interagir com as estratégias utilizadas e o Bem-Estar sentido ou esperado.

Ao longo do nosso estudo constatámos que as noções actuais sobre o *coping* aproximam-se bastante (sem se confundir) das concepções de *resiliência*³¹, nomeadamente naquelas que tentam compreender porque algumas pessoas saem de eventos traumáticos mais fortalecidas que outras³².

Assim, como conceito psicológico, podemos definir *resiliência* como a capacidade (individual ou colectiva) para lidar adaptativamente com as adversidades, para superar os problemas ou resistir à tensão resultante de situações stressantes sem entrar em descompensação.

³⁰ Vide Anexo 2.2.1 dos Anexos do Capítulo I.

³¹ Os estudos realizados nessa área demonstravam que os eventos negativos de vida produziam atrasos no desenvolvimento humano, linha de pensamento presente no movimento da Higiene Mental, iniciado no século XX. Após a Segunda Grande Guerra, os estudos de Bowlby (1984) sobre a vinculação e a separação, as rupturas e as consequências na saúde emocional merecem relevo. Mais recentemente o destaque mudou para a compreensão de como as perdas pessoais e as diversas ameaças ao longo da vida poderiam originar problemas psiquiátricos (Lindström, 2001).

³² Vide Anexo 2.2.1 dos Anexos do Capítulo I.

Como noção, a *resiliência* refere-se ao desenvolvimento saudável e adaptativo num ambiente hostil, ou seja, à capacidade de um indivíduo (ou de um grupo) poder recorrer à auto-motivação, à auto-determinação, à auto-superação e ao desenvolvimento das suas potencialidades perante a adversidade e/ou a crise (Castro & Murray, 2010).

Quer sejam as investigações ao nível das estratégias de *coping* quer sejam os estudos sobre a *resiliência* na velhice, ambos destacam a necessidade de se considerar os contextos e variáveis biopsíquicas, situacionais e de cultura para a compreensão do potencial adaptativo das características e processos que contribuem para o Bem-Estar³³ ao longo do envelhecimento. Com efeito, as diversas linhas teóricas e investigações sobre o tema apontam para a heterogeneidade entre as estratégias, as características e os processos de adaptação bem-sucedida ao envelhecimento³⁴, i.e., da capacidade adaptativa (no sentido estratégico da avaliação/acção para a superação) que cada indivíduo faz perante as situações com que se confronta (ou que se lhe deparam) ao longo da vida.

Em geral, o estudo do *coping* e da *resiliência* na velhice³⁵ poderá contribuir positivamente para a compreensão do envelhecimento e, também, para a construção de estratégias clínicas e sociais para a promoção do Bem-Estar dos idosos³⁶ – mais concretamente na compreensão e no delineamento de acções que visem a promoção do *bom* envelhecimento. Várias questões permanecem, entre as quais encontramos as que questionam a própria longevidade: por exemplo, será que a longevidade é um critério que certifica o *coping* e/ou a *resiliência*, ou, então, a capacidade de *coping* e/ou o funcionamento resiliente são factores (associados ou não) para a longevidade?

No que concerne ao desempenho cognitivo ao longo do envelhecimento, as aptidões cognitivas atingem o auge por volta dos 30 anos, permanecem relativamente estáveis até perto dos 60 anos, época da vida a partir da qual, em geral, iniciam uma diminuição variável conforme os indivíduos. Mais comum é o declínio cognitivo mais acentuado a partir dos 70 anos de idade com a ressalva, mais uma vez, de que o declínio das funções intelectuais não é nem universal nem homogéneo (Spar & La Rue, 2005).

³³ Vide 1ª e 2ª Secções do Capítulo II.

³⁴ Vide Item 2.4.1 e seguintes do Capítulo I.

³⁵ Vide Anexo 2.2.1 dos Anexos do Capítulo I.

³⁶ Os longevos centenários, que começam a ser mais estudados devido à maior frequência de casos de longevidade nas sociedades desenvolvidas, fazem parte das investigações sobre a *resiliência* e o envelhecimento (Arnaut, 2005).

Podem ser vários os factores que influem na variação do grau de alteração cognitiva de cada indivíduo ao longo da *maior-idade*³⁷: a actividade mental, os conhecimentos especializados, as diferenças entre os géneros, as diferenças raciais e étnicas, os factores genéticos, o grau de instrução, o meio sócio-cultural, a personalidade e humor, o estado de Saúde e o treino cognitivo (Spar & La Rue, 2005).

Parafrazeando Damásio (1994), os *sentimentos* que colocam o cérebro, a mente e o corpo a actuar em conjunto na interacção com o ambiente, possibilitam a troca recíproca de informações e de emoções as quais, por sua vez, são imprescindíveis para a racionalidade, funcionando como os sensores entre a nossa natureza³⁸ e as circunstâncias da nossa vida. Sem um cérebro saudável, sem estruturas e funções cognitivas intactas, de pouco servirá a estabilidade da robustez física ou o conforto dos bens materiais. Na ausência da eficácia cognitiva, na falta da capacidade de *coping* adaptativo eficaz e sem *resiliência* perante a adversidade, a única coisa que poderá salvar uma pessoa é o Amor, manifestado pela partilha incondicional dos afectos e pela generosidade dos que estão próximos, sejam familiares, amigos ou benfeitores.

2.2.2 - A Ansiedade e a Depressão nos idosos: o diagnóstico e tratamento.

Tal como quaisquer outros indivíduos, o idoso reage quando perturbado pela suspensão temporária ou a modificação irreversível do seu plano de vida; as suas reacções podem ter um cunho natural, dito normal, de ajustamento compensatório³⁹ ou podem atingir graus diferenciados (em intensidade e em frequência) de (in)adaptação, inclusive patológica. Tanto a *Ansiedade disfuncional*⁴⁰ como, também, a *Depressão*⁴¹ constituem-se como planos reactivos perturbados, contrários à condição primeira da existência e à boa capacidade de adaptação para a eficaz sobrevivência no Mundo, interno e externo, consigo e com os outros.

³⁷ Vide Anexo 2.2.1 dos Anexos do Capítulo I.

³⁸ Para o autor, a expressão *natureza* refere-se à nossa herança genética e, também, ao conjunto de adaptações, prévia e geneticamente estabelecidas, como as que adquirimos por via do desenvolvimento individual através das interacções, voluntárias e involuntárias, com o ambiente, as quais resultam no modo como nos percebemos, aos outros e ao Mundo.

³⁹ Vide Item 2.4.3 do Capítulo I.

⁴⁰ Que se traduz por uma crispação interior, dolorosa, que agarra o indivíduo por inteiro e lhe estreita o campo da consciência, do que resulta a paralisação da liberdade de acção e a perda da vivência do tempo.

⁴¹ Inibição cognitiva e do comportamento que aprisiona o Homem num mundo obscurecido e imóvel, em que a liberdade de agir, de ter iniciativa, já não é possível e em que a dor moral, o desânimo, o pessimismo, a culpabilidade o levam à auto-desvalorização ou ao *niilismo*.

O indivíduo senescente tem a possibilidade, sozinho ou ajudado, de poder construir um novo e exequível projecto existencial, projecto de vida que lhe dará sentido à inevitável ordem existencial e lhe permitirá viver com serenidade, pois é vivendo que o caminho para a morte será mais longo e a própria morte será adiada. Por outras palavras: a pessoa idosa está, naturalmente, mais confrontada com a morte. Tal acontece, pelo menos, de duas formas: a evidência sintomatológica do aproximar da sua própria morte ou a gradual consciência daquela inevitabilidade reconhecida através da morte das pessoas próximas ou que conhecia.

A angústia do processo de tomada de consciência sobre a finitude existencial pode ser mais ou menos intensa conforme a variabilidade individual, nomeadamente quando é consubstanciada por factores biológicos, sociais e culturais associados ao processo de envelhecimento (tais como as doenças, as limitações em áreas essenciais como a autonomia, a funcionalidade, a liberdade, os sentimento de segurança e de pertença, etc.), cuja ausência ou diminuição *não mata mas mói*, significando a sinalética que anuncia a inevitabilidade da chegada ao fim do percurso da vida.

Quando apoiado pelos outros, o idoso ansioso ou deprimido terá mais oportunidades para reajustar-se em harmonia com o seu percurso, passado e presente, aberto positivamente para o futuro que continuará a construir, o qual procurará aceitar e compreender, usando a sagesa feita da longa experiência vivida. Neste sentido, o idoso não se deve negar à vida enquanto dela usufrui, nem a si próprio enquanto ser consciente de quem é, nem aos outros nem ao mundo. Para isso será importante que a Razão não seja enfeitada, que o Universo e a História sejam inteligíveis e, porque não, que Deus não esteja morto.

Queremos com esta prévia reflexão realçar que, perante o percurso potencialmente (mas não inevitável) frustrante da senescência, não é surpreendente que as Perturbações da Ansiedade e/ou as Perturbações do Humor possam ser consequentes (quando não, até mesmo, antecedentes) ao processo de envelhecimento não obstante dependerem – na gravidade e na frequência – de múltiplos factores individuais e, também, das circunstâncias ambientais, sociais e culturais. A este propósito, estima-se que a prevalência da Ansiedade na população idosa, sobretudo da Perturbação da Ansiedade Generalizada (cuja presença está frequentemente associada a quadros depressivos *minor* ou *major*) ronde os 10% (Lopes, 1988; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; OMS, 1997; Fernandes, 2002).

Particularmente nos idosos com mais de 80 anos, na população geral, a prevalência de quadros ansiosos é mais alta do que nos idosos mais jovens e está associada a um pior padrão de qualidade de vida relativa à saúde (Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy & Mariguchi, 2003). Neste âmbito, segundo Azevedo (2009), os idosos institucionalizados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) apresentavam níveis de Ansiedade acima dos 90%⁴², o que compara com os 3% referidos pelo DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002), onde se refere que na população geral a prevalência para a Perturbação de Ansiedade Generalizada ao longo da vida, é de 5%. A partir dos resultados supracitados, conjunta e similarmente aos dados recolhidos na nossa investigação⁴³, parece-nos aceitável depreender que a Ansiedade patológica parece aumentar quanto maior é a idade e parece atingir níveis elevados nos idosos institucionalizados, a não ser que estejam excessivamente medicados o que, aliás, parece não ser incomum.

Com base na nossa prática clínica assim como de acordo com a literatura disponível, podemos afirmar que os estados ansiosos parecem beneficiar com a terapia cognitiva por forma a corrigir as interpretações deturpadas dos sintomas e para auxiliar os doentes a lidar funcional e adaptativamente com os factores ansiógenos. A gestão da Ansiedade é um processo elaborado que combina várias estratégias terapêuticas, desde a psico-educação, passando pela reestruturação cognitiva e dessensibilização sistemática, à aquisição de competências de *coping* até à reaprendizagem da gestão funcional da Ansiedade, entre outras, inclusivamente em associação medicamentosa (Barlow, 1993).

Como instrumentos para coadjuvar o clínico no diagnóstico ou o investigador na pesquisa, existem dezenas de escalas, questionários e inventários, quase todos úteis para estabelecer a gravidade e a amplitude da síndrome ansiosa, algumas das quais foram utilizadas na nossa investigação⁴⁴.

No que respeita às Perturbações do Humor, o conceito de melancolia (bílis negra) é mencionado nos textos de Hipócrates. Nos séculos XVIII e XIX, os conceitos da melancolia concentravam-se na sintomatologia em vez de nas suas causas. Foi durante este período que se começaram a desenvolver os tratamentos e as atitudes humanas em relação à insanidade (Langner & Michael, 1963).

⁴² Os sintomas ansiosos verificados nos idosos institucionalizados foram de 92% (Azevedo, 2009).

⁴³ Vide Capítulo VI.

⁴⁴ Vide 3ª Secção do Capítulo V.

Mais recentemente⁴⁵, tem-se verificado um interesse crescente nos antecedentes sociais e psicológicos da perturbação depressiva, quer o quadro clínico resulte de causas endógenas – isto é, próprias da constituição neuropsíquica e da personalidade – ou seja originado por causas exógenas⁴⁶. Em geral, consideram-se os quadros depressivos exógenos como menos graves do que os quadros depressivos endógenos⁴⁷. Salientamos que a psicologia clínica, sobretudo a cognitivo-comportamental, tem desenvolvido um modelo interactivo para a compreensão das contribuições relativas dos factores sociais, psicológicos e biológicos, na medida em que os quadros depressivos, quanto à frequência e intensidade, podem ser culturalmente determinados (Ribeiro, 2005).

Quanto aos desencadeantes, os factores psicossociais parecem colocar à prova a capacidade dos indivíduos para suportar as dificuldades e para fazer face às situações problemáticas da vida e, conseqüentemente, parecem influenciar a eclosão da Depressão, tal como sucede com a Ansiedade disfuncional. Nos quadros depressivos são conjuntamente relevantes factores sócio-comportamentais previamente aprendidos, de modo que a herança genética não é uma explicação absoluta para a Depressão. No debate sobre as Perturbações do Humor, vários autores referem que existe uma interacção entre a natureza e a educação (*nature or/and nurture*), embora as influências genéticas possam ter um papel importante (Braungart, Plomin, DeFries & Fulker, 1992; Goldberg, 1993; Archontaki, Lewis & Bates, 2013).

Tal como sucede com as Perturbações da Ansiedade, os factores sociais parecem ser relevantes no aparecimento e na manutenção dos quadros depressivos: por exemplo, é compreensível um indivíduo sentir-se deprimido se é idoso, vive sozinho, sofreu a perda de um ente querido e está isolado, e sentir-se ansioso por viver numa zona onde não tem a quem recorrer em caso de aflição. Condições de habitação deficientes, vizinhos desagradáveis, doença física, acidentes recentes e perda de confiança, associados a dificuldades financeiras, vêm juntar-se à conjugação de factores sociais que podem resultar no sentimento de profunda tristeza.

⁴⁵ Vide Anexo 2.2.2 dos Anexos do Capítulo I.

⁴⁶ A Depressão de origem exógena ou reactiva é originada pelas circunstâncias que se abateram sobre o indivíduo, enquanto a Depressão endógena ou biológica surge sem elementos desencadeadores óbvios. Sabe-se também que as causas das Perturbações do Humor são complexas e têm sido utilizados modelos mais complexos, por exemplo, determinados acontecimentos de vida (luto, desemprego, mudança de casa ou separações) podem (re)desencadear o que anteriormente foi considerado como um tipo biológico ou grave de Depressão. De igual modo, algumas pessoas que enfrentam adversidades no decurso da sua existência ficam deprimidas enquanto outras parecem conseguir suportar todos os obstáculos da vida.

⁴⁷ Vide Anexo 2.2.2 dos Anexos do Capítulo I.

Graves adversidades sociais crónicas ou, especialmente, agudas, podem resultar em descompensação psicológica, com quadros clínicos de Ansiedade e de Depressão. Acontecimentos agudos de vida mostraram ser elementos desencadeadores de doenças depressivas, enquanto outros acontecimentos menores adversos podem cumulativamente serem responsáveis mas, isoladamente, não serem suficientes.

Quanto à diagnose⁴⁸, face à tendência crescente para o excesso da patologização dos diagnósticos, há que saber distinguir entre tristeza (ou infelicidade) e o estabelecimento de um quadro depressivo. Entre os dois estados, é fundamental estabelecer a diferenciação qualitativa, consoante a gravidade dos sintomas, a sua cronicidade e o grau de insuficiência funcional.

Vários autores indicam que, entre os idosos, 25% das pessoas acima dos 65 anos apresentam alguns sintomas depressivos (Lopes, 1988; Fernandes, 2002; Ribeiro, 2005). A maioria das perturbações depressivas sinalizadas na faixa etária acima dos 65 parece relacionada sobretudo com o isolamento social e as condições gerais de saúde (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005) e acontecimentos adversos da vida, como falecimentos de pessoas muito próximas.

Nos casos dos episódios depressivos *minor*, em cerca de metade das pessoas acima dos 65 anos, a perturbação parece associada a uma doença física concomitante, em vez de se tratar de uma perturbação depressiva primária (Beck *et al.*, 1997).

Apenas 10% por cento daquele grupo apresenta Depressão moderada e em cerca de 5% é observada Depressão grave (Lopes, 1988; Fernandes, 2002), o que exige tratamento especializado, frequentemente incompleto por ser quase sempre apenas farmacológico.

Pode ser difícil reconhecer a Depressão em doentes com idades superiores a 75 anos⁴⁹, especialmente naqueles que estão institucionalizados. Contudo, foi demonstrado que, pelo menos 30% dos idosos que se encontra ao cuidado das ERPI sofre de Depressão (Fernandes, 2000).

⁴⁸ Vide Anexo 2.2.2 dos Anexos do Capítulo I.

⁴⁹ O idoso residente numa ERPI parece tenso, desanimado e preocupado ou mostra-se demasiado despreocupado com os seus sintomas? Apresenta uma perda de interesse pelo meio circundante e uma alteração do padrão de sono? Avalia a vida que levou e os seus êxitos de forma negativa? Vê o futuro com esperança ou preferia estar morto? A variação diurna do humor é particularmente importante, para além dos sintomas de perda de memória e dificuldades de concentração, medo de enlouquecer e uma apresentação desmazelada? São sintomas significativos. Alguns doentes demonstram Depressão agitada, enquanto outros apresentam lentificação do pensamento.

Semelhantemente aos autores antes referido, também Azevedo (2009) comprovou uma incidência de sintomas depressivos na ordem dos 87% em idosos institucionalizados, o que compara com os 10% para a população idosa não institucionalizada (OMS, 1997).

Tal iremos apresentar⁵⁰, os nossos dados neste âmbito estão tendencialmente em linha com a incidência dos resultados supracitados relativamente às ERPI.

A definição de uma linha de tratamento para as Perturbações do Humor depressivo depende muito mais da gravidade do que da causa da doença.

Por um lado, os antidepressivos tendem a não ser úteis nas depressões ligeiras e moderadas, mas parecem ser eficazes nas depressões graves e severas, independentemente da causa. Por outro lado, a psicoterapia (geralmente o mais eficaz dos tratamentos psicológicos quando se trata da linha teórico-prático cognitivo-comportamental para os quadros depressivos) é menos vantajosa no extremo grave do espectro da Depressão *major* (Beck *et al.*, 1997). Nestes casos, é útil a medicação antidepressiva até a estabilização num grau depressivo moderado, propício à intervenção psicoterapêutica (Barlow, 1993). Ambas intervenções clínicas podem decorrer em concomitância.

Chegados aqui é justo ressalvarmos que a regra da prevalência do *traço* sobre o *estado* permanece válida nos indivíduos idosos, já que o estado depressivo grave, recorrente ou crónico, parece correlacionado com os mecanismos de *coping* e de *resiliência*⁵¹.

Ao longo do envelhecimento não é incomum que a tristeza se transmute em desespero, não apenas devido à nostalgia do passado mas, ainda, pela desvalorização do futuro. Nos idosos ociosos, particularmente nos aposentados inactivos, para além da perda do estatuto social, são comuns os sentimentos de inutilidade e de perda da autoidentidade. A este respeito, na prática clínica, é habitual observarmos casos de idosos que desenvolvem intensos sentimentos de solidão demasiado focados numa existência suportada por um passado nostálgico, na qual a perspectivação do futuro incide na negação da alegria, geralmente resultante da ausência de projectos para a vida.

⁵⁰ Vide Item 5.5 do Capítulo VI.

⁵¹ Vide Item 2.2.1 do Capítulo I.

Na sequência do que temos vindo a expôr, pensamos que o envelhecimento, como fenómeno universal e multidimensional, está associado a transformações em variadas áreas da vida das pessoas e tem consequências psíquicas (nomeadamente psico-emocionais) individualmente variáveis: as perdas afectivas (de amigos, de familiares ou o falecimento do cônjuge), o fim da vida profissional e a consequente diminuição do rendimento disponível, a perda da potência ou diminuição da libido sexual, as limitações da autonomia funcional, etc., são factores que influenciam significativamente as perturbações da Ansiedade e do Humor (Fernandes, 2002).

As pessoas nascem, vivem e morrem num contexto cultural que inclui a espiritualidade (com ou sem religião), as relações de parentesco e de afectividade, a economia, a educação, os estilos de vida, *et cetera*.

Portanto, o tratamento da pessoa idosa deverá respeitar o seu próprio ritmo, o seu *insight* e a sua autonomia. Esta ressalva parece-nos de crucial importância já que os sujeitos mais novos (sem exclusão dos técnicos e dos especialistas) frequentemente tendem a desvalorizar que cada idoso é uma pessoa que pensa por si e está ciente da sua própria mudança física, emocional e social, ao longo da vida. Por outras palavras, um idoso, mesmo que muito pouco funcional ou autónomo, não é um mero objecto dependente de outrem e sem opinião própria sobre os contextos em que vive e sobre si mesmo: sente, pensa, deseja, observa (mesmo quando não vê), escuta (mesmo quando não ouve), está vivo e é uma *pessoa*.

Como resposta terapêutica, além da imprescindível consideração pela vivência e personalidade de cada paciente ao longo do processo de tratamento, há que apostar desde cedo na prevenção da doença, seja da ocorrência ou quanto à recaída.

As actividades diárias (funcionamento mental, físico e social), inseridas num plano abrangente de opções saudáveis do estilo de vida, são fundamentais para a saúde de todas as pessoas, sendo o trabalho voluntário e o exercício regular algumas das vias possíveis para a promoção da saúde física e mental dos idosos. Sem desvirtuar a expressividade genética aliada às idiossincrasias da personalidade adquiridas ao longo da vida, destacamos que as condições ambientais, associadas ao estilo de vida, suportado por uma dieta equilibrada, por actividades física, sociais e culturais, por hábitos de relaxamento, de meditação ou de espiritualidade, parecem incrementar as sensações de Bem-Estar e são geralmente tidas como preventivas quanto às patologias associadas ao Humor e à Ansiedade.

No âmbito psicoterapêutico, a psicologia clínica desempenha um papel substancial no tratamento das Perturbações do Humor nos idosos, já que oferece várias abordagens que vão desde o simples apoio e aconselhamento até à psicoterapia, essenciais na reconstrução da auto-estima ou da auto-imagem, na reestruturação da cognição distorcida, na elaboração psíquica das perdas e do luto e no tratamento dos padrões patológicos de raciocínio e de comportamento que podem resultar, cumulativamente, em sintomas depressivos. A este propósito convém recordar que os estudos mais actuais relacionados com as técnicas cognitivas-comportamentais aplicadas às Perturbações de Ansiedade e do Humor, revelam uma eficácia superior às demais tanto a curto como a longo prazo (Davies *et al.*, 2008).

Do ponto de vista clínico parece-nos indispensável o acompanhamento psicológico dos idosos no processo de adaptação e do reforço da vivência resiliente e da activação dos mecanismos de *coping* perante as dificuldades de saúde fisiológica, perante as perdas e o luto e, inclusive, na preparação para a morte (Beck *et al.*, 1997).

A escolha de uma linha de intervenção deverá ter em conta, para além do estado clínico, as complicações da patologia psíquica assim como, também, a preferência pessoal e disponibilidade motivacional, de tempo e económica dos pacientes idosos. As principais abordagens no âmbito da intervenção psicoterapêutica nos idosos são a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Psicoterapia Interpessoal, o Aconselhamento, as psicoterapias de Grupo e as Psicoterapias Psicodinâmicas (Ribeiro, 2005).

O atendimento semanal ou, na pior das hipóteses, quinzenal, produz resultados terapêuticos que geralmente apresentam uma boa relação entre custo e eficácia. Tal como antes já referimos, nos casos mais graves da Depressão é apropriado combinar a psicoterapia com tratamentos farmacológicos. Em casos severos com risco suicidário, as hospitalizações breves podem ter que ser consideradas como parte de um plano de tratamento psicoterapêutico e medicamentoso mais intensivo e prolongado.

Portanto, é-nos difícil compreender e muito mais problemático aceitar que nas ERPI e nos EPDI (tal como sucede na maioria dos serviços de saúde públicos portugueses) não seja a norma a disponibilização da consulta psicoterapêutica⁵² regular, essencial para o tratamento mais eficaz da Ansiedade e da Depressão.

⁵² Como vimos, existem várias intervenções eficazes na recuperação do idoso deprimido, no qual a psicoterapia possibilita a identificação dos factores relacionados com o estado depressivo e fomenta formas eficazmente com causas pessoais, familiares ou sociais (Barlow, 1993) e, inclusivamente, como instrumento de ajuda para lidar com as questões existenciais na caminhada até ao final, i.e., a morte.

2.2.3 - Da autonomia à dependência, as necessidades de apoio no envelhecimento: o calcanhar de Aquiles da senescência humana.

A essência heterogénea do processo geral de envelhecimento pode resultar num *continuum* de situações individuais entre dois pólos gerais e opostos. Por um lado, existem longevos que demonstram ser possível um envelhecimento saudável (com boa condição física e estabilidade psico-emocional), cujos hábitos saudáveis associados ao acaso genético lhes proporcionam bons níveis de morbilidade com boa funcionalidade, autonomia e adaptabilidade, suficientes para as actividades pessoais e sócio-relacionais.

Por outro lado, existem idosos que estiveram susceptíveis, desde cedo na vida, ao desenvolvimento de múltiplas insuficiências em quaisquer dos domínios acima indicados, sem que seja técnica ou humanamente possível impedir a degeneração, cujos efeitos habitualmente se tornam gradualmente mais prevaletentes na diminuição funcional, autonómica e das demais capacidades, quer quanto à independência nas actividades quotidianas ou à integração sócio-comunitária.

Sejamos claros: tal como a morte, o envelhecimento funcional é inevitável e universal. Todavia, ao longo daquele *continuum* variável, encontram-se os idosos que continuam (individual, familiar e socialmente) activos, mesmo quando necessitam de apoio (quer seja ocasional ou continuado) para a persecução dos seus objectivos de vida. Portanto, quando nos referimos aos idosos, temos em consideração a ampla diversidade caracterizada pela variabilidade individual aos níveis físico, psíquico (mental e emocional), da morbilidade, do estatuto sócio-económico, da educação, da produtividade, da funcionalidade, autonomia e da participação comunitária, etc., factores que, pensamos, devem implicar prudência quanto às considerações teóricas generalizantes a respeito das pessoas adultas com mais idade.

Admitamos que ao longo do processo senescente é *normal* a acumulação de défices conforme os anos passam, da qual resultam graus muito variáveis de dependência, da qual decorrem desafios tais como o respeito pela individualidade e autonomia das pessoas dependentes, o que nem sempre pode ser nem fácil nem simples. Salvaguardada a variabilidade individual, em geral, as múltiplas transformações físicas, psicológicas e sociais associadas ao envelhecimento resultam em perdas sucessivas, mais ou menos limitadoras da acção. Daqui se compreenderá a preocupação dos idosos em manterem a sua autonomia e independência funcional em todos os domínios da vida.

Naquele sentido, Baltes e Smith (1999) enquadraram o envelhecimento humano em três dimensões inter-relacionadas⁵³: a dimensão bio-cultural (em que salientam o gradual afastamento, no processo senescente, entre o que é possível concretizar e o que é desejado alcançar), o paradigma *Lifespan* (*desenvolvimento ao longo do ciclo de vida*) e perspectiva do comportamento psicológico ao longo do envelhecimento o qual inclui dimensões-chave do envelhecimento, tais como a competência, a cognição, a Saúde, a satisfação com a vida e percepção pessoal (i.e., subjectiva) de Bem-Estar⁵⁴.

Segundo Fonseca (2005) a idade funcional depende de um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) os quais, de acordo com Fernández-Ballesteros (2000), possibilitam o estabelecimento de condições para um envelhecimento satisfatório.

Neste âmbito, ao considerarem que a operacionalização das *competências dos idosos* é complexa e multidimensional, Baltes, Mayr, Borchelt, Maas e Wilms (1993) propõem três dimensões operacionais: i) a capacidade/competência; ii) a auto-eficácia, iii) o ajustamento adaptativo entre capacidades e exigências ambientais⁵⁵.

Ao longo da senescência, as competências parecem muito relacionadas com a autonomia. Para Lawton (1999) a associação entre a auto-eficácia e o ajustamento entre as competências e o ambiente, são características do *modelo ecológico de competência*⁵⁶. Geralmente associado à debilitação psico-fisiológica habitual na senescência humana (mais ou menos acentuada conforme múltiplos aspectos da variabilidade bio-psicossocial dos indivíduos idosos) a dependência pode constituir um risco social, tanto ao nível familiar⁵⁷ como no plano público e institucional.

A este propósito, salientamos que de acordo com os Censos 2011 havia em Portugal 2.010.064 pessoas idosas (INE, 2013^a) das quais cerca de 30% em situação de dependência (PORDATA, 2014). Neste contexto, o crescimento das gerações de idosos (comumente denominadas de 3^a e 4^a idades) parece explicar o aumento da necessidade de serviços de apoio institucional, sem os quais não seria possível intervir na problemática social da dependência dos idosos⁵⁸.

⁵³ Vide Item 2.4.2 e seguintes do Capítulo I.

⁵⁴ Vide Item 1.2 do Capítulo II.

⁵⁵ Vide Item 2.4.3 do Capítulo II.

⁵⁶ Vide Item 2.3 do Capítulo I, sobre a importância da promoção da autonomia funcional, das crenças de autocontrolo e das expectativas de auto-eficácia ao longo do envelhecimento.

⁵⁷ Vide Item 2.6.2 do Capítulo I.

⁵⁸ Vide Capítulo IV.

Anos	Índice de Dependência dos Idosos	Anos	Índice de Dependência dos Idosos
1961	12,7	1988	19,4
1962	12,8	1989	19,8
1963	12,8	1990	20,3
1964	12,8	1991	20,7
1965	13,1	1992	21,1
1966	13,6	1993	21,4
1967	13,8	1994	21,8
1968	14,2	1995	22,2
1969	14,6	1996	22,5
1970	15,3	1997	22,9
1971	15,6	1998	23,3
1972	15,7	1999	23,6
1973	15,7	2000	24,0
1974	15,7	2001	24,4
1975	16,3	2002	24,8
1976	17,0	2003	25,1
1977	17,1	2004	25,5
1978	17,4	2005	25,9
1979	17,7	2006	26,1
1980	18,0	2007	26,4
1981	18,2	2008	26,8
1982	18,3	2009	27,2
1983	18,2	2010	27,9
1984	18,2	2011	28,5
1985	18,4	2012	29,1
1986	18,7	2013	29,9
1987	19,0	2014	n.d.

Tabela 1.1: Índice de Dependência dos Idosos desde 1961. Fonte PORDATA, 2014 (act. 2014/06/16).

Por conseguinte, uma das intenções subjacentes ao nosso estudo está na contribuição para o debate sobre as reformas dos paradigmas assistenciais institucionais para a população idosa, tema particularmente premente para os sujeitos dependentes.

Se partirmos da premissa de que os apoios institucionais dependem, em grande parte, das directivas emanadas das políticas públicas as quais influem, por sua vez, sobre as práticas institucionais para o acolhimento residencial dos idosos, julgamos ser imprescindível o debate público, sobretudo quanto à eficácia dos paradigmas institucionais actualmente massificados, especialmente no que concerne à qualidade dos serviços prestados à população idosa.

2.3 - Rejuvenescer é possível: a importância da promoção da autonomia funcional, das crenças de auto-controlo e das expectativas de auto-eficácia nos idosos.

A abordagem informada do envelhecimento não está somente focada sobre o ajustamento necessário perante as múltiplas limitações (físicas, psíquicas e sociais) que podem advir ao longo do processo senescente. Quer isto também dizer que o envelhecimento cômico significa aprender a lidar com as mudanças inerentes ao processo senescente através da compreensão de *como* se deram os desvios da autonomia funcional, da independência pessoal, da liberdade individual, da desistência na focalização construtiva (positiva, selectiva, optimizante e compensatória) ao longo do processo do envelhecimento.

Sem a consciência de quão extraordinária pode ser a efémera passagem de cada indivíduo pelo Planeta, vivência existencial num *continuum* único e finito com múltiplas possibilidades por explorar, torna-se inviável uma velhice harmoniosa, a qual pode ser possível mesmo que espartilhada por limitações várias e por circunstâncias alheias ao controlo individual.

O envelhecimento é uma fase da vida; nela as possibilidades não terminam, apenas mudam. A tomada de consciência desta facticidade implica a compreensão sobre a indispensabilidade da libertação do estreitamento mental generalista que habitualmente confunde os verbos *ser* e *estar* e os adjectivos *velho* e *idoso*: dessa conjugação funesta resulta a inexacta representação social e a respectiva apropriação individual, entre as significações conjugadas entre *estar ou ser* e *velho ou idoso*.

Por consequência, não é incomum que os idosos se acomodem às representações sociais estereotipadas e, também, que aceitem que lhes subtraíam independência em troca de apoio, principalmente quando sentem no dia-a-dia a necessidade de ajuda ou quando são institucionalizados. Semelhantemente é habitual que os idosos activos e com boa ou razoável autonomia, principalmente se forem longevos, sintam de (alguns) outros um misto de admiração e de pressão social, mascaradas por preceitos técnicos estandardizados ou por piedosas intenções de ajuda quase infantilizantes as quais, por sua vez, ao serem concretizadas com excesso de zelo podem, paradoxalmente, reduzir as próprias competências de autonomia, de funcionalidade e de auto-determinação e até coartar a manifestação personalística e condicionar o carácter identitário das pessoas.

Aquelas e outras situações de *menorização* dos idosos, fortemente reguladas por vastos séculos de preconceitos, forçam os limites da percepção do que é *ser* uma pessoa idosa de pleno direito, i.e., ser um indivíduo adulto com maior idade responsável por si, auto-determinado, com auto-controlo⁵⁹ e auto-eficácia⁶⁰, livre e com todos os direitos inerentes ao pleno exercício da cidadania.

Tais situações, as quais não são raras, por serem estereotipadas e condicionantes, podem provocar efeitos negativos na auto-estima e na vivência plena da velhice, inclusive limitando-a nos aspectos potenciais ainda por explorar.

Para melhor compreender esta problemática do poder da consciencialização das perdas biofisiológicas e sociais consequentes ao envelhecimento, com base no pressuposto de que *a busca pelo controlo está tão impregnada nas nossas mentes que produz efeitos inesperados sobre os nossos corpos*, a Professora Ellen Langer⁶¹ decidiu verificar a influência do controlo sobre o organismo. Em 1975, avançou para uma investigação aplicando-a em dois grupos de indivíduos idosos com características equivalentes, escolhidos entre os residentes de um Lar de Idosos.

Segundo Langer (2009), o primeiro grupo daquela experiência (grupo 1) podia decidir como dispor as coisas nos seus quartos e também pôde escolher uma planta num vaso e cuidar dela. Os sujeitos do segundo grupo (grupo 2) tinham os seus quartos arrumados por funcionários e, à semelhança dos sujeitos do grupo 1, os idosos do grupo 2 também receberam uma planta na decoração do quarto mas, todavia, não puderam nem escolhê-la nem regá-la ou cuidar dela, tarefa que cabia aos funcionários do Lar. Algumas semanas depois, ambos os grupos de idosos (1 e 2) foram submetidos a testes que avaliavam o seu Bem-Estar geral. Em resumo: o conjunto de idosos do grupo 1, que exercia o *controlo* sobre o seu ambiente, obteve melhores resultados comparativamente aos sujeitos do grupo 2.

⁵⁹ Neste âmbito, lembremo-nos de Skinner (1978), para quem o autocontrole corresponde às respostas controladoras sobre o ambiente aprendidas progressivamente ou seja, um indivíduo tenta controlar o mundo em seu redor para se controlar a si mesmo. Também Heckhausen e Schulz (1995) e Schulz e Heckhausen (1996) estudaram os mecanismos de controlo *primário* e *secundário* que as pessoas usam ao longo da vida, defendendo que é intrínseco aos indivíduos a necessidade de controlarem as suas vidas.

⁶⁰ Auto-eficácia designa a convicção individual de ser capaz de realizar uma tarefa específica e envolve a crença de que com empenho é possível dominar acontecimentos gerando o efeito pretendido. Tal convicção e empenho requerem não só competências, como também força de vontade para acreditar na capacidade de exercer uma determinada conduta, o que é um importante elo de ligação entre o saber e o agir: refere-se, portanto, as crenças que o indivíduo possui sobre o seu valor e as suas potencialidades. Não se trata de um sujeito possuir certas capacidades, mas sim de acreditar que as tem, ou que pode adquiri-las por meio de esforço pessoal (expectativa de resultado) (Bandura, 1993).

⁶¹ Professora do Departamento de Psicologia da Universidade de Harvard.

Surpreendentemente, quando Langer deu início ao estudo de *follow-up* 18 meses depois da experiência, aconteceu algo que ninguém esperava: o grupo 2, que não tinha controlo sobre o ambiente do quarto e que não cuidava da planta, apresentou uma taxa de mortalidade de 30%, contra 15% dos sujeitos que regavam suas próprias plantas e controlavam o ambiente do quarto (Langer, 2009).

Segundo Langer (2009), se os primeiros resultados haviam sido satisfatórios e indicativos da validade da primeira hipótese colocada⁶², os resultados intrigantes do *follow-up* suscitaram uma nova questão: *será que pensarmos e agirmos como sendo mais novos faz-nos sentir e sermos mais novos, tanto física como mentalmente?* Esta nova questão foi investigada pela autora, decorria o ano de 1979.

Consequentemente, a Professora Langer e quatro dos seus alunos finalistas planearam uma nova experiência durante a qual um grupo de residentes masculinos de um Lar de Idosos, com idades que variavam entre os 75 e os 85 anos, iriam habitar comunitariamente numa casa durante uma semana. Contudo, havia uma particularidade: ser-lhes-ia pedido para agirem tal qual estivessem em 1959, ou seja, que vivessem na casa como há 20 anos atrás. Esse seria denominado como o *grupo experimental*.

Os indivíduos do grupo experimental foram selecionados entre os residentes de um Lar de Idosos sem ser tido em muita conta factores de mobilidade ou de autonomia, com a excepção de não padecerem de patologias psiquiátricas ou neurodegenerativas graves ou severas. Em simultâneo, foi selecionado outro grupo equivalente de idosos (o *grupo de controlo*) ao qual seriam proporcionadas, longe do Lar de Idosos onde residiam, umas férias turísticas com actividades diárias incluídas no programa.

Antes e no final da experiência ambos grupos foram avaliados em diversos parâmetros de funcionalidade instrumental, de saúde física e mental e, inclusivamente, num indicador de idade cronológica (que foi especialmente elaborado para essa experiência visto que, à época, não existia nenhum instrumento adequado para esse efeito) (Langer, 2009). Conforme relatado pela autora, no decorrer dos encontros prévios para a passagem dos instrumentos de avaliação dos diversos parâmetros considerados, era comum os idosos entrarem no gabinete dos investigadores amparados por familiares ou por funcionários e, quando isso não acontecia, também foi comum o uso de bengalas e de outros meios auxiliares de locomoção.

⁶² Isto é, de que a busca pelo controlo está tão impregnada nas nossas mentes que produz efeitos inesperados sobre os nossos corpos.

Segundo Langer (2009), a residência onde decorreu a semana de coabitação dos idosos do grupo experimental foi preparada de modo a que a decoração, os utensílios, os electrodomésticos e demais elementos do cenário real, mimetizassem aqueles existentes, em 1959, nas residências médias americanas. Deste modo, todas as revistas, jornais, filmes, discos de música, livros, programas de rádio e de televisão reportavam ao ano de 1959 e os residentes foram encorajados a debater os temas noticiosos tal como se estivessem a viver 20 anos antes, época em que alguns deles estariam ainda a trabalhar. O cenário autêntico da residência onde decorreu a experiência foi ao pormenor de garantir que os produtos alimentares e de limpeza eram idênticos às marcas existentes no mercado em 1959.

No dia em que o grupo experimental foi deslocado do Lar de Idosos para a moradia onde iria decorrer a semana experimental, os idosos foram todos juntos num autocarro que os transportou sob um intenso nevão e muito vento. Ao chegarem ao destino previsto foi-lhes dito que a experiência começaria naquele preciso momento e que teriam de descer do veículo sem ajuda (o autocarro estacionara perto da residência comunal) e carregarem as respectivas bagagens para dentro da casa e para os seus respectivos aposentos. Para o efeito foi-lhes dito que disporiam de todo o tempo que necessitassem, mas que teriam que cumprir a tarefa como se tivessem feito uma viagem no tempo até vinte anos antes. Fosse como fosse, estavam por conta deles a partir daquele momento, nem que tivessem que arrastar as peças de roupa uma por uma do autocarro até à moradia, caso não conseguissem levar a mala cheia por inteiro.

Quanto às actividades instrumentais diárias, os residentes deste grupo experimental ficaram encarregues de todas as tarefas relacionadas com o seu cuidado pessoal e funcional (a higiene pessoal, vestirem-se sozinhos, prepararem as próprias refeições e alimentarem-se sem ajuda, cuidarem da sua própria medicação, limparem os espaços pessoais e comuns, etc.)

Através de outros pormenores do cenário real, os homens foram encorajados a sentir que viviam em 1959 tendo consigo bilhetes de identidade daquele ano. Foram também instruídos a debater entre si o trabalho que estavam a executar 20 anos antes quando eram trabalhadores no activo, tal qual ainda estivessem, naquele momento da experiência, naquela condição laboral (Langer, 2009).

Finalizada a experiência, os investigadores avaliaram os dados paramétricos e os indicadores correlacionáveis com a idade cronológica obtidos em ambos grupos, o *experimental* e o de *controlo* (este último constituído pelos idosos que haviam estado de férias turísticas normais durante a semana que decorreu a experiência).

Relativamente ao grupo de controlo (em férias), em geral os sujeitos evidenciaram melhorias. Todavia, as mudanças ocorridas no grupo experimental, comparativamente às ocorridas no grupo de controlo, eram significativas; inclusivamente, o grupo experimental aparentava ter rejuvenescido (Langer, 2009). Segundo refere a autora, os idosos do grupo experimental obtiveram maior melhoria na *flexibilidade* das articulações (aumentaram a extensão dos dedos, a sua artrite diminuiu e foram mais capazes de mover e de endireitar os dedos das mãos) e melhoraram a *dexteridade manual*. Alguns deles deixaram de parte as bengalas e usavam menos vezes os óculos de leitura. Nos testes de *inteligência*, 63% dos elementos do grupo experimental melhoraram estes resultados comparativamente com apenas 44% por cento do grupo de controlo. O grupo experimental também mostrou resultados superiores nas melhorias das componentes de *peso, altura, marcha e postura corporal*.

De acordo com um painel de observadores imparciais que visionaram fotos dos indivíduos de ambos grupos, antes e depois da experiência, o grupo experimental aparentava evidentes melhorias na componente *aparência exterior*: os indivíduos do grupo experimental pareciam mais jovens e mais bem-dispostos comparativamente aos sujeitos do grupo de controlo (Langer, 2009).

Após a experiência os investigadores concluíram que os resultados obtidos no estudo de 1979 redimensionaram não apenas a sua perspectiva prévia acerca das consequências do envelhecimento como também alteraram a noção que tinham sobre os limites colocados pela progressão do envelhecimento, no sentido em que a reversão psicofisiológica identificada permitiu colocar em causa as certezas prévias acerca do destino unidirecional da senescência, isto é, linearmente degenerativo.

Em síntese, podemos acrescentar àqueles resultados e às respectivas conclusões que não são exclusivamente os corpos que confinam os indivíduos na (pro)acção mas que, também, existe uma forte influência da mentalidade sobre a superação dos (aparentes) limites físicos e emocionais⁶³.

⁶³ As referidas experiências e conclusões de Langer ainda hoje são admiráveis e ao mesmo tempo ignoradas na prática organizativa da maioria das respostas de apoio social à população idosa em Portugal.

A respeito de ambas experiências anteriormente descritas, podemos ainda questionar se alguns dos limites que percebemos como autênticos e definitivos realmente assim o são. Esta dúvida advém de uma noção comum a muitas pessoas: presume-se ser inevitável que à medida que um indivíduo envelhece pioram as suas condições de saúde física e psíquica (por exemplo, a visão e a audição pioram, o ânimo diminui e as doenças crónicas não podem ser revertidas) e, por consequência, deixa de ser possível a adaptação eficaz ao mundo como outrora.

Naquela perspectiva, cujo primado é a degeneração, parece prevalecer a percepção da possibilidade da mudança para *pior* e jamais para *melhor*; isto é, quando confrontados com a doença ou as evidências naturais da senescência, muitos indivíduos, sobretudo quando inseridos num ambiente geralmente negativamente reforçador, procuram o ajustamento conformista àquilo que lhes parece ser desgraçadamente inevitável, sustentados na crença da impossibilidade ao invés de procurarem a adaptação compensatória na expectativa positiva da possibilidade.

Inclusivamente no campo técnico-científico, quantos de nós presumem que, por exemplo, as perturbações mnésicas, psicológicas e comportamentais são inevitáveis e *normais* à senescência como se tal fosse absolutamente intrínseco ao envelhecimento? Sejamos justos: perante uma pessoa mais velha sem perda de memória não é rara a tendência geral para considerá-la como uma anomalia em vez de a avaliar como um modelo a explorar e a seguir. Todavia, tal como demonstrou Langer (2009), numa perspectiva da *possibilidade* e não de *limite*, são viáveis as estratégias para *melhorar* adaptativamente e não apenas para *ajustar* na resignação e na dependência dos outros.

As duas experiências supracitadas (de 1975 e de 1979) e os respectivos resultados não são estranhos à nossa investigação: parece existir uma correlação entre o ambiente e a promoção da autonomia funcional, o reforço de crenças de auto-controlo e a potenciação das expectativas de auto-eficácia.

Tendo em consideração o supra referido quanto à vivência residencial comunitária num espaço ambiental que permita adequadas condições funcionais e, simultaneamente, a expressão identitária, a privacidade e que promova a liberdade e o livre-arbítrio quotidianos, suscita-nos esperança na mudança dos paradigmas institucionais tradicionais e optimismo quanto à promoção efectiva dos bons níveis de Bem-Estar *lato sensu* e da *qdv* nos idosos.

2.4 - Do envelhecimento bem-sucedido até ao envelhecimento activo: reflexões conceptuais perante os desafios da velhice.

Perante o inegável progresso das condições de vida nas últimas décadas (nomeadamente as resultantes das melhorias no campo da Saúde, da alimentação e da Segurança Social), em geral e como nunca antes sucedeu na história humana, assistimos na actualidade a um padrão consistente no aumento da população mundial e no acréscimo da esperança de vida, ambos concomitantes a uma inabalável tendência para o envelhecimento populacional nos países mais desenvolvidos. Daqui decorre o crescente interesse das Ciências, Humanas e Exactas, sobre as múltiplas implicações do envelhecimento nos planos: individual, económico, social, político, cultural, etc. Tal atenção científica tem-se manifestado através da multiplicação de conceitos e de constructos teóricos sobre o envelhecimento, tanto quanto ao processo como quanto ao significado, com particular atenção à descoberta dos factores cruciais para a promoção do “*bom envelhecimento*”, não tanto na perspectiva estético-filosófica do *belo* mas mais no sentido do sucesso existencial até ao final da vida.

As considerações descritivas que a seguir faremos sobre a qualidade do envelhecimento enquadrar-se-ão, em última análise, na perspectiva da promoção da Saúde e do Bem-Estar, que vai mais além das componentes psicofisiológicas da senescência e inclui, como não podia deixar de ser, os aspectos sócio-relacionais e ambientais da vida humana. Em seguimento daquela lógica, e recusando a quimérica perspectiva sobre a absoluta agradabilidade do envelhecimento como processo contínuo, cabe-nos efectuar uma exposição factual sobre o entendimento científico-social acerca daquele percurso da vida.

Por conseguinte, e em jeito de síntese introdutória, consideramos que a abordagem contemporânea sobre o envelhecimento humano tem vindo a evoluir com grande abrangência temática suportada por uma perspectiva construtiva e positiva: inicialmente suportada por conceitos compostos tais como *Envelhecimento saudável* ou, sequencialmente, *Envelhecimento bem-sucedido* ou, mais recentemente, pela expressão *Envelhecimento activo*, tal compreensão daquele processo tornou-se mais alargada, multidimensional e positiva, em consequência de uma colaboração intersectorial e multidisciplinar no estudo do desenvolvimento humano na derradeira fase da vida.

2.4.1 - O Envelhecimento Saudável: o precursor do Envelhecimento Bem-Sucedido.

Na literatura clínica é usual a utilização dos termos “*saudável*” e “*doença*” associados ao envelhecimento. É provável que assim aconteça porque a senescência é habitualmente relacionada com a diminuição da Saúde ou, inclusivamente, identificada com a doença, sendo plausível afirmar que a expressão “*envelhecimento saudável*” ainda possa surgir amiúde, entre os especialistas e a população em geral, como um ponto de referência desejável e imprescindível, mesmo que a sua conceptualização não seja específica ou esteja, sequer, aceite de modo abrangente e unificado, a não ser no que respeita ao domínio da perspectiva biomédica.

A aplicação do conceito de “*saudável*” aos idosos tem sido comumente associada a determinadas dimensões da Saúde estritamente relacionadas com condições singulares, tais como as doenças crónicas, as deficiências, os factores de risco, a incapacidade, a perda funcional ou a morte. Perante tal restrição, parece-nos patente que a conceptualização tradicional (a qual vulgarizou a denominação *envelhecimento saudável*) tem sido excessivamente dominada pela biomedicina, particularmente por estar centrada nas patologias associadas à senescência através da focalização no tratamento da doença, na perda de capacidades, na problemática da dependência e no adiamento da morte.

Do nosso ponto de vista, a parcialidade da abordagem biomédica, fundamentalmente centrada no processo senescente, constitui-se como uma limitação à compreensão abrangente da dinâmica processual de envelhecimento e, conseqüentemente, ao desenvolvimento e à implementação de um leque mais alargado de intervenções eficazes no âmbito multidimensional e heterogéneo da velhice humana. Daí que pensemos adequado considerar que a concepção de Saúde implica uma perspectiva complexa, que vai mais além da patologia e do défice, aliás, tal qual é proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “Saúde é um estado de completo Bem-Estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou de enfermidade” (OMS, 1999: 1).

É de salientar que a definição de Saúde da OMS surgiu como um constructo positivo que abrangia as múltiplas dimensões, pessoais e sociais, do Bem-Estar e envolvia variados aspectos da vida tais como as dimensões física, psíquica e social.

No que diz respeito ao envelhecimento, até final dos anos 90 a OMS perfilhou da nomenclatura *envelhecimento saudável*. Supomos que, enquanto perdurou, tal terminologia tenha servido para realçar que o envelhecimento é uma parte integrante da totalidade da vida não sendo apenas característico dos mais idosos, já que todos iniciamos o nosso processo de envelhecimento assim que somos gerados.

Quiçá devido à ratificação do carácter redutor, a designação *envelhecimento saudável* usada pela OMS foi ditosamente substituída pela denominação *envelhecimento activo*, tendo com o objectivo subjacente “(...) difundir uma mensagem de inclusão (...) e identificar os factores que, para além dos cuidados relacionados com a saúde, atingem o modo como os indivíduos e populações envelhecem” (WHO, 2002: 13). Deste modo, no início do século XXI, a OMS passou a definir o *envelhecimento activo* como “o processo de optimização das oportunidades de Saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002: 12).

A este propósito, convém referir que, não obstante o desuso e a estagnação nocional, o termo *envelhecimento saudável*⁶⁴ ainda usufrui de algum espaço no debate científico e na abordagem pública do envelhecimento talvez porque, entretanto, tenha incorporado, em jeito de renovação conceptual, características comuns ao conceito de *envelhecimento activo*⁶⁵.

Semelhantemente àquela renovação conceptual supra, desde os anos 70, com maior incidência nas últimas três décadas, tem vindo a ser produzida considerável literatura em torno do envelhecimento através da fundamentação do conceito de *Successful Aging* (por nós doravante denominado por *envelhecimento bem-sucedido*), apesar de uns autores considerarem que não existe ainda uma definição unificada ou sequer um consenso⁶⁶ acerca do que significa um *envelhecimento bem-sucedido*⁶⁷ (Depp & Jeste, 2006).

Quanto ao constructo, adiante se observará que, tal como já Baltes e Mayer (1999) defenderam no *Berlin Age Study of Ageing* (BASE), também nós pensamos que o *envelhecimento bem-sucedido* depende da interação do sujeito idoso com o Ambiente, *lato sensu*, numa inter-relação multidimensional em constante transformação.

⁶⁴ Vide Anexo 2.4.1 dos Anexos do Capítulo I

⁶⁵ Vide Item 2.4.4 do Capítulo I.

⁶⁶ Neste âmbito, Bowling e Dieppe (2005) referem que, na revisão de 170 artigos sobre o tema que efectuaram, lhes foi possível identificar múltiplas definições, umas influenciadas por perspectivas biomédicas, outras por teorias psicossociais e outras, ainda, por uma conjugação multiteórica.

⁶⁷ Vide Anexo 2.4.1 dos Anexos do Capítulo I

2.4.2 - O contributo do modelo desenvolvimental do ciclo de vida (*Lifespan*) para a compreensão do envelhecimento humano.

Na compreensão do desenvolvimento humano, o paradigma *Lifespan*⁶⁸ (i.e., do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida) alcançou uma posição dominante na Psicologia do Envelhecimento, não só no estudo da velhice como na compreensão e explicação dos aspectos desenvolvimentais específicos na infância, adolescência e adultez (Lerner, Dowling & Roth, 2003).

Trata-se de uma perspectiva de processo contínuo sobre o desenvolvimento dos indivíduos, que abrange múltiplas dimensões e direcções na compreensão das modificações adaptativas efectuadas ao longo da vida, entendendo-as como resultado das influências bio-genéticas e sócio-culturais, percurso desenvolvimental e adaptativo que, para o referido modelo, será caracterizado por *ganhos* e *perdas* ao longo da vida.

Por conseguinte, para a perspectiva psicológica do estudo dos indivíduos ao longo do ciclo de vida (*Lifespan*), o desenvolvimento do ser humano pode ser entendido como consequência de uma dinâmica interactiva sequencial de mudanças, previsíveis e não previsíveis. Nesse sentido, as transformações previsíveis ao longo do desenvolvimento decorrerão das características genéticas e biológicas intra-individuais (denominadas por *mudanças influenciadas pela idade*) e, também, transcorrem dos determinantes psicossociais interrelacionais inerentes ao decurso da socialização cultural (denominadas por *mudanças influenciadas pela história de vida*) dos indivíduos. Complementarmente, segundo tal paradigma, as mudanças sequenciais imprevisíveis serão influenciadas pelas alterações resultantes de factores biológicos ou sociais inesperados, como doenças súbitas ou perdas relacionais imprevisíveis, acontecimentos que os autores denominam como *influências não-normativas* (Baltes, Cornelius & Nesselroade, 1979; Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Lerner, 1983).

Desde há quarenta anos a esta parte, o *modelo desenvolvimental do ciclo de vida* (*Lifespan*) tem vindo a ser considerado uma das linhas teóricas mais apropriadas para a compreensão do processo de envelhecimento por considerar tanto os factores biológicos como psicológicos e sociais na compreensão dos processos desenvolvimentais ao longo do ciclo de vida, especialmente desde a idade adulta até à velhice (VandenBos, 1998).

⁶⁸ Vide Anexo 2.4.2 dos Anexos do Capítulo I.

Desde os anos 70, sob influência da corrente *Lifespan*, tem obtido crescente relevância na comunidade científica um modelo teórico o qual supõe uma triangulação essencial para a compreensão do *envelhecimento bem-sucedido*. Referimo-nos ao Modelo de Selecção-Optimização-Compensação⁶⁹ (SOC) cujas bases fundacionais foram delineadas inicialmente por Paul Baltes nos anos 70 e 80; tal paradigma, posteriormente, foi desenvolvido conjuntamente com Margret Baltes e outros colaboradores, a partir da década de 90, sobretudo numa época em que as questões do desenvolvimento psicológico na idade adulta e na velhice⁷⁰ adquiriram um espaço de relevo na esfera da Psicologia.

À luz da teorização *Lifespan*, particularmente na conceptualização SOC, pensamos que a alteração das prioridades quanto aos objectivos ambicionados pelos indivíduos na segunda metade do ciclo de vida, não significa que não existam possibilidades desenvolvimentais em praticamente todos os domínios da existência vivencial, na medida em que o envelhecimento também poderá significar a libertação de recursos (internos e externos) aplicáveis em áreas significativas da vida dos idosos.

Semelhantemente, Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999) consideraram que a diminuição de competências na condição biológica dos indivíduos, idosos ou não, pode estabelecer uma base para a ocorrência de mudanças positivas na capacidade adaptativa das pessoas, nomeadamente, com recurso às actividades de socialização e de estimulação cultural, tidos como mecanismos de compensação da redução de competências biofisiológicas decorrentes do natural processo senescente.

Fundamental para a compreensão desenvolvimental do ciclo de vida, o padrão de optimização selectiva com compensação é partilhada por outras correntes próximas (Lerner, 1996; Magnusson, 1996), também unânimes em considerar que os estados biológicos instáveis ou deficientes podem inclusivamente funcionar como incentivadores ao progresso da civilização das sociedades modernas, sendo a Cultura por elas produzida, por si só, um factor crucial na evolução ontogénica da humanidade.

⁶⁹ Vide Item 2.4.3 do Capítulo I.

⁷⁰ O estudo daquela deslocação tendencial (SOC) ao longo da vida, do *crescimento* para a *manutenção* e destes para a *regulação de perdas*, para além de fundamental nas perspectivas desenvolvimentais de abordagem ao processo de envelhecimento (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2003; Brandtstadter & Greve, 1994; Uttal & Perlmutter, 1989), clarifica a compreensão relativamente a vários comportamentos tidos como característicos da velhice, enquadrando-os numa perspectiva adaptativa.

2.4.3 - O conceito *Envelhecimento Bem-Sucedido* na perspectiva do *Modelo de Selecção-Optimização-Compensação*.

Alcançar-se uma idade longa acarreta, habitual e naturalmente, a vivência de um estado existencial com mais e/ou maiores limitações e vulnerabilidades. Por esta lógica, na sucessão de acontecimentos característicos do processo de envelhecimento, a possibilidade do desenvolvimento através dos *défices* parece ter tido muita influência no modelo de Selecção-Optimização-Compensação⁷¹ (SOC), constructo que integra em si mesmo a compreensão das relações entre o desenvolvimento humano, o envelhecimento e capacidade adaptativa (Baltes & Baltes, 1990; Baltes & Carstensen, 1996; Brandtstadter, 1998; Baltes *et al.*, 1999, Freund, Li & Baltes, 1999).

Em resumo e de acordo com os autores supracitados, parece ser aceitável e vantajoso (e até mesmo previsível) que os idosos, à medida que progressivamente se tornam mais conscientes da sua crescente e natural vulnerabilidade em variadas áreas da sua existência (principalmente nos aspectos bio-funcional e sócio-relacionais) possam, estrategicamente, utilizar os recursos externos à sua disposição (humanos, materiais e institucionais) como medida de compensação da vulnerabilidade inerente à senescência (Baltes & Smith, 2003; 2004).

Segundo o modelo em apreço, todos os idosos têm a oportunidade de desenvolver competências, de alterar comportamentos e aproveitar as possibilidades que surgem, o que resulta numa majoração da capacidade adaptativa perante as adversidades, sobretudo as externas ou as decorrentes de factores individuais que não controlam, por exemplo, os decorrentes da senescência. Portanto, sob a perspectiva positiva do paradigma SOC, os indivíduos com mais idade, ao selecionarem as suas escolhas e reduzirem a amplitude dos seus objectivos desenvolvimentais, conseguirão adoptar soluções individualizadas mais realistas que se associam aos diferentes graus de acção (individual, social e/ou institucional) porventura mais eficazes, o que lhes permitirá, conseqüentemente, aumentarem as probabilidades da obtenção de mais sucesso adaptativo ao longo do processo de envelhecimento.

⁷¹ Importa referir que Baltes e Smith (2003 e 2004) fazem notar que as estratégias implícitas no modelo SOC revelam-se úteis não só na velhice mas também ao longo de toda a idade adulta.

No âmbito da consolidação do conceito de *envelhecimento bem-sucedido*, com base nas investigações à época já conhecidas, Baltes e Baltes (1990) realçaram a sua particular importância, ao defender que a aplicação adequada daquele conceito deve implicar, necessariamente, uma prévia revisão acerca da essência do envelhecimento e da significação que geralmente lhe é atribuído. No mesmo sentido, Lazarus (1998), valida a linha de pensamento de Baltes e dos seus colaboradores, ao preconizar que o envelhecimento bem-sucedido está “(...) dependente da aquisição de atitudes e de processos de *coping* que permitem ao indivíduo idoso, apesar do aumento dos défices e da sua ameaça, permanecer independente, produtivo e socialmente activo pelo máximo de tempo possível” (Lazarus, 1998: 122).

Além de Baltes e Baltes (1990) outras propostas conceptuais complementares sobre o envelhecimento bem-sucedido têm vindo a ser defendidos, nomeadamente por Brandtstadter e Renner (1990) e por Brandtstadter, Wentura e Greve (1993), os quais sustentaram um *modelo do self resiliente do idoso*, assente na utilização de processos instrumentais que facultam a assimilação e a acomodação como factores elementares do *coping* e da conservação da integridade do *self* durante a velhice. Também Heckhausen e Schulz (1995) e Schulz e Heckhausen (1996) estudaram os mecanismos de controlo⁷² *primário* e *secundário* que as pessoas usam ao longo do ciclo de vida, defendendo que é intrínseco aos indivíduos a necessidade de controlarem as suas vidas.

A este propósito e ainda no âmbito do modelo psicológico de *envelhecimento bem-sucedido* preconizado por Baltes e Baltes (1990), são tidos como fundamentais dois conceitos nucleares para a compreensão envelhecimento: a *heterogeneidade interindividual* e a *adaptabilidade intra-individual*. Em conjugação, tais conceitos delimitam a maneira como, em geral e para sobreviver, todos organismos tendem a adaptar-se à instabilidade inerente à Natureza e exprimem múltiplas oportunidades de optimização do desenvolvimento ao longo do envelhecimento.

Em síntese: apesar de parecer paradoxal porque a palavra *envelhecimento* habitualmente suscita algumas imagens negativas, tal qual a expressão *bem-sucedida* está relacionada com aspectos positivos, Baltes e Baltes (1990) argumentam que dadas determinadas condições é possível *envelhecer com sucesso*.

⁷² Neste sentido, quando os esforços instrumentais para modificar os acontecimentos (i.e., o controlo *primário*) já não são suficientes ou se tornaram inúteis, as pessoas procuram efectuar os ajustes adaptativos indispensáveis através dos mecanismos cognitivos (i.e., do controlo *secundário*), “(...) o que pode significar, por exemplo, a diminuição ou redefinição dos objectivos anteriores (promovendo assim a adaptação e incrementando a possibilidade de êxito)” (Schulz & Heckhausen, 1996: 711).

A utilização do mecanismo SOC permite-nos compreender a possibilidade do maior ou menor êxito na forma como decorre o processo de envelhecimento, podendo ser mais ou menos bem-sucedido. Deste modo, qualquer que seja a definição de *envelhecimento bem-sucedido* é necessário que esteja assente numa perspectiva sistémica e ecológica, ou seja, fundamentada por critérios objectivos e indicadores subjectivos, ambos subjacentes à conjugação dinâmica intra e inter-individual, Ambiental⁷³ e sócio-cultural.

2.4.3.1 - Considerações finais sobre o Modelo SOC.

Em suma, constatámos que, para os fundadores e contribuidores do paradigma *Lifespan* e do Modelo SOC, o envelhecimento bem-sucedido resultará do processo adaptativo impreterivelmente viabilizado por estratégia de *optimização selectiva com compensação*. Essa estratégia parece possibilitar a gestão adaptativa e idiosincrática do saldo interactivo entre ganhos e as perdas (estas últimas progressivamente mais salientes à medida que a idade aumenta). Desta forma, os indivíduos poderão potenciar a eficiência na obtenção de resultados ou objectivos, os quais podem ser reavaliados e reorganizados quanto à sua hierarquização prioritária em conformidade com a realidade situacional ou as circunstâncias de diminuição dos recursos, internos ou externos.

Tal como já referimos ao longo desta reflexão, os autores antes citados sugerem a utilização de critérios múltiplos para a conceptualização e possibilitação do sucesso no envelhecimento, associando indicadores objectivos e subjectivos. Para esse efeito, recorrem, na primeira situação, ao conceito de *adaptabilidade* e na segunda à *idiosincrasia intra-individual*, ao invés de apresentarem protótipos normativos inflexíveis, que tendem a ser pouco susceptíveis para a aplicação universal face à variabilidade individual e aos diferentes contextos sócio-culturais que coexistem ao longo do desenvolvimento dos Humanos.

Relativamente ao que observámos no final do Item 2.4.1 do Capítulo I, a proposta do modelo SOC parece superar alguns dos entraves conceptuais sobre envelhecimento bem-sucedido contidos no modelo de Rowe e Kahn⁷⁴ (1997) ao recusar a implicação directa do envelhecimento bem-sucedido aos efeitos dependentes de critérios normativos e padrões universais, objectivamente predefinidos.

⁷³ Vide 1ª Secção do Capítulo III.

⁷⁴ Vide Anexo 2.4.1 dos Anexos do Capítulo I.

Tal superação conceptual pareceu viabilizada pela focalização na dinâmica dos processos desenvolvimentais objectivos subjacentes ao envelhecimento, aos quais é possível atribuir um carácter universal valorizando, concomitantemente, a contextualização idiossincrática do seu decurso, i.e., atribuindo relevância à variabilidade pessoal, logo subjectiva, que pode (ou não) adaptar-se aos critérios normativos predominantes num determinado contexto sócio-cultural, na obtenção do êxito desenvolvimental ao longo de toda a vida.

Na medida da nossa reflexão sobre o conceito de Saúde no Item 2.4.1 do presente Capítulo, consideramos que este meta-modelo é conciliável com a noção de saúde expressa como um meio de compreensão e de proposta (e não como um fim) que se presta à concretização dos desejos e das necessidades das pessoas.

Conquanto fosse desejável o êxito de um envelhecimento sem patologias ou perturbações disfuncionais, o modelo SOC permite relativizar este aspecto pouco provável ao valorizar, outrossim, a capacidade adaptativa através da selecção individual dos objectivos prioritários, bem como o processo dinâmico e intersistemático que lhe subjaz. Outro aspecto a salientar neste modelo: perspectiva a vida como um *continuum*, portanto, um processo dinâmico desenvolvimental que decorre sempre, inclusivamente ao longo do envelhecimento, sendo os seus pressupostos ajustáveis à heterogeneidade inter-individual.

Em consequência e concomitantemente, o modelo SOC afasta-se de uma visão dualista e parcial sobre o envelhecimento, já que não salienta quer o crescimento quer o declínio pela positiva ou pela negativa, usando a concepção de *saldo* entre os ganhos e as perdas que ocorrem, em épocas, circunstâncias e intensidades diferentes, ao longo dos percursos desenvolvimentais dos indivíduos. Neste âmbito, o modelo SOC salienta a presença em cada um de nós de um potencial oculto, cuja latência pode, circunstancial e idiossincraticamente, ser activada e proporcionar a adaptabilidade, mesmo que esta decorra numa situação de perda.

Todavia, um dos reparos que pode ser efectuado ao paradigma SOC é que, embora explane a importância do contexto para um envelhecimento bem-sucedido, o modelo parece não examinar a fundo a relevância da interacção entre o indivíduo e o contexto ambiental no qual se insere.

Tal reparo parece aplicar-se particularmente no que diz respeito à determinação da influência que as condicionantes Ambientais⁷⁵ (especialmente aquelas não controladas pelo indivíduo) podem ter quanto ao êxito do processo de envelhecimento.

Tendo em conta a limitação acima descrita, pensamos que o conjunto de enunciações conceptuais sobre o *envelhecimento bem-sucedido* propostos por Godfrey (2001) e por Godfrey, Townsend e Denby (2004) poderá auxiliar o modelo SOC naquela limitação; nesse sentido, o modelo proposto por aqueles autores parece permitir integrar a noção de *acção ambiental (agency)* na concepção de estrutura, a qual abrange o espaço e o tempo, i.e., a vivência (interna e externa) no âmbito natural, social, económico e cultural ao longo do envelhecimento.

Para o efeito, aqueles autores defendem que os elementos constitutivos do processo adaptativo, inerentes ao envelhecimento bem-sucedido, decorrem da interpretação pessoal atribuída à experiência vivencial e são determinados não apenas pelos recursos (internos e externos) mas também pelas circunstâncias de vida, sociais e estruturais, que incluem os recursos materiais ambientais e o âmbito sócio-comunitário.

Por outro lado, acresce ainda referir que o modelo SOC pode também ser criticado por alguns sectores das ciências exactas mais tradicionalistas, sobretudo por se fundamentar substancialmente na área da Psicologia, crítica que não será totalmente justa já que muitos dos seus pressupostos foram desenvolvidos em estreita colaboração multidisciplinar, na qual se inclui a biologia e a genética (Baltes & Carstensen, 1996; Halfon & Hochstein, 2002).

Em suma, pelo exposto, pensamos que o modelo SOC, sendo extremamente útil ao actual entendimento do processo de envelhecimento humano, poderia ganhar mais relevância ao considerar a influência das expectativas, das regras e demais aspectos culturais, assim como de condições estruturais sócio-ambientais invariavelmente presentes no desenvolvimento dos indivíduos ao longo da vida, na medida em que tais factores podem funcionar como recursos essenciais às estratégias compensatórias utilizadas pelas pessoas idosas, entendidas como agentes activos na promoção do sucesso do seu próprio envelhecimento.

⁷⁵ Vide 1ª Secção do Capítulo III.

2.4.3.2 - Propostas que facilitam o *Envelhecimento Bem-Sucedido*.

A consolidação do paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (*Lifespan*), estreitamente relacionada com a implementação de projectos de investigação que permitiram não só a verificação experimental como, também, a produção de novos conhecimentos, teve como consequência visível o crescente estabelecimento, nas últimas décadas, da Psicologia do Envelhecimento.

Em boa verdade, as rupturas ou cortes epistemológicos não são inesperados nem descontextualizados das próprias transformações culturais da época em que acontecem. Foi o que aconteceu com o paradigma *Lifespan* e, conseqüentemente, com os ramos da ciência psicológica, campo do conhecimento que melhor se adequava para congregar a crescente complexidade multidisciplinar e multidimensional daquele constructo.

Na teorização *Lifespan*, além da reformulação de perspectivas tradicionais sobre desenvolvimento, foram também integrados conhecimentos desenvolvimentais ontogenéticos e novas propostas relativas à dinâmica interactiva entre factores genéticos, biológicos, psicológicos e sócio-culturais o que, por sua vez, influenciou os campos teóricos do estudo do desenvolvimento, como é o caso da Psicologia do Desenvolvimento ou da Psicologia do Envelhecimento⁷⁶.

Se é importante que as investigações proporcionem um entendimento mais completo e abram caminho a novas perspectivas de compreensão, não menos importante são os contributos pragmáticos que dela resultam, nomeadamente quanto à divulgação de sugestões úteis e pragmáticas que tragam melhorias às pessoas e à Sociedade.

Para os autores cujas perspectivas teóricas versam acerca da natureza do processo de envelhecimento à luz da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, existem um conjunto de estratégias de aplicação prática cuja adopção pode, de alguma maneira, beneficiar o envelhecimento bem-sucedido. Neste âmbito, segundo Baltes e Baltes (1990), as estratégias mais relevantes para a promoção de um *envelhecimento bem-sucedido* passam por um conjunto de condições e de características essenciais:

⁷⁶ Nesta área da ciência psicológica, a mudança paradigmática foi muito profunda, deixando de ser uma psicologia que estudava o declínio para passar a perspectivar o envelhecimento como um processo multifactorial, realista e objectivo, baseado em processos de optimização selectiva com compensação, ou seja, ao considerar o envelhecimento (mais ou menos) bem-sucedido como o resultado da (maior ou menor) eficácia da correlação entre o *agir*, o *ser* o melhor possível e a estratégia de *gestão* dos recursos disponíveis. Trata-se, portanto, não obstante o caminho que ainda tem por prosseguir, de um meta-modelo muito útil tanto para a investigação como para a intervenção no campo do desenvolvimento e do envelhecimento humano.

*Actividade, Ambiente, Auto-controlo, Flexibilidade e individualização das soluções, Optimismo, Reajustamento adaptativo e Viver um estilo de vida saudável*⁷⁷.

Não obstante a nossa concordância geral com as estratégias antes enunciadas, tais propostas não podem ser entendidas como uma fórmula infalível de promoção de um envelhecimento com sucesso, tão-somente porque a complexidade processual do envelhecimento humano, pela sua heterogeneidade e variabilidade, impede a uniformização das condições do enquadramento assim como dificulta a aplicação universal das propostas mais eficazes para a sua viabilização com sucesso. Contudo, tal não estorva o estabelecimento de uma direcção com caminhos paralelos e comunicantes, que tenha por base tanto a natureza variável individual senescente e as idiossincrasias dos idosos e, também, permita o suporte social através da criação de condições objectivas que facilitem aos cidadãos idosos os meios indispensáveis que lhes permitam realizar, com êxito, a sua expressão própria ao longo do processo de vida.

2.4.4 - A contemporaneidade do conceito de *Envelhecimento Activo*: desafios e possibilidades.

Na sequência da nossa reflexão sobre o *envelhecimento saudável* e o *envelhecimento bem-sucedido*, eis-nos chegados ao constructo mais amplamente divulgado e que tem vindo a suscitar crescente interesse na Sociedade: o *envelhecimento activo*. Este termo, presentemente bastante em voga, tem tido crescente popularidade no espaço mediático dos países desenvolvidos, entre os quais o envelhecimento demográfico tem ganho, crescente e justificadamente, atenção redobrada muito por via da sua situação actual e das inquietantes projecções demográficas.

Não obstante os meios de comunicação (talvez instrumentalizados por forças ideológicas⁷⁸ de vários quadrantes da Sociedade) terem sido os grandes responsáveis pela popularização desta nova representação social (a qual tem implícita a ideia formatada de que o *bom envelhecimento* tem que ser um *envelhecimento activo*), parece-nos ter ocorrido, no uso generalizado daquela expressão, uma adaptação conceptual originada pela síntese evolutiva a partir dos conceitos de *envelhecimento saudável* e de *envelhecimento bem-sucedido*.

⁷⁷ Vide Anexo 2.4.3.2 dos Anexos do Capítulo I.

⁷⁸ Vide Anexo 2.4.4 dos Anexos do Capítulo I.

Tal evolução conceptual ter-se-á dado no sentido da apropriação colectiva das múltiplas características positivas dos conceitos *saudável* e *bem-sucedido* em função da de um conceito que integra o envelhecer com Saúde, adaptabilidade, produtividade, inclusão e *qdv*, representados na interpretação nocional de *envelhecimento activo*.

A este propósito e no âmbito das políticas de envelhecimento activo, área associada à problemática do nosso estudo, queremos destacar o *Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas* (Instituto da Segurança Social [ISS], 2012). Este programa português⁷⁹, especificamente direccionado para intervenção social ao nível da reabilitação e/ou adaptação das moradias para idosos, foi dotado de financiamento (destinado à comparticipação das obras de remodelação e ao equipamento das residências), o qual se constituiu um importante factor de reforço à continuidade dos idosos nas suas moradias, o que vai de encontro à generalidade da vontade expressa pelos idosos em permanecerem em suas casas o mais tempo possível (Pimentel, 1995; Fernandes, 1996; Paúl *et al.*, 2005).

Como vimos na 1ª Secção deste Capítulo, os conceitos de *velhice* e de *idade*, de *velho* e de *idoso*, têm sido objecto de múltiplas representações sociais ao longo das épocas e ainda são hoje, cada vez com mais intensidade, objecto de debate. A representação sócio-cultural do envelhecimento não deixa de ser constituída por elementos ideológicos, e daí também utópicos, que em muito têm vindo a influenciar diversos (pré)conceitos ligados às pessoas adultas com mais idade.

Se por um lado ainda prevalece uma representação que descreve o idoso e a velhice de uma forma negativa, quase dramática, em que o indivíduo senescente é visto como uma entidade frágil, em exclusão e sofrimento associados a múltiplas carências (ao nível financeiro e Social, da Saúde e da autonomia), por outro lado é também um facto que existe uma outra representação mais contemporânea na qual a velhice e o idoso são perspectivados como um segmento específico com elevado potencial, na produtividade e no consumo, quase como fosse possível uma continuada evolução sem limites, com valores geralmente associados ao mito da eterna juventude. Na nossa perspectiva, ambas distintas representações pecam por serem excessivas e incompletas.

⁷⁹ Também em Portugal a temática do *envelhecimento activo* tem resultado em vários propósitos, deliberações ou planos nacionais, tais como: o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* (Direcção Geral da Saúde [DGS], 2012); o *Programa Turismo Sénior* (Instituto Nacional de Apoio aos Tempos Livres [INATEL], 2014); o *Programa Saúde e Termalismo Sénior* (INATEL, 2014); o *Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio* (Instituto Nacional para a Reabilitação [INR], 2013).

O envelhecimento humano, variável e multidimensional, constitui-se como mais uma época sequencial na existência de cada pessoa. Tem diversos antecedentes e condicionantes, pode servir (ou não) como aprendizagem e reflexão, pode ser dedicado ao ócio ou a outras actividades de auto-aperfeiçoamento, pode ter relativos graus de Saúde, e de percepção do Bem-Estar e da *qdv*. Sendo inevitável, o envelhecimento não tem que ser nem homogeneizado nem sequer tão pouco artificialmente prolongado; mas deverá decorrer em condições propícias ao pleno respeito pela liberdade e pela dignidade das pessoas idosas, âmbito em que a ética e a consciência social (que, em parte, também suporta a práxis institucional) ainda muito têm por debater e clarificar.

2.5 - O envelhecimento demográfico e algumas particularidades dos países desenvolvidos.

Para que possamos entender o envelhecimento populacional, temos que clarificar os conceitos basilares da sua interpretação, nomeadamente o que se refere a *longevidade*, *esperança de vida* e *envelhecimento populacional*, conceitos que estão muito correlacionados e, por isto mesmo, podem ser confundidos como se fossem sinónimos quando, porém, se constituem como noções e medidas diferentes entre si.

Quanto ao primeiro daqueles conceitos, a *longevidade* (do latim *longaevitas*) define-se pela quantificação, no padrão de medição do Tempo, da duração da vida de um indivíduo. Assim, quando nos referimos a longevidade, tal conceito deve ser aplicado a uma dada pessoa. Por exemplo, comprovadamente, por documentação oficial, a pessoa mais longeva do mundo foi a francesa Jeanne Calment (1875-1997) que viveu 122 anos.

Quanto à *Expectativa* (ou *esperança*) *de vida*, como consta no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2011 e no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013), trata-se do número médio de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver se mantidas, desde o seu nascimento, as taxas de mortalidade apuradas no ano de observação. Acresce ainda que para o cálculo da *esperança de vida à nascença* devem considerar-se outros indicadores tais como o acesso aos Serviços de Saúde, ao saneamento, à Educação, à Cultura e ao lazer, dependendo também dos índices de violência e de criminalidade, da poluição e das várias outras condições ambientais (PNUD, 2013).

Por sua vez, o *envelhecimento populacional* depende muito mais da queda da *fecundidade* (ou seja, o número médio de filhos por mulher em idade de procriar) do que do aumento da *longevidade* ou da *esperança de vida*. Deste modo, o envelhecimento demográfico resulta do aumento da proporção de idosos numa População o qual, em geral, se amplia quando a base da pirâmide etária (ou seja, a população mais jovem) se reduz. Portanto, o *envelhecimento populacional* é um fenómeno relacionado com o desequilíbrio na estruturação demográfica.

2.5.1 - Aspectos da demografia Mundial.

Com a elevação dos padrões de vida (maior disponibilidade de alimentos, progressos técnico-medicinais e melhorias sanitárias ocorridos durante o século XX), a *esperança média de vida* mundial ultrapassou os 65 anos de idade no ano 2000 (UNDP, 2009), mais do que duplicando ao longo de um século. Entre 1950 e 2010, a *mortalidade infantil* média mundial caiu de 133 mortes para cada mil nascimentos para 46 por mil nascimentos⁸⁰ (UNICEF, 2012).

No Mundo, em 1950 havia 2.53 mil milhões de pessoas. Sessenta e três anos depois, a estimativa para a população mundial foi de 7.16 mil milhões (UN-DESA/PD, 2013). Para o futuro, a projecção do *United States Census Bureau* (USCB, 2013), estima que a população mundial, após ter atingido os 7 mil milhões em 2011, alcançará a fasquia dos 10 mil milhões em 2050⁸¹.

2.5.2 - O envelhecimento demográfico português: decadência ou reajustamento?

O conceito de envelhecimento demográfico exprime a evolução da composição etária da população no que respeita ao aumento da importância estatística dos idosos (envelhecimento no «topo» da pirâmide etária) ou à diminuição da importância estatística dos jovens (envelhecimento na «base» da pirâmide etária) (Rosa, 2012). Tal conceito inclui também o aumento do número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos, denominado por *Índice de Envelhecimento*⁸².

⁸⁰ Distinguímos o grupo dos países mais desenvolvidos, onde a evolução da esperança de vida foi de 2 anos por década, enquanto nos países em vias de desenvolvimento o ganho foi de 4 anos (U.N.I.C.E.F., 2012).

⁸¹ Sobre Envelhecimento da População Mundial, inclusivamente a Europeia, vide Anexo 2.5. dos Anexos do Capítulo I.

⁸² Vide Anexo 2.5.2 dos Anexos do Capítulo I.

O envelhecimento populacional português⁸³ aconteceu mais tarde do que nos países da Europa Central e do Norte, ainda que se tenha revelado mais intenso e estruturalmente mais transformador. Tal profunda alteração decorreu do declínio significativo da *natalidade infantil* e do aumento expressivo da *esperança média de vida*. Entre outras causas, contribuíram para nossa tardia transformação demográfica as mudanças do papel da mulher e da relação desta com a Sociedade e o mercado de trabalho, e a elevada emigração da fecunda juventude portuguesa, que ocorreu sobretudo durante a década de 60 até ao golpe militar de 25 de Abril de 1974, tal como sucede com mais intensidade, novamente, desde meados dos anos 2000. Daqui decorre que ainda em 1986, quando Portugal aderiu à Comunidade Económica Europeia, a população jovem até aos 15 anos superava em dobro a população idosa. Porém, desde essa época até aos nossos dias, a população jovem reduziu-se em mais de 30% e contingente de idosos com mais de 65 anos aumentou 60%. Tal inversão demográfica ocorreu à entrada do século, quando a população com 65 e mais anos ultrapassou pela primeira vez o grupo dos que têm entre 0 a 14 anos (INE, 2013a; PORDATA, 2013).

Actualmente, segundo o INE, em 2014, o nosso Índice de Envelhecimento (I.E.) estava em 136 (i.e., existiam 136 idosos com 65 ou mais anos, por cada 100 jovens até aos 15 anos de idade). Note-se que em 1986 aquele índice era apenas de 52,4 (PORDATA, 2013; INE, 2014). Portanto, entre 1986 e 2014 (i.e., em menos de 30 anos) o I.E. português mais do que duplicou. Acresce que, nas projecções para Portugal entre 2012 e 2060, em todos os cenários, calcula-se a triplicação do número de indivíduos com mais de 65 anos por cada 100 jovens (INE, 2014).

A confirmar-se o agravamento da actual tendência, as 340 pessoas em idade activa (i.e., dos 15 aos 64 anos) por cada 100 idosos, em 2012, irão diminuir para entre 111 a 149 pessoas em idade activa (conforme os cenários alto, médio e baixo) em 2060, o que se traduz numa enorme quebra do Índice de Sustentabilidade Potencial. A agravar os mesmos cenários projectivos estão as previsões do aumento da *esperança média de vida*, que passará de 82,07 anos para os 84,21 nos homens e de 85,04 anos para os 89,88 nas mulheres (INE, 2013a; 2014). Salientamos que actualmente, os idosos com mais de 75 anos já superam os 9% da população total residente (INE, 2013a; PORDATA, 2014).

⁸³ A Taxa de Mortalidade, a Esperança de Vida, a Fertilidade e a Natalidade, as Projecções demográfica, Segmentação da População idosa, a demografia e a sustentabilidade da SS vide Anexo 2.5.2.1.

O crescimento natural português entrou em terreno negativo em 2007, pelo que o crescimento da população tem dependido quase exclusivamente do saldo migratório positivo, para o qual contribuiu um largo influxo de imigrantes na última década. No entanto, neste âmbito, os dados referem que desde a recessão de 2008 não só se inverteu a afluência de imigrantes, como também voltamos a assistir ao aumento da emigração para níveis históricos (INE, 2013a; PORDATA, 2014).

Na análise dos indicadores do envelhecimento português podemos concluir que, desde há duas décadas que a nossa população envelhece veloz e consistentemente, e desde há uma década para cá que a população portuguesa não consegue efectuar a *substituição geracional*. No mesmo sentido, podemos constatar que existem enormes desigualdades entre o Interior e o Litoral, entre o Norte e o Sul, os Centros Urbanos e os Centros Rurais e entre as Regiões Insulares e o Continente.

A agravar este cenário está a quebra na Taxa de Natalidade, a curto e a médio prazo, e como, causa coadjuvante, está a emigração de milhares de portugueses em idade fértil e sobretudo de qualificações superiores, de onde se deduz também uma contribuição negativa para o Índice de Produtividade (INE, 2013a; PORDATA, 2014).

Tais indicadores confrontam-nos com a necessidade de ajustamentos urgentes na Sociedade portuguesa face ao peso crescente da população idosa em detrimento da população jovem e activa, i.e., dos contribuintes líquidos para a sustentabilidade do excelente (infelizmente já não viável nos moldes actuais) Modelo de Protecção Social português. Tais desafios constituem, também, oportunidades de potenciação, nomeadamente na reforma das políticas sócio-económicas e do trabalho e, sobretudo, das estratégias sobre a natalidade e a distribuição dos apoios sociais.

2.6 - A (des)integração dos idosos na comunidade.

Com origem nas alterações na *natalidade*, na *esperança de vida* e nas *migrações*, Portugal tem vindo a apresentar transformações demográficas significativas na estrutura populacional desde os anos 80. Tais modificações, caracterizadas por sucessivos acréscimos do grupo dos idosos e pela gradual redução da população jovem, têm tido importantes repercussões sócio-económicas e culturais. Se considerarmos as projecções oficiais do INE (2014) é expectável o crescente aumento do peso da população idosa e muito idosa, assim como a diminuição da população jovem e activa.

Além do exposto, a profundidade e duração da actual crise económica e financeira, à qual se associa a elevada taxa de desemprego (especialmente o desemprego nos jovens adultos), poderá reforçar ainda mais os movimentos emigratórios das camadas mais férteis da população portuguesa o que, a confirmar-se, irá agravar significativamente, e com mais rapidez, o processo do envelhecimento populacional nacional. Portanto, não é difícil antever que o envelhecimento populacional luso continuará a decorrer com grande intensidade nas décadas vindouras.

Perante a tendência demográfica no nosso país, a qual se replica com intensidades variáveis um pouco por todo o Mundo desenvolvido, resta saber se as sociedades que envelhecem saberão delinear e aplicar as soluções mais adequadas para dar resposta à crescente preponderância da população idosa a qual, importa salientar, está progressivamente mais activa e longeva. Nesta temática, pensamos ser cada vez mais premente repensar e reajustar o papel das famílias e da comunidade (quer se trate da Sociedade civil ou do Estado) aos mais variados níveis (locais, regionais, nacionais e supranacionais), de modo a reajustar a representação social perante a evidência do envelhecimento populacional, assim como redefinir as estratégias de acção da Sociedade⁸⁴ face às necessidades intrínsecas da maior população idosa.

Por conseguinte, não se estranha que também defendamos soluções que proporcionem aos cidadãos idosos uma existência comunitária mais respeitadora dos valores de cidadania e do direito à personalidade, e também a propiciação de uma vida mais harmoniosa, saudável e participativa o que, convenhamos, constitui um enorme desafio social e nas mentalidades e, de certo modo, uma revolução também quanto ao *status quo* Institucional.

2.6.1 - O Idoso e o Isolamento Social.

No estudo da problemática do *Isolamento Social* dos idosos é basilar atribuir significação ao conceito, uma vez que são diferentes os significados atribuídos a *pessoa idosa isolada* e a *pessoa idosa sozinha* - apesar de, frequentemente, serem percebidos como sinónimos e se encontrarem na bibliografia outros conceitos idênticos.

⁸⁴ São vários os aspectos a reconsiderar: o dinamismo económico (por exemplo, turismo, lazer, aprendizagem ao longo da vida, produtos e serviços, etc.), a inserção no mercado de trabalho, a reforma de vários paradigmas de prestação de cuidados, a garantia dos direitos de cidadania dos idosos, a coesão familiar e social, a solidariedade inter-geracional, entre outros.

Pela revisão efectuada, concluímos que este conceito envolve duas componentes: a *pouca interação social* em associação à experiência da *solidão*⁸⁵. Assim, o conceito de *Isolamento Social* refere-se à inclusão de uma pessoa e/ou grupo num determinado contexto social e depende da quantidade, do tipo e da duração dos contactos entre as pessoas e o ambiente social em que estão inseridos.

Alguns autores enunciam factores de risco que potenciam o *Isolamento Social* do idoso: padecer de doença física ou mental, sofrer de perdas significativas de pessoas próximas e queridas, residir sozinho e em zonas pobres ou isoladas, ser muito idoso (acima dos 80 anos), sofrer de dificuldades sensoriais e de comunicação (fala, audição ou visão), ser cuidador de alguém dependente, ser pessoa idosa alvo de maus tratos (violência física e/ou psicológica), possuir baixas qualificações académicas/culturais e não aceder com facilidade a meios de transporte (Findlay & Cartwright, 2002).

Referimos anteriormente⁸⁶ que o aumento da proporção dos idosos no total da população suscita a problemática do isolamento social, factor a ter em consideração e a avaliar: o bom envelhecimento (saudável, com bom sucesso e activo⁸⁷) parece relacionado com a promoção da autonomia⁸⁸ das pessoas idosas e, concomitantemente, dependerá da prevenção dos factores de isolamento e da solidão, já que os sentimentos associados ao Bem-Estar e à percepção de *qdv*⁸⁹ parecem estar directamente ligados, também, ao convívio sócio-familiar e à integração comunitária.

2.6.2 - O Idoso e a Família: a importância dos laços familiares na idade maior.

Tal como constatámos ao longo da 1ª Secção do presente Capítulo, o sistema de Segurança Social dos idosos das sociedades pré-modernas esteve sobretudo sustentado pela solidariedade familiar, estando fundamentalmente dependente de como os filhos adultos cuidavam dos seus pais idosos, constituindo tal prática um sistema solidário de apoio inter-geracional⁹⁰ que (ainda) perdura e cujas origens se perdem no Tempo.

⁸⁵ Os sentimentos de solidão resultam das insuficiências nas relações sociais da pessoa sozinha sendo o resultado de características psicológicas subjectivas pelo que não podem ser confundidos como um sinónimo de isolamento: *sentir-se só* não é o mesmo que *estar sozinho*.

⁸⁶ Vide Item 2.5.2.5 do Capítulo I.

⁸⁷ Vide Item 2.4 do Capítulo I.

⁸⁸ Vide Item 2.3 do Capítulo I.

⁸⁹ Vide Itens 1.2.8, 2.3 e 2.4 do Capítulo II.

⁹⁰ Vide 1ª Secção do Capítulo I.

Ao longo da nossa reflexão, referimos que a transição da *época rural* para a *era (pós)industrial*⁹¹ tem vindo a desgastar aquela organização solidária ancestral, sendo hoje em dia muito comum os adultos activos não terem nem o tempo nem a intenção de cuidar dos seus familiares idosos. Esta realidade emergente coloca significativos desafios em termos de soluções sociais às necessidades de apoio (com qualidade) aos idosos, particularmente no que respeita à organização das respostas públicas e privadas⁹². Tais mudanças não são, portanto, alheias às famílias portuguesas.

A organização familiar tem-se vindo a reconfigurar muito por causas civilizacionais de mérito, tais como as alterações da participação das mulheres no mercado de trabalho, o desejo concretizado da habitação unifamiliar e inclusivamente devido à igualdade de direitos e de deveres entre ambos sexos, o que inclusivamente proporcionou alterações quanto à tradicional responsabilidade na gestão da organização doméstica. Além disso, as estruturas familiares tradicionais têm sido atingidas pela crescente instabilidade conjugal, sendo cada vez mais habitual as reorganizações das relações afectivas, mais flexíveis mas também menos estáveis. Se a estes elementos juntarmos as condições de carestia económica numa Sociedade que hipervaloriza o estatuto consumista em detrimento dos valores humano-afectivos, não será incompreensível a constatação da cada vez menor disponibilidade das famílias para o apoio aos mais velhos. Acresce ainda que a ideia do Estado Social omnipresente e protector desde o berço até à morte tem vindo a contribuir também, estamos convictos disso, para a justificação da desresponsabilização familiar perante os seus idosos.

Neste âmbito do apoio aos idosos, a feminização das famílias monoparentais e do grupo dos idosos como o espaço de maior manifestação das famílias unipessoais são duas características que se destacam actualmente nas estruturas familiares portuguesas. No caso das famílias unipessoais de idosos, as quais são compostas com pessoas com 65 ou mais anos, elas aumentaram 19% na última década (INE, 2013a).

Segundo Ferreira (2009), em Portugal, como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos, etc.) formam o contingente principal dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas actividades da vida diária. Neste contexto, a família ainda tem uma importância significativa no apoio à população idosa.

⁹¹ Cujos elementos marcantes foram a urbanização com relações de vizinhança impessoais, a nuclearização da família, a mobilidade geográfica, a relativização das normas tradicionais de obrigação familiar e reciprocidade no apoio, as exigências do consumismo e a focalização no materialismo, entre outros.

⁹² Vide 4ª Secção do Capítulo III e 1ª e 2ª Secções do Capítulo IV.

Também Carvalho (2010) defendeu que “ (...) apesar da tendência de transformação (...) a família continua a ser a principal cuidadora e (...) tende a criar novas dinâmicas de negociação para fazer face ao aumento da longevidade e dos cuidados aos seus familiares mais idosos” (Carvalho, 2010: 6). Neste âmbito, os cuidadores familiares de idosos são geralmente representados por aqueles que prestam ajuda informal às pessoas idosas dependentes e constituem um recurso importante nas solidariedades familiares (Veríssimo, 2001, cit. por Ferreira, 2009).

Perante os condicionantes supra mencionados e quando qualquer idoso necessita de apoio e a rede familiar está impossibilitada ou indisponível, surge a institucionalização como a opção mais viável e cada vez mais utilizada, pelo que o lugar do idoso nessa rede de interacção e solidariedade familiar não deixou de ser delicado e de estar condicionado na Sociedade contemporânea tal com o foi em épocas longínquas⁹³. Perante tais evidências, e em função dos desafios que advirão, tal conjuntura constituiu um argumento de peso quanto à preferência pelo *objecto* que nos propusemos estudar.

⁹³ Vide 1ª Secção do Capítulo I.

CAPÍTULO II

O BEM-ESTAR E A QUALIDADE DE VIDA

1 - No dealbar da noção de *felicidade* até à diferenciação do conceito de Bem-Estar.

Ao longo das secções seguintes faremos uma incursão pelo desenvolvimento da noção de *felicidade* até à significação actual atribuída pela ciência aos conceitos de Bem-Estar¹ e de *qualidade de vida* (*qdv*).

Quando nos propusemos estudar a percepção da *qdv* e do Bem-Estar nos idosos institucionalizados em contextos residenciais comunitários utilizámos a literatura disponível como fonte inicial para o enquadramento conceptual, tendo verificado que muitos autores elaboraram constructos nocionais com fundamentação específica² (por exemplo *Bem-Estar Psicológico*, *Bem-Estar Subjectivo*, *felicidade*, *qualidade de vida*, *eudaimonia*, *Satisfação com a Vida*, etc.) enquanto outros autores usavam indistintamente³ aqueles termos para denominar a mesma ideia ou para atribuir significado ao mesmo constructo. Neste âmbito, escolhemos caracterizar multifacetadamente a conceptualização dos diferentes termos que, admitimos, podem adquirir, *lato sensu*, uma acepção aproximada entre si mas que, *stricto sensu*, contêm uma significação específica. É o caso da noção de *felicidade* a qual, com algum desregramento, tem sido comumente denominada (e confundida) como *satisfação com a vida*, *estado de espírito*, *eudaimonia* ou *afecto positivo* (Giacomoni, 2004).

Por conseguinte, começaremos por analisar o termo *felicidade*, atribuição distinta do conceito de Bem-Estar Subjectivo (BES)⁴ mas a ele associada (Diener, Suh & Oishi, 1997; Diener, Sapyta & Suh, 1998), tal como também é diferenciável, a outro nível teórico, o conceito de Bem-Estar Psicológico (BEP) (Ryff, 1989; Siqueira & Padovam, 2008). Em continuação, terminaremos o Capítulo com uma reflexão crítica sobre o constructo *qualidade de vida* (*qdv*), por este ser de proeminente interesse na nossa investigação.

¹ Por ser necessária na compreensão qualitativa do envelhecimento, apresentaremos uma breve reflexão sobre o desenvolvimento do conceito de *Bem-Estar Subjectivo* (BES), particularmente no respeito às suas componentes e à sustentação teórica fundamental no estabelecimento da definição conceptual contemporânea mais prevalente.

² À medida que aprofundávamos a nossa revisão da literatura verificámos ser indispensável juntarmos-nos àquele primeiro grupo, por serem francamente subjectivas e altamente idiossincráticas as atribuições de significado relativas a determinadas noções pessoais intangíveis, tais como a supracitadas *eudaimonia* ou *felicidade*, entre outras.

³ Termos que não sendo especificamente sinónimos são utilizados como tal.

⁴ Sobre o qual dedicaremos adiante parte considerável da nossa atenção, por ser um conceito multidimensional indispensável para a compreensão do constructo alargado de *Bem-Estar* (Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c).

1.1 - O desenvolvimento do conceito de *felicidade*.

A ideia de *felicidade*, cuja essência é particularmente abstracta e idiossincrática, é simultaneamente um termo tanto erudito como é largamente usado no léxico comum, mesmo que a sua significância frequentemente seja mais intuitiva do que material. Porquê? Simplesmente porque, de uma forma ou de outra, mesmo sem uma definição universal e objectiva, o Homem sempre tenha procurado alcançar a *felicidade* ou, melhor dizendo, atingir um estado psíquico - há quem lhe chame um *estado de espírito* - sobre o qual foram atribuídas variadas *significações*.

Comumente usado na atribuição explicativa da denominação *Bem-Estar*, o conceito de *felicidade* tem sido definido por via de múltiplas e diferentes significações. No senso comum é frequente considerar-se a *felicidade* como a satisfação de todos os desejos na vida⁵ ou, no campo da erudição científica, pode ser percebida como uma preponderância do afecto positivo sobre o afecto negativo, portanto relacionado a componentes emocionais do Bem-Estar Subjectivo⁶ (Diener, 1984) ou, também, como um estado de Humor, consistente e optimista (Steel, Schmidt & Shultz, 2008) ou ainda como uma avaliação afectiva positiva de sua vida como um todo (DeNeve & Cooper, 1998), entre muitas outras conceptualizações.

Ao longo da História e assumindo a sua importância na vida individual e colectiva das pessoas, a busca do entendimento sobre a *felicidade* (como tema erudito, religioso ou da ambição humana) tem perpassado através das épocas e das Culturas. Para a compreensão da noção de *felicidade*, principalmente como *estado* ou *fim a alcançar*, foram várias as perspectivas de conceptualização interpretativa, nem todas concordantes ou interrelacionadas entre si. A demanda pela *felicidade* tem permanecido em discussão desde há muito tempo, não só no pensamento filosófico; tanto é assim que não só o senso comum usa habitualmente tal designação, assim como a religião e outras várias áreas do conhecimento científico têm vindo a doutrinar ou a reflectir sobre o tema. Para nós, enquanto componente basilar entre as ambições humanas, a *felicidade* constitui-se como um objecto compreensivo da lógica dialéctica *ser* ou *estar*.

⁵ Portanto, relacionando *felicidade* com a *satisfação com a vida*.

⁶ Vide Item 1.2 do Capítulo II.

1.1.1 - A abordagem Religiosa da *felicidade*.

O tema religioso é complexo, vasto e fora do âmbito geral do nosso estudo. Contudo, por via da componente espiritualidade⁷ encontra-se relacionado com a *felicidade*, o Bem-Estar e a *qdv*, daí que façamos esta brevíssima referência ao conceito sob a óptica das principais religiões monoteístas, as quais assentam predominantemente na crença de um Deus único onnipotente, onisciente e omnipresente.

Sucintamente (porque esta temática está afastada do nosso interesse científico mas não deixa, contudo, de poder influir sobre os nossos sujeitos) salientamos que as abordagens religiosas monoteístas à *felicidade* podem ser subdivididas em 3 linhas teológicas principais e uma quarta perspectiva filosófico-religiosa.

Para o *Zoroastrismo*⁸ (séc. VI a.C.) a *felicidade* é alcançável através dos fundamentos que assentam numa incessante luta dualista e ética entre o Bem e o Mal i.e., numa batalha dualista cosmológica entre as forças benignas e as forças maléficas.

Quanto ao *Cristianismo* (séc. I d.C.), os vários ramos sobre o qual se propaga anunciam como dimensão ética a fidelidade ao Amor como o princípio indispensável para se alcançar a harmonia e a plena realização a todos os níveis, inclusivamente ao nível da *felicidade*. Na igreja Católica Apostólica Romana, no livro *Confissões*, Santo Agostinho aproxima a *felicidade* da *alegria* e da *verdade*, insistindo no desejo universal de todos os homens de serem felizes. No caso do *Judaísmo* (religião na qual o protagonista não é um indivíduo mas um povo eleito por Deus e a qual também influenciou a Sociedade Ocidental de matriz europeia) o sentimento de *felicidade* nasce quando se faz o bem, isso é, a maior *felicidade* do homem é poder dar e nada pedir.

O *Islamismo*, fundado pelo profeta Maomé no século VI d.C., enfatiza a caridade e a esperança numa vida após a morte como componentes essenciais para atingir a *felicidade* duradoura e eterna.

No que respeita ao *Budismo*, o qual nos parece não ser somente uma religião monoteísta porque se aproxima de uma filosofia integral da vida, trata-se de um sistema de crenças doutrinárias que salientam o tema central da *felicidade*. Por outras palavras, o budismo consiste na principal doutrina filosófico-religiosa monoteísta para a qual a *felicidade* é atingível pela *libertação* (Nirvana).

⁷Vide Item 2.2 do Capítulo II.

⁸ Religião monoteísta fundada na Pérsia por Zaratustra, a quem os Gregos chamaram Zoroastro.

1.1.2 - A abordagem Filosófica da *felicidade*.

Na cultura Ocidental, foram os helenos da Grécia Clássica os primeiros a debater a estruturação de constructo de *felicidade*; todavia, tal não foi conseguido através da significância que atribuíram à palavra *eudaimonia*⁹. A este propósito tem sido sugerido que a abordagem contemporânea do termo *eudaimonia*¹⁰ não o traduza para a significação de *felicidade*: perguntar “*O que é a eudaimonia?*” seria o mesmo que perguntar “*Quais são as melhores actividades de que um indivíduo é capaz de fazer para alcançar a felicidade?*”, i.e., o *caminho* e não o ponto de *chegada*. Assim sendo, a concepção aristotélica de *felicidade* afasta-se da concepção moderna que a considera como um estado de paz de espírito ou um estado duradouro de emoções positivas.

Do ponto de vista filosófico, Aristóteles (séc. IV a.C.) considerava a *felicidade* como uma actividade da alma de acordo com um princípio racional (*logos*), ou seja, uma actividade de acordo com a *virtude*: o Homem, diferente de todos os outros seres vivos, é dotado de linguagem (*logos*) e a actividade que há de melhor no Homem deve ser realizada de acordo com a virtude, pelo que aquele que organizar os seus desejos de acordo com um princípio racional efectuará uma *acção virtuosa*. Segundo Martins (1994), para Aristóteles, um homem feliz é um homem virtuoso. Nesse sentido, uma vida de acordo com a *virtude* deve ser considerada uma vida feliz.

Também Epicuro (séc. III a.C.) argumentava que “(...) a felicidade só devia ser alcançada por via da satisfação dos desejos de uma forma equilibrada, que não perturbasse a tranquilidade da pessoa (...)” (Marcondes, 2010: 93). No mesmo sentido, também Pirro de Élis (séc. III a.C.), filósofo contemporâneo de Epicuro, defendeu que a *felicidade* devia a sua existência à tranquilidade; todavia discordava de Epicuro quanto à maneira de se alcançar aquele *estado de alma*, como dizia Séneca.

⁹ Largamente utilizado na filosofia por Sócrates, Platão, Aristóteles, Epicuro e pelos Estóicos e ainda hoje utilizado pela Ética, a palavra *eudaimonia* é um termo grego - em grego antigo: δαίμονια (*eudaimonia*) - geralmente traduzido, erradamente, como *felicidade* ou *Bem-Estar*, sendo no entanto um conceito bastante mais abrangente. Etimologicamente resulta da aglutinação de duas palavras: “eu” (*bom, boa ou bem*) e “daimōn” (*espírito*) (Hoiberg, 2007).

¹⁰ A palavra *eudaimonia*, significa literalmente “o estado de ter um bom espírito residente, um bom génio”, pelo que a palavra *felicidade* não é uma tradução adequada para o conceito *eudaimonia*. Por sua vez, a *felicidade* é geralmente descrita como um estado de espírito que resulta ou acompanha algumas acções. Porém, a resposta de Aristóteles à questão “*O que é a eudaimonia?*” (ou seja, aquilo que é a actividade de acordo com a virtude ou aquilo que é a contemplação) é que a *eudaimonia* não é um estado de espírito consequente ou que acompanha determinadas actividades mas sim um nome para essas actividades em si mesmas.

Por sua vez, Zenão de Cítio (séc. III a.C.), filósofo que iniciou o estoicismo¹¹, defendia que a tranquilidade (*ataraxia*) “(...) era a melhor maneira de se alcançar a felicidade(...)” (Wilkinson, 2001: 68).

Mais a Oriente, o pensador e filósofo chinês Confúcio (séc. VI a.C.) salientou “(...) a cortesia, o dever, a sabedoria e a generosidade como componentes fundamentais para uma existência feliz (...)” (Wilkinson, 2001: 68).

De forma semelhante, o filósofo e alquimista chinês Lao-Tsé (séc. IV a.C.), figura quase mítica a quem é atribuída a autoria de uma das obras fundamentais do Taoísmo, o livro “*Tao Te Ching*”, sustentou que a *harmonia na vida* podia ser alcançada através da união com o *Tao*¹² ou seja, da “(...) unificação do homem com as forças da natureza universal.” (Wilkinson, 2001: 70).

Ainda no Oriente, agora no Subcontinente Indiano, Mahavira (séc. V a.C.), filósofo indiano contemporâneo do fundador do Budismo (Sidarta Gautama), “(...) enfatizou a importância do ascetismo e da não-violência como meio de se encontrar a iluminação da alma e a plena felicidade: a doutrina desenvolvida por Mahavira originou a religião Jainista, que perdurou até aos nossos dias.” (Wilkinson, 2001: 46).

No século XII, S. Tomás de Aquino admitiu que o fim último da vida humana seja a *felicidade* e que ela vem de Deus, através da essência divina. Desse modo, a *felicidade* apresenta-se, para todas as criaturas, como um movimento de proximidade a Deus, cuja inteligência e vontade dos Homens representam, nessa aproximação, um papel elementar. Assim, para S. Tomás de Aquino, o Homem não pode deixar de querer a sua própria *felicidade* já que esta lhe é fundamental por ser coextensível à sua própria essência, sobretudo quando está sob a graça divina (Chersterton, 1957).

Para Rousseau (séc. XVIII) o ser humano era, originalmente, feliz; contudo, a vida civilizada levou à destruição desse estado original de harmonia. Para Rousseau, só o regresso à simplicidade original através da educação para a vida em harmonia com a natureza poderia recuperar a *felicidade* original: o Homem completa-se com a Natureza, pelo que o estado natural não é um estado a ser superado mas sim mantido.

¹¹ Segundo os Estóicos, o Universo é material e governado por um *logos* (razão) divino que ordena todas as coisas: tudo surge a partir dele e de acordo com ele, e graças a ele o mundo é um *kosmos* (harmonia). Neste sentido, a alma é parte do todo divino, pelo que a tranquilidade da alma, e assim, em certa medida, da felicidade do homem, poderia ser atingida através do autocontrole e da aceitação do destino divino. (Becker & Becker, 2003).

¹² *Tao* significa literalmente o caminho; porém, trata-se de um conceito muito antigo, adoptado como o princípio fundamental do Taoísmo, que só pode ser apreendido por intuição (Kohn, 1993).

Segundo Rousseau¹³, o que faz o indivíduo no seu estado natural ser bom e feliz é, precisamente, o facto de conseguir satisfazer as suas necessidades sem estabelecer conflitos com outros indivíduos, sem subjugar e sem sentir a vontade de se impor pela força aos outros para sobreviver e ser feliz (Rousseau, trad. Moura, 2001).

Já no século XIX, Auguste Comte lança o Positivismo como um sistema filosófico que afasta totalmente a Teologia e a Metafísica; nele, propõe o primado dos valores humanos, o qual associa a ética humana radical à interpretação das Ciências e à classificação metódica do conhecimento. Deste modo, Comte realça a importância da *Ciência* e da *Razão* como fundamentos para a busca da *felicidade* a qual, por sua vez, resultaria do *altruísmo* e da *solidariedade* entre todos os seres humanos, doutrina utópica que o pensador denominou como *Religião da Humanidade* (Wright, 1986).

1.1.3 - A abordagem Psicológica da *felicidade*.

Ao longo da autonomização da Psicologia como ciência sucederam-se, para além da ruptura com o senso comum, sucessivos cortes epistemológicos com outras áreas do saber, muitas vezes frutos do primado do racionalismo experimentalista e laboratorial como é o caso do Estruturalismo de Wundt (Hothersall, 2006). Neste contexto, diferenciando-se da Filosofia, a original Psicologia Freudiana (Séc. XX) teorizou que todos os Homens procuravam a *felicidade* (*Princípio do Prazer*) sem a possibilidade do mundo real satisfazer, na totalidade, aquela busca (*Princípio da Realidade*), pelo que o máximo a que o ser humano podia ambicionar seria uma *felicidade* parcial (Freud, 1957).

Por sua vez, a psicologia Humanista defendeu que a acomodação das pessoas às condições prejudiciais que influenciam a personalidade e limitam as suas aspirações de *felicidade* terão, no futuro, um custo muito alto a pagar, sob a forma de sintomas neuróticos e psicossomáticos dos mais variados tipos e intensidades. Por causa daquela acomodação, muitas pessoas jamais tomarão consciência de que perderam possibilidades para alcançar a *felicidade*, no sentido da efectiva realização dos seus

¹³ Para Rousseau, só o regresso à simplicidade original através da educação para a vida em harmonia com a natureza poderia recuperar a felicidade original: o homem completa-se com a natureza, pelo que o estado natural não é um estado a ser superado. A consciência do homem no estado natural não discrimina entre bem e o mal, já que essa dicotomia é aprendida pelo indivíduo em sociedade.

objectivos realmente desejados, seja através de vida emocional rica, com criatividade e inovadora até à vivência de uma velhice serena e extraordinária (Maslow, 1962).

Inspirado pelas teorias motivacionais, de certo modo à semelhança do *Princípio do Prazer* Freudiano, na transição das últimas décadas do século XX para as primeiras décadas do novo Milénio destacaram-se abordagens teóricas que defenderam que todas as decisões dos seres humanos ou tudo o que o Homem faz visa, em última instância, o estado de *felicidade*.

Na lógica do primado da busca do estado de *felicidade*, o indivíduo sente-se bem quando uma decisão, ou acontecimento, o aproxima da *felicidade* e sente-se mal quando uma decisão, ou acontecimento, o afasta daquele estado. Neste contexto progrediu um novo movimento dentro da Psicologia, denominado de *Psicologia Positiva*¹⁴.

Esse novo movimento relaciona a *felicidade* com as emoções e as actividades positivas recolocando, desde logo, a investigação centrada no estudo da sanidade mental e não apenas, como até então, na patologia (Freitas-Magalhães, 2006).

Em síntese, importa referir que a intervenção terapêutica da Psicologia Positiva se focaliza, fundamentalmente, nas qualidades e nas potencialidades do indivíduo, usando-as como instrumentos para a superação das componentes menos positivas da existência humana, quer sejam intra ou inter-relacionais.

Por tal lógica, é possível constatar que a Psicologia Positiva difere em vários aspectos das abordagens tradicionais da Psicologia¹⁵: enquanto as abordagens tradicionais da ciência psicológica, sobretudo os ramos psicoterapêuticos, tendem a focar-se na doença ou na disfuncionalidade (seja através do tratamento e/ou da prevenção da doença mental), por seu lado, a Psicologia Positiva tende a focar-se nas motivações, nas potencialidades e nas qualidades das pessoas visando, em última instância, o desenvolvimento ou a consolidação consciente de estratégias pró-activas e afirmativas que potencializem o conseguimento de sucessivos estados de *felicidade*.

¹⁴ O movimento da Psicologia Positiva foi suportado por Psicólogos Humanistas e Positivos como Bandura, Carver, Clifton, Csikszentmihalyi, Diener, Fredrickson, Freitas-Magalhães, Haidt, Larson, Myers, Oishi, Patterson, Peterson, Scheier, Seligman, Sheldon, Snyder, Suh, Taylor, Weiss e Winner, entre muitos outros.

¹⁵ Isto quer dizer que se um indivíduo é incapaz de estar frequentemente feliz ou de ser bem-sucedido, por exemplo, devido aos seus medos, é muito comum que a intervenção psicológica mais tradicional se concentre na sintomatologia do indivíduo, i.e., o medo, explorando a sua origem, a complexidade e as consequências enquanto a psicologia positiva, por seu lado, tenderá a incidir sobre as qualidades do indivíduo, potenciando a sua utilização como meio para superar as suas dificuldades fóbicas e, posteriormente, desenvolver as suas potencialidades adaptativas.

1.1.4 - Outras abordagens emergentes sobre a *felicidade*.

No Anexo 1.1.4 dos Anexos do Capítulo II discorreremos sobre a modernidade de várias abordagens emergente sobre a *felicidade*.

1.1.5 - A contemporaneidade conceptual de *felicidade*.

Como vimos nos Itens anteriores, a *felicidade* é uma noção originalmente abstracta e subjectiva, daí que seja um conceito de difícil definição universal. Daqui decorre um outro desafio aos investigadores: como definir e operacionalizar o conceito por forma a, conseqüentemente, instrumentalizar a sua medição¹⁶, algo absolutamente necessário na investigação científica.

Em 1991, Diener, Sandvik, Pavot e Gallaher, argumentaram que a Psicologia podia definir a *felicidade* como uma combinação entre a *frequência relativa* dos *afectos positivos* e *negativos* e a *satisfação com a vida* (Diener *et al.*, 1991).

Quase uma década depois, num texto notável sobre o Bem-Estar Subjectivo¹⁷, aliás largamente citado na literatura, Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), realçaram uma coincidência curiosa: as teorias da *felicidade* à época eram, na sua essência, semelhantes às que tinham sido enunciadas pelos filósofos gregos.

A propósito da operacionalização conceptual da *felicidade* através da compreensão das diferenças individuais relativas ao Bem-Estar, refira-se que os autores supra consideraram que: (i) a satisfação das necessidades está na base da *felicidade* enquanto a persistência da insatisfação dos desejos dos indivíduos provoca a infelicidade; (ii) a efectivação dos objectivos necessários à satisfação das necessidades depende do nível de adaptação e/ou da vontade dos indivíduos, os quais, por sua vez, parecem ser influenciados pelas experiências passadas, pelas comparações com os outros, pelos valores idiossincráticos e outros factores correlativos (Diener *et al.*, 1999).

¹⁶ Neste âmbito, a Psicologia tem desenvolvido diferentes métodos e instrumentos para medir o nível de felicidade dos indivíduos, tais como o *Questionário da Felicidade de Oxford*, (Hills & Argyle, 2002), a *Subjective Happiness Scale* (SHS), a *Escala Sobre a Felicidade* (ESaF) (Barros, 2001), entre dezenas de outros instrumentos. Em geral, tais métodos e/ou instrumentos de medição examinam múltiplos factores idiossincráticos e interrelacionais, com características físicas, psicológicas e sociais, tais como as crenças religiosas, a ideologia política, o estado civil, a idade, os rendimentos, a participação social, etc.

¹⁷ Vide Itens 1.2 e seguintes do Capítulo II.

Com base nos autores supra, o nosso contributo para a definição da *felicidade* pode resumir-se deste modo: *felicidade é um estado durável de Bem-Estar espiritual, ou de paz interior, em que predominam os sentimentos de equilíbrio biopsíquico e de plena satisfação com a vida, no qual as distorções emocionais de teor negativo são reestruturadas em emoções ou sentimentos positivos que vão desde o contentamento sereno até à alegria intensa ou ao júbilo.*

1.2 - O desenvolvimento do conceito de *Bem-Estar Subjectivo* (BES).

O contributo da Psicologia para o constructo de Bem-Estar não poderia ter ocorrido sem o reconhecimento de uma parcela subjectiva da saúde mental, que se constitui como contraposição à parcela objectiva (ausência de perturbação mental). O interesse da Psicologia, naquele âmbito, contribuiu para a reformulação científica da própria noção de Bem-Estar, concebendo-a como um constructo constituído por um suporte teórico sistematizado, não apenas centrado na perturbação ou nas patologias físicas e/ou mentais mas também focado no progresso desenvolvimental dos indivíduos como agente e sujeito dos mais diversos domínios e contextos sócio-culturais.

A primeira utilização do conceito de Bem-Estar Subjectivo (BES), segundo Galinha e Pais-Ribeiro (2005c), deve-se a Wilson e remonta a 1960. Contudo, de acordo com Librán (2006), foi Bradburn o primeiro que, em 1969, esboçou a existência de uma *dimensão afectiva*, ao considerar o BES em termos de *afectos positivos* em oposição aos *afectos negativos* na descrição das emoções.

Neste âmbito, Libran (2006) referiu que, para Bradburn, um indivíduo que manifestasse valores mais altos nos afectos positivos do que nos afectos negativos seria detentor de um elevado BES, enquanto um indivíduo com valores mais altos nos afectos negativos revelaria um baixo BES. Consequentemente, para Bradburn, o BES englobaria *disposições afectivas do humor* (do inglês *moods*), outras emoções mais complexas, além de incluir avaliações pessoais sobre a satisfação com áreas gerais e específicas da vida, o que já delineava um ensaio teórico para a existência de uma *Dimensão Cognitiva* do BES (Diener *et al.*, 1999).

Tal como já referimos, a noção de *felicidade* (ora numa perspectiva hedonista, ora numa concepção eudaimónica) e, também, a significação alargada de Bem-Estar, têm exercido relevante influência na existência dos indivíduos e das sociedades, perpassando por épocas e por contributos teóricos até aos nossos dias. Neste âmbito, Galinha e Pais-Ribeiro (2005c) identificaram dois momentos históricos para o conceito de Bem-Estar, o qual recebeu legados teóricos distintos que evoluíram, ao longo do tempo, num movimento convergente proveniente de:

(...) uma primeira herança nos movimentos sociais inspirados no Iluminismo e no Utilitarismo, que impulsionaram a investigação na área da Qualidade de Vida. Uma segunda herança (...) a 2ª Revolução da Saúde, na década de 70, cujos princípios centrais consistiram em defender o retorno a uma perspectiva ecológica na Saúde e mudar o enfoque das questões da doença para as questões da Saúde (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c: 204).

Saliente-se que conceito de BES parece ter evoluído através de limites difusos, atravessando dois momentos cruciais na sua definição: a clarificação entre Bem-Estar Material e Bem-Estar Global e a distinção entre Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar Subjectivo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c)¹⁸. Segundo estes autores o BES também pode ser considerado uma dimensão positiva da Saúde. Naquele sentido a “ (...) abrangência do conceito de Bem-Estar subjectivo coloca-o numa posição de intersecção de vários domínios da Psicologia, designadamente, a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica.” (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c: 213).

Como conceito abrangente, o BES agrega uma *Dimensão Cognitiva* e uma *Dimensão Afectiva* e compreende conceitos e domínios tais como a percepção da *Satisfação com Vida*, o Afecto positivo e o Afecto negativo. Como um conceito recente “(...) tem suscitado o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia e tem vindo a reforçar a sua identidade à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados.” (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c: 204).

¹⁸ Ainda de acordo com os dois autores (...) com a emergência do conceito de Bem-Estar, como o conhecemos hoje, foi necessário proceder a uma distinção operacional e terminológica entre o Bem-Estar Material e o Bem-Estar Global.” (Van Praag & Frijters, 1999; cit. in Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c).

1.2.1 - Os componentes do Bem-Estar Subjectivo (BES).

Entre os autores mais intervenientes na presente temática, dos quais destacamos Diener, têm sido esgrimidos diversos argumentos. Tal pode significar que a compreensão dos vários componentes do BES indiciam que estes elementos necessitam ser entendidos separadamente, não obstante estarem estreitamente relacionados.

Em 1984, Diener considerava que o BES se referia a como uma pessoa *sente e pensa* a sua vida, pelo que o BES incluiria tanto as reacções emocionais como os julgamentos cognitivos. Contudo, tanto a afectividade negativa como a positiva não se referem apenas à *frequência*¹⁹ de tais ocorrências, mas também à sua *intensidade* e, também, à sua *interacção* já que cada uma das duas disposições de afecto, sendo independentes, podem, contingentemente, vir a possuir grande correlação entre si (Diener, 1984).

Naquele sentido, se para o pioneirismo de Diener, em 1984, os conceitos que integravam o BES incluíam, globalmente os *afectos* (positivos e negativos) e a *Satisfação com a Vida*, mais tarde Diener *et al.*, em 1991, concluíram que o BES resultaria de uma combinação entre a frequência, intensidade e interacção relativas aos *afectos positivos e negativos* e, também, à *Satisfação com a Vida*.

Como contributo para a linha teórica acima descrita, vários autores (Costa & McCrae, 1980; Asendorpf, 2004; Steel *et al.*, 2008; White & Dolan, 2009) consideraram que a *personalidade* influi sobre as componentes afectivas e, conseqüentemente, sobre a percepção subjectiva do Bem-Estar²⁰. Note-se que entre os referidos autores parece ser comum a noção de influência directa entre a *afectividade* e *Satisfação com a Vida*, pois quanto maior é a componente *afectiva positiva* maior é a *Satisfação com a Vida* enquanto quanto maior é a componente *afectiva negativa* menor é a *Satisfação com a Vida* (Diener, Emmons, Larsen & Griffins, 1985).

¹⁹ Segundo Diener (1984), em termos de frequência, as duas disposições de humor afectivo (afecto negativo ou afecto positivo) seriam independentes, pelo que podiam existir indivíduos com uma afectividade geral baixa (isto é, que raramente experimentam sensações positivas e/ou sensações negativas) ou indivíduos com uma afectividade geral alta (ou seja, que frequentemente experimentam sensações positivas e/ou negativas).

²⁰ Vide Anexo 1.2.1 dos Anexos do Capítulo II.

Tal como temos vindo a mencionar, na literatura parece prevalecer a convicção comumente aceite de que a dimensão afectiva do BES inclui o *afecto positivo* (consequente de sensações e disposições de humor agradáveis) em concomitância com o *afecto negativo* (resultante de sensações e disposições de humor desagradáveis) tendo, posteriormente, sido tida em consideração a relevância do afecto em geral, definido como uma medida de equilíbrio global entre os afectos (positivos e negativos), e a apreciação intelectual sobre a vida, ou seja, o BES está alicerçado por uma base constituída pelo saldo entre ambos afectos opostos, conjuntamente com a percepção (ou apreciação auto-avaliativa) global sobre a vida (Steel *et al.*, 2008).

Pelo exposto, parece ser relativamente consensual entre os autores a existência de 2 componentes fundamentais para a compreensão do constructo e, também, para a avaliação do BES:

- A primeira componente inclui a *Dimensão Afectiva* e refere-se ao Saldo dos Afectos²¹, resultante da mensuração da frequência, intensidade e relação dos e entre os afectos positivos e negativos, o qual reporta, especificamente, às emoções, humores e sentimentos do indivíduo (os quais podem ser todos positivos, todos negativos, ou resultar numa combinação de ambos positivos e negativos) (Diener, 1984; 2008);

- A segunda componente fundamental do BES é a *Dimensão Cognitiva*, geralmente atribuída à *Satisfação com a Vida*, também conhecida como o componente de *estável* na vida dos indivíduos (Diener, 2008).

Refira-se que a Dimensão Cognitiva do BES, decorrente da auto-avaliação perceptiva sobre a *Satisfação com a Vida*, i.e., resultante dos julgamentos globais que os indivíduos fazem sobre a própria vivência existencial, pode incluir a satisfação acerca de vários domínios específicos da vida (por exemplo, satisfação com o trabalho ou com a vida conjugal ou com o percurso conjugal, etc.) sendo considerados, no seu conjunto, como os elementos intelectivos do BES (Diener, 2000).

Pelo exposto decorre que, na prática avaliativa, as pontuações individuais das duas componentes basilares (ou seja, do *Saldo dos Afectos* e da *Satisfação com a Vida*) são somadas para a obtenção de uma pontuação total do BES²² (Diener, 2008).

²¹ À qual Asendorpf (2004) chama de *Felicidade (Happiness)*.

²² Vide Item 1.2.3 do Capítulo II.

1.2.2 - A definição do conceito de *Bem-Estar Subjectivo* (BES).

Ao longo do seu percurso conceptual, o BES tem sido caracterizado como um conceito abrangente e difuso, muito devido às suas componentes²³: i) a *Dimensão Afectiva*, comumente reconhecida entre os autores, refere-se às reacções emocionais sustentada por dois factores independentes: a afectividade *positiva* e a *negativa*; ii) a *Dimensão Cognitiva* respeita ao entendimento individual sobre a satisfação global com a própria vida, sobre a qual podemos igualmente constatar alguma unanimidade conceptual entre os autores que se dedicam ao estudo do BES.

Devido à atenção dada aos aspectos subjectivos do Bem-Estar, as definições de BES podem correr o risco de exclusão das condições objectivas, tais como as condições materiais ou da Saúde, muito embora estas possam influenciar a avaliação dos níveis de BES (Diener, 1984).

Em síntese, na actualidade, tende a prevalecer um modelo multidimensional, em que o BES é uma resultante de duas dimensões, i.e., a *Dimensão Afectiva* (sendo plural é subdividida) é composta pela afectividade positiva e a afectividade negativa, e a *Dimensão Cognitiva* (sendo unitária) resulta da auto-avaliação reflexiva sobre a *Satisfação com a Vida*. Ambas dimensões são distintas porém muito inter-relacionadas, conforme comprovaram os estudos factoriais, as equações estruturais, assim como as análises multi-traço-multi-método (Simões *et al.*, 2000).

Tal como constatámos nos Itens anteriores, as propostas para a compreensão e definição conceptual do BES têm vindo a ser focalizadas em como os indivíduos avaliam a sua própria vida, o que inclui o saldo das experiências emocionais (de satisfação *versus* as de sofrimento) conjuntamente com as avaliações cognitivas que os indivíduos fazem, ao longo do tempo e num dado período, sobre o significado de uma *vida boa* (Diener, 2000).

Por conseguinte, apesar de não haver total unanimidade quanto à definição do conceito, a maioria dos autores parece concordar numa abordagem conceptual comum, a qual passamos a sintetizar: *o Bem-Estar subjectivo consiste numa auto-avaliação cõnsbia sobre a satisfação sentida pelo indivíduo relativamente ao decurso da sua vida e sobre os correspondentes sentimentos afectivo-emocionais que nela ocorreram e que dela resultam.*

²³ Vide Anexo 1.2.2 dos Anexos do Capítulo II.

1.2.3 - A mensuração do Bem-Estar Subjectivo (BES).

De acordo com Diener e Biswas-Diener (2008) na área de estudo do BES a investigação passou por três fases:

- A primeira fase baseou-se na construção de instrumentos de avaliação, meramente descritiva, para medir os afectos e a *Satisfação com a Vida*;
- A segunda fase consistiu num *up-grade* dos instrumentos já existentes e no desenvolvimento de outros meios de recolha de dados, com o intuito de reforçar a componente teórica²⁴ e a investigação empírica;
- A terceira fase, mais actual e complexa, focalizou-se na associação entre diversas técnicas processuais (por exemplo, estudos longitudinais ou de manipulação experimental) e as diversas teorias que suportam as múltiplas medidas de avaliação aplicadas na investigação sobre os processos psicológicos que influenciam o BES (Diener & Biswas-Diener, 2008).

Actualmente, na prática investigativa, a avaliação das dimensões do BES, nomeadamente a *Satisfação com a Vida* e os *Afectos*, são geralmente medidas separadamente e de forma independente (Albuquerque, 2012). Ocasionalmente, para a obtenção de resultados mais precisos, outros métodos²⁵ de medição têm sido utilizados para determinar o BES individual.

Nessa medição do BES, a *Satisfação com a Vida* é geralmente avaliada através do método da auto-avaliação por via da aplicação de instrumentos tais como os questionários de auto-avaliação (por exemplo, a *Escala de Satisfação com a Vida* [SWLS]). Complementarmente, a avaliação dos *Afectos* também é habitualmente medida através do método de auto-avaliação. Um exemplo de um desses instrumentos é PANAS (*Positive and Negative Affect Schelude*) (Albuquerque, 2012). A este propósito, refira-se que ambas medidas supracitadas fizeram parte da selecção instrumental aplicada na investigação que nos propusemos a efectuar.

Por último, neste tema, resta-nos salientar que um sujeito que obtenha *um alto nível de Satisfação com a Vida* e uma *avaliação positiva dos afectos* é suposto possuir um alto nível de BES.

²⁴ O desenvolvimento teórico centrou-se nas características de adaptação, de personalidade e de apoio social assim como nos objectivos de vida e qualidades individuais (Diener & Biswas-Diener, 2008).

²⁵ Vide Anexo 1.2.3 dos Anexos do Capítulo II.

1.2.4 - Duas Teorias (ainda) prevaletentes sobre o Bem-Estar Subjectivo (BES).

Em geral podemos considerar que subsistem com relativa proeminência duas teorias globais sobre o BES, cada uma propensa a enfatizar a influência da perspectiva de cima para baixo (top-down)²⁶ ou a perspectiva de baixo para cima (bottom-up)²⁷.

Do ponto de vista da Teoria de Baixo-para-Cima (*Bottom-Up Theory*), o BES resulta da acumulação de vivências felizes, portanto é também influenciado por factores ambientais. Assim, as vivências consideradas na linha teórica *Bottom-Up* incluem acontecimentos externos aos indivíduos e, também, factores situacionais ambientais abrangentes, incluindo a Saúde, a Demografia, o Estado civil, etc. (Diener, 1984).

Na perspectiva da Teoria de Cima-para-Baixo (*Top-Down Theory*), tem-se como certo que os recursos globais da personalidade influenciam a forma como cada indivíduo apreende os eventos da sua vida. Neste âmbito, entende-se que os indivíduos possuem uma tendência idiossincrática para perceber e atribuir significado às suas vidas de uma forma consistentemente positiva ou negativa, dependendo das suas características de personalidade, geralmente tidas como estáveis (Asendorpf, 2004; Steel *et al.*, 2008).

Tal como a seguir veremos, mais recentemente foram aduzidas novas provas pertinentes sobre a influência genética sobre o BES, resultados que advêm de investigações que parecem demonstrar uma relação significativa entre a personalidade e a genética e o efeito da relação entre estas dimensões, a longo prazo, sobre o BES.

1.2.5 - A Personalidade, a Genética e o Bem-Estar Subjectivo (BES).

Estudos recentes, na linha explicativa da Teoria de Cima para Baixo, revelaram que o desenvolvimento do BES parece estar associado aos traços de personalidade com origem genética. Contudo, para melhor compreendermos as perspectivas *Top-Down* mais actuais sob o BES, importa antes passarmos a descrever os principais traços de personalidade constitutivos do modelo dos cinco factores de personalidade (*Five Factor Model* ou FFM), traços que têm sido utilizados no desenvolvimento das novas abordagens genéticas sobre o BES (Steel *et al.*, 2008).

²⁶ Vide Anexo 1.2.4.1 dos Anexos do Capítulo II.

²⁷ Vide Anexo 1.2.4.2 dos Anexos do Capítulo II.

1.2.5.1 - O Modelo dos Cinco Factores (*Five Factors Model*) e o BES.

Segundo Richard Atkinson, Rita Atkinson, Ben e Nolen-Hoeksema (2000), no Modelo de Personalidade *Five Factors Model* (FFM)²⁸ existem cinco factores (ou domínios alargados ou traços globais) que constituem a personalidade: a Abertura para a experiência (*Openness*), a Escrupulosidade (*Conscientiousness*), a Extroversão (*Extraversion*), a Sociabilidade (*Agreeableness*) e o Neuroticismo (*Neuroticism*). Especificamente, o factor *Neuroticismo* prevê níveis mais baixos de BES enquanto os factores *Abertura à experiência*, *Escrupulosidade*, *Extroversão* e *Sociabilidade* prevêem um BES mais elevado (Bouchard & Loehlin, 2001).

De acordo com Bouchard e Loehlin (2001) a genética representam 20 a 48% da variância no Modelo FFM e a variância no BES também é geneticamente hereditária. Estes e outros autores argumentaram que a teorização FFM (porque os traços globais são amplamente abrangentes) é eficaz na definição global da personalidade. Contudo aqueles factores não são considerados tão eficazes para prever e explicar o comportamento individual em si mesmo. Neste aspecto, muitos estudos têm confirmado que a previsão e a compreensão do comportamento, a um nível mais restrito e factual, é mais eficaz através da análise das facetas de personalidade (i.e., dos traços de nível primário) (Mershon & Gorsuch, 1988; Paunonon & Ashton, 2001).

1.2.5.2 - A influência da Genética no BES.

Segundo Lyubomirsky (2001 e 2005²⁹), vários estudos demonstram a influência genética geralmente responsável por entre 35 a 50% da variância na constituição da *felicidade* como integrante do BES o qual, segundo a autora, é influenciado pela combinação entre os traços de personalidade, a carga genética, as características personalísticas, as circunstâncias ambientais e a vivência decorrentes das actividades quotidianas a longo prazo. Semelhantemente a Lyubomirsky (2001 e 2005), vários autores sugerem que a *genética* representa aproximadamente 50% da variação do BES na população (Braungart, Plomin, DeFries & Fulker, 1992; Lykken & Tellegen, 1996; Tellegen *et al.*, 1988) e que as *circunstâncias externas* são responsáveis por aproximadamente 10 % (Argyle, 1999; Diener *et al.*, 1999).

²⁸ Vide Anexo 1.2.5.1 dos Anexos do Capítulo II.

²⁹ Vide Anexo 1.2.5.2 dos Anexos do Capítulo II.

1.2.6 - O Bem-Estar Subjectivo (BES) e a Saúde.

Segundo Diener (2008) existem associações positivas entre a Saúde e o BES: as pessoas que avaliam a sua Saúde geral como *boa* ou *excelente* tendem a experimentar melhores níveis de BES em comparação com os que qualificam a sua Saúde como *razoável* ou *má*. Neste âmbito, são vários os estudos sobre a relação entre a dimensão Saúde e o BES³⁰ (Jones, 1953; Okun, Stock, Haring & Witter, 1984; Diener & Chan, 1984; Lyubomirsky, 2001; Meneses, 2005; Diener & Biswas-Diener, 2008).

Contudo, ainda não foi possível apurar, com rigor, o efeito específico de determinados níveis de BES na Saúde em geral. Por exemplo, permanece ainda uma incerteza determinar quão duráveis são os efeitos do bom humor ou das emoções negativas no estado geral de Saúde dos indivíduos que já desenvolveram doença, assim como não é claro se diferentes níveis de BES podem prever com mais rigor a evolução do estado de Saúde (Diener & Chan, 1984).

Por fim, refira-se que, na temática da Saúde, existem 3 aspectos essenciais a considerar: *Morbilidade*, *Sobrevivência* e *Longevidade*³¹. Os dados disponíveis sugerem que a *felicidade* (como dimensão associada eudaimonismo complementar à perspectiva hedonista implícita no BES) influencia aquelas três dimensões da Saúde³² humana (Diener & Biswas-Diener, 2008).

Também no âmbito da prognose, do diagnóstico e do plano de tratamento importa recordar que, de acordo com Diener e Biswas-Diener (2008), as pessoas que estão mais vezes felizes ficam doentes menos frequentemente do que as pessoas que estão mais vezes infelizes.

1.2.7 - A Psicologia Positiva e o Bem-Estar Subjectivo (BES).

Como antes referimos, como componente fundamental da *qdv* e do Bem-Estar, tanto ao nível individual como na vivência em Sociedade, o BES é um constructo que recentemente tem provocado muito interesse à investigação psicológica. Neste contexto, as investigações pioneiras de Seligman e Csikszentmihalyi (2000) partiram do pressuposto de que a Psicologia não se devia limitar a tratar apenas da análise

³⁰ Vide Anexo 1.2.6 dos Anexos do Capítulo II.

³¹ Vide Anexo 1.2.6.1 dos Anexos do Capítulo II.

³² A propósito daquelas três dimensões da Saúde, na prática clínica, uma das coisas mais importantes que o Técnico de Saúde pode fazer a um doente é sondá-lo acerca da sua *felicidade*, já que essa informação pode auxiliar na promoção da Saúde e, inclusivamente, da *longevidade* (Diener, 2008).

compreensiva da patologia, da fraqueza e dos danos, mas também deveria efectuar o estudo da *força de carácter* e da *virtude*, conceitos que durante séculos foram deixados ao cuidado da Filosofia mas que evidenciavam um enorme potencial para a investigação psicológica, nomeadamente através do estudo do BES. Refira-se ainda que, se é comumente aceite que a boa *Saúde* tende a ser associada com maior *felicidade* (Okun *et al.*, 1984), também tem sido demonstrado que as emoções positivas e o optimismo podem ter uma influência benéfica na Saúde geral do indivíduo, assim como a Saúde e o BES podem influenciar-se mutuamente (Diener & Chan, 1984).

Enquanto uma forte tendência actual da ciência psicológica, a Psicologia Positiva está particularmente interessada no estudo de BES, defendendo Lyubomirsky (2001) que o estudo do BES constitui-se como a preocupação central da Psicologia Positiva³³. Neste âmbito, interessa ainda destacar que os investigadores da Psicologia Positiva têm salientado que quase todas as Culturas têm estudado o Bem-Estar, sendo a busca da *felicidade*³⁴ e do Bem-Estar dois dos mais importantes objectivos de vida a alcançar por uma ampla maioria de pessoas (Lyubomirsky, 2001).

1.2.8 - Aspectos sócio-culturais e o Bem-Estar Subjectivo (BES).

Embora existam variações inter-culturais na forma como é percebida, a *felicidade* (que, como vimos, é geralmente considerada uma dimensão afectiva do BES) tende a ser unanimemente valorizada por diferentes culturas, inclusive ao longo das épocas (Ryff & Keyes, 1995).

Do ponto de vista da análise cultural, existem evidências de que as pessoas das culturas mais individualistas tendem a avaliar-se com maiores níveis de BES quando comparadas com as pessoas de sociedades com uma matriz cultural mais colectivista³⁵ (Suh & Koo, 2008).

³³ Vide Anexo 1.2.7 dos Anexos do Capítulo II.

³⁴ Vide Item 1.2 e seguintes do Capítulo II.

³⁵ De acordo com Suh e Koo (2008), quando comparadas com os indivíduos das culturas individualistas, as pessoas das culturas colectivistas são mais propensas a basear a apreciação que fazem sobre a satisfação com a vida na avaliação que as outras pessoas significativas fazem sobre a vida de todos em comum ao invés de fundamentar o seu próprio julgamento no saldo de emoções internas, experimentadas como agradáveis ou desagradáveis, como habitualmente sucede nas culturas ocidentais de matriz individualista.

Neste âmbito, os autores supra argumentam que nas culturas colectivistas vigora a crença de que o indivíduo existe para beneficiar a unidade e a harmonia social, pelo que se espera que os membros suprimam as suas necessidades pessoais em prol dos interesses colectivos. Deste modo, a auto-regulação em proveito da comunidade é considerada mais importante do que a expressão das necessidades individuais ou, até mesmo, dos direitos individuais. Por outro lado, nas culturas mais individualistas é frequente a crença de que a Sociedade é uma rede de apoio para proporcionar a segurança e beneficiar os indivíduos, com ênfase no valor inalienável de cada indivíduo poder decidir por si próprio e de ser auto-suficiente (Suh & Koo, 2008).

Quando comparadas as culturas individualistas e as colectivistas, além das diferenças políticas e económicas, parecem existir variações em vários elementos psicológicos relacionadas com o BES, tais como nos factores *emocionais* e nas *atitudes* que exprimem as necessidades individuais. Ainda que as pessoas das sociedades colectivistas possam obter ganhos de *felicidade* através da aprovação social que recebem ao suprimirem o interesse pessoal em favor da comunidade, as investigações parecem sugerir que a *expressão pessoal* tende a produzir, como recompensa, níveis mais altos de *felicidade* quando comparados aos níveis de *felicidade* resultantes da busca da aprovação pelos outros. Relativamente às diferenças entre Ocidente e o Oriente, nas sociedades ocidentais os preditores de *felicidade* incluem factores sustentados pela independência pessoal, pela valorização da acção individual e auto-expressão. Por outro lado, nas culturas orientais, os preditores de *felicidade* centram-se numa consciência-de-si interdependente da consciência dos outros. As experiências emocionais percebidas como agradáveis resultam de uma forte influência social nas culturas do Leste Asiático³⁶ em comparação com o que sucede nas sociedades ocidentais (Veenhoven, 1991; 2012).

Entre as pessoas aculturadas também são relatadas diferenças nos factores de motivação e nos objectivos associados à *felicidade*. Neste sentido, os americanos de origem asiática, após terem alcançado objectivos que são socialmente reconhecidos ou valorizados por outras pessoas significativas, tendem a experienciar níveis mais elevados de *felicidade* quando comparados com os americanos de origem europeia (Suh & Koo, 2008).

³⁶ Por exemplo, as pessoas no Japão são mais propensas a associar a Felicidade com emoções interpessoais envolventes (sentimentos amigáveis), enquanto os indivíduos norte americanos são mais propensos a associar a *felicidade* com emoções que desfavorecem as relações interpessoais (por exemplo, o Orgulho) (Suh & Koo, 2008).

Alguns autores indicam que os *níveis elevados de auto-estima*, de *auto-controlo* e de *sentimentos consistentes de identidade* estão mais fortemente relacionados com o BES nas sociedades ocidentais do que nas orientais (Oishi & Diener, 2001).

Contudo, isto não significa que aquelas três características não sejam importantes na(s) Cultura(s) Oriental(is) tal como parecem ser na Cultura Ocidental, já que em ambas, segundo Suh e Koo (2008), as pessoas com níveis altos de *auto-estima* e de *auto-controlo* e *sentimentos consistentes de identidade* tendem a ser mais felizes do que as pessoas com níveis mais baixos naquelas características, pelo que não existem dados que comprovem que níveis baixos naquelas facetas possam ser benéficos para o BES, quaisquer que sejam as referências culturais.

1.3 - O Bem-Estar Psicológico.

A ausência de doença não constitui, por si mesma, um factor de *felicidade* ou de Bem-Estar (Diener & Lucas, 2000) e, tal como referimos no Item 1.2.7 do presente Capítulo, a tendência da Psicologia em focalizar-se na doença e na patologia frequentemente negligencia o estudo e a avaliação dos indivíduos que se sentem bem, quer estejam ou não fisicamente sadios. Neste âmbito, tal como observámos aquando a definição do BES, a área geral do Bem-Estar é um campo de estudo extraordinariamente amplo com diferentes conceptualizações teóricas e operacionalizações do conceito.

Apesar das múltiplas divergências, parece ser consensual que a origem do conceito de Bem-Estar encontra raízes na discussão filosófico-científica³⁷ entre duas grandes linhas reflexivas sobre a existência humana, o *hedonismo*³⁸ e a *eudaimonia*³⁹.

Do ponto de vista contemporâneo, tal discussão fomentou duas grandes linhas teórico-práticas no âmbito do estudo do Bem-Estar: o Bem-Estar Subjectivo (BES) e o Bem-Estar Psicológico (BEP). Por conseguinte, a linha teórica *hedonista* suporta o modelo de Bem-Estar que temos vindo a descrever: o Bem-Estar Subjectivo (*subjective well-being*). A segunda corrente de pensamento, tida como *eudaimónica*⁴⁰, é considerada por alguns autores como uma perspectiva mais *positivo-humanista*, na

³⁷ Vide Item 1.1 e seguintes do Capítulo II.

³⁸ A concepção hedónica encontra fundamento no princípio da procura do prazer e no evitamento da dor, pelo que a perspectiva preponderante é a de que o Bem-Estar compõe-se da avaliação subjectiva da *felicidade* como fim e diz respeito às experiências de prazer e sofrimento (Diener, Sapyta, & Suh, 1998).

³⁹ Vide Item 1.1.2 do Capítulo II.

⁴⁰ Desta corrente resultou o modelo de Bem-Estar Psicológico proposto por Carol Ryff (1989).

medida em que se centrou no funcionamento psicológico positivo e na expansão de valores como a auto-realização, o crescimento pessoal e o florescimento humano (Ryff, 1989, 1991; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2006).

Ao longo da consolidação da distinção entre o BEP e o BES, Carol Ryff e Corey Keyes, em 1995, propuseram uma hierarquia de disposições psicológicas ligadas ao Bem-Estar. Segundo aquelas autoras, poder-se-ia diferenciar seis dimensões distintas do Bem-Estar: *auto-aceitação*, a *sensação de domínio sobre o ambiente*; a *sensação de se viver uma vida cheia de sentido*; a *busca de crescimento pessoal*; as *relações sociais positivas* e, por último, a *autonomia*, o que permitiu a implementação de um modelo teórico que concebe o Bem-Estar como um constructo multidimensional designado por *Bem-Estar Psicológico*⁴¹ (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

Contudo, a maioria dos autores afirma que o BEP, *lato sensu*, é difícil de conceptualizar, como também é difícil encontrar uma definição consensual na literatura. Por exemplo, os conceitos de *sensação*, *sentido*, *aceitação*, *satisfação* e *satisfação com a vida*, são conceptualmente diferentes, porém são frequentemente utilizados como tendo significações semelhantes no constructo operacional do BEP.

Neste contexto, uma diversidade de conceitos tem sido utilizada pelos investigadores para operacionalizar o BEP, como se tais noções fossem mais ou menos sinónimos, aliás como aconteceu inicialmente com a definição conceptual do BES.

Em suma, pensamos que em ambos constructos – BES e BEP – são tidos em consideração valores humanistas que outorgam ao próprio indivíduo a capacidade para avaliar por si mesmo o que lhe propicia Bem-Estar.

No âmbito da nossa investigação, consideramos que o constructo de BES parece facultar a avaliação afectiva e cognitiva dos sujeitos em áreas específicas e no âmbito global da vida, enquanto o BEP focaliza sobre os domínios e os recursos psicológicos dos indivíduos face à sua existência (Ryff, 1989) pelo que, no nosso estudo – além da avaliação hedónica do BES associada à avaliação da percepção sobre a *felicidade* – completámos uma abordagem complementar (em certa medida subjacente àquela orientação eudaimónica) através de vários instrumentos de estimação psicossocial.

⁴¹ Importa referir que as seis dimensões reconhecidas por Ryff e Keyes foram operacionalizadas nas Scales of Psychological Well-Being (SPWB) (Ryff, 1989), tendo sido traduzidas e adaptadas para a população portuguesa, em 1999, por Ferreira e Simões com a designação de Escalas de Bem-Estar Psicológico (E.B.E.P.) (Ferreira & Simões, 1999).

2 - O Conceito de *Qualidade de Vida*.

Na 1ª Secção deste Capítulo abordámos a evolução nocional da *felicidade* assim como a conceptualização e a distinção entre dois conceitos de Bem-Estar, o *Bem-Estar Subjectivo* (BES) e o *Bem-Estar Psicológico* (BEP). Na continuidade desta reflexão abordaremos seguidamente o conceito de *qualidade de vida* o qual, associadamente aos conceitos acima referidos, constará como suporte fundamental do nosso estudo.

Ao longo das derradeiras três décadas do século XX, a expressão *qualidade de vida* (*qdv*) foi crescentemente utilizada pela linguagem do senso comum até que, nos primórdios deste milénio, passou a ser habitual no vocabulário corrente sem que os seus utilizadores conheçam concretamente (apesar de intuírem parcialmente) em que consiste a sua significação. Semelhantemente à linguagem comum, desde os finais do século passado a designação *qdv* tem sido frequentemente utilizada pela comunidade científica, a qual tem vindo a envidar esforços para formular uma definição operacional comumente aceite para o conceito. Todavia, a conceptualização nocional composta da denominação *qdv* não tem sido uma tarefa fácil devido à sua complexidade: trata-se de uma noção variável de sujeito para sujeito, de cultura para cultura e até mesmo – podemos afirmá-lo – de época para época (ou não fosse correcto dizer-se que aquilo que outrora foi agradável para muitos pode ser actualmente desagradável para alguns e futuramente inaceitável para todos ou vice-versa).

Historicamente, a locução “Qualidade de Vida” terá sido originalmente declarada publicamente, em 1964, pelo Presidente Lyndon Johnson⁴² num discurso em que proferiu “ (...) os objectivos não podem ser medidos pelo saldo da conta bancária. Eles só podem ser medidos pela qualidade da vida que proporcionam às pessoas” (Ribeiro, 2005: 95).

A contemporânea atenção cada vez mais prestada a noções qualitativas sobre a existência vivencial das pessoas, tais como *nível de vida* ou “qualidade de vida”, as quais têm vindo a ser partilhada por cientistas sociais, filósofos e políticos e tanto dizem respeito às práticas científicas e assistenciais como às políticas públicas.

⁴² A ideia implícita na expressão “Qualidade de Vida” do Presidente Johnson desde então tem suscitado a atenção de múltiplas áreas, as quais têm vindo a utilizá-la como constructo que, diga-se em abono da verdade, nem sempre é objectivamente claro nem consensual.

Segundo Spilker (1990), o renovado interesse pela *qdv* foi especialmente promovido pelas áreas da Psicologia e da Sociologia, tendo também tido grande relevância no âmbito dos cuidados gerais de Saúde e na gestão política dos recursos económicos. De acordo com o mesmo autor, o incremento dos estudos sobre a *qdv* deveu-se, em grande parte, aos progressos tecnológicos e civilizacionais que propiciaram o aumento da expectativa de vida das pessoas, seja perante a doença ou no que concerne à idade cronológica. Neste âmbito, à medida que a Sociedade foi tomando consciência que o acréscimo da duração do tempo de vida nem sempre correspondia à respectiva manutenção do Bem-Estar das pessoas, também foi crescente a preocupação social e científica pelo conceito de *qdv*, principalmente quando este começou a ser considerado como fundamento à tomada de decisões relacionadas com a duração ou o termo dos (ou de determinados) tratamentos médicos (Spilker, 1990).

Contudo, ainda em meados da década de 90 e tal como vem sendo aplicado na literatura médica, o constructo *qdv* nem sempre pareceu ter uma significação clara e a própria definição do conceito não constava na maioria dos artigos clínicos que utilizavam ou propunham instrumentos para sua avaliação (Gill & Feinstein, 1994). Logo, parece-nos acertado concluir que só a partir do último terço do século passado é possível encontrar uma relação causal como sustentáculo do desenvolvimento do constructo de *qdv*: o notável recente desenvolvimento civilizacional, nomeadamente na dimensão tecnológica das ciências biomédicas nos últimos 50 anos parece ter suscitado, simultaneamente, uma crescente inquietação social no que concerne à progressiva desumanização nos cuidados prestados às pessoas.

Desse inquietamento seguiu-se a crescente importância dada à *qdv* pelas ciências sociais e humanas, inspiradas pelo movimento social-humanista o qual, por sua vez, exerceu (e ainda exerce) uma substancial ascendência sobre as determinações políticas e, como não podia deixar de ser, também influi sobre o domínio objectivamente racional das ciências biomédicas por via do seu cariz benfazejo.

Tal propósito humanizante tem-se centrado na valorização de parâmetros qualitativos mais amplos do que o simples controlo dos sintomas, da redução da mortalidade ou do acréscimo da expectativa de vida (Fleck *et al.*, 1999) e tendo sido e é, quanto a nós, eticamente crucial e moralmente justo, já que era (e, lamentavelmente, ainda é) relativamente comum na biomedicina a intenção de acrescentar *anos à vida* sendo relegado para um plano secundário a necessidade de acrescentar *vida aos anos*.

Daquele movimento de humanização das biociências consolidar-se-á o conceito de *qdv* associada à mudança do paradigma biomédico para o modelo *biopsicossocial*: a Saúde e a Doença passaram a ser consideradas num *continuum* e não como dois estados opostos. Neste âmbito, podemos actualmente constatar diferenças quanto ao passado recente e alterações de monta, nomeadamente na biomedicina actual, particularmente nos ensaios clínicos randomizados nos quais a *qdv* tem sido gradualmente considerada como a terceira dimensão a ser avaliada, além da *eficácia* (alteração das doenças devido ao efeito das drogas farmacológicas) e da *segurança* (reação adversa às drogas farmacológicas).

Fruto da investigação científica, especialmente no âmbito das ciências sociais e humanas, os esforços relativos à definição conceptual do que é, objectivamente, a noção de *qdv* têm sido afincadamente desenvolvidos, desde os anos 80, pelas áreas da Economia, Psicologia, Sociologia e da Medicina e inclusivamente, entre outras, desenvolvida com contributos oriundos das ciências Política e do Direito. Sobretudo na década de 90 foi notório o assentimento interdisciplinar da definição conceptual da *qdv*, tendo isso implicado o contributo de diversas perspectivas disciplinares sem deixar de ser, mesmo assim, subjectiva (Zagher, Pierezan & Claudino, 2009).

Ainda do ponto de vista da génese conceptual, como resultados mais relevantes da revisão da literatura sobre a temática, salientamos que Levy e Anderson (1980) consideraram que a *qdv* era uma medida agregada do Bem-Estar (físico, mental e social) e da *satisfação* e *recompensa*, percebidos pelos indivíduos.

Por seu lado, Calman (1984) descreveu a *qdv* como uma conjuntura em que as *esperanças* e as *ambições* de cada pessoa seriam igualadas pela concreta *experiência da vida*. De acordo com Bullinger, Anderson, Cella e Aaronson (1993) a designação *qdv* é mais geral e inclui uma variedade de condições com o potencial de afectar a *percepção* do indivíduo sobre os seus sentimentos e comportamentos, ambos relacionados com o seu funcionamento quotidiano incluindo, porém sem limitar, a sua condição de Saúde e as consequentes intervenções médicas. Similarmente, Ribeiro (1994) reconheceu que a *qdv* é multiplamente definível e contém distintos significados para diferentes realidades e para diversas pessoas. Contudo, tal subjectividade também apresenta limitações: as percepções tendem a ser instáveis, pois o que hoje pode ser considerado como boa *qdv* pode deixar de ser amanhã, ou seja, da mesma forma que as pessoas mudam também se altera o modo como avaliam a sua *qdv*.

Apesar da diversidade conceptual, é animador constatar que a multiplicação de definições sobre a *qdv* realça a importância que a comunidade científica tem dedicado a esta temática (Meneses, 2005).

Não obstante as limitações acima referidas, em geral os autores parecem unânimes em dois aspectos centrais: além de ser multidimensional⁴³, a conceptualização da *qdv* parece ter uma alta afinidade com a percepção que as pessoas têm sobre de si e sobre os outros sendo fortemente influenciada pelo contexto ambiental, o qual inclui a dimensão sócio-cultural em que os indivíduos se inserem. Tal evidência não é alheia à interligação entre o envelhecimento e a *qdv*, e à importância que tal relação tem vindo a assumir nas sociedades mais desenvolvidas, nas quais o conceito *qdv* é um dos principais indicadores a ter em conta na avaliação das condições de vida dos idosos (Castellón, 2003).

No presente estudo, por via da indispensável selecção de instrumentos de avaliação da *qdv* aplicáveis à população portuguesa, *a priori* estivemos perante uma advertência teórico-instrumental: não devíamos ceder a uma linha teórica e de investigação unicamente influenciada pela Cultura Ocidental. Daí que tenhamos priorizado uma conceptualização multicultural, também adaptada à nossa realidade enquanto país multiétnico e pluri-regional, a fim de evitarmos a instrumentalização da *qdv*, sobretudo quando influenciada pela teorização de raiz anglo-saxónica.

Por conseguinte, a nossa escolha teórica recaiu sobre a definição do conceito de *qdv* proposto pela World Health Organization (WHO) através do WHOQOL Group⁴⁴: “ (...) a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHO, 1994: 28).

⁴³ Quanto às múltiplas dimensões inerentes a este conceito, são de destacar as seguintes: a dimensão biológica, a dimensão cultural, a dimensão social, dimensão ambiental, dimensão económica e, por último, a dimensão psicológica (Fleck, Souza & Barros, 2008).

⁴⁴ Perante a crescente importância social atribuída ao conceito de *qdv*, aliada ao seu progressivo relevo no sector da saúde e face à evidência da inexistência de um instrumento de avaliação de *qdv* que privilegiasse uma perspectiva transcultural e subjectiva, a WHO (em português, Organização Mundial de Saúde ou OMS) tomou a iniciativa de reunir um grupo de peritos pertencentes a 15 diferentes culturas (World Health Organization Quality Of Life assessment Group – WHOQOL Group) com o propósito de empreender uma discussão científica transcultural sobre o conceito de *qdv* e, consequentemente, construir instrumentos para a sua avaliação (WHOQOL Group, 1994).

Refira-se que a nossa preferência por aquela enunciação de *qdv* resulta do facto de ser uma definição com um amplo consenso internacional e transcultural, com uma perspetivação gnosiológica multidimensional, a qual também contém, implicitamente, a influência das características pessoais (em função da avaliação subjectiva idiossincrática dos sujeitos) na interacção com o Ambiente.

Contudo, é nosso dever acrescentar que o conceito de *qdv* proposto pela WHO (1994) não está isento de críticas ou sequer é imune a propostas de alteração que promovam maior exactidão e mais abrangência do constructo. Neste âmbito, pensamos que tal definição poderia contemplar uma dimensão adaptativa aplicada especificamente ao desenvolvimento humano, particularmente tendo em conta o imparável envelhecimento humano, pelo que, à definição de *qdv* acima proposta pela WHO (1994), gostaríamos de ver acrescentada a expressão “ (...) *em função da sua capacidade de adaptação ao longo da sua existência vivencial*”.

2.1 - Ponderação Biológica, Psicológica e Ambiental sobre a *qualidade de vida*.

Como temos vindo a constatar, ao longo do tempo o conceito de *qdv* tem vindo a complexificar-se progressivamente abrangendo cada vez mais um vasto conjunto de aspectos da vida das pessoas, indistintamente da Cultura a que pertencem, entre os quais se incluem as dimensões Ambiente, Saúde (física e psíquica) e Sociedade (organização social, política e espiritual, incluindo os aspectos económicos e, também, as dinâmicas interpessoais familiares e comunitárias).

Na perspectiva das ciências biomédicas (as quais, como vimos, têm vindo gradualmente a assumir o paradigma biopsicossocial) existe uma evidente tendência para associar a *qdv* às abordagens experimentais sobre as patologias ou a intervenções de saúde específicas sobre a população. Do ponto de vista exclusivamente biofisiológico a *qdv* resultará da análise relativa à percepção individual sobre a própria enfermidade através da medição, entre outros parâmetros tais como a *dor e o sofrimento*⁴⁵, das competências funcionais prévias e posteriores à alteração patológica do estado de Saúde.

⁴⁵ Neste âmbito torna-se impensável dissociar a perspectiva biomédica sobre a *qdv* dos aspectos bioéticos e morais, sabendo nós da infundável reflexão e do caloroso debate na sociedade sobre temas complexos tais como se são adequadas e suficientes os tipos de assistência propostos pelo *establishment*, por exemplo sobre a universalidade ou o prolongamento dos tratamentos a todas as faixas etárias ou se a eutanásia ou o consumo de drogas são ou não justificáveis perante a incurabilidade, a dor e o sofrimento.

Contudo, se recordarmos que a concepção internacional sobre a Saúde (tal qual é proposta no *Glossaire de la promotion de la santé*⁴⁶ [OMS, 1999]) implica uma perspectiva multidimensional⁴⁷ positiva, a qual vai mais além da patologia e do défice funcional, parece-nos evidente que a abordagem exclusivamente biomédica da *qdv*, mesmo que refreada pelas rédeas humanistas do paradigma psicossocial, não deixa de ser redutora e por si só insuficiente para a avaliação do conceito em causa.

No contexto actual e futuro, no qual os progressos científicos e tecnológicos permitem providenciar cada vez mais longevidade (na qual vemos aumentada a prevalência da cronicidade das patologias), o objectivo central do conceito de Saúde é crucial para a orientação das condutas médicas e para a fundamentação das políticas para a Saúde que possam centrar-se não apenas nos tratamentos em função da cura mas, também, no desenvolvimento de estratégias para a manutenção da boa *qdv* das pessoas. Além de outros avanços civilizacionais, entre os quais se encontram a normalização das medidas higienistas e o acesso massificado à alimentação como nunca antes ocorreu na história da humanidade, é reconhecido que a tecnologia médica tem possibilitado curar ou prolongar incontáveis vidas humanas; contudo, tal prolongamento proporcionado pela maravilhosa tecnologia contemporânea – por muito excelente que seja – pode resultar em existências vegetativas ou com níveis dificilmente suportáveis de dor e de incapacidade, frequentemente destituídas de dignidade para os pacientes.

Chegados aqui cabe-nos questionar se existirá dignidade e honorabilidade, em manter artificialmente a vida a todo o custo, em todas as situações mesmo contra a expressa vontade dos próprios ou perante a evidência concreta de níveis de *qdv* que demonstram intenso sofrimento não apaziguado por quaisquer dos recursos tecnológicos, farmacológicos, terapêuticos ou, inclusivamente, espirituais disponíveis?

Que não permaneçam quaisquer dúvidas da nossa valorização sobre a tecnologia e os progressos biomédicos, tão importantes têm sido para o tratamento e o acréscimo da longevidade humana como nunca antes ocorreu na história da humanidade. Porém, no âmbito da presente reflexão sobre a multidimensionalidade da *qdv* parece-nos legítimo questionar se a utilização indiscriminada da tecnologia médica e da

⁴⁶ Definição da OMS para Saúde: “Saúde é um estado de completo Bem-Estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou de enfermidade.” (OMS, 1999: 1).

⁴⁷ Perspectiva que, apesar de conter em si mesma uma perfeição inatingível, abrange as múltiplas dimensões da vida humana, como sejam as pessoais e sociais, do Bem-Estar e os demais aspectos da vida física, emocional e sócio-relacional.

farmacopeia são justificáveis nas situações em que o seu sucesso puramente técnico pode significar colocar em risco a *qdv*, já que em muitos casos a simples manutenção dos sinais vitais, ou seja, o mero prolongamento da vida, pode não acarretar a vivência existencial com boa qualidade. Nesta temática, sensível e controversa, justificar-se-ão inteiramente os esforços na definição conceptual e na medição fiável da *qdv*.

No que concerne à perspectiva psicológica, tal como em quaisquer outras, a *qdv* possui um forte cunho idiossincrático proveniente da avaliação pessoal e está dependente das características de personalidade de cada indivíduo, pelo que defini-la constitui um desafio complexo, não só pela limitada concordância inter-individual sobre o seu significado como também pela utilização de diferentes constructos que integram a cada interpretação individual. Tais componentes são intrincados e multivariáveis e, embora não definam *per se* o conceito geral de *qdv*, realçam a sua aceção subjectiva. Assim, do ponto de vista psicológico a *qdv* resulta da avaliação influenciada por dimensões tais como a *felicidade* ou *Bem-Estar subjectivo*, mas também por variados componentes nocionais tais como *auto-estima*, o *coping* e a *resiliência*, a estabilidade emocional e psíquica. Particularmente no caso do envelhecimento, a avaliação da *qdv* parece correlativa à *joie de vivre*⁴⁸, às competências biofisiológicas, adaptativas, afectivas e sócio-comunitárias, além das expectativas em relação ao futuro e de outros aspectos personalísticos e culturais.

Por outras palavras, sob o prisma psicológico a *qdv* percebida depende das características próprias a cada pessoa na interacção com os outros, tendo em conta as capacidades funcionais na interacção com o contexto sócio-ambiental e cultural. Por conseguinte, a nossa preferência pela definição de *qdv* proposta pela WHO (1994) também decorreu daquela definição abranger critérios de avaliação da *qdv* ao nível psicológico, tais como os sentimentos individuais de segurança, a noção de imagem corporal, o modo como os indivíduos se sentem na actividade profissional ou como interpretam a sua capacidade para realizar actividades de vida diárias, de como estimam as relações com os outros ou como avaliam a sua Saúde ou como percebem os demais aspectos que consideram contribuir para a sua *felicidade* e o seu Bem-Estar.

⁴⁸ Traduzido redutoramente como *Alegria de Viver*, implica apreciar, com gozo e entusiasmo, todos os momentos que a vida oferece, encontrando aspectos positivos e de aprendizagem vivencial até nos períodos mais sombrios do percurso existencial.

Além do exposto, importa-nos ainda salientar que a dimensão psicológica está intimamente ligada a todas as outras dimensões, nomeadamente com a espiritualidade, a dimensão física⁴⁹, a independência funcional e económica, as relações sociais e, também, neste caso em particular, com o Ambiente e a respectiva vivência do espaço ambiental, seja natural ou humano. Neste âmbito, a partir da inclusão da dimensão psicológica e, também, de elementos concretos do espaço vivencial na avaliação da *qdv*, sobreveio a proposta de passar-se a avaliar a *qualidade ambiental*, uma concepção objectiva e abrangente, daqui resultando que o Ambiente sirva como um dos indicadores específicos para a *qdv*. A este respeito, a relação entre a Saúde psíquica e a dimensão ambiental parece não ser, e não é de todo, despicienda. Mencionemos, como exemplo, que as investigações desenvolvidas por Bassani (2001) sobre *qdv* e Stresse revelaram existir uma estreita relação entre vários factores ambientais dos espaços residenciais e os problemas psíquicos (emocionais e mentais) e comportamentais dos habitantes, conclusão coincidente com os dados recolhidos no âmbito do nosso estudo.

A propósito desta temática, pensamos que a dimensão psicológica no estudo multidimensional⁵⁰ da *qdv* assume ainda mais relevância porque se trata de enquadrar objectivamente a apreciação subjectiva feita por distintas pessoas, com diferentes personalidades⁵¹, idiossincrasias e vivências peculiares nas quais se encaixam perfeitamente os nossos idosos. Como tal, foi neles e nas suas apreciações perceptivas (ou seja, nas diferentes auto-avaliações sobre si, os outros e o mundo) que foi possível medir com a fiabilidade dos instrumentos da WHO e analisar objectivamente a *qdv*.

Tais resultados parecem-nos importantes para a compreensão da realidade social constituída a partir das múltiplas existências pessoais em diferentes contextos residenciais institucionais, e afiguram-se-nos como fundamentais para futuras investigações e conseqüentes propostas de reforma do *status quo*, assim como para a elaboração de programas e práticas mais proficientes quanto aos actuais paradigmas de apoio residencial Institucional.

⁴⁹ Relação ancestralmente reconhecida pela expressão *mens sana in corpore sano*, atribuída ao poeta romano Juvenal, na sua Sátira X.

⁵⁰ A World Health Organization, através do WHOQOL (1994) propôs que a avaliação instrumental da *qdv* fosse efectuada a partir de 6 domínios: Ambiente; Espiritualidade; Físico; Psicológico; Independência; e, Relações sociais (WHOQOL, 1994).

⁵¹ Logo, como os níveis de *qdv* parecem dependentes dos factores de personalidade, pensamos que não seria despropositado se os instrumentos de avaliação contemplassem mais aspectos de medição das características da personalidade.

2.2 - Instrumentos para a avaliação da *qualidade de vida dos idosos*.

Essencialmente devido à variabilidade das componentes envolvidas na definição da *qdv* (cuja valorização parece depender de diversas condições, individuais e colectivas, integradas nas dimensões económicas, sócio-culturais, espirituais, físicas, psicológicas, etc.) a acção dos investigadores tem incidido não apenas em tentativas de uniformização conceptual mas também na criação de instrumentos de avaliação da *qdv* e no conseqüente melhoramento dessas medidas. Tal produção teórica e, conseqüentemente, a sua prática instrumental, agregam o duplo propósito de generalizar o significado do conceito e, concomitantemente, de medir objectiva e fíavelmente as múltiplas variáveis implícitas no constructo, propósitos progressivamente conseguidos com cada vez mais rigor e eficácia, não obstante ainda não terem sido plenamente alcançados.

Na incerteza de uma definição operacional universalmente aceite, a estratégia dos investigadores tem sido focada na definição dos constituintes que entendem formar a *qdv*, promovendo a identificação das variáveis envolvidas e o seu enquadramento em dimensões de avaliação mensuráveis. Assim, o processo de conceptualização e de investigação sistematizada sobre a *qdv*, um dos objectivos metodológicos mais importantes, centrou-se na definição dos domínios essenciais para a avaliação da *qdv*.

Neste âmbito, segundo Ribeiro (2005), foram Angus Campbell, Philip Converse e Willard Rodgers que efectuaram, em 1976, um grande estudo intitulado *The Quality of American Life*, tendo então enunciado doze dimensões relevantes na avaliação da *qdv*: as relações de amizade, o estado civil, o envolvimento civil na comunidade, o nível de educação, as condições de habitação, as relações de vizinhança, a Saúde, o tipo de vida familiar, a Nação, o nível de rendimento, a actividade laboral e o próprio *self*. Conforme relata Ribeiro (2005), Schipper, Clinch e Power (1990), indicaram quatro características operacionais associadas ao constructo de *qdv*, sendo fundamentais para a sua avaliação: *auto-administração*⁵², *multi-factorialidade*⁵³, *subjectividade*⁵⁴ e *variação temporal*⁵⁵.

⁵² A auto-administração designa que "(...) a qualidade de vida da pessoa que está a ser avaliada só pode ser interpretada por ela (...)" (Ribeiro, 2005: 104), por ser discutível, na avaliação da *qdv*, a concordância entre o sujeito avaliado, os profissionais e as pessoas que lhe estão próximas.

⁵³ Multi-factorialidade significa que os parâmetros de *qdv* abrangem mais do que um único aspecto ou domínio. A *qdv* representa uma ampla variedade de experiências pessoais, e do modo como são percebidas e relacionadas, tendo em conta as dimensões físicas, psicológicas, do ambiente político e económicas (Ribeiro, 2005).

No que concerne à *auto-administração*, uma das duas características operacionais mais sensíveis, Campbell, Converse e Rodgers, no estudo de 1976 supracitado, já haviam concluído que, entre outros aspectos, não era possível depreender certos estados psicológicos a partir dos dados observacionais das pessoas que viviam em determinadas condições de vida pelo que, na avaliação da *qdv*, seria sempre essencial a *auto-avaliação*.

No que diz respeito à *subjectividade*, Ribeiro (2005) realça que, tal como qualquer outro instrumento de avaliação, a medição da *qdv* não pode ser subjectiva do ponto de vista métrico já que deve cumprir critérios objectivos de exactidão e de validade, doutro modo não seria um instrumento de medida fiável. A este propósito da fiabilidade importa referir que, em meados da década de 90, Gill e Feinstein (1994) efectuaram uma revisão crítica sobre a qualidade dos instrumentos que avaliavam a *qdv*, tendo concluído que existia pouca exactidão e baixa consistência, respectivamente quanto à definição do conceito e entre os instrumentos de medida existentes⁵⁶.

Ao longo da nossa investigação (a qual incluiu não só a revisão bibliográfica conjuntamente com a nossa experiência clínica e, particularmente, a investigação de campo junto dos sujeitos idosos) constatámos que a *percepção* das pessoas sobre a *qdv* parece realmente depender de idiossincrasias e condições sócio-ambientais específicas.

De entre as várias características perceptivas relevantes sobre a *qdv*, as que foram observadas e são enunciadas na literatura, destacamos aquelas directamente relacionadas com a personalidade (como sejam a aptidão adaptativa e a resiliência pessoais, o optimismo, o envolvimento com a espiritualidade, as expectativas e as necessidades pessoais). Também salientamos outros factores não despidiendos para a avaliação da *qdv* tais como o nível de instrução, o género, a idade, o estatuto sócio-económico, a profissão, as condições de salubridade e adequação habitacional, os múltiplos aspectos da Saúde (física e psíquica), a segurança, a autonomia e a liberdade como cidadãos, entre muitas outras variáveis valorizadas pelas pessoas, componentes que (acrescentamos) são mais ou menos tidos em conta conforme os autores e os respectivos instrumentos de avaliação.

⁵⁴ A subjectividade, que não deve ser confundida com a subjectividade da medida, indica que a *qdv* está baseada na percepção idiossincrática da pessoa avaliada porque resulta de crenças, expectativas, apreciações, preferências e valores, conjuntamente agregados em percepções pessoais (Ribeiro, 2005).

⁵⁵ Para Ribeiro (2005), a variação temporal significa que a *qdv* é variável ao longo do tempo.

⁵⁶ Em meados dos anos 90 existiam mais de uma centena de medidas para a *qdv* (Gill & Feinstein, 1994).

Pelo exposto decorre que qualquer tipo de avaliação sobre o grau de satisfação com a *qdv* seja basicamente qualitativa auxiliada por elementos quantitativos. Disso dão conta, aliás, os instrumentos de avaliação da *qdv* que decidimos usar⁵⁷, os quais foram propostos por um grupo especializado da WHO (conhecida em língua portuguesa como a Organização Mundial de Saúde ou OMS).

No âmbito da nossa escolha transcultural e multidimensional para o estudo e a avaliação instrumental da *qdv*, constatámos que o desenvolvimento dos instrumentos da família WHOQOL foi sustentado por três pressupostos principais:

- 1) A natureza abrangente do conceito de *Qualidade de Vida*;
- 2) É possível construir uma medida quantitativa, fiável e válida, aplicável a várias populações;
- 3) Qualquer factor relacionado com a *qdv* influi sobre um largo conjunto de outros elementos com idêntica função integrantes do instrumento o qual, por sua vez, serve para avaliar o efeito das intervenções sobre as pessoas (WHOQOL Group, 1994).

De acordo com o WHOQOL Group (1994; 1998) os instrumentos de avaliação da *qdv*, em geral, podem ser classificados em dois grupos: os *gerais* e os *específicos*.

Os instrumentos do primeiro grupo (os gerais) medem um conjunto alargado de características agrupadas em determinados domínios, sendo aplicáveis na avaliação da população em geral, em diferentes culturas, por exemplo para a avaliação da *qdv* associada a diferentes tipos de enfermidades, de terapias ou procedimentos biomédicos e entre culturas e lugares diferentes.

Por sua vez, os instrumentos do segundo grupo (os específicos) são aplicáveis na apreciação objectiva de determinadas características em populações específicas, por exemplo na avaliação de *qdv* num determinado grupo etário ou num grupo de específico de doentes. Da família WHOQOL, relativamente aos questionários pertencentes ao grupo dos instrumentos gerais, os mais conhecidos e aplicados na avaliação da *qdv* são o WHOQOL-100 e o seu sucedâneo mais curto, o WHOQOL-BREF. No que concerne aos instrumentos específicos, salientamos o WHOQOL-Old, direccionado especificamente à avaliação da população idosa.

⁵⁷ Os instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo constam na 3^a Secção do Capítulo V.

Os dois instrumentos (o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-Old) foram utilizados no nosso estudo⁵⁸ e estão assentes no fundamento teórico de que o conceito de *qdv* é subjectivo, multidimensional e transcultural e, concomitantemente, resultaram da convicção metodológica sobre a impreteribilidade da solidez psicométrica que tais instrumentos devem possuir, de modo a que possam ser validáveis e utilizados na avaliação da *qdv* em diferentes culturas. Acresce ainda referir que o WHOQOL Group, não é detentor exclusivo da totalidade dos instrumentos de avaliação geral sobre a *qdv*. Tal como proliferam os conceitos, semelhantemente existem centenas de medidas⁵⁹ que avaliam a *qdv*, mesmo que, convenhamos, a larga maioria possua variadas limitações quando comparada os instrumentos produzidos pelo WHOQOL Group.

Quanto ao WHOQOL-100, trata-se de um instrumento que resultou da conceptualização da noção de *qdv* pelo WHOQOL Group, tendo sido criado com o intuito de ser capaz de avaliar a *qdv* numa perspectiva internacional e transcultural. Tal propósito permitiria efectuar comparações entre diferentes culturas numa perspectiva epidemiológica ou seja, viabilizou o estudo quantitativo transcultural da distribuição dos fenómenos da Saúde ou da doença na população humana.

O WHOQOL-100, através da avaliação continuada da sua aplicação, contribuiu para aperfeiçoamento nocional do conceito *qdv*, dado que a sua utilização permitiu a obtenção de informações complementares provindas das diferentes culturas onde foi sendo usado.

Concretamente, o instrumento WHOQOL-100 avalia 6 Domínios (*Ambiente; Espiritualidade; Independência; Físico; Psicológico; e Relações sociais*) subdivididos por 24 temas, sendo cada tema constituído por 4 perguntas; além destas, o questionário contém ainda mais 4 questões de carácter geral que incidem sobre aspectos genéricos relativos à *qdv* (WHOQOL Group, 1994).

Contudo, há que referir que a crítica mais comum feita ao WHOQOL-100 refere-se à sua extensão, sendo esta indicada como uma desvantagem relativamente a outros questionários.

⁵⁸ Vide Itens 3.1 e 3.2 do Capítulo V e Anexos 3.1 e 3.2 dos Anexos do Capítulo V.

⁵⁹ Ao pesquisarem um período de produção científica com aproximadamente 70 anos, Neto *et al.* (1998) identificaram 446 instrumentos de avaliação da *qualidade de vida*, dos quais 322 surgiram na literatura da especialidade desde o início da década de 80.

Pelas dificuldades respeitantes à dimensão do questionário WHOQOL-100 sobreveio a necessidade da elaboração de um instrumento mais curto, que exigisse menos tempo para o seu preenchimento e que conservasse as características psicométricas necessárias e suficientes à sua eficácia na avaliação da *qdv*, tendo sido então compilado uma versão mais reduzida do instrumento original, sintética e renovada versão que passou a ser denominada por WHOQOL-BREF.

Tal como o seu precursor, o WHOQOL-BREF também avalia seis domínios (*Ambiente; Espiritualidade; Independência; Físico; Psicológico; e Relações sociais*) sendo, porém, constituído por apenas uma questão por cada um dos vinte e quatro temas (e não quatro questões por cada um dos vinte e quatro temas como sucede no instrumento original), a que acrescem duas questões de carácter geral (e não quatro como no WHOQOL-100), o que perfaz um total de vinte e seis questões nesta versão mais reduzida (WHOQOL Group, 1998).

Quanto às medidas de avaliação da *qdv* que podem ser categorizadas no grupo dos instrumentos específicos, estas são diversas e abrangem variadas características populacionais. Neste âmbito, no que diz respeito ao nosso estudo, importa referir que o WHOQOL-Old por nós aplicado, especificamente destinado aos idosos com 60 ou mais anos, avalia quatro Domínios: *Físico; Psicológico; Independência; e Relações sociais*, permitindo aferir a *qdv* numa perspectiva transcultural (WHOQOL Group, 2005).

Sendo de referir que são múltiplos os estudos realizados na população idosa graças aos instrumentos, gerais e específicos, disponibilizados pelo WHOQOL Group, segundo Fleck, Chachamovich e Trentini (2006) o WHOQOL-Old foi constituído com o objectivo de medir a *qdv* de adultos idosos através de vinte e quatro itens, distribuídos por seis facetas: *autonomia; actividades passadas, presentes e futuras; funcionamento sensorial; intimidade; medo da morte e de morrer; e, participação social*.

Note-se que este instrumento específico deve ser impreterivelmente aplicado em conjunto com o WHOQOL-BREF por forma a serem medidos aspectos de avaliação complementares não contidos no WHOQOL-Old (Fleck *et al.*, 2006).

Em seguida, iremos indicar alguns dos resultados que nos suscitaram mais interesse, particularmente no que concerne à medição da *qdv* efectuada com instrumentos semelhantes aos que usámos no nosso próprio estudo.

No texto “*A construção de um modelo de envelhecimento humano*”, Paúl (2005) refere que a *Satisfação com a Vida* e a *qdv geral* dos idosos muda associadamente com a alteração dos factores fundamentais no envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente as características comportamentais e pessoais, o Ambiente físico, as características sociais e económicas e o acesso aos Serviços Sociais e de Saúde.

Num estudo sobre a «*Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal*», Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2004) concluíram que quanto mais baixos são os resultados relativos à *solidão* ou à *insatisfação* e menores são os valores da Ansiedade e da Depressão e, ainda, mais positivas são as atitudes perante o envelhecimento, melhor é o nível da *qdv geral*. No estudo supra citado de Paúl *et al.* (2004) concluem que a *qdv geral* diminui à medida que a *idade* aumenta. Também no que respeita à relação entre a *idade* e a *qdv geral* os mesmos autores verificaram que os Domínios *Ambiental*, *Físico*, *Psicológico* e *Social* variam conforme os subgrupos etários no grupo dos idosos estudados (Paúl *et al.*, 2004).

Conclusões semelhantes obtiveram os mesmos autores supra, em 2005, no estudo sobre «*Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*», sendo nele a *idade* uma variável preditora da *qdv* nos Domínios *Físico* e *Psicológico* (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

Similarmente, segundo Garcia, Banegas, Perez-Regadera, Cabrera e Rodriguez-Artalejo (2005), ao aumento da *idade* correspondem níveis mais baixos de *qdv* no que se refere à *Saúde* em ambos os *géneros*. Ainda quanto à *idade*, Figueira, Figueira, Mello e Dantas (2008) asseguram que a *qdv geral* diminui com a *idade* à medida que diminuem as capacidades associadas aos Domínios *Físico*, *Social* e *Ambiental*, particularmente no que se refere as perdas de *autonomia* funcional e à diminuição das *relações sociais* e a participação em *actividades* comunitárias.

No que respeita à relação entre o *género* sexual e a *qdv geral*, Kirchengast e Haslinger (2008) investigaram as diferenças de género associadas à *qdv* entre idosos austríacos de ambos sexos, tendo concluído que as idosas participantes relatavam níveis mais baixos de *qdv* do que os idosos. As autoras justificam estes resultados por as idosas estarem mais dependentes de medicação, por se sentirem claramente menos seguras no dia-a-dia do que os idosos e por estarem menos satisfeitas consigo próprias do que eles (Kirchengast & Haslinger, 2008).

Complementarmente, segundo Sprangers *et al.* (2000), os baixos níveis de *qdv* estão relacionados com factores simultâneos como ser-se do género feminino e não ter parceiro, em associação ao baixo nível de escolaridade, ao reduzido rendimento e ter idade avançada. No mesmo sentido da relação entre o género sexual e a *qdv geral* antes referida, também para Kirchengast e Haslinger (2008), as idosas estão em desvantagem relativamente aos idosos no que se refere ao Domínio *Físico*, nomeadamente nos aspectos da *Saúde*, da *dependência* e da *mobilidade física*, independentemente da *idade* entre ambos os *géneros*. Também quanto à relação entre a *qdv* e o Domínio *Físico* e o *género*, ou seja, a *Saúde* multidimensional conforme se é homem ou mulher, Barreto, Giatti e Kalache (2004) verificaram que as idosas referem sofrer de mais doenças com excepção de cancro e da cirrose, tendo estas últimas duas patologias sido mais referidas pelos idosos.

Especificamente no Domínio *Físico*, Paúl *et al.* (2004) salientam que a *qdv física* varia conforme as *actividades da vida diária*, e relevam que são os idosos que se avaliam como tendo melhor *Saúde* aqueles que apresentam melhores níveis de *qdv geral*. Paúl *et al.* (2005)⁶⁰ obteriam posteriormente conclusões idênticas ao determinarem que a *qdv física* implica ter como preditores o nível de *autonomia*, a *idade*, a *educação*, a *percepção da Saúde* e o sentimento de *solidão*, o que explica 71% da variância daquele Domínio *Físico*.

No que respeita ao Domínio *Psicológico*, de acordo com Paúl *et al.* (2004), esta dimensão varia de acordo com o *estado civil* (ou seja, o nível de *qdv psicológica* é melhor nos idosos casados/união de facto), com o nível de *educação* e de *recursos financeiros* (isto é, idosos os mais instruídos e com mais dinheiro revelam melhor *qdv psicológica*) e com o *género* (os homens idosos apresentam o nível de *qdv psicológica* mais elevado do que as mulheres idosas). Aqueles autores, em 2005, concluíram que *qdv psicológica* tem como variáveis predictoras a *idade*, a *educação*, os *confidentes* e a *solidão*, a *percepção da Saúde*, o nível de *autonomia* e as *atitudes face ao envelhecimento*, elementos que no conjunto explicam 62% da variância do Domínio *Psicológico* da *qdv* (Paúl *et al.*, 2005).

⁶⁰ Neste estudo de 2005, foram considerados todos os domínios da *qdv* como variáveis dependentes e usaram como variáveis independentes a idade, o género, o nível de educação, o estado civil, a percepção dos aspectos da saúde, o nível de autonomia, o rendimento, a rede de suporte social e três domínios da *Satisfação com a Vida* (*Atitudes face ao envelhecimento*, *Agitação* e *Solidão*) (Paúl *et al.*, 2005).

Ainda quanto ao Domínio *Psicológico* e a *qdv*, Jakobson, Hallberg e Westergren (2004) referem que as mulheres idosas revelaram níveis menores de *qdv* do que os homens idosos, sendo tal diferença explicável pela maior exposição daquelas aos problemas físicos e mentais.

Segundo Paúl *et al.* (2004) o Domínio *Ambiental* está altamente correlacionado com todos os indicadores das *relações sociais*, na medida em que parece existir uma avaliação positiva do Ambiente, sustentada por múltiplas facetas de natureza relacional.

A propósito do Domínio das *Relações Sociais* estamos de acordo com Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) no que respeita à apreciação crítica dos idosos sobre os instrumentos WHOQOL-BREF de avaliação face ao aspecto *actividade sexual*, particularmente por esta dimensão ter sido reduzida ao mero acto sexual e não incluir as manifestações de afecto tais como a troca de beijos ou carícias. Salientamos que na aplicação de ambos instrumentos de avaliação WHOQOL-BREF e WHOQOL-Old que efectuámos, constatámos aquela mesma crítica por parte dos idosos participantes.

Relativamente à problemática “isolamento social” por nós já anteriormente abordada, a qual parece influir com grande relevância sobre a *qdv* dos idosos, refira-se que a *solidão* é o único aspecto da *Satisfação com a Vida* que surge como preditor da *qdv* em quase todos os Domínios, excepto na Domínio *Ambiental* (Paúl *et al.*, 2005).

Segundo Paúl *et al.* (2004) a dimensão *Relações Sociais* da *qdv* é variável conforme os *recursos financeiros*⁶¹, pelo que foi constatado que os idosos com mais dinheiro, independentemente do *género*, obtinham níveis mais elevados no Domínio *Relações Sociais* tal como no Domínio *Psicológico*; os níveis de *qdv social* são mais elevados nos idosos com mais *amigos* e com mais *actividades da vida diária*, contudo o domínio *social* não está globalmente associado ao nível de *educação* (Paúl *et al.*, 2004).

Algo semelhante será novamente comprovado pelos mesmos autores em 2005, ao concluírem que a *qdv social* tem como preditores os *amigos*, os *confidentes*, a *solidão* e o nível de *autonomia*, aspectos que explicam metade da variância naquele domínio (Paúl *et al.*, 2005). Segundo estes autores, no que concerne aos componentes da rede de suporte social, a variável *confidentes* parece estar associada a quase todos os

⁶¹ A boa situação económica parece ter uma correlação positiva com a *qdv social*, tal como as dificuldades financeiros afectam negativamente a *percepção* de Bem-Estar nos idosos (Jakobson *et al.* 2004), o que significará que os recursos económicos influenciarão a percepção da *qdv* dos idosos.

domínios da *qdv*, com exceção do Domínio *Físico*, sendo a variável *amigos* preditora da *qdv social* e da *qdv ambiental*⁶² (Paúl *et al.*, 2005).

Portanto, segundo os autores supra, a *educação* parece estar globalmente associado à *qdv geral* e aparece como preditor da *qdv física* e da *qdv psicológica*, ao passo que os *recursos financeiros* predizem a *qdv ambiental*, ou seja, a *qdv ambiental* varia positivamente ou negativamente conforme mais ou menos recursos financeiros.

No que toca à dimensão *Independência* é a que melhor consegue predizer a *qdv geral* já que este Domínio psico-físico-social parece estar associado a todas as restantes dimensões da *qdv*, mesmo que sobre cada uma destas tenha uma influência diferenciada (Paúl *et al.*, 2005).

Quanto à dimensão *Espiritualidade*, este domínio tem sido alvo de polémica e de discussão desde logo pelo uso conceptual do termo. Nesta temática, os autores não são consensuais: se por um lado Ribeiro e Pombeiro (2004) argumentam que a espiritualidade (nomeadamente a religiosidade) é um factor que contribui para a *qdv geral* dos idosos, por outro lado Molzahn (2007) concluiu que a *Espiritualidade* não era uma condição determinante para a *qdv geral* dos mais velhos. Como se vê, têm existido dificuldades na atribuição da relevância desta dimensão por forma a ser parte de um instrumento de avaliação transcultural aceite de modo satisfatório e universal por todas as religiões (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003).

O nosso entendimento sobre o sentido de *Espiritualidade* desenvolvido pelo WHOQOL-GROUP é de que se trata de uma dimensão que contempla um amplo espectro de emoções e crenças de natureza imaterial, nas quais estão subentendidas convicções pessoais místicas, não necessariamente religiosas, em que a etimologia do termo *religare* serve para religar os Homens a Deus. Note-se que precisamente por reconhecer a importância da dimensão espiritual na atribuição de significado perceptivo à *qdv*, a WHO incluiu a espiritualidade no âmbito dos domínios que devem ser considerados na avaliação e promoção de Saúde e da *qdv*.

⁶² Lopes (2004) verificou que na comparação entre idosos do meio urbano e do meio rural, nestes existia uma maior percepção de apoio social recebido, tendo igualmente observado correlações positivas entre a *qdv* e a satisfação com o apoio social mútuo (Lopes, 2004). A justificação apresentada pelo autor recai sobre as diferenças de organização laboral e no meio rural; julgamos nós que o autor se refira às características muito específicas quanto às práticas comunitárias, de parentesco e de vizinhança, que promovem ao maior reforço dos laços sociais, comparativamente aos idosos do meio urbano.

Por conseguinte, é nossa convicção de que o conceito de *Espiritualidade* assumido pelo WHOQOL-GROUP, para além da dimensão religiosa, contém uma significação da existência humana que transpõe aquilo que pode ser imediatamente compreendido, remetendo os indivíduos para questões como o *significado* e o *sentido da vida*, não forçosamente a partir da fé ou das práticas religiosas.

Tal como temos vindo a expor, pensamos que os estudos efectuados sobre o conceito de *qdv* têm sido complexos, demorados e não são finitos, pois não tem sido uma tarefa fácil estimar, medir e comparar um constructo multidimensional e transcultural. Contudo, o aumento da população idosa na população geral, assim como as especificidades associadas a este grupo etário indicam claramente que o caminho é prosseguir o trabalho científico neste âmbito, nomeadamente na melhoria e desenvolvimento de instrumentos eficazes para a aferição da *qdv*, seja na população em geral ou noutros grupos em particular, como é o caso do grupo etário dos idosos.

Sabe-se que além da deterioração física própria da senescência⁶³, muitos idosos são perturbados ao longo do processo de envelhecimento por perdas relativas a aspectos tais como, por exemplo, a auto-estima, a auto-eficácia, os afectos inter-relacionais ou o apoio social. Por conseguinte, sejamos claros: a degeneração senescente é uma realidade que muitos menosprezam por defesa psíquica ou puro desconhecimento dos factos e das situações concretas, da vida dos idosos e dos seus familiares, só disso tomando consciência quando situações dolorosas nos atingem ou às pessoas que nos estão próximas.

O cliché “*nenhum Homem é uma ilha*”, se em boa verdade pode fazer sentido simbólico quando o destinatário é o indivíduo no sentido abstracto da existência relacional, não deixa de ser mais apropriado quando aplicado à população idosa, cujas especificidades senescentes podem levar a casos de Depressão, Stresse, Demência, abandono e isolamento social, sentimentos crónicos de profunda tristeza, desesperança e de solidão, maus-tratos e dependências várias, apenas para citar algumas situações comuns que implicam o apoio sócio-familiar ou institucional.

⁶³ Vide Item 2.1 do Capítulo I

Se o estudo e a avaliação da *qdv* têm demonstrado a sua utilidade em vários grupos e aspectos da vida humana, são realmente importantes para a avaliação de múltiplos aspectos e dimensões na população idosa com um intuito subjacente: a compreensão da multiplicidade inerente a esta fase da vida assim como a definição de estratégias de intervenção e de apoio mais bem direccionadas e mais eficazes. Contudo, neste âmbito, ainda foram criados poucos instrumentos de avaliação da *qdv* (assim como de outras dimensões) tendo como destinatário a população idosa. Neste âmbito é habitual encontrar-se estudos nos quais toda a população é constituída por idosos aos quais são aplicados instrumentos de utilização universal, geralmente elaborados e validados para segmentos populacionais de outras faixas etárias, ao invés de serem utilizados específicos para este grupo populacional.

Para finalizarmos este item, resta-nos efectuar uma referência quanto ao modo de aplicação dos instrumentos de medida à população idosa. Nesta área, há que ter em consideração alguns aspectos tais como dificuldades de leitura, de audição ou de interpretação de conceitos, já que são factores que podem dificultar a aplicação das medidas de auto-avaliação. No que concerne a esta matéria, pensamos que a contenção de tais obstáculos deve não apenas estar patente no rigor e adequabilidade do conteúdo dos instrumentos como também deve ser complementada pela disponibilidade proactiva dos entrevistadores, seja pela clareza linguística da explanação no caso de passagem acompanhada do instrumento ou no cabal e isento esclarecimento de cada questão sempre que haja uma réstia de dúvida por parte do entrevistado. Como vimos, a avaliação da *qdv* é complexa e existe uma significativa multiplicidade de domínios a serem medidos na população idosa os quais incluem diversas facetas da saúde senescente que influenciam, positiva ou negativamente, aspectos variados tais como a funcionalidade e a autonomia, a condição física e psíquica (mental e emocional), a satisfação com a vida e as necessidades de apoio social, entre outros (Bowling, 2001).

Pelo exposto decorre a necessidade de serem (re)constituídos os instrumentos de avaliação multidimensional da *qdv*, por forma a serem capazes de aferir com fiabilidade e eficácia a variabilidade e especificidade dos aspectos existentes nos diferentes indivíduos que constituem o segmento populacional idoso. Só assim, com base em dados fiáveis e estudos completos, a Sociedade poderá reagir ajustando-se e adequando respostas eficazes de apoio e de inclusão social que possam viabilizar os bons níveis de *qdv* na população idosa.

2.3 - Aspectos significantes da *qualidade de vida* nos idosos.

Principalmente a partir dos meados do último século, tal como sucedeu com o contingente populacional mundial, também a *esperança média de vida* aumentou para níveis nunca antes observados⁶⁴ devido a factores relacionados com a tremenda evolução científica ocorrida aos níveis tecnológico e biomédico e, igualmente, por factores atribuíveis ao progresso sócio-económico e cultural.

Se considerarmos a História da Humanidade, actualmente sabe-se que a nossa espécie beneficiou de um acréscimo extraordinário na sobrevivência dos indivíduos, a qual nos coloca perante questões qualitativas para além da mera constatação do sucesso quantitativo: qual a *qdv* que pode resultar desse notável incremento da duração média do tempo de vida de uma pessoa? O que sucede quanto aos aspectos psicofisiológicos e bio-funcionais dos longevos? Quais as consequências inter-relacionais e geracionais, sócio-económicas e de sustentabilidade nas Sociedades envelhecidas? Ao acréscimo dos anos vividos corresponderá uma melhor qualidade existencial?

As respostas àquelas questões, tal como a outras perguntas que se colocam nesta temática, urgem não apenas perante o actual envelhecimento populacional (seja no caso português como também da maioria dos países desenvolvidos) como também assumem crucial relevo face às estimativas demográficas para as próximas décadas. Adicionalmente, os estudos nesta área permitem a facultação de soluções que promovam a *qdv* na etapa final da vida das pessoas e tal não é de somenos importância.

A Ciência e a experiência clínica têm-nos demonstrado que não são incomuns a situações em que a longevidade pode ser problemática na medida em que acarreta consequências sobre diferentes dimensões da vida (ambiental, física, psíquica, económica, social e cultural). Aquela também parece ser o panorama vislumbrado por Figueira *et al.* (2008) ao concluírem que à medida que se sucedem as perdas de autonomia, de actividade e de participação social associadas ao aumento da idade, diminui simultaneamente a *qdv* dos idosos. Com efeito, torna-se cada vez mais evidente na Sociedade contemporânea que viver mais anos pode ter implicações na *qdv* dos longevos, nem sempre positivas, tais com as consequências depressivas e ansiosas⁶⁵ bem como as referentes à exclusão social, tantas vezes marcada pelo abandono familiar.

⁶⁴ Vide Item 2.5 do Capítulo I

⁶⁵ Vide Item 2.2.2 do Capítulo I.

De certa forma, a longevidade também trouxe consequências que influenciam a *qdv* de outras faixas etárias da população, nomeadamente nos familiares próximos e cuidadores dos idosos dependentes⁶⁶. No campo específico da geriatria, a problemática da *qdv* também surge com particular importância, muito por causa de aspectos de ordem ética e prática, entre os quais se encontra a discussão acerca da legitimidade e oportunidade de prolongamento a todo o custo da vida dos idosos, nomeadamente as situações comatosas e vegetativas. Trata-se de um tema sensível e altamente emocional.

Contudo, tão ou mais grave parece-nos a constatação que não são raros os casos em que a extensão dos anos de *sobrevida*, graças aos avanços biomédicos e tecnológicos, pode significar o correspondente acréscimo de anos de intenso sofrimento, tanto para esses gerontes como para os cuidadores (particularmente os familiares), padecimento que resulta da crescente dependência, da diminuição das funções fisiológicas e neuro-cognitivas, factores degenerativos especialmente marcantes ao longo do desenvolvimento irrecuperável das síndromes demenciais.

Só quem nunca visitou - com tempo e observação atenta - as alas de internamento dos hospitais, as divisões para acamados das ERPI⁶⁷ ou os estabelecimentos da RNCCI⁶⁸ é que pode ficar alheio à dramática realidade que acabámos de expressar nos parágrafos anteriores.

No decorrer da nossa investigação de campo, em resultado da interação comunicacional de proximidade que estabelecemos com os sujeitos-idosos-alvo do nosso estudo, foram abundantes os comentários daqueles sobre as suas próprias percepções acerca dos múltiplos aspectos constantes nos instrumentos de medida para a avaliação que aplicámos⁶⁹, inclusivamente naqueles meios especialmente direccionados para a avaliação da *qdv*.

Podemos agora afirmar que, nos diálogos que estabelecemos com os idosos após a passagem dos testes (muitos enriquecedores pela sagesa que continham), houve um aspecto transversal e claramente valorizado por todos eles: a importância da *boa Saúde* assim como do bom nível de *independência funcional*.

⁶⁶ Sobre o tema, recomendamos o interessante estudo de Patrícia Alexandra Simão, intitulado “*Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário*”, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, defendida em 2009 na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

⁶⁷ Vide Item 2.1 do Capítulo IV.

⁶⁸ Vide Item 2.3.2 do Capítulo IV.

⁶⁹ Vide 3ª Secção do Capítulo VI.

A este propósito, ao nível biológico mas também psíquico, os idosos são propensos a potenciais alterações do estado de Saúde⁷⁰ que poderão influenciar a sua *qdv* (Fernandes, 1996). Idêntica opinião têm Garcia *et al.* (2005), ao concluírem que a Saúde, quando relacionada com a idade avançada, está geralmente associada a níveis mais baixos de *qdv*. No mesmo sentido, de acordo com Bowling (2001), os idosos, quando comparados com indivíduos mais jovens, dão maior importância aos aspectos relacionados com a Saúde. Nesta temática salientamos que a boa Saúde ao longo do processo senescente, é tida como valiosíssima por permitir a longevidade com baixa morbilidade e, também, por possibilitar oportunidades para vivências com múltiplos momentos de Bem-Estar, sendo uma dimensão vital (contudo não exclusiva⁷¹) à boa *qdv* durante o envelhecimento.

Lembremos também que o estado de Saúde influencia fortemente a percepção sobre a *qdv geral* (Paúl *et al.*, 2004) e pode acarretar modificações sócio-económicas e de estatuto, entre outras. Os múltiplos aspectos inerentes às patologia(s) crónica(s) reflectem-se na restrição de movimentos, na dor crónica, na dependência ou no isolamento social e têm implicações negativas a vários níveis, inclusivamente no estatuto laboral, com a consequente perda do poder aquisitivo (Paúl *et al.*, 2005).

O estado da arte tem evidenciado que perante a redução da adaptabilidade biológica e da diminuição da velocidade de regeneração tecidual associada à senescência (com a consequente redução das reservas fisiológicas de todos os órgãos e sistemas que afectam negativamente o estado de Saúde) ocorrem, frequentemente, restrições concomitantes no funcionamento biossocial geral com efeitos variáveis, de indivíduo para indivíduo, na adaptabilidade perante o processo de envelhecimento.

Contudo, também são muitos os casos em que os indivíduos envelhecem com bons níveis de autonomia, de funcionalidade e de independência, com participação social e comunitária, com boa *resiliência* e auto-estima, em evidente demonstração de que o envelhecimento é individualmente variável e pode decorrer activamente e com adaptabilidade.

⁷⁰ Como vimos no Capítulo I, com o avanço da idade é normal a manifestação de sintomas de saúde física mais graves, persistentes e com graus diferenciados de incapacidade, tais como a osteoartrite e os comprometimentos ortopédicos e de locomoção, as patologias cardiovasculares, a diabetes, as dificuldades visuais e auditivas, entre outras.

⁷¹ Em 1990 Fallowfield refere que existem eventos essenciais relacionados com o envelhecimento, os quais acarretam dificuldades psicossociais e afectam profundamente a qualidade de vida, de entre os quais destaca o definhamento físico e psíquico, a aposentação e o luto.

Muitos casos de boa *qdv* nos idosos foram viabilizados por um largo espectro de condições civilizacionais (nas quais podemos incluir o natural apuramento genético ao longo de gerações) evidenciadas pela enorme influência dos progressos tecnológicos e da biomedicina ou dadas pelas garantias de protecção social associadas aos valores culturais e humanos especialmente benéficos para os indivíduos mais indefesos. Algumas daquelas condições, nomeadamente as de cariz sócio-ambiental, são apanágio da evolução civilizacional ao longo de milénios⁷² e, particularmente, no último século, apesar dos sobressaltos políticos e ideológicos⁷³.

Das antigas limitações ao bom envelhecimento até aos notáveis progressos científicos e culturais contemporâneos, os quais permitiram dilatar massivamente a existência humana para além de limites nunca antes alcançados, resulta o actual interesse no estudo e na avaliação da vida dos indivíduos quer sejam novos, adultos ou, particularmente na área que elegemos como alvo do nosso estudo, sejam pessoas idosas. Tal interesse reside especialmente na aturada pesquisa das circunstâncias actuais e das condições futuras que possam proporcionar uma boa (ou melhorar a) *qdv* na velhice (Fleck *et al.*, 2003; Paúl *et al.*, 2005).

De acordo com Santos, Santos, Fernandes e Henriques (2002), na medida da boa *qdv* dos mais velhos, devem ser considerados um somatório de aspectos de natureza biológica, psicológica, social e estrutural, já que são variados os factores determinantes para os níveis de *qdv* na velhice: a Saúde (biofisiológica e psíquica, na qual se inclui o controlo cognitivo), a longevidade, a *Satisfação com a Vida*, as competências sociais, os níveis de produtividade, a dinâmica dos papéis familiares e das actividades ocupacionais assim como as relações com parentes, amigos ou vizinhos. Naquele sentido, concordamos com a proposição de que a *qdv* dos idosos parece resultar da conjugação equilibrada entre a ausência de doença (atestada pelo bom funcionamento físico e cognitivo) e o adequado apoio social (Hortelão, 2003).

⁷² A este respeito existem referências textuais de que, em Esparta, quando nascia uma criança, não era o seu pai que decidia se iria criá-lo ou não. O recém-nascido era levado ao lugar onde se reuniam os mais velhos, que o examinavam. Se fosse sadio e robusto, podia ser criado pelos pais. Se, ao contrário, fosse fraco e deficiente, era lançado no precipício ou abandonado no Monte Taigeto. O infanticídio era comum na Grécia antiga, mas Esparta era a única a praticá-lo colocando a decisão nas mãos do Estado, e não na dos pais. Julgavam que isso era melhor para a criança e para o Governo (Plutarco in *Vidas Paralela - Vida de Licurgo de Esparta*; Xenofonte. *Económico*).

⁷³ Não nos esqueçamos dos horrores destinados aos velhos e aos deficientes nos campos de concentração criados para o extermínio dos “seres inferiores” propagandeada pela tenebrosa ideologia racial Nazi.

A variedade de elementos associados à *qdv* é também realçada por Paúl (2005). Para a autora, a *qdv* e a *satisfação com a vida* dos idosos são modificáveis na medida em que se alteram os factores determinantes no *envelhecimento bem-sucedido*: a Saúde, os hábitos comportamentais e o Ambiente.

Pelo exposto decorre a nossa concordância com Fernández-Ballesteros (2000), quando a autora defende que a maior ou menor *qdv* dos idosos resulta fortemente das circunstâncias e do contexto em que vivem, dependendo ainda do género, do estatuto social e do estilo de vida, principalmente quando é considerada a longo prazo a conjugação de todos aqueles factores. No que concerne às representações dos idosos sobre a significação de *qdv*, Silva (2003) concluiu que incidem sobre as dimensões relativas à autonomia, à Saúde física e psicológica, à independência funcional, às relações sociais e familiares, aos aspectos económicos, do meio-ambiente e da cidadania e também sobre religiosidade e a transcendência.

Quanto a Fleck *et al.* (2003), entre os idosos que estudaram existe a percepção de múltiplos elementos associados à *qdv*, entre os quais salientam, por serem consensuais, a boa Saúde, dinamismo físico, o contacto inter-relacional, o apoio social mútuo e os sentimentos de pertença e de utilidade comunitária, daqui podendo ser concluída a significação multidimensional da *qdv*.

Para os sujeitos idosos da investigação efectuada por Fernandes (1996) as circunstâncias facilitadoras da sua *qdv* reportavam-se aos recursos financeiros suficientes para as suas necessidades, assim como à obtenção do apoio familiar, médico, social e espiritual. Na investigação supracitada o autor refere que outros aspectos foram igualmente valorizados pelos idosos como predisponentes à boa *qdv*: a autonomia funcional, a aprendizagem sobre como viver bem na idade avançada, a auto-estima, o Bem-Estar psicológico e espiritual, as relações sociais de boa vizinhança e de ajuda mútua e continuarem a morar nas suas residências o maior número de anos possível.

Chegados aqui, e por ser um elemento nuclear no nosso estudo, salientamos que aquela vontade manifestada pelos idosos (o desejo de continuarem a habitar em suas casas até ao limite do exequível) também foi constatada por Pimentel (1995) e, igualmente, por Paúl *et al.* (2005) ao referirem que a maioria dos idosos que se encontrava a residir nas suas casas revelaram a intenção de manter a sua independência em relação aos seus familiares e o desejo de continuar a viver em suas casas o mais tempo possível.

Por outro lado, Fernandes (1996) refere que, como situações que dificultavam ou agravavam a sua *qdv* os idosos indicaram o internamento em Lares (ERPI), o risco de dependência (devido a problemas de Saúde), a perda de autonomia e a falta de respostas adequadas dos serviços de saúde e do apoio social, bem como os sentimentos de perda (por afastamento ou morte de entes queridos) e, também, morarem sozinhos⁷⁴.

Os obstáculos relativos à *qdv* com que os idosos se deparam ao longo do envelhecimento não estão somente relacionados com factores físicos e psicológicos funcionais ou estão associados com as perdas sucessivas que também sucedem em diversos aspectos sociais e ambientais (relacionais ou de estatuto, materiais e naturais). Tais impedimentos adicionais à *qdv* dos idosos, sendo muitas vezes subtis ou tidos como adquiridos, resultam analogamente de várias prenoções discriminantes que dificultam e impedem a plena integração na comunidade desta faixa populacional, cujos direitos de cidadania plena são frequentemente ignorados ou ostensivamente reduzidos sem que os próprios reajam ou disso se apercebam.

Se prestarmos a devida atenção aos pormenores do dia-a-dia estamos, portanto, permanentemente perante múltiplas discriminações, muitas delas inconscientes, fortemente enraizadas na percepção social, não sendo raro que as representações sociais sobre os idosos estejam amiudadamente denotadas por significações pejorativas, nas quais os idosos sejam tidos como indivíduos assexuados, infantis, débeis, dependentes ou esquecidos (Rebelo, 2007) e associados à demência ou à senilidade (Fernandes, 1996), entre outras percepções sociais estereotipadas:

Do antigo Egito ao Renascimento, vê-se que o tema da velhice foi quase sempre tratado de maneira estereotipada; as mesmas comparações, os mesmos adjectivos. Os clichês perpetuam-se, em parte porque o velho sofre um imutável destino biológico. Mas também, não sendo agente da História, o velho não interessa, não nos damos o trabalho de estudá-lo em sua verdade (Beauvoir, 1990: 200).

⁷⁴ A este propósito, concomitantemente ao agravamento do envelhecimento populacional português, continua a aumentar a quantidade de idosos a viver sozinhos ou isolados. Segundo os dados da *Operação Censos Sénior 2015*, no território nacional foram identificados naquela situação, em 2015, cerca de 39.216 idosos, mais 5.253 do que em 2014. Desde de 2011, ano em que foram sinalizados 15.596 idosos, este contingente não deixou de aumentar, tendo mais do que duplicado em ao longo de cinco anos: 23.001 em 2012, 28.197 em 2013 e 33.963 em 2014 (GNR, 2014; 2015).

Por muito que o *establishment* político-social insista em negar a evidência ao mesmo tempo que apregoa princípios e boas intenções politicamente correctos, em boa verdade as sociedades ocidentais mantêm de facto amplamente generalizados imensos preconceitos⁷⁵ para com essa faixa etária, prenoções essas que dificultam, de variadas formas e situações, a vida dos idosos sobretudo a vivência existencial dos indivíduos que aceitam tais atribuições estereotipadas como inevitáveis, acabando por se subvalorizar ou por agir conforme o papel social que julgam que se espera deles.

Tais prenoções sociais impedem a distinção entre os diferentes graus de envelhecimento, propiciam à confusão nocional comum entre a normal senescência ou patológica senilidade, provocam a desvalorização dos sintomas relevantes⁷⁶ e entram tratamentos ou, ainda, impedem comportamentos inerentes à liberdade dos próprios idosos o que pode, respectivamente, reforçar a diminuição das capacidades e/ou acelerar negativamente as perdas multidimensionais e, inclusivamente, levar à limitação forçada de vontades, desejos e/ou direitos dos cidadãos mais velhos.

Portanto, se considerarmos que as múltiplas características do envelhecimento (quando associadas ao contexto sócio-cultural discriminante) podem dificultar a percepção da *qdv* neste particular grupo etário, parece-nos evidente a conclusão de que os estereótipos a que nos referimos (sejam eles conscientes ou inconscientes, subtis ou insolentes) também influenciarão negativamente a *qdv* dos idosos.

Na maioria dos casos e para a grande maioria das pessoas, a discriminação e os estereótipos constituem uma contrariedade à plena obtenção de uma boa *qdv*, quanto mais não seja porque as atitudes preconceituosas são um ataque intolerável aos direitos de cidadania e à dignidade humana devendo, por isso, ser inteiramente banidos (não só dos hábitos sociais como também das práticas profissionais, onde são frequentes ocorrer). Tal desígnio, ainda que utópico, só pode ser alcançado através do debate, da formação e da educação (a começar pelos jovens) para que seja possível ampliar a tolerância à variabilidade individual e a compreensão do envelhecimento como um processo normal no decorrer da vida, desde da concepção até à morte.

⁷⁵ Por exemplo, o *idadismo* (*ageism*) ou a qualificação dos idosos como pessoas antiquados, inferiores, inábeis, doentes, hiperocríticos, inflexíveis, ascéticos, inadaptáveis, infantis, obstinados, frágeis, rabugentos, improdutivos, impotentes, decrépitos, dementes, tristes, socialmente desajustados, dispendiosos e outros estereótipos depreciativos.

⁷⁶ Por exemplo, a Artrite, a Incontinência ou a Ansiedade e a Depressão.

Para finalizarmos esta 2ª Secção, regressemos ao contexto em que desenvolvemos a nossa investigação: foi frequente escutarmos da parte dos idosos, mais nuns do que noutro, verbalizações sob a forma de lamentações, sentimentos de desesperança e de descrença, de desconfiança e de apreensão, de ausência de motivação ou de falta de perspectiva sobre o seu papel na etapa da vida em que se encontravam. Contudo, também nos deparámos com muitos sujeitos que manifestavam contentamento e satisfação com a sua vida, inclusivamente com a última fase que estavam a vivenciar, dando a impressão que não havia uma dissociação no seu *continuum* existencial.

Salientemos ainda que, em geral, ao longo do nosso estudo constatámos a existência de factores determinantes para percepções da boa e da menos boa *qdv*, particularmente nas avaliações mais ou menos positivas que os idosos faziam sobre o passado de juventude até à velhice actual, da evolução do estado de Saúde, da independência funcional e da liberdade de acção, das relações que existiam (ou não) com familiares, amigos/vizinhos, e inclusivamente das considerações pessoais sobre o papel social que haviam desempenhado e que ainda realizavam, ou que ainda podiam cumprir na comunidade.

Por conseguinte, a partir da revisão da literatura e da nossa própria experiência de campo com os sujeitos-idosos-alvo da nossa investigação, tivemos oportunidade de aprender e compreender que:

- 1) As pessoas gostariam de viver mais tempo desde que essa longevidade represente uma vida com boa qualidade ambiental e de Saúde;
- 2) O processo de envelhecimento é heterogéneo e existem imensas situações intermediárias entre dois pólos opostos da percepção sobre a *qdv*;
- 3) São as dimensões fisiológicas, da personalidade, da consciência existencial, da capacidade relacional, do estilo vivencial e do ambiente residencial e sócio-cultural (e não *per se* a idade cronológica na velhice) que parecem justificar, em grande parte, as diferenças perceptivas da *qdv* entre os idosos.

CAPÍTULO III

O ESPAÇO AMBIENTAL E O ENVELHECIMENTO

1 - A Psicologia Ambiental na compreensão da percepção da *qualidade de vida*.

Desde que se emancipou como Ciência Humana, a Psicologia concretizou avanços significativos em colaboração com áreas do conhecimento aparentemente distantes tais como a Arquitectura, o Direito ou a Política. Nesse percurso de cooperação interdisciplinar, a Psicologia tem-se especializado de tal modo que, actualmente, são centenas as linhas teóricas e áreas de estudo a que se dedica.

Por via dos estudos sobre os aspectos psíquico-comportamentais relacionados com o entorno ambiental, os quais incluem a análise correlativa entre as percepções dos sujeitos e os espaços¹ (quer sejam naturais ou resultantes da intervenção humana), e a investigação sobre os níveis de bem-estar na interdependência com o Ambiente², tem sido desenvolvida, desde os meados do século XX, uma nova área da Psicologia actualmente denominada como Psicologia Ambiental (ou Psicologia do Ambiente), a qual tem como objecto principal a interacção entre o Homem e o Ambiente.

Segundo Gifford (2002), o primeiro autor a utilizar a denominação Psicologia Ambiental foi Egon Brunswick em 1943, no ensaio *Organism Achievement and Environmental Probability*. De forma visionária nessa época, Brunswick sustentou a tese de que a ciência psicológica deveria atribuir tanta atenção às propriedades do Ambiente em que os indivíduos viviam como aos próprios sujeitos cujo comportamento estudava (Brunswick, 1943). No referido ensaio, transparece que o ponto de vista de Brunswick terá sido bastante influenciado pelo pensamento *Gestalt*, em particular pela *Teoria do Campo Psicológico* de Kurt Lewin (1935), uma teoria da motivação fenomenológica que atribui muita importância à percepção individual tendo subjacente que, no estudo do comportamento humano, mais importante do que compreender a realidade é compreender a *percepção* que o indivíduo tem da sua realidade; neste âmbito, Lewin (1935) defendia que as variações pessoais do comportamento humano em relação à norma são condicionadas pela tensão entre as percepções que o Homem tem sobre si e a ambiência em que se insere (i.e., o espaço vital), a qual será por si percebida como a realidade psicológica.

¹ As noções de *espaço* e *lugar* ocupam uma posição central na compreensão das relações do homem com o Ambiente (Günther, Pinheiro & Guzzo, 2004).

² O termo Ambiente (ou o meio-ambiente) inclui o ambiente natural (floresta, montanha, rios, etc.), abarca as estruturas físicas edificadas pelo homem (casas, Aldeias, etc.) e as inter-relações sociais dentro de ambas realidades de origem natural e humana (Aragonés & Amérigo, 1998).

Cabe à *Teoria do Campo Psicológico* a honra de ter sido uma das primeiras teorias psicológicas a destacar o comportamento humano como um resultado quer de factores fenomenológicos individuais como de factores ambientais (Lewin, 1935), suscitando a atenção para a importância da investigação sobre o meio-ambiental nos estudos sobre o comportamento humano, nomeadamente nos grupos sociais. Para Esteves (1986), a Kurt Lewin “(...) se deve o trabalho precursor da *action-research*, uma acção de nível realista continuamente seguida pela objectiva reflexão autocrítica e por uma avaliação dos resultados, assente no triângulo investigação-acção-ensaio, sendo a base da compreensão dos seus objectivos.” (Esteves, 1986: 265). Com efeito, Lewin (1935) foi um pioneiro da acção investigadora acompanhada por uma reflexão objectiva e auto-crítica e, complementarmente, por uma avaliação dos resultados assente na verificação experimental, contributo aliás também legado à Psicologia Ambiental³.

Do ponto de vista da memória histórico-científica, quando analisamos a literatura mais aprofundadamente, outros autores alegam a existência de uma Psicologia do Ambiente original que surgiu no primeiro terço do século XX, anterior e distinta da Psicologia Ambiental que se destacou no início dos anos 40 e que se estabeleceu a partir dos anos 60 e 70 (nestas décadas já mais focalizada na orientação arquitectural como resposta a uma necessidade social emergente) e também distinta da Psicologia Ambiental prevalecente nos anos 80 e 90 (que surgiu como resposta às problemáticas sociais, estando mais orientada para a sustentabilidade ecológica).

Ainda quanto à génese da Psicologia Ambiental, no *Handbook of Environmental Psychology*, Kruse e Graumann (1987) alegaram a existência de uma pioneira Psicologia do Ambiente de origem alemã, vinculada a Hellpach⁴, prosseguida por G. Simmel, W. Stern, M. Jahoda e pelos irmãos Munchow⁵ (também eles teóricos na dianteira da Psicologia do Ambiente germânica), linha teórica cuja continuidade foi dramaticamente interrompida com o advento da II Grande Guerra Mundial.

³ Paradoxalmente, tendo sido um teórico importante na história do desenvolvimento desta área e das próprias ciências sociais, Lewin não efectuou quaisquer investigações de relevo no âmbito da Psicologia Ambiental, tendo tão-somente conceptualizado noções metodológicas teórico-práticas relevantes que, depois, foram nela aplicadas (Carneiro & Bindé, 1997; Gifford, 2002).

⁴ Professor Alemão que, em 1911, publicou um livro denominado *Geopsyche*, no qual defendia a influência do meio geográfico e atmosférico no comportamento (Kruse & Graumann, 1987).

⁵ Autores do *Der Lebensraum des Großstadtkindes (O espaço de vida da criança urbana)*, publicado em 1935 (Kruse & Graumann, 1987).

Portanto, no que concerne às origens desta área do conhecimento humano parece-nos mais justo afirmar que W. Hellpach, M. Jahoda, M. Muchow, H. Muchow, G. Simmel, W. Stern e, posteriormente, os seguidores heterodoxos da *Gestalt*, tais como E. Brunswick e K. Lewin, podem ser considerados como os fundadores da Psicologia Ambiental.

Na década de 70 e seguintes do século XX, com o advento de uma nova consciência ecológica muito influenciada por questões de índole política, a Psicologia Ambiental ganhou relevância no meio científico através da pesquisa de novas formas de acção e da produção de investigações no âmbito das relações entre os sujeitos, os ambientes físicos e os problemas ambientais (De Young, 1999). A partir dos anos 70 a inter-relação entre a *Pessoa*⁶ e o *Ambiente*, numa afinidade de influência recíproca, assumir-se-á como uma área central para a Psicologia Ambiental.

Desde aquela época até aos nossos dias, passou a ser muito valorizada a perspectiva de que tanto as pessoas alteram o Ambiente, assim como o entorno ambiental interfere no comportamento dos seres humanos.

Em síntese: como área emergente da Psicologia e constituindo um instrumento de análise relevante para o nosso estudo, podemos considerar que o estudo da dinâmica inter-relacional do comportamento humano com o entorno ambiental em que se insere, ou seja, a relação recíproca entre a *Pessoa* e o *Ambiente*, constituiu-se como o objecto central da Psicologia Ambiental.

Por conseguinte, considerada como *Psicologia do Espaço*, a Psicologia Ambiental analisa a conduta humana nos contextos ambiental e social, ao mesmo tempo que investiga a inter-relação entre o Ser Humano e o Ambiente, atribuindo uma relevante importância ao comportamento, às percepções e às representações ambientais. Neste propósito Günther *et al.* (2004) concluíram: “A noção de espaço e lugar ocupa uma posição central na compreensão das relações do homem com o seu ambiente. (...) Trata-se, portanto, de uma posição nova, uma diferente e mais consistente maneira de entender o desenvolvimento humano e social.” (Günther *et al.*, 2004: 7-14).

⁶ Na enunciação do constructo da Psicologia Ambiental é fundamental o uso do conceito *Pessoa*, porque nele se inclui as características afectivas, cognitivas, culturais e históricas, assim como as identidades, social e individual, envolvidas no estudo das relações humanas entre si e com o ambiente (Bassani, 2004).

Mais recentemente, a Psicologia Ambiental tanto investiga os efeitos das condições ambientais e estruturais sobre os comportamentos humanos como, também, estuda o modo como as pessoas percebem as condições do meio-ambiente (natural e físico) e, conseqüentemente, como agem individualmente entre si no (e com o) Ambiente em que coexistem.

Tal como a Psicologia em geral, também a Psicologia Ambiental possui um longo passado mas uma breve história; as semelhanças também convergem no que concerne à sua colaboração com outras áreas do conhecimento científico: “Os temas que tratam da relação recíproca entre pessoas e Ambiente encontram-se não apenas na Psicologia Ambiental mas também na Educação Ambiental, na Ergonomia, Geografia Humana/Social, no Planeamento Urbanístico, na Arquitetura, entre muitas outras.” (Günther *et al.*, 2006: 12-13).

Com um ponto de vista semelhante, Moser (2005) alega que a Psicologia Ambiental deve estudar o Ambiente conjuntamente com a análise dos comportamentos e das percepções individuais (e comunitárias) quando inseridas aos *contextos físicos e sócio-comunitários* em que tais processos ocorrem.

Neste âmbito, Moser (2005) classifica em quatro níveis as relações entre a(s) pessoa(s) e os respectivos contextos ambientais:

i) *nível individual*: o espaço privado ou o microambiente (o local de trabalho, o alojamento, a moradia, a propriedade privada, etc.);

ii) *nível da vizinhança-comunidade*: os ambientes compartilhados entre as pessoas ou os espaços semipúblicos (o bairro, os blocos de apartamentos, os condomínios, o lar de idosos, os parques de lazer, etc.);

iii) *nível indivíduo-comunidade*: os ambientes públicos, a paisagem, os espaços intermediários (a povoação, a vila, a cidade, o campo, a praia, etc.);

iv) *nível social*: o meio-ambiente global, na sua totalidade, que abarca tanto o ambiente construído como o ambiente natural (recursos de uma região ou país, etc.). Segundo o mesmo autor, adjuntas a esta classificação pormenorizada, existem ainda mais quatro dimensões na inter-relação pessoa-ambiente, conferindo-lhe complexidade e dinamização: as dimensões física e temporal, social e cultural (Moser, 2005).

Isto significa que, para a Psicologia Ambiental, os factores naturais e edificados, individuais e sócio-culturais interagem mutuamente, ou seja, estão inter-relacionados.

Pelo exposto, concordamos com Ferreira (1997) quando o autor argumentou que a percepção ambiental associada à cognição ambiental, o stresse ambiental e as atitudes pró-ambientais são também exemplos do amplo campo de estudo a que se tem dedicado a Psicologia Ambiental contemporânea, elementos temáticos que nos interessam sobremaneira no estudo residencial institucional que nos propusemos efectuar.

Vários autores que dissertaram sobre a Psicologia Ambiental são da opinião de que a educação ambiental é a solução mais efectiva para a prevenção ou solução dos problemas ambientais, pelo que têm sustentado a necessidade de consciencializar a população de que as condições do ambiente, a que se acrescem os hábitos do dia-a-dia, possuem um efeito não negligenciável na vivência da qualidade ambiental (Bassani, 2001; Moser, 2005; Wiesenfeld, Sanchez & Cronick, 2002). Isso mesmo é aplicável nos espaços institucionais residenciais para os idosos que foram alvo do nosso estudo.

Sobretudo as investigações desenvolvidas por Bassani (2001) sobre *qdv*⁷ e o *stresse* revelaram uma estreita relação entre diversas condições fundamentais para a *qdv* nas cidades e os problemas humano-ambientais. Entre tais factores encontram-se a poluição (atmosférica, sonora e visual), a excessiva densidade populacional, o congestionamento do trânsito, a insegurança, a ausência de espaços verdes, o desordenamento urbanístico e as limitações na qualidade arquitectónica, a ausência de silêncio, a escassez do tempo, a diminuição das relações de proximidade afectiva e de vizinhança, entre muitos outros aspectos.

De modo semelhante, Moser (2005) defendeu que o *bem-estar percebido* depende do envolvimento com o território e, concomitantemente, dos processos de identidade, argumentando que a maneira como as pessoas, em consciência, interagem com o Ambiente e entre si nele contribui para o seu próprio Bem-Estar⁸, ponto de vista com o qual concordamos. Acresce que pormenores tais como os estímulos provocados pelas cores, sons, odores, texturas e sabores e demais elementos do quotidiano ambiental podem suscitar em quem os experimenta as mais diferentes sensações, as quais geralmente são psiquicamente codificadas tendo em conta não apenas as determinantes inatas ou as condições do momento mas também, sobretudo, as experiências anteriores e as aquisições culturais obtidas no meio familiar e social.

⁷ Tema por nós abordado na 2ª Secção do Capítulo II.

⁸ Tema por nós abordado na 1ª Secção do Capítulo II.

Por conseguinte, não sendo despreciados os múltiplos componentes materiais do quotidiano ambiental e as emoções que provocam e sendo, também, relevantes outros factores tais como a faixa etária, o padrão sócio-económico, a origem étnica e cultural, os dados antropométricos e de Saúde e demais aspectos que tornam cada pessoa um ser único e capaz de perceber a realidade de modo único e idiossincrático, podemos equacionar a múltipla influência ambiental sobre as percepções individuais, nomeadamente sobre o *bem-estar ambiental* e, também, sobre a *qdv*.

Há ainda que referir que parece existir entre os Humanos e o Ambiente um retorno psíquico que parece influenciar a vivência no próprio plano ambiental. Para o efeito, são diversas as situações que transmutam a dinâmica relacional entre as pessoas e o Ambiente: alterações emocionais, situações traumáticas, frustração na convivência social, entre outros factores, parecem justificar o surgimento de variadas (e novas) doenças associadas à qualidade ambiental (natural, edificada e sócio-comunitária) contemporânea⁹.

Neste âmbito, a Psicologia possui muitos dos meios imprescindíveis para alcançar o cumprimento da consciencialização ambiental pessoal e colectiva, já que se trata de uma complexa área do conhecimento, constituída por corpos teóricos e por competências técnicas essenciais à promoção da efectiva mudança na percepção e nos comportamentos, com o propósito final de melhorar a qualidade ambiental e, similarmemente, a *qdv* das próprias pessoas. Partindo do princípio que alguma melhoria da *qdv* passa pela melhoria da relação entre as pessoas e destas com o meio-ambiente em que se inserem, parece-nos essencial que os indivíduos de todos os géneros e faixas etárias possam ser esclarecidos e motivados a clarificar as suas percepções, a ajustar as suas atitudes e a adaptar os seus comportamentos, por forma a participarem conscientemente nas mudanças que possam ser necessárias perante os contextos individuais, físicos, sociais e gregários que constituem o seu Ambiente.

Na nossa investigação, esta temática assume um aspecto relevante para a compreensão de como o Ambiente influencia a percepção da *qdv* nos idosos em determinados contextos residenciais institucionais.

⁹ O medo gerado pela violência urbana das metrópoles ou a angústia provocada pela fragmentação das relações interpessoais de proximidade afectiva real na era da globalização informática, assim como a opressão (mais ou menos subtil) da liberdade individual ou a limitação (supostamente justificável) dos direitos de cidadania – como sucede frequentemente com os idosos –, aos quais acresce o afastamento do convívio com a Natureza e o desenraizamento dos referenciais ancestrais de bem-estar, entre outros aspectos, têm vindo a impedir de forma crescente as experiências satisfatórias de percepção do habitat e, logo, da vida como um percurso existencial com qualidade.

2 - A influência da Arquitectura na *qualidade de vida* dos Idosos.

A melhoria das condições de vida, não apenas nos países desenvolvidos mas um pouco por todo o mundo globalizado, tem vindo a ser grandemente suportada pela extraordinária evolução das ciências, não apenas da área tecnológica mas também, sobretudo, das ciências biomédicas, tendo sido tal melhoria igualmente sustentada por múltiplos factores civilizacionais entre os quais se encontram as condições de segurança, de acesso aos bens de primeira necessidade, ao saneamento básico, aos direitos do trabalho, à educação e, entre outros progressos, à habitação condigna.

Tais avanços civilizacionais têm tornado possível que cada vez mais seres humanos possam ver prolongada a sua vida o que acarreta, conseqüentemente, a uma profunda mudança no perfil demográfico das sociedades, especialmente das mais desenvolvidas, nas quais os indivíduos idosos representam actualmente (e previsivelmente que cada vez mais) uma significativa parcela da população¹⁰.

Contudo, apesar do enorme desenvolvimento científico e civilizacional, dificilmente serão eliminadas todas as disfunções orgânicas decorrentes da senescência humana, pelo que há que continuar a ponderar as conseqüentes limitações daí decorrentes.

As pessoas, à medida que envelhecem e as famílias se desagregam, tendem a precisar de mais integração social, seja por companhia, aprazimento ou por necessidades de apoio quotidiano. Com a progressão da *esperança média de vida*, que incide também na vida activa, o tempo de permanência na habitação tende a aumentar, ao mesmo tempo que se prolongam as necessidades associadas ao uso do espaço habitacional. O isolamento social dos idosos, sobretudo em ambiente residencial institucional, não é de todo incomum mas é absolutamente desaconselhável e nefasto, sendo frequentemente um antecedente capital para os quadros depressivos em indivíduos sem diagnóstico neuro-degenerativo, assim como um reforçador negativo para sentimentos persistentes de desesperança. Tal isolamento pode inclusivamente estar na origem de comportamentos psicossomáticos disfuncionais e de dependência, aliás como pudemos observar por via da nossa investigação sobre os idosos institucionalizados em diferentes contextos ambientais residenciais.

¹⁰ Vide Item 2.5 e seguintes do Capítulo I.

Como adiante iremos constatar, o planeamento do ambiente habitacional pode desprezar a dinâmica relacional dos seus habitantes e, particularmente, desconsiderar a progressividade das capacidades funcionais do residente que inexoravelmente envelhece, o que resultará na gradual dificuldade do pleno uso do espaço residencial.

Neste âmbito, as barreiras arquitectónicas, externas e interiores, podem ser inúmeras, insólitas e variar conforme as capacidades funcionais individuais, já que os projectos habitacionais geralmente não consideram a previsibilidade do uso futuro dos espaços pelos moradores. Também ocorre frequentemente que, em contexto institucional, múltiplos obstáculos sejam excessivamente eliminados podendo agravar o quadro psíquico e reforçar a dependência funcional dos idosos institucionalizados, seja por excesso de protecção dos cuidadores – muitas vezes roçando a infantilização dos idosos – seja pela perda de individualidade dos moradores, ambos casos frequentemente decorrentes de ambientes residenciais com inspiração “hospitalar”.

Chegados aqui, interessa-nos examinar a importância do espaço arquitectural e da relação do idoso com o seu espaço habitacional.

Por conseguinte, ao longo dos Itens desta 2ª Secção iremos reflectir não apenas sobre as características desejáveis a um Projecto Arquitectónico e a organização do espaço habitacional destinado aos mais velhos, assim como, também, examinaremos várias características arquitecturais que permitem moradias, sejam particulares ou institucionais, com características inclusivas e que proporcionem condições ambientais para a boa vivência em Bem-Estar e *qdv* aos idosos.

2.1 - Do abrigo à casa, a estética arquitectónica e a felicidade do *lar*.

As formas na arquitectura, tal como nós as conhecemos, estão muitíssimo influenciadas pela natureza e pela anatomia humana. Aliás, se a natureza anatómica da arquitectura não fosse evidente em milhares de outros locais, seria suficiente observarmos a “craniana” cúpula de uma Catedral ou os “braços” estendidos de S. Pedro em Roma ou os “fálcos” obeliscos do Templo de Karnak em Luxor, para compreender que aquilo que é construído flui a partir daquilo que somos e sentimos.

No que concerne às nossas referências identitárias e civilizacionais ocidentais, recordemos que o termo *casa* surge durante o Império Romano; na sua significância mais comum trata-se de uma edificação rudimentar erigida pelo Homem, cuja função é constituir-se como um espaço de protecção (para um indivíduo ou conjunto de pessoas) face aos elementos climáticos ou como um refúgio contra ataques de terceiros.

Como sinónimo de cabana ou choupana, o conceito primordial de *casa*¹¹, ou o de *residentia* (quando, mais tarde, foi considerada como o espaço de moradia), constitui-se como um abrigo rudimentar em rivalidade com o termo *domus* o qual, por sua vez, denomina a habitação urbana já mais sofisticada (geralmente propriedade de um *domini* [aristocrata romano]) edificada com materiais robustos, tais como a pedra e o mármore, artisticamente trabalhados e esteticamente combinados (Roth, 1993).

Com o declínio do Império Romano, e a consequente deterioração das condições de vida resultantes das guerras e das pestes ao longo da Idade Média, as *domus* urbanas sofreram uma forte redução até à sua quase extinção. Até o século X, e até mesmo depois, as únicas construções em alvenaria que prevaleceram, com robustez funcional e sentido estético, foram as fortificações militares (algumas delas apalaçadas) e as edificações religiosas. Por outro lado, multiplicaram-se as *casae* de madeira e de barro.

Nas cidades da Idade Média, as igrejas distinguiam-se pela dimensão grandiosa e estrutura robusta, reassumindo a denominação latina de *domus* ou *Casa do Senhor*, tendo ao seu redor as *casae*, quase sempre edificações humildes do povo. Desde então, chamou-se *domus* (que deu origem ao termo actual *duomo* em italiano) à morada de Deus na Terra e *casa* ao edifício da moradia popular (Roth, 1993).

A partir da evolução arquitectónica anteriormente descrita, transversalmente às classes sociais, a utilização do termo *casa* vulgarizar-se-ia até aos dias de hoje, consequentemente sintetizando toda a noção de domicílio residencial.

À medida que as sociedades se tornavam mais complexas e sedentárias, os castelos, as *domus*, os *palazzos*, as *villas e*, principalmente, as *casae*, normalizaram-se como espaços cuja importância vai muito para além da sobrevivência ou do estatuto individual na existência comunitária.

¹¹ Desde as primeiras cavernas, habitadas e decoradas com narrativas pictóricas do quotidiano e do habitat primitivo, a crescente necessidade de protecção contra os elementos ou contra os adversários ditou a existência de uma porta e de um telhado, requisitos essenciais à consolidação gradual das sociedades sedentárias e agrícolas.

Para a maioria da população, as *casae* (cuja primeira função essencial *ab initio* foi proporcionar um local de guarida) parecem gradualmente significar para os seus utilizadores mais do que um mero abrigo ao assumirem uma representação de refúgio com carácter afectivo. Ao longo do tempo e com a sedentarização das populações, mais do que uma expressão do engenho e tecto destinado ao acolhimento, a *casa* (esse espaço de vivência protegida, palco das vivências quotidianas com forte cunho afectivo e relacional) incorpora-se em cada sujeito como uma terceira pele, logo após a epiderme, mais além da simples vestimenta descartável que protege do meio ambiente.

O conceito de *lar*¹² pode encontrar parte do seu significado na indissolubilidade entre a identidade da pessoa na relação com os outros mais significativos já que, se entendermos a casa como a terceira pele individual, o *lar* pode ser a pele colectiva que integra, protege e une todos os habitantes do ramo familiar ao redor de um foco centralizado, o *focus*, o fogo ardente, símbolo espiritual da união e da integração. Neste sentido, na sua significância figurativa, o *lar* aquece e une todos num mesmo instante, resulta de uma condição complexa que integra memórias e dramas, contém o passado e o presente, projecta expectativas sobre o futuro, numa conjugação de ritos e rotinas pessoais e colectivas, sendo o mais directo reflexo dos seus habitantes.

Assim, o *lar* constitui-se como conceito fortemente *afectivo*, e resulta da vivência familiar dentro da casa, do calor emocional ou da sensibilidade, da calma ou da tempestade emotiva, do equilíbrio ou da desarmonia individual ou relacional, do ruído ou do silêncio dos afectos que ecoam no espaço residencial.

Consequente, a atribuição afectiva intrínseca ao termo *lar* (hoje em dia trivialmente compreendido no vocabulário comum como um mero sinónimo de casa ou, desgraçadamente, apropriado como denominação institucional¹³), representa o lugar próprio onde o indivíduo interage numa dinâmica relacional íntima, espaço pessoal no qual é possível usufruir da privacidade e onde, também, decorre a parte mais significativa da vida na esfera familiar.

¹² A este propósito, entre os romanos os *Lares* eram os deuses protectores da família e estão na origem da palavra *lareira*, também sinónimo de conforto e de aconchego. Nesse sentido, os *Lares* incorporavam a figura do fogo que cresce, que se agita, que aquece e destrói, num paralelismo simbólico às qualidades fundamentais da vida humana (Panero & Zelnik, 1989).

¹³ Pelo exposto decorre que nos sintamos desagradados quando constatamos que a denominação “Lar de idosos” é uma constante adquirida no léxico comum, tal é a desadequação entre o conceito e a denominação do objecto contemporâneo institucional residencial para idosos.

Pelo exposto, perfilhamos da representação conceptual de *casa* como um edifício (no todo ou em parte) destinado à habitação (individual, familiar ou multifamiliar), a qual, mais do que ser um espaço para residir, possa ser um espaço para se *viver*, no sentido afectivo e não apenas na significação pragmática do termo. Por outras palavras, projecta-se a casa, constrói-se a casa, habita-se na casa, vive-se a casa.

O espaço residencial, do indivíduo e/ou da família ou comunidade, pode assumir uma representação que integra não apenas o poder económico ou o estatuto social. Neste sentido, uma casa é o abrigo, o *reducto* protector, é parte integrante do sítio onde está e do uso a que se destina. A casa também é, do ponto de vista simbólico, uma fortaleza ou como disse Edward Coke: “*A casa de um homem é o seu castelo*”.

Além de ser um lugar de defesa contra as investidas externas, a casa é um local de repouso, de sossego e de prazer que se traduz como um espaço de vivência (física, afectiva e relacional) edificado adequadamente ao modo de vida, pública e privada, dos seus habitantes e adaptado às características do ambiente onde se ergue (Norberg-Schultz, 1975; Rybczynsky, 1986).

Eis, portanto, o princípio e a essência da casa: um abrigo para pessoas, o refúgio familiar de pais, filhos e parentes, o lugar de relações hierárquicas, afectivas ou laborais, a casa pode ser considerada como um microcosmo interior e de individualidades em inter-relação, em confronto com exterior público.

Por conseguinte podemos considerar que a *casa*, como um objecto arquitectado e edificado, contém um enorme valor potencial intrínseco. Como espaço ambiental residencial, por via da rapidez da vida contemporânea, é costume estar pouco aproveitado ou é frequente ser deficientemente concebido. Não obstante, pensamos que devemos assumir a *casa* como um objecto arquitectado e erigido fundamentalmente para uso vivencial unipessoal, (multi)familiar ou institucional, e desejamos que seja possível que a existência de cada habitante numa habitação ou o relacionamento entre os seus habitantes possa fazer de qualquer *casa* um *lar*.

Se é frequente que a configuração externa de uma casa assuma uma significação que trespassa da relação entre a esfera privada e a pública, em que a ansiedade de estatuto pode ter um papel fundamental, não é menos comum que o seu *interior* traduza a afinidade entre a organização do espaço, também ela permeável ao mundo exterior e a intimidade dos seus habitantes.

Neste domínio arquitectural interior, a configuração interna de cada casa parece estar frequentemente dependente não apenas da situação ou do estatuto social e do modo de vida de cada um dos seus residentes mas também da dinâmica que estes lhe inspiram do ponto de vista pessoal, muitas vezes assumindo uma dimensão simbólica afectivo-relacional, tanto individual como do conjunto familiar (Rybczynsky,1986).

Se as construções humanas e a disposição do recheio mobiliário evocam aspectos de beleza, estética, prazer e de felicidade pelo consolo da arte, cremos ser escusado argumentar longamente por que motivo achamos tais evocações importantes na existência vivencial das pessoas.

Na eterna discussão entre o *bom* e o *belo*, tencionamos tão-somente recordar que os entusiastas da beleza impregnam as suas vidas com os valores personificados dos objectos que admiram. Neste sentido, não é difícil deprender porque desejamos que qualidades como a beleza, a dignidade, a funcionalidade, a harmonia e/ou a privacidade possam ter um papel relevante na nossa vida mesmo que, frequentemente, necessitemos que os objectos de que nos apropriamos nos assegurem aquelas qualidades.

De acordo com Botton (2008), a arquitectura dos exteriores ou a arquitectura dos interiores não nos oferecem somente um abrigo físico ou um ambiente de vivência quotidiana; também nos proporcionam um refúgio psicológico. Não apenas a edificação da casa integrada na envolvente mas também a disposição interna dos objectos do nosso quotidiano desempenham uma função guardiã da nossa identidade¹⁴ (Botton, 2008).

Certamente poucos recusarão aceitar que o entorno ambiental externo à habitação, assim como a sua disposição e estética, em associação aos materiais à nossa volta, naquilo que representam, influenciam-nos e podem ajudar-nos a suportar a desesperança ou a reforçar as mais elevadas expectativas que tenhamos em relação a nós mesmos, ao longo da vida. Quantas vezes a nossa submersão em desalento ganha coragem a partir do amparo do nosso *lar* e dos pormenores que constituem a nossa casa, em coisas tão simples como livros que marcaram a nossa vida, as fotos dos nossos entes queridos ou dos quadros que evocam memórias felizes?

¹⁴ Segundo Botton (2008), a nossa identidade está fortemente associada ao espaço em que vivemos, inclusivamente transformam-se ambos - identidade e espaço - em concomitância. Escolhemos as nossas casas e decoramo-las na procura constante de constituir um *lar*, com objectos e mobiliário que trazem à memória, individual e colectiva, circunstâncias das nossas vidas que nos recordam quem somos, onde estamos e, quiçá, o que ambicionamos alcançar.

Contudo, é frequente que a relação espaço-pessoa seja subestimada, sendo difícil a consciencialização do quanto o nosso *habitat* e, neste caso, o ambiente residencial, influenciam o nosso modo de sentir e de agir. Somos pessoas diferentes em lugares diferentes sendo esta uma premissa essencial para admitirmos a importância da arquitectura e da sua utilidade para o esclarecimento de quem podemos, ou poderíamos ideal ou desejavelmente, *ser*, não importando a fase da vida em que nos encontremos.

Do ponto de vista económico, cabe-nos referir que estamos cientes de que na interacção “*habitat* erigido – habitantes” as pressões económicas condicionam sobremaneira a melhor das estéticas¹⁵ mesmo quando o *designer* é capaz de criar algo mais do que apenas um edifício funcional (Rybczynsky,1986).

Se observarmos a paisagem edificada não é difícil constatar que a maioria dos edifícios continua a ser concebida de determinadas formas e estilos afastados das necessidades das pessoas num mundo em mudança. São edifícios sem capacidade de adaptabilidade, para mudar com o uso e evoluírem com o tempo (Jodidio, 2007).

Apesar daquelas condicionantes materialmente impostas, a arquitectura, enquanto arte e obra essencialmente dirigidas para o usufruto das pessoas, tem o dever de considerar não apenas os elementos estéticos e de harmonia com a envolvente como, também, deve pesar as necessidades dos sujeitos que hão-de frequentar os espaços, proporcionando-lhes bem-estar numa vertente humanística, já que são as pessoas que lhes dão significado e são a razão da existência das edificações (Leuchéner, 2006).

É fundamentalmente por aquelas razões de coerência que a arquitectura deve acompanhar a evolução do Homem e procurar dar resposta, em cada momento, às exigências das sociedades, originando uma herança edificada variada e com diversidade característica das várias épocas, dos lugares e de cada cultura (Rybczynsky,1986).

Por conseguinte, na transcorrência para sentido restricto, os projectos e os conceitos arquitectónicos subjacentes para as residências de idosos devem ser concebidos tendo como base uma abordagem multidisciplinar em consideração com as características e a evolução global dos seus habitantes, assim como as suas expectativas e necessidades particulares na demanda da *felicidade*, do Bem-Estar e da *qdv*.

¹⁵ Neste sentido, são poucos os arquitectos com os meios para fazer da sua profissão uma arte, pelo que os edifícios que possuem um sentido artístico são raros. Isso está patente nas muitas paisagens, quer urbanas quer rurais, repletas de imitações *pastiche* absurdas, meras reproduções esteticamente deficientes de ideias outrora grandiosas ou justificáveis, agora rebaixadas ao seu menor denominador comum.

2.2 - Viver numa Instituição será um destino previsível?

Segundo a Arquitecta Sandra Carli (2004) os idosos, em geral, sentem-se frequentemente satisfeitos relativamente às suas residências, sendo as limitações funcionais¹⁶ no uso dos espaços por eles percebidas, numa perspectiva de compensação, como decorrendo naturalmente do avanço da idade.

No mesmo sentido, Luísa Pimentel (1995) verificou que a maioria dos idosos que moravam nas suas casas revelou vontade de manter a sua independência em relação aos seus familiares e continuar a residir nas suas próprias casas o mais tempo possível.

De modo semelhante, Christenson (1990), Marsden (2005) e Paúl *et al.* (2005) salientam que os idosos manifestam o desejo de continuar a residir nas suas próprias casas, mesmo que essa vivência seja obstaculizada por limitações funcionais.

Para Carli (2004) os problemas de Saúde e as limitações funcionais dos mais velhos são correlacionáveis com as características do ambiente. Esta investigadora da *Arquitectura Inclusiva* defende que parece ser habitual que os idosos se adaptem às barreiras através da modificação de vários comportamentos e, também, pela diminuição das suas actividades comprometendo, deste modo, a sua autonomia. Ainda de acordo com a autora brasileira, o Bem-Estar fica seriamente ameaçado quando o espaço residencial não é adequado e os habitantes idosos não podem ou não querem modificar a situação por não se sentirem à-vontade em demonstrar a sua fragilidade, nem tão-pouco em assumi-la a si mesmos.

Tais limitações podem fazer com que os idosos sofram física e psiquicamente, vivam com medo e, muitas vezes, se sintam excluídos da restante Sociedade como também parecem ser causais nos acidentes domésticos¹⁷ entre os idosos (Carli, 2004).

Neste âmbito, a possibilidade de sofrer um acidente doméstico e os receios associados a este risco têm vindo a dominar *ad nauseam* a maioria das regulamentações incutindo-lhes características marcadamente hospitalares, as quais constituem as normativas dos espaços institucionais de acolhimento residencial para idosos.

¹⁶ Como resultado de uma investigação realizada com 400 pessoas com mais de 60 anos, moradoras em São Paulo, Carli (2004) demonstrou que a percepção dos obstáculos no uso quotidiano do ambiente habitacional, assim como a aceitação de intervenções correctivas, dependem fortemente da influência de factores psicológicos.

¹⁷ Neste âmbito, a World Health Organization afiança que 5% a 10% da população com 60 anos ou mais anos sofre acidentes domésticos (WHO, 2002), não sendo despicienda a tese de que aqueles ocorram como resultado da conjugação da diminuição das capacidades decorrentes da senescência e, também, da estruturação e organização funcional desadequadas do ambiente residencial em que vivem os idosos.

Para nós é ponto assente que à medida que o envelhecimento progride e as capacidades funcionais diminuem, deverão ser criadas condições estruturais e operantes que solucionem a frequente desadequação do *habitat* residencial (o qual entretanto permaneceu quase imutável). Trata-se de criar condições adaptadas às pessoas idosas para que estas possam modificar *compensatoriamente*, tal como defenderam Baltes e Smith (2003), os seus padrões de comportamento de modo a resolverem as dificuldades funcionais e domésticas resultantes da progressiva senescência.

Assim sendo, parece-nos desejável que o problema da senescência e da vivência nos espaços residenciais seja multidisciplinarmente debatido por forma a promover-se mudanças adaptativas, não somente dos comportamentos dos sujeitos mas também através de reformas estruturais no espaço habitacional (quer seja de propriedade particular ou institucional), pois existem soluções técnicas e apoios¹⁸, inclusivamente com letra na Lei, que as viabilizam sem excessos de regulamentação preventiva.

Entre os idosos e enquanto decorre o natural processo senescente, podendo existir dificuldades na resolução dos problemas funcionais e da relação com o espaço residencial, os projectos habitacionais (quer sejam privados ou públicos) e a envolvente ambiental devem ser preventivamente planeados por forma a possibilitar que o *habitat* integre antecipadamente as eventuais necessidades físicas e psíquicas de *todos* os seus habitantes, desde as crianças aos muito mais velhos: há que garantir o pleno uso do espaço habitacional, seja qual for a idade e a capacidade funcional dos habitantes. Neste âmbito, segundo Peters (1999), tiveram início nos anos 60 os estudos sobre as barreiras arquitectónicas e o aperfeiçoamento dos espaços que contemplam a melhor acessibilidade através do *desenho universal*¹⁹.

¹⁸ Em Portugal são ainda pouco utilizados mas existem apoios específicos nesta área. Salientamos dois: o *Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio* (SAPA), instituído pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS) com base no Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de abril. O SAPA pretende facilitar o acesso das pessoas com incapacidade a produtos e equipamentos de que deles necessitam (INR, 2013); o *Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas* (PCHPIs), destinado a pessoas idosas com mais de 65 anos, que usufruem do Serviço de Apoio Domiciliário (SAP) ou frequentem um Centro de Dia (CD) ou cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional. O PCHPIs foi implementado pelo MSSS através do Instituto para Segurança Social (ISS) e das parcerias com alguns Municípios. A qualificação habitacional das casas das pessoas idosas seleccionadas no âmbito do PCHPI foi definida no *Manual de Procedimentos do Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas* e esteve dependente da celebração de um Protocolo de Colaboração entre o Instituto da Segurança Social, I.P. e os respectivos Municípios dos idosos candidatos (ISS, 2012).

¹⁹ Desenho universal (Universal design): termo originalmente usado nos Estados Unidos por Ron Mace, em 1985, cujo conceito foi conjuntamente desenvolvido noutros países. A sua definição pode sintetizar-se deste modo: o desenho universal é um modo de projectar que incorpora produtos e dispositivos que, ampliados nas suas possibilidades de uso, podem ser usados por todos (Bestetti, 2006, adapt.).

Assim como nos interessa salientar que o *desenho universal* procura adequar os espaços às pessoas com diversos padrões antropométricos, através de soluções específicas com a finalidade de atenuar os esforços desnecessários particularmente das pessoas com limitações físicas cabe-nos, também, diferenciar *deficiência* de *envelhecimento* porque ambas particularidades são díspares (esta referência deve-se a ter sido frequente encontrarmos subentendida na literatura a ideia de que as dificuldades e as carências dos idosos e dos deficientes são as mesmas, o que é um equívoco).

Ainda a respeito do princípio do *desenho universal*, ao considerarmos um *espaço adaptado* referimo-nos a uma área, seja do património edificado ou da sua envolvente ambiental, adequada e indiscriminadamente acessível a todos. Trata-se, portanto, da criação do projecto arquitectónico tendo especial atenção a todos os seus componentes directos e indirectos (materiais, estéticos, funcionais, ambientais, humanos, etc.) como um sistema inter-relacionado e complexo (Sandhu, 2001).

Daqui resulta que a ponderação sobre as modificações progressivas do organismo humano ao longo da vida deve influenciar o evitamento de obstáculos na criação do projecto urbanístico, ou eliminar impedimentos físicos nos projectos de restauro ou de reabilitação urbana. Tais pressupostos facilitam e promovem o pleno usufruto quotidiano do ambiente habitacional, preventivamente optimizado para que possa ser percebido não apenas como residência mas essencialmente como *lar*.

No âmbito do envelhecimento, na nossa revisão bibliográfica, encontramos diversos estudos que se centram no envelhecimento e nos idosos; contudo, é escassa a literatura que aprofunda a relação entre os idosos e a moradia e, conseqüentemente, o bem-estar e a *qdv* dos idosos nos variados *habitant* residenciais.

As limitações bibliográficas neste tema são tanto mais incompreensíveis como desesperantes dado o envelhecimento da pirâmide etária da população portuguesa e a degradação de grande parte do edificado rural, dos centros urbanos e das periferias industriais no nosso país, os quais são grandemente habitados por uma população idosa, cujas casas – assim como o seu entorno ambiental – carecem de obras de requalificação e de adaptação às capacidades funcionais dos seus habitantes. Isto parece-nos crucial já que, tal como previamente referimos, são os próprios idosos os principais interessados em residir o maior tempo possível em suas casas (Pimentel, 1995; Fernandes, 1996; Paúl *et al.*, 2005).

Para criarmos uma habitação cuja representação do idoso residente faça dela um verdadeiro *lar*, é essencial que os projectos das moradias sejam desenhados (ou as casas sejam gradualmente adaptadas) para se ajustarem à degeneração progressiva das capacidades funcionais, físicas e psíquicas, dos residentes. Tanto mais que essas pessoas (mesmo quando debilitadas durante a senescência), enquanto cidadãos de pleno direito, devem poder manter a sua liberdade e a sua dignidade em suas casas.

Pensarmos em espaços acessíveis²⁰ traduz-se em considerarmos o *conforto*²¹ e a *segurança* de todos os habitantes (o que inclui a criação de condições que diminuam o risco de acidentes que prejudiquem a Saúde e funcionalidade das pessoas), com o intuito de promover-se a autonomia e a mobilidade e, logo, a plena inclusão social.

Pelo exposto, consideramos que a utilização do *desenho universal*, além de favorecer a mobilidade e a autonomia dos habitantes, permite que ocorram adaptações nas estruturas edificadas à medida que surgem as dificuldades funcionais dos residentes.

Complementarmente, segundo as leis do mercado, com a generalização destes princípios nos projectos arquitectónicos os custos tenderão a ser mais reduzidos.

Por conseguinte, num projecto residencial destinado a sujeitos senescentes, ao ter-se em conta a funcionalidade inclusiva além da estética do projecto, é tida consequentemente em consideração o Bem-Estar dos habitantes idosos e reduzida a impreteribilidade da mudança dos idosos para um qualquer ambiente residencial mais protegido, nomeadamente os institucionais de inspiração hospitalar – aliás como o Estado reconhece que frequentemente sucede (EEPSS, 2012). Acresce que, nesta temática o Estado Português tem emitido um discurso politicamente correcto ao afirmar que tudo se fará para manter os idosos nas suas residências durante o maior número de anos possível (I.S.S., 2012). Contudo, ao analisarmos os dados da Segurança Social (EEPSS, 2012) constatámos que a institucionalização dos idosos tem sido uma opção frequentemente usada²².

²⁰ Tal como sugere Carli (2004), os projectos residenciais acessíveis aos idosos - sejam eles particulares ou institucionais - os quais sejam baseados nos princípios do *desenho universal* (e que, por isso, considerem a diversidade e as mudanças fisiológicas, físicas, sensoriais e psíquicas dos indivíduos ao longo da vida) originam boas soluções para a vivência com qualidade no ambiente habitacional.

²¹ Por conforto entendemos o sentimento de se estar em harmonia física e emocional com o habitat, variável de pessoa para pessoa sobretudo conforme o equilíbrio orgânico e psicológico.

²² A institucionalização é frequentemente decidida através de critérios muitas vezes ambíguos tais como a viuvez, o pouco espaço das habitações em que residem as famílias as quais, por seu lado, estão sem tempo, demasiado fragmentadas e fragilizadas para cuidar dos seus idosos, que assim se colocam em situações de risco e de maior dependência.

Na ausência das boas condições de habitabilidade antes mencionadas, a inexorabilidade da institucionalização dos idosos usualmente é antecipada pela ausência ou diminuição da mobilidade motora e autonómica, sendo ainda plausível nos casos de incapacidade para a execução das actividades quotidianas devido a síndromas demenciais ou, até mesmo devido à improficiência resultante de quadros psíquicos agudos, tais como os quadros depressivos. Tais dificuldades originam situações de dependência as quais, geralmente associadas à ausência do suporte familiar, justificam o recurso a serviços especializados, i.e., implicam condições específicas de hospitalização ou de internamento institucional.

Sendo a institucionalização nas ERPI uma das usuais três opções²³ de primeira linha, perante a estagnação da funcionalidade quotidiana na habitação face à progressiva degeneração psicofisiológica, a determinada altura na vida dos sujeitos idosos coloca-se (ao próprio, às famílias ou à comunidade) uma decisão complexa resultante de saber-se que: i) ao longo da senescência acumulam-se modificações orgânicas e funcionais degenerativas, na maioria irreversíveis e fragilizantes; ii) ocorrem alterações significativas no estatuto socioeconómico decorrentes da inactividade laboral ou da aposentação; iii) são comuns os impedimentos na disponibilidade familiar; iv) ao longo da vida sucedem-se significativas perdas de pessoas e de laços afectivos; v) a (in)adaptabilidade da moradia é um elemento essencial para que múltiplas necessidades dos indivíduos, neste caso os idosos, obtenham adequada resposta; vi) geralmente existe uma forte ligação afectiva a qual une a pessoa à sua casa.

Em suma, dada a complexidade das variáveis pessoais perante a estagnação da funcionalidade na habitação face à progressiva degeneração psicofisiológica ou perante uma mudança tão radical como representa a institucionalização, coloca-se-nos duas interrogações: como é possível a sã permanência funcional e sem angústia em casa, perante as limitações habitacionais que não correspondem às necessidades individuais da senescência?

Perante a perspectiva do internamento numa ERPI, como se poderá processar, sem ou com pouco sofrimento, o afastamento da residência habitual para um edifício institucional que não é propriamente uma casa; isto é dizer, como será possível o abandono indolor da casa afectivamente apropriada para um suposto Lar que não o é?

²³ Sendo tais opções a frequência do Centro de Dia, o Apoio Domiciliário ou o internamento numa ERPI.

À primeira questão antes enunciada respondemos: tal dicotomia não é aconselhável pelo que se justificam todos os apoios e estratégias que viabilizem a estada (com funcionalidade, conforto, segurança, autonomia e inclusão social) dos idosos em suas casas.

À segunda questão acrescentamos mais dúvidas: se a velhice é somente mais uma etapa da vida serão absolutamente inatacáveis os motivos que frequentemente priorizam a opção que afasta o idoso do seu habitat ou da representação de *lar* que dele faz, condicionando-o nos seus objectos, hábitos, prazeres, liberdade e autonomia, etc., em função de um *bem maior*, i.e., supostamente em seu benefício?

É neste contexto que pensamos que as novas tipologias habitacionais institucionais para idosos devem ser repensadas e recriados os modelos já existentes.

2.3 - Algumas premissas no planeamento das residências para idosos.

Entendido como mais uma etapa da vida, o envelhecimento implica particularidades biofisiológicas próprias da senescência e isso não significa que a velhice seja sinónimo de doença, tal como pode ser encarada pelo senso comum.

No Capítulo I partilhamos da opinião das teorias mais recentes sobre o envelhecimento: a senescência é uma fase da vida na qual ocorre uma maior incidência de alterações no organismo humano das quais resultam um rácio bio-fisiológico deficitário entre o desgaste natural e a capacidade regenerativa do organismo.

Contudo e tal como antes expusemos, por si mesma a idade cronológica não define a velhice de um indivíduo ou um grupo senescente, já que o envelhecimento depende de múltiplos factores muito além da mera degeneração dos tecidos do organismo ou da acumulação de anos de vida; essa variabilidade resulta de factores tais como a genética, a personalidade, a experiência de vida, a auto-eficácia, a resiliência, a adaptabilidade, as influências ambientais e culturais, entre outros múltiplos factores que influenciam a significação concreta do que é *envelhecer*.

Daqui decorrem as necessidades de apoio e toda a complexidade inerente às respectivas respostas familiares e institucionais, sobre as quais importa agora reflectir na vertente organizacional espacial.

Aos idosos portugueses com elevada dependência física e com pouca ou sem possibilidade de melhoria das funções, está-lhes habitualmente destinado ou o internamento hospitalar ou, na melhor das hipóteses, o acolhimento nas instituições residenciais vocacionadas para o apoio aos idosos, nomeadamente as ERPI e mais recentemente, no caso dos sujeitos muito dependentes, o internamento num dos estabelecimentos da RNCCI²⁴.

Particularmente nos casos em que as famílias não disponham de disponibilidade (de tempo, de capacidade técnica, emocional, de espaço físico e/ou de condições económicas para a contratação de cuidadores), a institucionalização dos idosos dependentes ou semi-dependentes é geralmente considerada como uma solução óbvia e justificável por ser considerada a resposta mais prática face às necessidades consequentes ao agravamento das incapacidades físicas e psicológicas associadas às doenças da velhice e às limitações do meio (físico e humano) envolvente.

Neste contexto, coloquemos desde já um princípio elementar que norteia a nossa posição teórica e ética: nos casos em que a institucionalização é, impreterivelmente, a única possibilidade de sobrevivência digna do cidadão idoso, cabe à Instituição, desde os corpos directivos até aos técnicos das várias valências, o cabal reconhecimento da identidade, das idiossincrasias e da autonomia de cada pessoa idosa através de uma abordagem globalmente positiva (focalizada no Bem-Estar e na *felicidade*, nas aptidões físicas e psíquicas, nos direitos à independência e à autonomia, no respeito pelo recato e pela expressão dos afectos) – o que, convenhamos meigamente, nem sempre acontece.

Pelo supramencionado, estamos firmemente convictos de que é premente uma intensa reflexão, continuada e isenta, que possa avaliar as directrizes que inspiram modelos actualmente predominantes, e apurar se a sua generalização é adequada, seja quanto ao planeamento ou ao fomento das soluções destinadas às reais necessidades das pessoas idosas.

Um tal debate deverá incluir o Estado, as Instituições e ser alargado às famílias e às Universidades para que, em última análise, seja promovida a evolução da perspectiva que a Sociedade portuguesa detém sobre a situação institucional dos seus idosos, espelhada nos actuais modelos de apoio mais prevalecentes. Esta nossa convicção resulta não apenas da revisão bibliográfica efectuada mas também é fruto da observação e investigação sistemática que efectuámos *in loco*.

²⁴ Vide Item 2.3.2 do Capítulo IV.

Por conseguinte, consideramos ser urgente uma apreciação mais alargada e profunda na *polis* sobre vários aspectos da humanização nas instituições de apoio aos idosos e acerca da garantia dos direitos civis dos cidadãos idosos alvo das soluções de apoio organizado (quer sejam institucionais ou outras quaisquer).

No que concerne ao planeamento da moradia destinada aos idosos, tal como aceitamos que não exista uma unanimidade no desenho ideal para o planeamento habitacional destinado aos idosos, admitimos igualmente que não haja consenso na fundamentação e implementação das actuais abordagens que sustentam a permanência dos idosos nas próprias casas.

Também é de admitir que não haja concordância quanto ao planeamento espacial das actuais ERPI, sob responsabilidade institucional ou empresarial, muito menos ainda que tais residências possam ser, ampla e plenamente, consideradas pelos próprios idosos como a sua casa ou, melhor ainda, vivenciadas como o seu *lar*.

Pela revisão que efectuámos, concluímos que o estado da arte indica que existem ainda poucos casos dissonantes da amálgama massificada que constitui o modelo residencial institucional tradicional destinado aos idosos (desgraçadamente formatado por uma inspiração *hospitalar*, senão mesmo ainda com resquícios de cariz *asilar*), o carácter ainda excepcional de algumas (poucas) instituições que honram a denominação de *Lar*, torna-as inacessíveis à maioria da população, quer seja pelo seu elevado custo ou escassez dos alojamentos disponíveis. Neste âmbito e entre os mais avisados, parece começar a existir algum consenso perante a evidência de este é um problema cada vez mais emergente e que está longe de ser resolvido, antes pelo contrário, sobretudo devido à conjuntura sócio-económica e demográfica em curso.

Pensamos que a relevância deste tema não advém unicamente do aumento da população idosa com necessidades de apoio; resulta igualmente da reduzida oferta estrutural e filosoficamente válida no acolhimento residencial institucional aos idosos no nosso país, assim como do custo ainda muito elevado das boas soluções que optimizam a qualidade das soluções face às necessidades resultantes da senescência; provém, portanto, conjuntamente da falta de mais soluções organizacionais que maximizem os direitos de cidadania activa e de inclusão social, assim como o respeito absoluto pela identidade da pessoa idosa institucionalizada.

Sejamos inteiramente justos: tal como em várias nações do mundo desenvolvido, não deixa de ser minimamente satisfatório verificar que, no nosso país²⁵, aos idosos que vivem em casas desadaptadas às suas necessidades e/ou não têm família com disponibilidade e/ou capacidade financeira (ou vontade) para os apoiar ou acolher, é possível o internamento institucional asilar numa qualquer ERPI tradicional ou o recebimento do Apoio Domiciliário *dos 15 minutos da marmita* ou a permanência num EPDI onde ficam até regressarem, rotineiramente, para dormir em casa.

Complementarmente, já existem em Portugal algumas outras opções pioneiras no apoio aos idosos as quais, em nossa opinião, podem ainda ser mais aperfeiçoadas e replicadas. Tais soluções podem passar pelos Aldeamentos para Idosos, as Famílias de Acolhimento, o Voluntariado Social, a Reabilitação Habitacional, as Residências Assistidas, o Alojamento inter-geracional entre outras possibilidades. Muitas delas, tal como as Misericórdias e as demais IPSS, são apoiadas financeiramente pelo Estado e implementadas quer seja pelas IPSS/ONGS ou por iniciativa empresarial privada.

O que se espera conseguir quando falamos de casas adaptadas aos idosos, mesmo que os modelos não sejam unânimes ou uniformes? Decerto que são respeitáveis os princípios subjacentes à maioria desses propósitos, uns mais focalizados em certos aspectos do que outros e vice-versa até porque, neste âmbito, assumimos como improvável que algum dia seja definido um modelo universal para as residências de idosos, já que isso seria social e culturalmente contraproducente.

Em função da multidisciplinariedade dos campos de estudo e de intervenção especializada envolvidos na problemática inerente ao envelhecimento populacional, julgamos que podem ser propostas orientações e estratégias interdisciplinares para que sejam delineadas boas soluções face às necessidades deste sector específico da população, conjugando não apenas a diminuição das dificuldades quotidianas dos idosos como também a promoção de factores conducentes ao Bem-Estar e à *qdv* deste grupo etário, assegurando-lhes condições de funcionalidade e de independência e, sobretudo, proporcionando-lhes a respeitabilidade e dignidade que lhes é devida.

²⁵ Consequência do progresso civilizacional, perante as transformações da dinâmica sociodemográfica resultante dos próprios factores de desenvolvimento e as transformações do tecido tradicional das famílias em cujo apoio permanente os mais velhos deixaram de poder contar como outrora, em Portugal existe uma rede de Instituições, maioritariamente IPSS, focalizadas no apoio aos idosos.

Entre os objectivos que são importantes enumerar nesta temática, parece-nos desde logo crucial garantir aos cidadãos idosos uma vida confortável, tranquila e humanizada, numa ambiência segura e acessível a todos, sem discriminações quaisquer que sejam. Contudo, tal desígnio social, por mais elementar que pareça, está longe de ser um facto adquirido, pelo menos na maioria da população idosa. A concretização desse ideal, numa Sociedade moderna e justa, visa proporcionar condições socioambientais suficientes à boa percepção da *qdv* – quer dos idosos, quer das suas famílias – diminuindo a dependência e promovendo a autonomia ao mesmo tempo que se fomentam as relações sociofamiliares, provendo a satisfação das necessidades dos idosos em plena consideração pela identidade, individualidade e privacidade.

Quando nos referimos às moradias ou residências adaptadas aos idosos pensamos que (mesmo com insuficiências psicofisiológicas, estabilizadas ou progressivas quanto ao grau de funcionalidade e de independência) é possível estabelecer condições residenciais favoráveis à vivência quotidiana com um relativo grau de autonomia e de funcionalidade, tendo como objectivo último estabelecer condições para a boa percepção do *bem-estar existencial*, no sentido conceptual dos sentimentos, das acções e das vivências.

Um outro aspecto importante nos modelos residenciais para idosos²⁶ traduz-se no apoio directo, continuado ou circunstancial, às actividades de vida diária dos moradores com o intuito de manter ou proporcionar condições de funcionalidade e de autonomia.

No caso específico das residências para idosos, a demanda dos arquitectos por soluções arquitectónicas que permitam diminuir as dificuldades psicofisiológicas e de interacção social ocasionadas pela senescência deve constituir um princípio orientador de qualquer projecto residencial. Contudo, em Portugal, particularmente na planificação das ERPI, há a considerar não só as normas urbanísticas regulamentares específicas de cada município, como também ter em atenção um extenso conjunto de directrizes, exclusivas de edifícios desta natureza, cujo cumprimento é absolutamente exigido como condição *sine qua non* para a obtenção do licenciamento oficial.

²⁶ A prevenção da exclusão social e o evitamento de circunstâncias que podem suscitar sentimentos depressivos e de solidão devem ser concretizados através da facilitação do relacionamento interpessoal e inter-geracional, auxiliado pelo apoio social voluntário ou tecnicamente especializado aos residentes idosos, devendo ser esta uma componente essencial não despendiada naqueles modelos.

Segundo Leuchéner (2006) “(...) o arquitecto está condicionado (...) pelo sítio, pelo orçamento disponível, mas também pelas leis e regulamentos vigentes nesse local, emitidos pelas mais variadas entidades” (Leuchéner, 2006: 567).

No frenesim legislativo para a generalidade dos projectos de habitação e do espaço público, ao zelo dos legisladores passaram despercebidas as regulamentações *pró-arquitectura preventiva e inclusiva* adaptada aos idosos (actuais e futuros), aos deficientes, etc. Neste âmbito, estamos de acordo com Leuchéner (2006) quando a autora declara:

(...) o arquitecto terá a função de facilitar o mais possível a realização das actividades diárias com a menor ajuda possível. As dificuldades de mobilidade que estão associadas à idade avançada constituem uma oportunidade para pôr em causa os esquemas hospitalares e experimentar novas organizações espaciais ricas e inovadoras. (...) esta adaptação da arquitectura às necessidades das pessoas pode funcionar como um importante motor do projecto (Leuchéner, 2006: 570).

Sendo correcto afirmarmos que ainda há um longo caminho a percorrer para colmatar as lacunas existentes e eliminar burocracia redundante na legislação nacional, é justo referir que algumas leis avulsas mais recentes permitiram facilitar alguma reabilitação e adaptação das habitações já existentes às necessidades específicas das pessoas.²⁷

Sendo correcto afirmar-se que há que saber gerir o equilíbrio entre o espartilho das normas regulamentares e as várias condicionantes técnicas e económicas inerentes à edificação imobiliária, em simultâneo, não é menos exacto defender que há que conjugar elementos essenciais como a estética, a habitabilidade e as demais características que proporcionam às residências, seja qual forem os seus habitantes, todas as condições essenciais para a vivência de *lar-doce-lar*.

²⁷ Por exemplo, está autorizada (com dispensa da aprovação prévia do condomínio) a instalação de cadeiras elevatórias em edifícios sem elevador ou são permitidas, livres do prévio licenciamento camarário, quaisquer obras de adaptação interior desde que não impliquem alterações à estrutura dos edifícios. Tal simplificação legislativa é louvável e terá eco na melhoria da *qdv* e da autonomia das pessoas com deficiência e, também, da população idosa com mais dificuldades motoras.

Tal como analisámos na anterior Secção deste Capítulo, é cada vez mais comum nas Ciências Humanas e Sociais, pensar-se na relação dual Pessoa e Ambiente; ambos estabelecem entre si uma influência recíproca, pelo que também o *habitat* dos mais idosos deve ser planeado para que permita otimizar a funcionalidade e vivência diária com qualidade, no espaço residencial e na envolvente ambiental.

Note-se que a relação entre o Ambiente e a pessoa idosa, sendo relativa e dependendo de idiossincrasias variáveis, obtém mais relevância quanto mais apurada é a sensibilidade de cada um e maiores são as insuficiências funcionais dos indivíduos numa determinada área de acção e, logicamente, mais circunscritas as pessoas estão ao mesmo espaço (geralmente a casa), tal como sucede frequentemente ao longo do processo senescente. Neste âmbito, é inequívoca a relevância que os detalhes do *habitat* residencial, externos e internos, detêm no planeamento dos projectos para idosos, sendo desejavelmente catalisadores do bem-estar quotidiano dos seus destinatários.

Recordemos que, tal como a arte estimula a mente, o conforto e funcionalidade do contexto residencial estimula o indivíduo, positiva ou negativamente. Por esta lógica é essencial reflectir no fim a que se destinam os edifícios e salientar que uma casa cuidadosamente architectada e adequadamente planeada deve servir bem as pessoas que nela vão habitar. Assim, a elaboração de espaços residenciais especialmente destinados aos idosos deve ir mais além do que a simples concepção de edifícios sem obstáculos cujos projectos cumpram simplesmente a legislação em vigor.

Sendo certo que as barreiras architectónicas constituem um entrave para que as pessoas idosas possam ser, o mais possível, autónomas no seu dia-a-dia (tendo essa auto-eficácia um enorme impacto na auto-estima e na valorização pessoal perante os outros), também importa salientar que não concordamos com o pressuposto que se deva partir para a concepção de um projecto só com o objectivo de acolher, ou tantas vezes asilar, estabelecendo um ambiente superprotegido de inspiração hospitalar.

Por conseguinte, na elaboração dos projectos residenciais para idosos, consideramos ser mais razoável uma harmonização entre as exigências normativas provindas do campo técnico-legislativo e os contributos da estética architectural conjuntamente com o desenho belo e funcional, os quais promovam, de forma agradável e humanista, as vivências num ambiente acolhedor, potenciador da identidade, harmonioso, pragmático e familiar.

Chegados aqui, há a referir que, devido à disparidade das apreciações opinativas dos seres humanos, sabemos ser habitual que aquilo que pode ser valorizado e fazer sentido para uns pode ser rejeitado como sendo absurdo por outros. Portanto, ao assumirmos a impossibilidade actual de congregar em cada projecto residencial (especialmente em ambientes de vivência comunitária como são as ERPI) os variados conceitos pessoais da “*casa de sonho*”, pensamos que a solução passará por uma flexibilização criativa dos espaços de forma a facilitar a sua apropriação e vivência de acordo com a vontade, história ou costumes de cada residente institucionalizado.

Pelo exposto ao longo das anteriores secções do presente capítulo, pensamos que o princípio criativo da integração ambiental e a harmonização residencial adaptável a uma larga diversidade de pessoas permitirá a edificação de espaços (mais) humanizados. Disso trataremos na secção apresentada a seguir, não sem antes salientarmos que uma habitação para idosos (quer seja uma ERPI ou uma residência privada) a qual seja meramente o resultado linear de múltiplas normas formatadas, irá impedir a concretização do objectivo principal a que se destina uma casa, isto é, ser um *lar*.

Consequentemente, num projecto residencial para idosos é crucial reforçar as condições que viabilizam eficazmente o confronto com a perda gradual de capacidades e com a exclusão social que é profundamente sentida e desagradavelmente experienciada por muitos idosos, de modo a que o projecto potencie a vivência quotidiana plena, possibilite a convivência social e, consequentemente, favoreça a *qdv* e o *bem-estar global* de todos os seus habitantes, residentes e não residentes.

2.4 - Elementos fundamentais nas moradias destinadas aos idosos.

Dadas as limitações resultantes das condições financeiras, sócio-familiares e/ou da Saúde, nem sempre é possível a muitos idosos a permanência nas suas residências, mesmo com o apoio de terceiros. Tal como já mencionámos, envelhecer na própria casa é um desejo comum nos idosos²⁸ (Pimentel, 1995; Fernandes, 1996; Paúl *et al.*, 2005).

²⁸ Essa expressão da vontade é inteiramente compreensível devido ao apego às rotinas, às relações afectivas estabelecidas com familiares e amigos e ao espaço que inclui os objectos pessoais, os quais reforçam a identidade ao invocar as recordações, o presente e o futuro outorgando, no conjunto, sentido à apropriação pessoal do conceito de *lar*.

A consciência daquela vontade tem vindo a ser traduzida em novas soluções e tipologias residenciais para os idosos, de modo a que sejam experimentadas e implementadas metodologias inovadoras e alternativas²⁹ às soluções de apoio tradicionais já existentes, processo no qual Portugal ainda está num estágio inicial e pouco consolidado.

A nova abordagem sobre as residências para idosos tem passado por soluções habitacionais com diferentes características³⁰ e níveis de apoio as quais segundo Leuchéner: “(...) não devem nunca ser equiparadas a edifícios hospitalares, solução mais corrente, mas concebidas como edifícios de habitação colectiva, porque é disso que se trata, constituídas por pequenas unidades privadas – apartamentos, *bungalows*, quartos em suite, etc.” (Leuchéner, 2006: 568).

Tais soluções parecem permitir uma transição menos radical entre o *habitat* a que os idosos estão habituados, como espaço de memórias e afectos, e um outro ambiente residencial *ab initio* menos conhecido e mais formal, no qual são exigidas transformações profundas nos hábitos de vida, particularmente como sucede quando a mudança se faz para instituições de internamento como as ERPI mais tradicionais.

Recordemos o essencial: o internamento dos idosos num ambiente institucional implica, frequentemente, sentimentos de invasão da privacidade, de perda relativa da autonomia e da liberdade individual, tanto por via das normas institucionais como dos novos padrões de relacionamento com os técnicos e com os demais utentes.

Com a institucionalização residencial, tal como indicou Fernandes (1996), o impacto psico-emocional e comportamental irá necessariamente suceder, em maior ou menor grau, conforme os indivíduos e as Instituições. Contudo, as consequências decorrentes da mudança para uma nova vivência quotidiana institucional, poderão ser mitigadas se for possibilitada a conciliação das instituições com o espaço doméstico, tanto do ponto de vista arquitectural como da composição e organização (respectivamente, humana e técnico-espacial), rejeitando-se a impessoalidade e a mimetização com o espaço hospitalar, infelizmente observáveis nas ERPI e EPDI tradicionais.

²⁹ Vide 1ª Secção do Capítulo IV.

³⁰ Estas modernas soluções residenciais colectivas para idosos são geralmente “(...) apoiadas por zonas comuns, infra-estruturas e instalações que permitem facultar cuidados de Saúde, capazes de cobrir as necessidades da população a que se destinam.” (Leuchéner, 2006: 568).

Partilhamos da opinião de que a edificação destinada ao idoso, seja privada ou uma institucional, deverá ter o propósito elementar de acautelar o conforto e a segurança, sem que deixe de assegurar o âmbito privado dos residentes e, simultaneamente, ter uma implantação que permita a interacção com os familiares e os amigos. Concomitantemente, o projecto residencial para idosos deve facultar a dinâmica com a comunidade circundante, evitando ao máximo os factores que levem ao isolamento do espaço habitacional com a sua envolvente e, logo, ao isolamento dos seus habitantes com o mundo exterior. Neste âmbito, há que ter em conta a inclusão social dos mais velhos, nomeadamente a convivência inter-geracional, quer seja possível no espaço público adjacente (jardins, cafés e esplanadas, etc.), quer seja facultada nas edificações pela criação de espaços adequados à socialização e à recepção de visitantes.

Consequentemente, um aspecto importante a ser tido em conta refere-se à localização de uma residência para idosos. A presença essencial de recursos hoje em dia indispensáveis (tais como electricidade, saneamento básico, iluminação pública, estacionamento, telecomunicações, transportes, climatização, etc.) não dispensa a enorme importância que assume a componente arquitectural, o ambiente paisagístico e a localização da edificação, cuja relação harmónica deve ser sempre muito bem ponderada³¹. No mínimo, consideramos que a localização deve possibilitar a autonomia para a deslocação dos residentes e dos visitantes, de preferência estar próxima de transportes públicos e facilitar o transporte privado, possibilitando o acesso ao comércio e aos serviços essenciais, inclusivamente ter proximidade ou acesso fácil ao culto religioso ou à prática espiritual.

Outro princípio a considerar: não só a implantação como o planeamento do edificado deve permitir o visionamento da paisagem de modo a não enclausurar o edifício (e as pessoas) da realidade exterior. Para se alcançar uma boa relação entre as habitações e a envolvente paisagística devem ser acauteladas no projecto amplas aberturas (em vidro climaticamente resistente e transparente) tais como clarabóias, portas e janelas, generosamente rasgadas em altura e largura, as quais permitam uma visualização ampla à distância, em consideração ao pormenor de que os habitantes possam observar a paisagem em pé, sentados ou deitados (Bestetti, 2006).

³¹ A inserção de uma ERPI (ou de uma moradia destinada a idosos) num determinado entorno ambiental tal como a concepção dos espaços interiores e exteriores e, igualmente, a importância da transição do espaço privado para o público, são elementos apreciados pelos residentes, sobretudo pelos idosos.

Conseguir que uma residência se prolongue nos espaços ao ar livre e se integre com elementos da natureza, mesmo quando inserida num ambiente urbano é abrir a possibilidade de que uma casa possa ser reconhecida e vivenciada pelos seus residentes como um *habitat* harmonioso. Sobre este tema, Leuchéner (2006) argumenta:

Os espaços ao ar livre são uma alternativa apetecível e importante para a vida dos idosos, assim como a possibilidade de definir eixos visuais para o exterior enriquece os espaços e as vivências interiores (...) algo realmente muito determinante para as pessoas de idade mais avançada. A integração do espaço exterior (a comumente denominada vista) no interior do edifício através de grandes aberturas (ou de espaços de transição, como os alpendres, varandas ou terraços) é algo que as pessoas de todas as idades buscam quando procuram a sua casa, desde que a privacidade não seja posta em causa e é, portanto, natural que as pessoas mais velhas também valorizem essa vertente naturalista (Leuchéner, 2006: 569).

Portanto, parece-nos razoável afirmar que a concretização de projectos residenciais que incluam áreas ajardinadas, boas calçadas para caminhar, equipamentos ao ar livre e outras benfeitorias semelhantes (complementados com um sistema de sinalização orientador e que garanta autonomia e a liberdade de movimentos dos mais idosos) providencia condições favoráveis para mais Bem-Estar e *qdv* do que aquelas resultantes apenas de se viver numa Instituição (ou moradia) asséptica e protegida.

Outro factor a considerar é que, na medida do que é possível, deve ser tida também em linha de conta que os idosos tendem a preferir habitações de um só piso (Christenson, 1990). Tal particularidade dever-se-á à normal diminuição das capacidades decorrente do natural processo de senescência, pelo que a dimensão dos espaços deverá ser proporcional à capacidade funcional destes habitantes, para que possam executar as suas tarefas com eficácia e sem ajuda, o que reforça a auto-estima e potencia o reconhecimento da auto-eficácia e da valorização pessoal. Contudo, a realidade do edificado em altura nas zonas urbanizadas demonstra a existência de dificuldades evidentes, especialmente para as ERPI.

Os custos associados à área de implantação dos edifícios, particularmente nas zonas urbanas com elevada densidade populacional, têm levado à incessante procura pelo menor custo possível; isso sucede quer se trate da aquisição de terrenos, do planeamento arquitectónico, da edificação ou da manutenção dos empreendimentos habitacionais. Perante tais condições, é frequente que parte da estratégia orçamental das ERPI geralmente incida sobre a edificação de mais do que um piso, tanto nas zonas urbanas ou nas áreas de transição rural. Refira-se que essa limitação geralmente não acontece no caso da habitação própria privada nas áreas rurais e igualmente nas habitações privadas inserida em prédios urbanos de condomínio mantendo-se, em ambos casos privados, a totalidade do espaço residencial própria num só piso.

Há ainda um elemento a considerar quanto à componente criativa, geralmente proveniente das características personalísticas dos arquitectos e das Escolas que os influenciaram, a qual se repercute inexoravelmente no *design* dos projectos. A este propósito recordemos que arquitectura *Modernista*³² fundada sob um princípio básico de que é crucial renovar a arquitetura e rejeitar toda a arquitetura anterior ao movimento, existem duas máximas que se tornaram as suas grandes representantes: *menos é mais* e *a forma segue a função* (*form follows function*), também traduzida como *forma é função* (Roth, 1993).

Devido a tais influências e aquando da elaboração de um projecto, pensamos que os arquitectos e os promotores da obra têm a incumbência de considerar que a escolha de desenhos *avant garde* e a opção por materiais frios e sintéticos, de cariz industrial, provavelmente não irão suscitar quaisquer afinidades afectivas da parte dos residentes idosos ou podem até mesmo fazer-lhes recordar edifícios de carácter hospitalar.

A serem tidas em linha de conta tais requisitos prévios, consideramos que devem ser evitados os exercícios de criatividade arrojada, os quais geralmente negligenciam o conforto e o agrado daqueles a quem se destinam os edifícios.

Portanto, numa proposta residencial para idosos, pensamos ser indispensável valorizarem-se as referências da época com as quais os residentes de uma determinada faixa etária provavelmente mais se identificam, por exemplo através de inquéritos prévios aos potenciais destinatários, assim como privilegiar as representações arquitectónicas que promovem a apropriação da casa como referencial de *lar*.

³² Este movimento marcou grande parte da arquitectura do século XX e a sua influência ainda hoje faz-se sentir nos movimentos pós-modernos e nos projectos contemporâneos.

Chegados aqui, recordemos que os projectos habitacionais destinados aos idosos (tal como preconizado no *desenho universal*, que deve ser fonte de inspiração na arquitectura inclusiva, i.e., destinada a todos) idealmente devem ter conta aspectos não só estéticos mas também de segurança, habitabilidade, mobilidade e de sustentabilidade.

No âmbito da arquitectura inclusiva importa referir que nos casos em que constituição do espaço residencial para idosos (quer seja próprio ou colectivo) é constituído por dois ou mais pisos, é imprescindível que o projecto residencial providencie, entre outros elementos inclusivos³³, o uso de ascensores aos quais acrescem escadas bem dimensionadas e com corrimões bilaterais para prevenir a ocorrência de quedas. Ainda no que respeita ao desenho habitacional (externo e interno) destinado aos idosos, a utilização da tecnologia – como a domótica e a assistência remota – em associação com o desenvolvimento emergente na área da prestação de cuidados e serviços domiciliários, pode ser de grande valia na complementaridade do apoio sociofamiliar que permite prolongar, ou facilitar, a independência funcional dos idosos como cidadãos residentes no uso dos seus plenos direitos à autonomia e à liberdade de movimento.

Tal como quando ocorreu um corte evolutivo com os antigos paradigmas dos asilos para velhos dementes e loucos, também hoje em dia, para que as ERPI se reformem eficazmente e sejam uma opção válida e desejável em relação à permanência na habitação própria, parece-nos crucial que seja dado relevo a uma nova conceptualização residencial destinada aos mais velhos, em ruptura com o modelo tradicional sobejamente difundido, o qual ainda possui uma forte inspiração hospitalar, com reminiscências asilares.

³³ Entre os vários aspectos da arquitectura inclusiva e sustentável, refiram-se os seguintes elementos:

1) A disponibilização de água aquecida por energia solar fotovoltaica; 2) Amplas aberturas destinadas à ventilação e à passagem da luz exterior com a possibilidade de sombreamento nos meses de estio; 3) Um sistema central de ar condicionado e de aquecimento; 4) A captação e reserva das águas pluviais em cisternas, coadjuvado por um sistema de reutilização da água recolhida nos sanitários e para irrigação das áreas ajardinadas; 5) Um circuito interno de comunicação entre os aposentos dos residentes e a portaria/gabinetes técnicos; 6) Elevadores, para ascensão entre os pisos, com dimensão suficiente para cadeiras de rodas; 7) Disponibilização de internet de banda larga com sistema *wireless*, assim como telefone e televisão por cabo em todas as unidades habitacionais; 8) Existência de um circuito interno de TV nas áreas comuns abertas ou fechadas, opcionalmente com o visionamento de imagens centralizado num gabinete técnico de apoio; 9) A instalação de um sistema de prevenção de incêndios que inclua detectores de fumo, alarmes audíveis (luminosos e auditivos), extintores de fácil manuseamento e alarme automático à Protecção Civil; 10) A colocação de sensores de luz de presença nos corredores, em frente às portas, em pontos estratégicos das unidades habitacionais e nas portas de entrada colectivas; 11) Planeamento de lanços de escada com corrimão e rampas de acesso ao edifício; 12) Existência de estacionamento ou de garagem privada (Carli, 2004, Bestetti, 2006; Leuchéner, 2006; ISS, 2014b).

Nesta matéria, pensamos ser essencial a criação de espaços residenciais institucionais não somente focados na redutora prestação de cuidados básicos quotidianos.

As modernas instituições de acolhimento residencial para idosos deverão ser espaços de afectos e de vivência familiar que permitam, autêntica e simultaneamente, a expressão identitária da liberdade individual sendo, também, nichos de privacidade, no sentido em que ambos factores dependem das opções conscientes e pessoais, nas quais o indivíduo controla o seu ambiente, algo essencial aos sentimentos de autonomia e de auto-determinação (Langer, 2009).

A propósito do supra referido, num estudo efectuado nos EUA, Regnier (2002) demonstrou que as principais preocupações essenciais dos idosos institucionalizados são a confiança, um ambiente familiar e sensorialmente estimulante – com um cariz *homelike* – e o desejo de interacção social, de segurança e de privacidade. Leuchéner (2006) reconhece que para o arquitecto a possibilidade de obtenção de espaços e de momentos de saudável solidão (no sentido em que estar só, em privacidade e por opção, não é a mesma coisa que sentir-se sozinho) não é muito comum nas ERPI e nos EPDI, mas que deve ser cada vez mais priorizado no projecto arquitectónico contemporâneo:

Criar (...) em vez de uma sala de estar única, vários espaços com essa finalidade (privacidade) com características diferentes – uns maiores, outros mais acolhedores, uns com televisão, outros com outro tipo de elementos de distração de modo que se consiga agradar ao maior número de pessoas e permitir, simultaneamente, a socialização e a introspecção. É um trabalho que deve ser conjugado com a filosofia do funcionamento posterior destes lugares, onde deve ser respeitada a individualidade e a vontade de cada indivíduo na hora de participar em actividades ou cumprir obrigações do dia-a-dia (Leuchéner, 2006: 569).

A organização do espaço residencial interno para idosos, por ser um ambiente de maior permanência, deve considerar a boa ergonomia e a acessibilidade e ser adequado às características antropométricas dos idosos, pelo que são necessárias medidas proactivas por forma a garantir o conforto e a segurança nesse ambiente específico.

Do ponto de vista da arquitectura e da decoração dos interiores das instituições para idosos, julgamos essencial a organização variada da tipologia dos espaços de permanência e/ou de convívio, nomeadamente através da criação de pequenas áreas de convivência e de recantos de estada com algum resguardo e intimidade, que possibilitem a reunião de pequenos grupos e espaços de alguma intimidade mesmo na presença dos outros ou, nas palavras da arquitecta: “(...) recantos capazes de remeter para o espaço doméstico e não criar barreiras à socialização por causa da atmosfera demasiado institucional que possa inibir as pessoas e causar estranheza e rejeição, obrigando-as a fecharem-se nos seus aposentos.” (Leuchéner, 2006: 570).

Melhor seria ainda se tais espaços de permanência fossem realmente áreas propícias à convivência, i.e., que permitissem uma coexistência flexível³⁴ em zonas delineadas, bem iluminadas e acolhedoras que pudessem ser, se necessário, casualmente unidas em áreas mais amplas, por exemplo, numa festa ou convívio mais alargado.

Contudo, a dura realidade ainda está afastada do sonho ou até mesmo da desejabilidade científica, tal como pudemos constatar *in loco* nos espaços comuns de permanência, nomeadamente nas eufemisticamente denominadas *salas de convívio* das ERPI e dos EPDI que visitámos. Nestas, como em muitas outras instituições congéneres, parece-nos ser ainda muito comum que continuem a prevalecer as tradicionais *salas-de-estar* onde os residentes permanecem grande parte do tempo (passivamente sentados em cadeiras, poltronas ou sofás conjuntamente dispostos na sala numa formação em “U”), geralmente para visionar a televisão ou olhar uns para os outros ou – como proferiu um dos sujeitos – para “*ficar para aqui à espera da morte*”.

A flexibilidade da disposição do mobiliário nos espaços colectivos para idosos (o qual deve corresponder às funções a que se destinam e devem estar adaptados às limitações e às necessidades das pessoas que os usam) assim como o arranjo dos elementos amovíveis que delimitam essas áreas de convívio ou de permanência com algum recato sem isolamento, quando organizados em função da criação de espaços úteis e mais ou menos recatados, podem estimular a actividade dos residentes e o relacionamento interpessoal sem deixar de resguardar alguma privacidade.

³⁴ Por exemplo, a utilização de biombo ou de mobília facilmente reposicionável, facilita a organização adaptável dos espaços comuns, tornando-os mais funcionais (tanto intimistas ou colectivos conforme a necessidade) e menos monótonos.

Há ainda que ter em atenção que a diferenciação de áreas de estar criadas num mesmo espaço comum não se compadece com a conjugação de ambientes incompatíveis (por exemplo, não se deve conjugar uma sala de jogos no mesmo espaço da zona de biblioteca ou uma sala de estar que também é a sala de refeições, ou uma capela perto de um corredor de passagem). Além da sensatez na disposição dos espaços é crucial a coerência e adequação das áreas delimitadas ao espaço em que se integram, tal como é essencial estimular a circulação das pessoas e não limitá-las monotonamente, nas diferentes actividades que desenvolvem, ao mesmo lugar de acção.

Tal como se depreende da nossa descrição anterior, e segundo as leis básicas da arquitectura residencial, o espaço habitacional deve ser constituído por duas zonas independentes: a zona social e zona privada, sendo desejável que “ (...) em cada uma das diferentes zonas, encontremos áreas com diferentes funções e necessidades, e que se relacionem conforme exigências de funcionalidade, sequência lógica e circulação” (Gurgel, 2005: 43).

Nas zonas comuns, do ponto de vista funcional propiciadoras do bem-estar relacional, as portas de acesso aos corredores e destes às habitações deverão ser amplas o suficiente para uma passagem com o uso de dispositivos de apoio. Nos corredores de circulação comum é conveniente a colocação de corrimões e, admitindo que haverá convivência social interna através de encontros entre moradores vizinhos, deverão ser providenciadas zonas de conforto e de descanso utilizáveis por uma ou duas pessoas³⁵.

Refira-se que as derradeiras disposições acima descritas têm sido adoptadas nas regulamentações e são supostamente aplicadas pelas ERPI e pelos EPDI, assim pudemos observar na quase maioria das Instituições que visitámos, as quais se encontravam a funcionar legalmente. Além da ausência de vários aspectos da arquitectura inclusiva e sustentável antes referidos, também não encontrámos tão amiúde a utilização de cores e de contrastes, as quais não apenas evitam a monotonia do ambiente como também podem torná-lo mais estimulante³⁶, desde que não obstem à boa iluminação e à higienização do espaço.

³⁵ Por exemplo, sempre que existam longos corredores ou mais do um piso, é importante que se criem ambientes de estar em todos os andares, com circulações amplas, bem iluminadas e bem ventiladas, para proporcionar passagens agradáveis e confortáveis (Bestetti, 2006).

³⁶ A estimulação cromática “pode amenizar os impactos causados pela solidão e sensação de abandono, pois podem provocar efeitos antidepressivos ou diminuir a ansiedade, pela simples escolha de entre cores quentes, mais estimulantes, ou frias, tranquilizantes” (Bestetti, 2002: 72).

Tanto nos edifícios privados como nos colectivos, as unidades habitacionais deverão ser distintas, por números e por cores, de modo a que quaisquer mudanças de área sejam assimiladas pela identificação e aspecto cromático do piso e pela numeração ou identificação nominal das portas. Desse modo, criam-se códigos de leitura orientadores, com sinalização de fácil identificação e compreensível (Bestetti, 2006).

Além do conforto, também a segurança é outro requisito fundamental para garantir a *qdv* das pessoas idosas, especialmente daquelas cujo declínio das capacidades funcionais aumenta em função da idade. Daqui resulta que seja útil que os corredores de passagem possuam dispositivos de segurança, tais como uma boa iluminação, piso antiderrapante e sinais de orientação, sendo ainda necessário que a sua largura permita o tráfego de pessoas com diferentes velocidades, assim como o uso eventual de cadeiras de roda, andarilhos e bengalas (Carli, 2004; Bestetti, 2006; ISS, 2014b).

Os espaços de refeições comuns, geralmente utilizados por várias pessoas ao mesmo tempo, requerem especial atenção na selecção dos componentes de decoração e de uso prático. É frequente que sejam espaços com uma utilização flexível que pode ir além das refeições quotidianas, tais como festividades e celebrações de datas especiais. Assim sendo, a escolha do mobiliários deve ter em conta o seu fácil manuseamento e arrumação, quer se trate de eliminar ou de acrescentar lugares sentados.

A localização das cozinhas e das dependências de *menage* (armazenagem, dispensa, lavandaria, etc.) também devem ser alvo cuidados especiais de modo a garantir o isolamento de odores desagradáveis e de ruídos incomodativos (Carli, 2004; Bestetti, 2006; ISS, 2014b).

No que se refere especificamente aos quartos de dormir, sendo habitual a preferência nas casas próprias por aposentos para duas pessoas, sabemos que nas ERPI é frequente o compartilhamento por duas ou mais pessoas, e nem sempre por casais, do quarto de dormir³⁷.

³⁷ Ao nível da legislação portuguesa, consideramos inaceitável a recente suavização do conteúdo que fundamenta as normas referentes à quantidade de camas por quarto de dormir nas ERPI (i.e., foi autorizada a passagem de 2 para 3 camas por quarto reduzindo na regulamentação o espaço mínimo exigido entre as camas). Supomos que essa alteração normativa terá sido efectuada com intuítos imediatistas e simplistas, sendo nitidamente contrária à boa fundamentação da legislação anterior e da literatura disponível sobre o tema. Mesmo que apenas seja permitido o acréscimo do número de camas em quartos cujas dimensões permitam continuar a respeitar-se as anteriores normas de segurança e de mobilidade, este acréscimo de camas por quarto constitui um evidente desrespeito do direito à privacidade dos residentes, principalmente daqueles que não desejem partilhar espaço com outrem. Pensamos que tal medida deve ser revogada, pois segue no sentido contrário à disponibilização de condições propícias à boa percepção do bem-estar residencial aos idosos institucionalizados nas ERPI.

Tal como é definido nos manuais, as camas dos quartos de dormir devem ter um comprimento mínimo de 190cm e uma altura suficiente para uma pessoa de estatura média sentar-se e levantar-se sem esforço, o que acresce uma largura *standard* de 90 cm nas camas de solteiro e de 140 cm para casal; idealmente, tanto melhor será se forem camas articuláveis electronicamente com a possibilidade da colocação de guardas laterais.

Outro detalhe fundamental na dimensão dos espaços privados, particularmente da área para dormir, é de que deve suportar roupeiros de, pelo menos, duas portas por cada pessoa, além de estantes para a exibição ou armazenagem de objectos pessoais tais como fotos, documentos, recordações e outros itens pessoais (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa [SCML], 2008; ISS, 2014c).

No domínio do desejável, além das dimensões próprias da área para dormir, é recomendável que os aposentos privados das instituições residenciais para idosos possuam espaço suficiente para a colocação de cadeirões recostáveis, sendo a área de estar no espaço privativo uma alternativa de repouso além do espaço destinado à cama, área de estar essa adequada também para a leitura, trabalhos manuais ou tempos de lazer e de recepção de visitas. Nestes espaços habitacionais é necessária a existência de uma terceira área com uma mesa ou bancada de apoio às refeições.

As unidades habitacionais privadas deverão conter uma pequena *kitchenette* funcional com armários para utensílios básicos para a confecção de refeições, além de um pequeno lava-loiça, um forno de micro-ondas, um fogão³⁸ com exaustor e um frigorífico, para responder necessidades de autonomia e privacidade.

Conforme as normas ISQ (SCML, 2008; ISS, 2014b) a casa de banho privada de cada unidade habitacional, tal como o mesmo tipo de instalação nas áreas de uso comum, deverá ter um espaço mínimo necessário à higiene básica, com suportes de apoio na zona de banho e sanitários, assim como prateleiras para acondicionamento dos produtos de higiene e um espelho bem posicionado, acrescida de iluminação eficiente e um sistema de renovação de ar.

O piso, sempre que possível e em todos os espaços residenciais, deve ser antiderrapante e deve existir um mecanismo de alarme de fácil acesso em caso de aflicção por parte dos utentes.

³⁸ Essencial neste último caso, é a existência de um alarme de fumos e incêndio, além de uma manta antifogos e um pequeno extintor.

Tendo em consideração o direito à privacidade, quer se seja rico ou pobre, parece-nos importante o fomento de instituições residenciais para idosos que disponibilizem aposentos individuais (unidades habitacionais privadas do tipo estúdio, quarto em *suite*, *bungalows*, apartamentos, etc.), os quais tenham a flexibilidade para a eventual presença ocasional de um hóspede no caso de ser necessário um cuidador ou parente próximo em momentos de fragilidade, por doença ou por outros motivos.

No geral, nas unidades habitacionais deverá primar-se por condições de habitabilidade adequadas às particularidades dos seus utilizadores, assim como primar pela flexibilidade dos espaços privados, de modo a permitir que os habitantes possam criar condições de vivência com intimidade³⁹, conforto e segurança, quer haja ou não a possibilidade de compartilhamento da área privada.

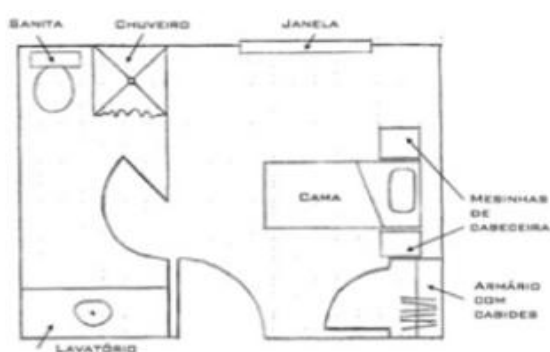
A propósito da relevância das condições de habitabilidade dos aposentos privados nas residências colectivas, podemos referir um estudo recente que avaliou a influência do ambiente físico hospitalar, particularmente dos quartos, no bem-estar convalescente dos doentes. Apresentamo-lo com o pressuposto da semelhança entre o contexto residencial implícito no estudo e o ambiente residencial das ERPI e, também, porque supomos ser possível estabelecer, futuramente, um estudo que contemple ambientes residenciais colectivos para idosos, o qual possa verificar a que nível ocorrerá o paralelismo entre ambos contextos supra referidos.

Por conseguinte, o estudo que passamos a descrever, da autoria de Andrade, Lima, Devlin e Hernández (2014) visou investigar os mecanismos psicológicos subjacentes à relação ambiente residencial hospitalar *vs.* percepção do bem-estar convalescente.

No estudo experimental de Andrade *et al.* (2014), os autores solicitaram a 217 participantes que imaginassem um cenário hipotético de hospitalização para uma operação (bem sucedida) para a remoção do apêndice. Aos participantes foi-lhes pedido que observassem a planta de um quarto individual onde supostamente iriam recuperar após a cirurgia. Após as instruções prévias, os sujeitos leram uma de oito possíveis listas de elementos/comodidades do quarto os quais favoreciam as seguintes opções:

³⁹ Por exemplo, entre os pormenores que fazem a diferença quanto à constituição de um ambiente *homelike*, é recomendável a existência de um óculo para identificação dos visitantes nas portas das unidades habitacionais privadas, tal como acontece nas habitações próprias de cada um de nós, o que permite aos residentes das unidades habitacionais das ERPI assegurarem a sua privacidade e controlar o acesso aos seus aposentos privados por parte de pessoas estranhas ou indesejáveis.

- a) *Percepção de controlo* (por exemplo, a iluminação e temperatura ajustáveis pelos pacientes, a janela que se pode abrir, a disponibilização de um mini-frigorífico);
- b) *Distracção positiva* (por exemplo, espaço para fotografias da família e de amigos, quadros com imagens da natureza, televisão, algumas plantas vivas, etc.);
- c) *Suporte social* (por exemplo, espaço e cadeiras para visitas; acesso à internet – email, *skype*, redes sociais, etc. –, telefone; sofá-cama para família e amigos);
- d) *Uma de todas as combinações possíveis dos elementos acima referidos*;
- e) *Todos os elementos supracitados*;
- f) *Nenhum elemento dos acima indicados*.



Para além dos elementos básicos apresentados no layout, este quarto oferece as seguintes comodidades:

- Espaço e cadeiras para a família e amigos
- Internet (p.e., email, *Skype*)
- Telefone de mesinha de cabeceira
- Sofá-cama para família e amigos
- TV com 40 canais e DVD/VCR
- Espaço para colocar fotografias de família e amigos
- Plantas
- Quadros com imagens da natureza
- Iluminação ajustável pelos pacientes
- Temperatura ajustável pelos pacientes
- Janela que os doentes podem abrir
- Frigorífico

Figura 3.1: esboço no qual é mostrado a distribuição física juntamente com o tamanho de elementos num determinado espaço. (Fonte: Cienciahoje.pt, 2014).

Os resultados do estudo anteriormente referido demonstraram que os participantes a quem não foi apresentado *nenhum elemento* e aqueles a quem foram apresentados apenas *elementos que proporcionam controlo* imaginaram-se a sentir significativamente mais Ansiedade naquela situação (Andrade *et al.*, 2014).

Os autores indicam que quanto mais elementos de comodidade no quarto menor a expectativa de stresse, sobretudo se esses elementos contribuem para distrair ou para tornar possível e confortável a presença de amigos e familiares. Andrade *et al.* (2014) também concluíram que os elementos decorativos e as múltiplas comodidades dos quartos, neste contexto hospitalar, ajudam a reduzir o nível de Stresse dos sujeitos internados, especialmente se tais elementos favorecem a distracção e o suporte social.

O estudo anteriormente descrito, assim como outros estudos idênticos sobre a compreensão das reacções das pessoas ao contexto habitacional, parecem-nos vantajosos quanto à tomada de decisões relacionadas com o *design* e a arquitectura adequados às estruturas residenciais colectivas, nomeadamente as de cariz institucional direccionadas aos idosos.

Considerando a importância dos Domínios *Ambiente, Relações Sociais e Psicológico* na percepção da *qdv* dos idosos⁴⁰, bem como a prevalência da Ansiedade nesta faixa etária, em associação aos conhecidos efeitos negativos do Stresse (nomeadamente na susceptibilidade ao desenvolvimento de patologias e no atraso na recuperação da Saúde), pensamos que o planeamento e as intervenções de adaptação arquitectónica, os quais possam reduzir aqueles factores patológicos e potenciar a percepção do bem-estar habitacional dos utentes institucionalizados em espaços residenciais colectivos, são essenciais por visarem a mimetização do ambiente *homelike* sem a diminuição da eficácia técnica.

Para a maioria de nós, a disposição em nossa casa dos objectos que nos pertencem visa não apenas a funcionalidade, como também assume a apropriação do espaço privado, palco da representação da nossa intimidade; daí que seja coerente fomentar nas residências para idosos, particularmente nos aposentos privados, uma tal expressão da intimidade, facultando a cada residente a personalização do seu espaço próprio, para que dele se aproprie à sua maneira reunindo nesse ambiente exclusivo, tal como num bastião individual perante o colectivo e a exposição aos outros, os elementos identificativos da sua intimidade e reflexo da sua identidade e personalidade.

Especialmente importante para a expressão da individualidade de cada idoso, a conservação de hábitos prévios deverá ser tida em conta pelos cuidadores especializados os quais devem ser seleccionados tendo especial atenção às suas qualidades humanas e, também, às suas capacidades técnicas. A concepção de condições habitacionais que viabilizem a manutenção de hábitos antigos (os quais remetem a uma vida independente anterior à mudança para o espaços residencial institucional) traduzir-se-á numa transição mais suave e deve ser tida em conta, quer pela vertente arquitectónica e decorativa, como através de uma planificação dos espaços e das intervenções técnicas coadjuvantes junto dos residentes.

⁴⁰ Vide Item 2.3 do Capítulo II.

Salientamos ainda o quão fundamental será estabelecer, no *habitat* residencial e na sua envolvente, condições que estimulem as capacidades sensoriais dos idosos, dada a natural degeneração das mesmas ao longo da senescência, assim como elementar é fomentar actividades motoras e sensoriais que mantenham ou desenvolvam a autonomia funcional e a independência pessoal. Neste âmbito, é necessário criar-se condições adaptadas à concretização das actividades funcionais de vida diária autónoma, tais como cozinhar, comer, vestir-se, lavar-se, atender às necessidades fisiológicas, dormir, etc., num espaço esteticamente agradável, seguro, confortável e com privacidade.

Para finalizarmos esta Secção dedicada aos elementos fundamentais das moradias destinadas a idosos, estamos convictos que, ao longo do processo de envelhecimento, poder-se-á suscitar maior serenidade na transição entre espaços habitacionais ou, mais especificamente, é possível facilitar-se a integração entre a casa própria e uma ERPI, se forem tidos em consideração todos ou a maioria dos elementos descritos, i e., se forem criadas condições para a apropriação identitária funcional entre a nova residência e a *casa/lar* que os idosos habitaram antes da institucionalização.

O desenvolvimento de uma nova abordagem na concepção das modernas ERPI, não significa a promoção de concepções estilísticas *pastiche*; essencialmente trata-se de seleccionar projectos arquitectónicos coerentes com a representação e apropriação estética, personalística e operante dos idosos, sendo tais condições tão cruciais como é a escolha da localização ou o entorno ambiental.

Aos princípios basilares do projecto acrescem pormenores vitais tais como as cores, a ornamentação paisagística e a decoração interior, o mobiliário ergonómico, os materiais de construção, a sinalética, os cuidados relativos à iluminação eficiente e com menor consumo possível de energia, à atenção dispensada à acústica e à mobilidade.

Não despendendo é o acesso às novas tecnologias, a disponibilização de espaços ora privados ora colectivos e a possibilidade de acolhimento de visitantes, elemento também basilar para a qualificação dos espaços residenciais destinados aos idosos.

Àqueles componentes acrescem a impreterível disponibilização quer do apoio humano básico ou especializado, quer de condições espaciais e materiais necessárias para actividades de lazer, culturais, de aprendizagem contínua e do culto da espiritualidade, sem descurar, também, a continuidade entre a natureza, o espaço privado e a comunidade envolvente.

Complementarmente aos factores acima citados, os alojamentos institucionais colectivos destinados a idosos, quando centrados no aspecto residencial, deverão ser munidos de uma comodidade activa (portanto, não infantilizante ou super-protectora) sem deixarem de ser susceptíveis de uma vivência confortável, em segurança e intimidade, constituindo-se como ambientes residenciais comunitários onde é possível o exercício de direitos básicos à pessoa humana, tais como a liberdade individual e o respeito pela dignidade e pela privacidade. Nesta medida, recordemos que condições como a autonomia, a confiança e a funcionalidade são essenciais para a manutenção, ou para o desenvolvimento, de sentimentos de auto-estima e de auto-eficácia nos idosos.

Dada a natural evolução dos padrões mínimos de exigência – quer sejam reivindicados pelos idosos contemporâneos como, futuramente, pelas sociedades cada vez mais envelhecidas cujos protagonistas serão alguns dos actuais cibernautas, i.e., futuras gerações de idosos comparativamente mais esclarecidas, mais mundanas e mais exigentes – é inegável que a habitação possuirá cada vez mais uma fundamental importância sobre a *qdv* dos idosos.

Pelo exposto, sucede considerarmos que nos parece indispensável repensarem-se alguns dos paradigmas ainda prevaletentes na edificação e na organização dos espaços habitacionais para os idosos – quer sejam destinadas a habitação própria ou dirigidas para a institucionalização residencial – para que haja cada vez mais humanização das institucionais de acolhimento para os idosos e, também, para que sejam proporcionadas mais e melhores oportunidades para o bom envelhecimento.

3 - O paradigma da *Aldeia-lar* como *cluster* turístico e de repovoamento territorial.

Em Portugal, assim como em outros países desenvolvidos, podemos constatar um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa. Tal evidência tem fortes implicações na estrutura e no funcionamento da Sociedade, sendo que uma das principais consequências daquela modificação sócio-demográfica traduz-se nos desiguais níveis de bem-estar proporcionados à população idosa, presentemente e no futuro.

Tal como abordámos no Item 2.4 do Capítulo I, o *envelhecimento activo*, tido como *bem-sucedido*, aconselha uma dinâmica civil e institucional que integre práticas organizacionais e metodológicas sustentáveis e adaptáveis, quer quanto à evolução da senescência individual ou ao envelhecimento colectivo, sobretudo uma dinâmica que permita a cada pessoa viver o seu processo de envelhecimento num contexto de integração social, com o qual se possa identificar e no qual deseje e possa participar.

Na presente Secção, muito inspirada por repetidas visitas de campo e pela revisão da literatura, pensamos ser indispensável reflectir acerca do potencial de um modelo inovador: a *Aldeia-lar*. Tal suposição surge da constatação *in loco* das múltiplas qualidades humanas e arquitecturais intrínsecas à *Aldeia-lar* de Alcalar⁴¹ assim como ao reconhecimento das suas potencialidades sócio-económicas⁴².

Adiantamos que na 2ª Secção do presente Capítulo, referiremos que em Portugal têm aparecido algumas inovações no apoio à população idosa, nomeadamente soluções que, na nossa opinião, ainda têm espaço para serem aprimoradas e mais vastamente utilizadas. Tais opções ou paradigmas de apoio aos idosos podem passar por propostas reformadoras tais como as Famílias de Acolhimento, o Voluntariado Social, os Programas (públicos) de Reabilitação Habitacional, o Alojamento Inter-geracional, as Residências Assistidas e, também, os Aldeamentos para Idosos, quer sejam construídos de raiz ou resultem da requalificação de Aldeias, vilas ou bairros históricos, amiúde vítimas do intenso envelhecimento e da desertificação causada pelos fluxos migratórios para as grandes cidades do litoral (i.e., a *litoralização*) e/ou para o exterior do país.

⁴¹ Vide 4ª Secção do Capítulo III.

⁴² Como adiante se verá, adequadamente implementado, conforme a sua localização e aproveitamento dos recursos ambientais e turísticos, este modelo também se nos afigura como estratégico, quer seja do ponto de vista da reorganização territorial e populacional, quer seja na perspectiva da reafecção e da aplicação dos recursos, com potencial retorno a vários níveis.

Se considerarmos que grande parte do nosso território (inclusivamente os esconsos lugares do interior do país) possui boas infraestruturas (redes viária, eléctrica, de água canalizada e de telecomunicações, etc.) teremos já as condições basilares para o repovoamento habitacional territorial com base no paradigma *Aldeia-lar*.

Importa, neste momento, efectuarmos uma clarificação: é provável a confusão redutora entre o conceito de *Aldeia-Lar* e o conceito de *residências (para seniores) assistidas*⁴³ as quais, neste caso, são essencialmente agregados de unidades habitacionais de hospedagem a médio ou longo prazo, cujo funcionamento e organização está centralizada num centro de decisão e de gestão, e cujos residentes idosos são assistidos por cuidadores especializados.

Intrinsecamente o conceito de *Aldeia-lar* incorpora em si mesmo uma genuína dinâmica residencial, multidimensional, a qual pode incluir a convivência entre as gerações, o fomento populacional, a reabilitação urbanística e a conservação histórica, e a dinamização da actividade económica sustentável e da empregabilidade, podendo ser um factor aglutinador para o desenvolvimento das regiões pólo através da partilha cultural e da componente turística.

Objectiva e desejavelmente, quando não criadas de raiz, a implementação de *Aldeias-lar* poderá resultar da requalificação das Aldeias (ou vilas ou bairros) cujos territórios com edificado urbano possuam interesse paisagístico, histórico e cultural, mesmo que a população residente se encontre envelhecida (motivo que leva à existência de inúmeras casas devolutas, fruto da perda de população). Nestas circunstâncias parece existir potencial para utilização rentável e sustentável dos recursos, nomeadamente na esfera turística, comercial e da prestação de serviços com valor acrescentado. Foi o que sucedeu com a Aldeia da Pedralva, caso particular que descreveremos adiante.

Neste contexto, pensamos que parte do interesse do conceito de *Aldeia-lar* estará centrado no aproveitamento sócio-económico e urbanístico das Aldeias históricas do interior do País, assim como semelhante concepção poderá ser aplicada em bairros históricos nas cidades, assumindo maior relevância naquelas áreas edificadas as quais – tendo potencial patrimonial, ambiental e humano – se encontram num gradual processo de despovoamento, logo, de perda da vitalidade sócio-económica e cultural.

⁴³ Tais residências assistidas, geralmente destinadas a utentes com mais poder económico, tendo mérito nos elevados níveis de qualidade da prestação de serviços que fornecem, não se afastam muito da noção híbrida entre um lar para idosos conquanto organizado num ambiente hoteleiro de alta qualidade e com maior privacidade residencial.

Como exemplo dessa potencialidade largamente por explorar, neste caso no *cluster do turismo residencial do lazer e da natureza*, podemos apresentar o caso da reabilitação e requalificação da *Aldeia da Pedralva*⁴⁴, no Concelho de Vila do Bispo.

A *Aldeia da Pedralva* é um empreendimento privado, com o mesmo nome da Aldeia histórica onde se insere, o qual teve início na primeira década do século XXI por via da aquisição gradual de cerca de 30 casas (devolutas e/ou em ruína) e a consequente recuperação de mais de duas dezenas de habitações destinadas ao arrendamento turístico e aos serviços complementares ao funcionamento do empreendimento.

O processo de recuperação do edificado, a maior parte dele em muito mau estado, decorreu com autenticidade, bom gosto e respeito arquitectónico por aquilo que, outrora, chegou a ser uma Aldeia com mais de 200 habitantes e que ficou praticamente abandonada no final do século XX. Refira-se ainda um aspecto curioso mas significativo do estado de abandono do lugar: quando começou o projecto de recuperação arquitectónica, nela apenas residiam 7 habitantes, na maioria idosos.

A *Aldeia da Pedralva*, com as suas casas primorosamente recuperadas e decoradas modernamente com uma inspiração tradicional, disponibiliza (com algum luxo) todas as comodidades actuais e, também, serviços técnicos diários de apoio às moradias (limpeza e manutenção).



Figura 3.2: da esquerda para a direita e de cima para baixo: Esplanada/Restaurante/Café; Praceta com chafariz; Forno e churrasqueira comuns; Rua da mercearia; Casas da Aldeia. Fonte: Malveiro, 2013.

⁴⁴ www.Aldeiadapedalva.com

Nas ruas desta singular *Aldeia da Pedralva* – onde se combinaram, admiravelmente, o empreendimento e o povoado original – podemos encontrar a mercearia (com a qual colabora um antigo habitante com mais de 70 anos), o restaurante, a papelaria/posto de correio e a antiga escola primária, agora transformada num centro de aprendizagem e onde se fazem cursos de verão para todas as idades.

Existem ainda outros negócios, como a loja de produtos naturais e as massagens terapêuticas; também subsistem um forno e churrasqueira comunitários, uma horta e vários locais de lazer e de convívio ao ar livre. Nos meses de verão, a povoação da Pedralva ferve com habitantes, quer sejam os antigos moradores e respectivos familiares, os visitantes e hóspedes ou as pessoas que nela trabalham; as ruas são animadas por crianças e jovens adultos que aí passam férias e nela convivem em actividades diversas, nos espaços públicos e privados existentes ao ar livre⁴⁵.

Nos meses de inverno a afluência é menor, todavia o clima e a prática do *surf* nas praias próximas mantêm, juntamente com os habitantes da Aldeia e da vizinhança, um movimento humano que persiste ao longo de todo o ano.



Figura 3.3: da esquerda para a direita e de cima para baixo: Casas azuis; Perspectiva de uma rua; Loja; Centro administrativo; Acesso às casas no topo da Aldeia; Pormenor de uma porta. Fonte: Malveiro, 2013.

⁴⁵ A estada neste lugar admirável, principalmente nos meses de verão, com dias cálidos e noites amenas, permite usufruir dos prazeres ambientais do campo nos arredores da Aldeia da Pedralva através de variadas actividades (btt, passeios a pé, observação da natureza, etc.) assim como aproveitar as praias próximas, nomeadamente para a prática do *surf*.

Estamos perante de um caso inegavelmente bem-sucedido: a recuperação e a requalificação da Pedralva pode, também, ser uma lição sobre uma boa parceria entre o investimento privado e público⁴⁶.

Esta situação concreta de rara reabilitação e de exploração económica sustentável de uma Aldeia portuguesa (outrora decadente e destinada ao abandono) parece-nos ser um modo exemplar de reabilitação e repovoamento do interior – neste caso para fins turísticos. Tal exemplo, quanto a nós, poderia servir (sem muitas mais alterações substanciais) como um paradigma inspirador replicável por muitas mais Aldeias, vilas e bairros históricos, os quais têm sido deixados cada vez mais ao abandono mas que possuem, se devidamente requalificados, um elevado potencial sócio-económico e cultural.

Considerando uma associação conceptual entre a *Aldeia de S. José de Alcalar* (pura *Aldeia-lar* e objecto central do nosso estudo) e a *Aldeia da Pedralva*, podemos imaginar futuras “Aldeias-lares-turísticas”. Tal será possível se forem criteriosamente seleccionadas determinados aglomerados urbanos com elevado potencial em função dos recursos ambientais e humanos e da herança histórica.

Se a esta castiça localidade do interior algarvio lhe acrescentássemos as estruturas necessárias ao apoio a idosos (tais como um posto médico/enfermagem e um serviço de apoio domiciliário) e os demais elementos arquitectónicos essenciais à adaptação de outras habitações que ainda estão em ruína, poder-se-ia concretizar um ambiente residencial demograficamente mais abrangente e mais inclusivo para a população sénior⁴⁷, não obstante a povoação continuasse vocacionada (tal como actualmente acontece) para o turismo da natureza, desportivo, histórico e cultural.

⁴⁶ O investimento privado realizado ascende a mais de quatro milhões de euros. A Câmara de Vila do Bispo, reconhecendo o potencial de empregabilidade e também o retorno (directo e indirecto para o Concelho) desta lucrativa actividade, efectuou um investimento que ronda um milhão de euros em obras públicas de repavimentação dos acessos e das ruas, na remodelação das infraestruturas camarárias e na implementação da rede de escoamento de águas pluviais e residuais de toda a Aldeia, não apenas das casas pertencentes ao empreendimento turístico (*Fonte: Jornal do Algarve Magazine, Fevereiro de 2010*).

⁴⁷ Por outras palavras, se fosse aumentado o campo de acção do empreendimento inserido na *Aldeia da Pedralva*, por exemplo através de uma parceria especificamente direccionada para a população sénior, também estaríamos perante uma povoação mais completa e genuína, já que poderia integrar mais idosos (portugueses e estrangeiros) como habitantes não veraneantes da Aldeia, incluindo-os ao longo do ano na dinâmica socioeconómica, cultural e inter-geracional do lugar – nomeadamente em actividades adicionais sustentáveis tais como, por exemplo, através de *ateliers* de artesanato ou de gastronomia regional e outras actividades lúdicas da transmissão de conhecimentos etno-culturais ancestrais, sob a forma de cursos de ofícios, por exemplo, supervisionados pelos aldeões idosos.

Em qualquer futura *Aldeia-lar-turística*, não menos importante será o planeamento e a criteriosa requalificação, assim como a racional gestão, inseridas numa estratégia regional (a qual integre parcerias e recursos comuns), desejavelmente focada na sustentabilidade económica de médio e longo prazo. A serem conjugadas tais condições, este potencial *cluster* poderá possibilitar um novo dinamismo territorial possuindo, em si mesmo, um enorme potencial económico e sócio-cultural.

Pelo que podemos observar em ambas as situações excepcionais já existentes – i.e., a *Aldeia de S. José de Alcalar* e a *Aldeia da Pedralva* – estamos convictos que a incorporação de ambos modelos num só paradigma, devidamente ajustado ao melhor da essência de ambos casos, promoveria resultados ainda mais interessantes e positivamente mais surpreendentes do que aqueles já obtidos, individualmente, em cada situação concreta – nomeadamente quanto ao Bem-Estar e à *qdv*, não apenas dos residentes mais idosos, mas de todos os habitantes, visitantes ou permanentes.

No *cluster Aldeia-lar-turística* também nos parece credível um outro argumento viabilizador: a possibilidade do acolhimento de habitantes estrangeiros, geralmente ávidos por climas amenos e por condições culturais, de hospitalidade e de segurança, os quais são dos predicados de Portugal.

Recordemos que tais classes de cidadãos estrangeiros, de idades variáveis, geralmente obtêm os seus rendimentos não apenas como resultado das poupanças, dos investimentos financeiros ou das pensões de reforma, mas também através de sistemas de seguros sociais⁴⁸. Acresce que os cidadãos estrangeiros, adultos mais ou menos idosos, que desejam residir em Portugal, são consumidores de bens e serviços ao longo de todo o ano e, neste caso das *Aldeias-lar* com vocação turística, também têm familiares e amigos que os visitam ao longo do ano, pelo que o potencial económico neste tipo específico de residentes nos parece ser francamente interessante.

Além dos argumentos antes enunciados, refira-se que a actual fiscalidade portuguesa é altamente favorável aos cidadãos comunitários acima dos 65 anos que desejem constituir residência no nosso território, pelo que este também é mais um fundamento a ter em consideração na análise sobre este tema.

⁴⁸ Nestes casos, os cidadãos contribuintes, a partir de uma determinada idade, passam a poder efectuar uma contribuição opcional para um seguro privado que lhe garante, quando idosos, a opção por sistemas personalizados de apoio, no domínio da Saúde e da Protecção Social (EUROSTAT, 2013).

Portanto, não nos parece inviável a existência de um conjunto significativo de possíveis utilizadores/habitantes, quer sejam cidadão nacionais ou da UE., com substancial poder económico, prováveis clientes para a adicional sustentabilidade de um futurístico modelo *Aldeia-lar-turística*.

Pelo exposto, afigura-se-nos que este *cluster* de actividade (ainda por explorar no nosso país, riquíssimo em património histórico e com alto valor ambiental e turístico) pode constituir-se como um relevante eixo para o desenvolvimento regional, através da requalificação e do repovoamento de Aldeias, vilas ou dos bairros históricos, muitos deles despovoados e demograficamente envelhecidos e degradados.

Portanto, parece-nos não ser desprezível a ideia de que estamos perante um investimento potencialmente estratégico com significativo retorno, nomeadamente no que concerne às áreas sociais e da Saúde como também do turismo, do comércio e do lazer cultural. Tal investimento também poderá constituir, simultaneamente, um forte impulso dinamizador dos processos de solidariedade inter-geracional, da empregabilidade, do reajustamento populacional e do ordenamento do território, sobretudo do interior de Portugal.

Refira-se também que o potencial e a viabilidade económica deste género de iniciativa poderá ser apelativo não apenas para os investidores privados como também para as IPSS/ONG's que conseguirem progredir e ampliar o campo de acção que prestam para níveis superiores de qualidade para além do tecto, cama, alimentação, higienização e roupa lavada. Para o efeito, através do recurso a financiamento proveniente dos actuais ou futuros quadros comunitários de apoio, as IPSS devem procurar modernizar-se no sentido da futura auto-sustentabilidade, sem renegarem o fim a que se destinam e, caso não lhes seja possível investir sozinhas, poderão efectuar parcerias com o tecido empresarial que possui *know-how* turístico residencial, o que, acrescentamos, já não é inédito em Portugal⁴⁹.

⁴⁹ Localizado em Brejos de Azeitão, no concelho de Setúbal, em Fevereiro de 2014 foi inaugurada a unidade de residências assistidas "*Porto Salus*", integradas num complexo de Saúde e Bem-Estar mais vasto que inclui o Hospital de Nossa Senhora da Arrábida, numa parceria entre o Grupo Visabeira e a Santa Casa da Misericórdia de Azeitão. O empreendimento integra duas valências: uma unidade de residências assistidas (equivalente a uma unidade hoteleira de categoria superior) e uma unidade de cuidados de Saúde, assegurada pelo Hospital de Nossa Senhora da Arrábida, localizado mesmo ao lado das residências. Com capacidade para 120 utentes, o complexo residencial possui vários equipamentos tais como piscina, restaurante, capela, cabeleireiro e lavandaria. Os quartos dispõem de casa de banho privativa; as *suites* são acrescidas por uma sala de estar e uma ampla varanda (in loco, Abril de 2014).

Chegados aqui, surge-nos uma questão: o que justifica a obstinação, com a convivência e apoio do Estado, pela persistente construção de raiz de tantas ERPI às portas das vilas ou das Aldeias semi-desertas, quando é possível investir na recuperação do edificado das povoações, mantendo vivo o tecido urbano, a coesão dos laços e a satisfação entre os habitantes e, ao mesmo tempo, podem ser desenvolvidas condições adicionais para o repovoamento e a dinamização económica do interior?

Oxalá esta nossa reflexão futurista possa ser um singelo contributo para a consciencialização desta problemática.

Contudo, sejamos realistas: por certo que *nem tudo são rosas*, isto é, a dinamização de tal estratégia desenvolvimental não é facilmente concretizável apenas por fazer sentido no plano teórico e humano mesmo que haja – como é o caso – precedentes deveras encorajadores. Dada a actual conjuntura financeira que condiciona o empreendedorismo e, também, devido à complexa máquina burocrática nacional, estes e outros projectos com potencial de retorno dificilmente conseguirão sair do plano intencional. Além disso, sabemos que existem outros obstáculos bastante pragmáticos, tais como aqueles que resultam da habitual dispersão dos múltiplos herdeiros⁵⁰ do edificado, sobretudo em meio rural ou na província, ou que advêm da resistência emocional dos proprietários à venda das propriedades edificadas, mesmo quando estão em ruínas.

Na realidade da práxis urbanística e nos processos inovadores que originam a mudança, neste caso em questões de propriedade, existem sempre sensibilidades emocionais nem sempre ultrapassáveis pelo aspecto puramente monetário: isso mesmo se passa frequentemente com as questões legatárias ou sucessórias ou, no mundo campesino, no que concerne ao emparcelamento das propriedades. Todavia, para os entraves expectáveis – idiossincráticos ou jurídicos ou outros – existem quase sempre soluções negociais e diversos formatos legais que permitem, por exemplo, a manutenção dos idosos nas suas casas, tal como sucede com a figura jurídica da alienação com usufruto vitalício sem que tal seja um entrave à recuperação/readaptação das habitações. Outras possibilidades existirão, tal como a constituição de contratos (em sociedade mutualista ou por quotas, de cedência temporal ou parcial, de permuta, etc.).

⁵⁰ Neste âmbito são frequentes as dificuldades na aquisição de propriedade em Aldeias ou vilas do interior, tantas são as vezes em que os herdeiros são às dezenas, ou os proprietários pretendem mais-valias absurdas ou esperam manter as casas para delas usufruírem anos mais tarde.

Em zonas intervencionadas pelos modelos de cariz *Aldeia-lar-turística*, desejavelmente deverão ser concedidas condições adequadas de habitabilidade à população idosa originalmente residente, essencialmente para que possa permanecer nas suas habitações (ou em partes destas) após as casas serem alvo de requalificação⁵¹. Nos casos dos idosos proprietários resistentes à cedência da propriedade (mesmo que permaneçam com o usufruto da habitação) ou que recusem participar na área urbana intervencionada poderá, mediante certas condições, haver a possibilidade de promover a requalificação habitacional dessas casas através de incentivos semelhantes aos do *Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas* (ISS, 2012).

Com efeito, através do investimento privado, público ou combinado em parcerias, poderão ser reabilitadas casas já habitadas por idosos as quais posteriormente podem ser reconvertidas em residências de permanência; simultaneamente, seria desejável a aquisição e recuperação, a custos controlados, de casas devolutas destinadas ao arrendamento, quer seja turístico sazonal ou de permanência prolongada, quer seja para pessoas idosas ou menos idosas, oriundas do país ou do estrangeiro.

Seja como for o futuro, tendo em mente o sucesso social da *Aldeia-lar* de Alcalar, e tendo também em conta, ao nível urbanístico e económico, o exemplo da *Aldeia da Pedralva* (a qual se constitui como uma evidência bem-sucedida) parece-nos indesmentível de que é possível ultrapassar obstáculos estruturais, jurídicos e patrimoniais e desenvolver – com estratégia, persistência e bom gosto – projectos sustentáveis a vários níveis (ambiental, social, turístico, urbanístico, demográfico, etc.).

Nas Aldeias históricas que sejam revigoradas como *Aldeias-lar* vocacionadas para o turismo (social, ambiental, histórico e cultural), além das actividades económicas decorrentes da inerente dinâmica populacional, é impreterível que sejam fundadas unidades de apoio aos residentes, quer estes sejam habitantes permanentes ou visitantes sazonais. Além dos serviços comumente associados à actividade hoteleira e do turismo da natureza e do lazer, as unidades de apoio residencial deverão ter equipas especializadas que disponibilizem, de forma permanente, o apoio domiciliário especializado em gerontologia assim como a assistência nos cuidados básicos de Saúde.

⁵¹ Refira-se que a cedência da titularidade das habitações poderá também ser proposta como compensação ao usufruto em vida das melhorias efectuadas por via da reabilitação habitacional juntamente com o apoio recebido por parte das estruturas de uma *Aldeia-lar*, assim como poderão ocorrer outras formas de acordo e de contrato negocial entre as partes envolvidas.

Há ainda a referir que nas povoações intervencionadas será desejável a criação de condições para o estabelecimento de vários tipos de equipamentos e de serviços – tais como multibanco, mercearia, café, cabeleireiro, zonas de lazer e de convívio, *hotspot*, estacionamento, etc. Neste contexto, salientamos que a requalificação das povoações com base no conceito de *Aldeia-lar* em nada deverá prejudicar as actividades económicas que, eventualmente, ainda possam subsistir previamente à requalificação. Na área da dinamização económica local, seja do pequeno comércio ou da sustentabilidade de novas actividades sócio-económicas, é imaginável serem estabelecidas condições que possam contribuir para o desenvolvimento global integrado no âmbito da requalificação das povoações. Para o efeito, com o apoio de organismos do Estado, como por exemplo do IAPMEI⁵² ou das Autarquias, e a colaboração das Associações Empresariais já existentes e, também, por via da aplicação de recursos oriundos dos programas nacionais e europeus de apoio à modernização económica e ao combate à desertificação do interior, é exequível robustecer as actividades económicas das Aldeias/vilas/bairros intervencionados, reforçando o empresariado e fortalecendo os factores de empregabilidade, de fixação populacional e de autossustentabilidade.

À semelhança com o que aconteceu com a RUTI⁵³ (RUTIS, 2014), à medida que tal modelo fosse sendo replicado, parece-nos que o associativismo entre Aldeias seria de grande interesse e utilidade, sobretudo através da fundação de uma *Associação de Aldeias-lar*, por forma a potenciar a partilha de experiências e de recursos comuns. No caso em que exista uma rede de Aldeias com uma gestão centralizada, colocamos também a possibilidade dos idosos residentes e/ou associados poderem passar temporadas em Aldeias diferentes, tal como sucede com os membros associados da Fundação INATEL (INATEL, 2014).

Para além dos factores estratégicos já referidos, a implementação potencial do modelo *Aldeia-lar-turística* afigura-se-nos permitir disponibilizar produtos de qualidade resultantes de elementos que fazem de Portugal um líder: com efeito, possuímos excelentes condições climatéricas, água em abundância, temos uma riqueza ambiental e patrimonial com um elevado valor turístico, desfrutamos de excelente gastronomia, somos um país seguro, além de sermos conhecidos como um povo hospitaleiro e afável, com uma longa História e Cultura, receptivos à Europa e ao Mundo.

⁵² www.iapmei.pt

⁵³ Rede de Universidades da Terceira Idade.

Sem dúvida que Portugal beneficia de condições únicas que o constituem num pólo atractivo em relação a este tipo de produtos – veja-se a quantidade de turistas que nos visitam ao longo do ano e, também, o efectivo de estrangeiros oriundos dos países da UE, nomeadamente dos países nórdicos e do centro da Europa, que procuram o nosso país para morar (I.N.E., 2013a)⁵⁴. Torna-se evidente que as vantagens particulares do nosso país concentram aspectos de atracção importantes para o bem-estar e a *qdv* dos habitantes ou dos visitantes, quer sejam idosos ou não.

Por conseguinte, pensamos ter até ao momento tornado claras as múltiplas vantagens e potencialidades contidas na implementação do modelo *Aldeia-lar* quando vocacionado para a requalificação urbanística visando não só a valência residencial destinada a idosos mas, simultaneamente a exploração económica na vertente turística. Tal excelência consubstancia-se na dignificação do idoso como habitante participante na vivência comunitária das povoações, ao mesmo tempo que lhe é proporcionada habitabilidade com condições adequadas e garantida a possibilidade de assistência com qualidade. Ademais, o modelo *Aldeia-lar* parece permitir que os idosos residentes no interior não sejam compelidos a abdicar das suas casas ao serem deslocados para as ERPI tradicionais (vulgo *Lar de Idosos*) – instituições frequentemente localizadas na sede do Concelho ou na Capital do Distrito – logo, afastando-os do *habitat* e do convívio com os componentes rotineiros e humanos (parentes, amigos, vizinhos, etc.) a que estão habituados. Neste contexto, as *Aldeias-lar* podem ser pólos de aglutinação social dos idosos do meio rural, inclusivamente daqueles que vivem isolados e sós. Tais considerações, por singelas que pareçam, são humanamente essenciais e nada despidiendas na justificação da implementação generalizada deste paradigma.

Para finalizar, salientamos que do ponto de vista da estratégia – política, social e económica – o proveito humano (individual, inter-relacional e inter-geracional), provavelmente consequente à implementação das sugestões supra, parece-nos ser complementado pelos benefícios relativos ao ordenamento nacional do território, particularmente com as consequências associadas à requalificação de Aldeias ou bairros históricos portugueses, doutro modo destinados a desaparecer como resultante do processo de litoralização e de desertificação demográfica e territorial em curso.

⁵⁴ A população estrangeira residente, titulares de autorizações de residência em Portugal, subiu dos 274.631 indivíduos em 2005 para os 434.708 em 2011. Entre os residentes estrangeiros, no ano de 2005 constatarem-se 88.781 residentes provenientes da UE e, em 2011, o quantitativo ascendia a 177.528 indivíduos, cerca de 40% do total de residentes estrangeiros em Portugal (I.N.E., 2013a).

Em Portugal, o potencial existente nos recursos humanos e naturais é de elevada qualidade e deve servir como pilar ao reforço da actividade económica local e regional⁵⁵. Com país, temos boas condições para estarmos na liderança mundial do turismo histórico, cultural e ambiental e disso é prova suficiente o peso que a actividade turística, globalmente, tem no nosso PIB, cujo peso absoluto das receitas se mantiveram em crescimento relativamente ao ano anterior (+7,2%), correspondendo a 8.146 milhões de euros (I.N.E., 2012)⁵⁶.

No âmbito das *Aldeias-lar*, o bom investimento (i.e., a alocação de recursos com o intuito da obtenção de valor acrescentado no retorno a médio e longo prazo), quer seja privado, público ou em parceria, deve incidir na gestão parcimoniosa dos recursos, e ser alargado à exploração sustentável das áreas do turismo e do lazer cultural, do Bem-Estar e da Saúde, da prestação especializada de serviços geriátricos e de gerontologia.

Se houver engenho e arte, esta futurística proposta, por muito inovadora que possa parecer, será decerto exequível e proveitosa, sobretudo quando destinada a combater um problema nacional e europeu, ou seja, enquanto proposta de solução para fazer frente aos desequilíbrios populacionais e económicos inter-regionais, em parte resultantes do envelhecimento populacional.

Na nossa perspectiva, em face do que temos vindo a descrever e perante as evidências recolhidas ao logo do nosso estudo, o Modelo de *Aldeia-lar* personificado pela Aldeia-lar de S. José de Alcalar – seguidamente descrito na 4ª Secção – por si só, afigura-se-nos como um elemento propiciador à melhoria dos índices de Bem-Estar e de *qdv* da população idosa. Aliás, adiante constataremos como tal convicção se consubstancia por via da explanação e análise dos dados obtidos na nossa investigação.

⁵⁵ O investimento na requalificação do edificado devoluto, na implementação de serviços e do comércio (nas áreas de turismo, saúde, apoio especializado, na produção de bens primários de consumo, nos transportes, nas actividades de lazer, cultura e de tempos livres, etc.) e a consequente actividade económica geradora de emprego, permitem a fixação e a atracção das populações (jovens e menos jovens, nacionais e estrangeiros), propiciando níveis de qualidade de vida e de prosperidade dificilmente obtidos, nas circunstâncias actuais, nas regiões rurais ou nas áreas habitadas do interior do território.

⁵⁶ Em 2011, o número de dormidas geradas pelas deslocações turísticas dos residentes em território nacional ascendeu cerca de 55,3 milhões. Por seu lado, os não residentes contribuíram com 26 milhões de dormidas, mais 10,1% do que no ano anterior. O grupo dos principais mercados emissores, constituído pelo Reino Unido, Espanha, Alemanha, Países Baixos, França, Brasil, Itália e Irlanda representaram 81,8% das dormidas de não residentes. Todos evoluíram positivamente, cabendo os melhores resultados ao Brasil que, tal como em 2010, apresentou o maior crescimento homólogo (+22,6%). Seguiram-se França (+19,2%), Reino Unido (+13,9%), Países Baixos (+8,1%), Espanha (+5,1%), Irlanda (+4,7%) e Alemanha (+3,5%). (I.N.E., 2012).

4 - A Aldeia-lar de S. José de Alcalar: do sonho à edificação de um modelo residencial comunitário para pessoas idosas.

Nesta secção dedicada à Aldeia-lar de S. José de Alcalar, começaremos por uma breve resenha histórica sobre a fundação desta Instituição modelar, por forma a promover a compreensão da motivação subjacente à sua criação, assim como dar a conhecer a vivência comunitária do local⁵⁷. Complementarmente, efectuaremos a descrição da estruturação arquitectónica, da organização e do funcionamento desta peculiar ERPI, a qual se constitui como um paradigma único em Portugal, o qual nos parece susceptível de ser replicado, vantajosamente, noutros lugares⁵⁸.

No livro “*Aldeia de S. José de Alcalar – Uma Bem-Aventura Viva*”, (Costa, 2000), o Padre Jesuíta Domingos Monteiro da Costa descreve com pormenor a génese da *Aldeia de S. José de Alcalar*, instituição social singular que inspirou o presente estudo. Quando questionado sobre como lhe surgiu a ideia para instituir uma Aldeia para idosos o Padre Domingos Costa refere:

(...) tinha ouvido falar das Aldeias S.O.S. e das Aldeias do Gaiato do Padre Américo mas não conhecia nenhuma. (...) Então, de onde me veio a ideia? (...) Em Junho de 1983, começou a funcionar o pequeno Lar da Paróquia da Mexilhoeira Grande. Nos primeiros anos houve um ou outro caso de pessoas que nunca tinham casado ou que tinham enviuvado muito cedo, que não aguentaram partilhar o mesmo quarto. Além disso, havia casos de familiares obrigados a separar-se como, por exemplo, irmãos ou pais e filhos deficientes, que não encontravam, nem encontram de modo geral, solução nos Lares tradicionais. Foi isso que me levou ao sonho de uma Aldeia para pessoas idosas (Costa, 2000:10-11).

⁵⁷ A vivência diária nas casas e na comunidade da Aldeia de Alcalar parece ser, quanto a nós, um dos elementos diferenciadores fundamentais no que concerne aos resultados obtidos quanto aos níveis de qualidade de vida percebidos pelos moradores desta ERPI comparativamente aos residentes das restantes ERPI e EPDI alvo da nossa investigação.

⁵⁸ Vide 3ª Secção do Capítulo IV.

Sabedor da solidão e das dificuldades por que passavam os idosos da região e conhecedor das limitações do modelo tradicional de *Lar de Idosos*, o Padre Domingos Costa amadureceu a ideia e iniciou providências para a sua concretização. Do sonho à implementação da *Aldeia para pessoas idosas* (graças à fé, inteligência, destemor, perseverança, sensibilidade e a outras mais qualidades do seu fundador) o caminho percorrido passou por dar conhecimento do propósito às entidades oficiais que poderiam e deveriam empenhar-se na sua concretização⁵⁹: “Todos, sem excepção, elogiaram a ideia e prometeram apoio e ajuda.” (Costa, 2000: 12).

Aceite a ideia da construção de uma Aldeia para pessoas idosas, o Padre Domingos Costa procurou pedir o terreno e apoios à população numa circular em que descrevia os motivos e os objectivos subjacentes àquela Aldeia-lar. A carta pública, escrita no dia 15 de outubro de 1987, foi dirigida a toda a população e afixada nos cafés e casas comerciais dos vários sítios da Freguesia da Mexilhoeira Grande⁶⁰. Nessa missiva o Padre Costa expunha o seu sonho, descrevia as limitações do *Lar de Idosos* existente nessa época na Mexilhoeira Grande, justificava as necessidades dos idosos, descrevia a intenção organizacional e funcional do projecto assim como esquematizava um esboço da ideia e solicitava, em jeito de desafio social, à generosidade da população na cedência ou venda *por um preço especialíssimo* de um terreno com dimensão suficiente⁶¹.

A circular acabou, eventualmente, por resultar na dádiva de um terreno com cerca 18.446 metros quadrados⁶² (aproximadamente 1,8 hectares), o qual permitiu o desenvolvimento do esboço da Aldeia-lar de S. José de Alcalar. O apelo supracitado resultou também numa sequência de dádivas que se prolongaram por vários anos⁶³. Reunidas as condições básicas para impulsionar o projecto sonhado, o seu mentor iniciou, em 1988, a teorização da conceptualização arquitectural em estreita colaboração com o Arquitecto Martim Afonso Pacheco Gracias.

⁵⁹ Foi dado conhecimento aos Presidente da Junta de Freguesia da Mexilhoeira Grande, ao Presidente da Câmara Municipal de Portimão, à Delegação de Portimão do Centro Regional de Segurança Social do Algarve, ao Presidente do Conselho Directivo do Centro Regional de Segurança Social do Algarve (Costa, 2000).

⁶⁰ Vide Anexo 4 dos Anexos do Capítulo III.

⁶¹ O pedido inicial foi de um terreno com aproximadamente 5 hectares.

⁶² Cedido por duas benfeitoras: D. Maria Nunes da Glória e D. Natália Maria da Glória Martins de Arez.

⁶³ Vide Anexo 4 dos Anexos do Capítulo III.

Entre o Arquitecto e o Padre promotor desta Aldeia-lar foi consensual que o conjunto residencial a edificar deveria comportar um Núcleo Central, dois Núcleos Habitacionais – constituídos pelas casas para as famílias de idosos –, um Centro de Convívio e um Núcleo de Apoio a Visitantes e a Jovens (já que os contactos com as paróquias estrangeiras favoreciam a vinda de estudantes e, também, porque germinava a ideia do convívio inter-geracional, hoje em dia viabilizado pelo Infantário).

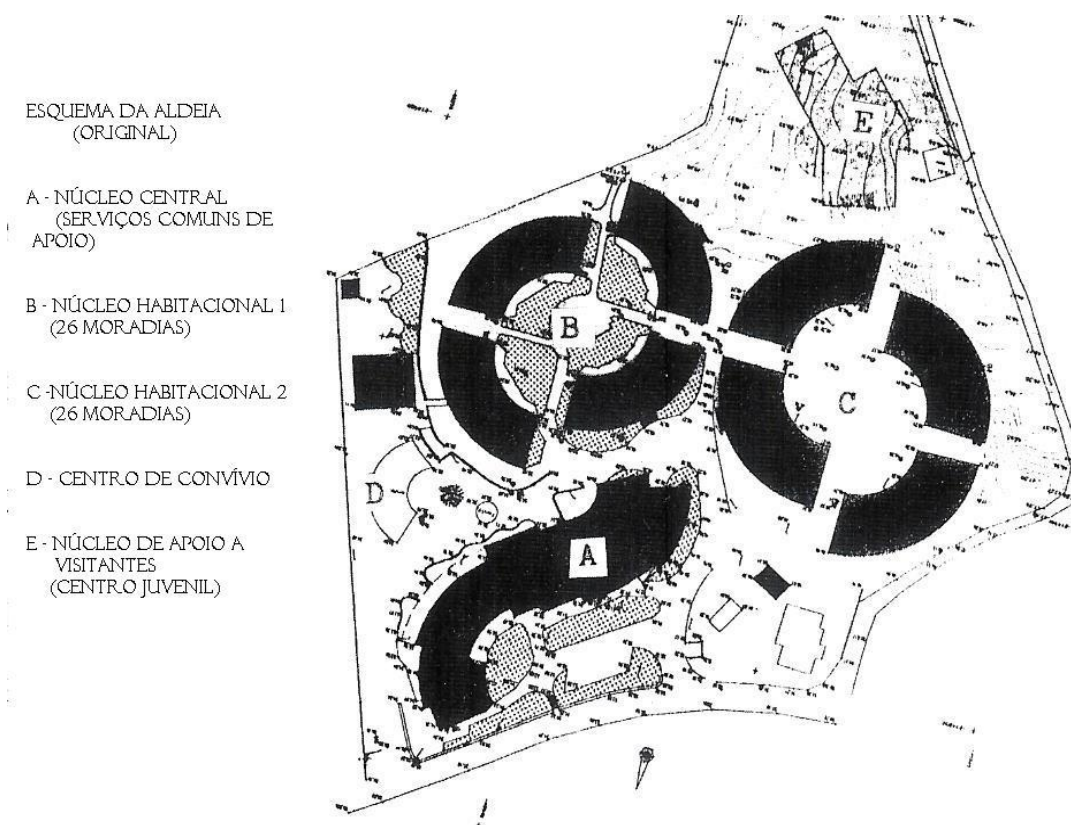


Figura 3.4: esquema da Aldeia-lar de S. José de Alcalar (Arq. Martim Gracias) (Costa, 2000, adapt.).

Como se observa na Figura anterior, o grande “S” de Solidariedade para o núcleo central, o desenvolvimento circular para os 2 núcleos habitacionais, criando espaços livres e convenientemente ajardinados, permitiria uma *convivência de grande qualidade de vida* (Costa, 2000).

Como é observável no esquema da Figura 3.4, a Aldeia-lar de S. José de Alcalar foi planeada com atenção à fluidez e fácil acesso entre os espaços comuns num desenho que promove a vizinhança entre as moradias dispostas em redor da(s) praça(s).

Segundo descreve o Arquitecto Martim Gracias (citado por Costa, 2000): “Definida a estrutura arquitectural (...) impunha-se a opção para as formas interpenetrantes e envolventes; daí a utilização de formas circulares (na conceptualização do desenho do projecto de Arquitectura).

O lançamento da primeira pedra fez-se a 1 de Maio de 1989 sem que fosse dada grande importância ao custo total⁶⁴, tendo a construção da Aldeia de S. José de Alcalar sido iniciada no dia 16 de Maio de 1989. A obra decorreu por 3 fases ao longo de 11 anos⁶⁵ tendo sido inaugurada oficialmente em 2000.

O maior edifício da Aldeia de S. José de Alcalar é o Bloco dos Serviços Centrais, que constitui o Núcleo Central⁶⁶. Este edifício está defronte ao parque de estacionamento e às duas entradas principais que ladeiam o pequeno muro que delimita a Aldeia da estrada municipal. O grande casarão, cujos dois pisos acompanham o suave declive do início da propriedade, foi o primeiro edifício a ser construído ao longo das 3 fases de edificação da Aldeia. Nele estão instalados os diversos serviços de apoio (a cozinha, as despensas e o refeitório comunitário, os gabinetes médico, de enfermagem e de fisioterapia, o salão de cabeleireiro, a lavandaria e a engomadoria, os serviços de limpeza e de apoio às residências, o armazém geral, os serviços administrativos, a sala de reuniões, o atelier polivalente, a Capela, a biblioteca e um enorme salão de festas).

Na envolvente lateral traseira do edifício do Núcleo Central encontra-se o Centro de Convívio⁶⁷. Esta área de lazer recebe-nos com uma enorme alfarrobeira ao lado de um anfiteatro em pedra (Figura 3.5), numa evocação mediterrânica comovente. Adjacente está um pequeno edifício onde funciona o bar e a esplanada, geridos por habitantes da Aldeia-lar. O edifício do bar outrora albergou uma pequena mercearia destinada ao uso dos moradores a qual, entretanto, encerrou por excessos regulamentares do Ministério das Finanças.

Nesta área, numa zona contígua ao bar, está uma área com aparelhos de ginástica ao ar livre e um espaço destinado ao convívio com churrasqueira.

⁶⁴ Quando principiou esta obra o arquitecto Martim Gracias avançou com uma estimativa de custo, pelo menos 2,5 milhões de euros. Nessa época o dinheiro disponível era apenas de 75 mil euros (15 mil contos). Aos poucos, com donativos e trabalho voluntário, a obra fez-se.

⁶⁵ Vide Anexo 4 dos Anexos do Capítulo III.

⁶⁶ Vide letra A da figura 3.4.

⁶⁷ Vide letra D da figura 3.4.



Figura 3.5: bar e anfiteatro da Aldeia-lar de S. José de Alcalar. Fonte: Costa, 2000.

Cada um dos dois núcleos habitacionais⁶⁸ é constituído por 26 moradias da tipologia T1 (29,00 m²), 18 do tipo T2 (48,60 m²) e 8 casas T3 (60,40 m²) o que perfaz 52 moradias na Aldeia. Divididas por 2 núcleos circulares, as casas formam duas praças ajardinadas cujo limite são os longos alpendres ligados em continuidade circular, sob os quais se encontram os acessos privados às moradias. A Aldeia-lar contava (em 2012) com 119 habitantes, possuindo uma capacidade máxima de 130.

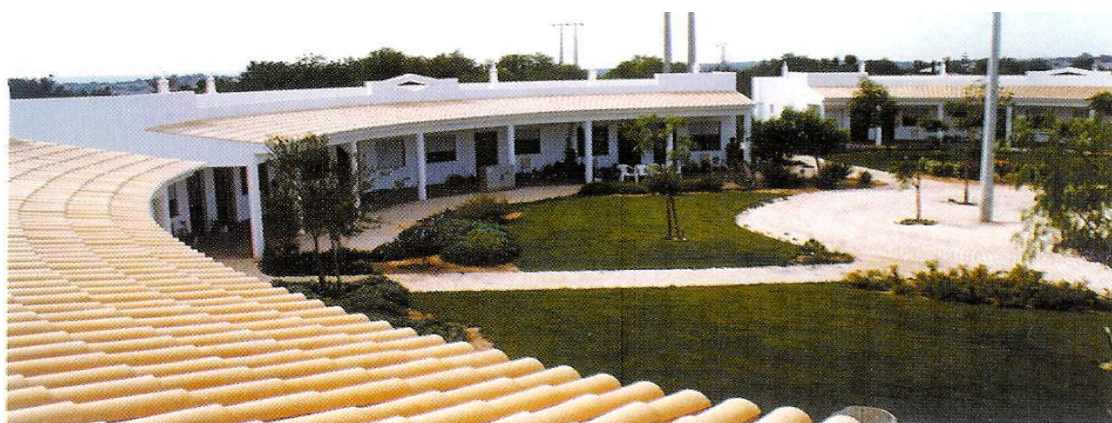


Figura 3.6: perspectiva de uma das praças ajardinadas de um núcleo residencial. Fonte: Costa, 2000.

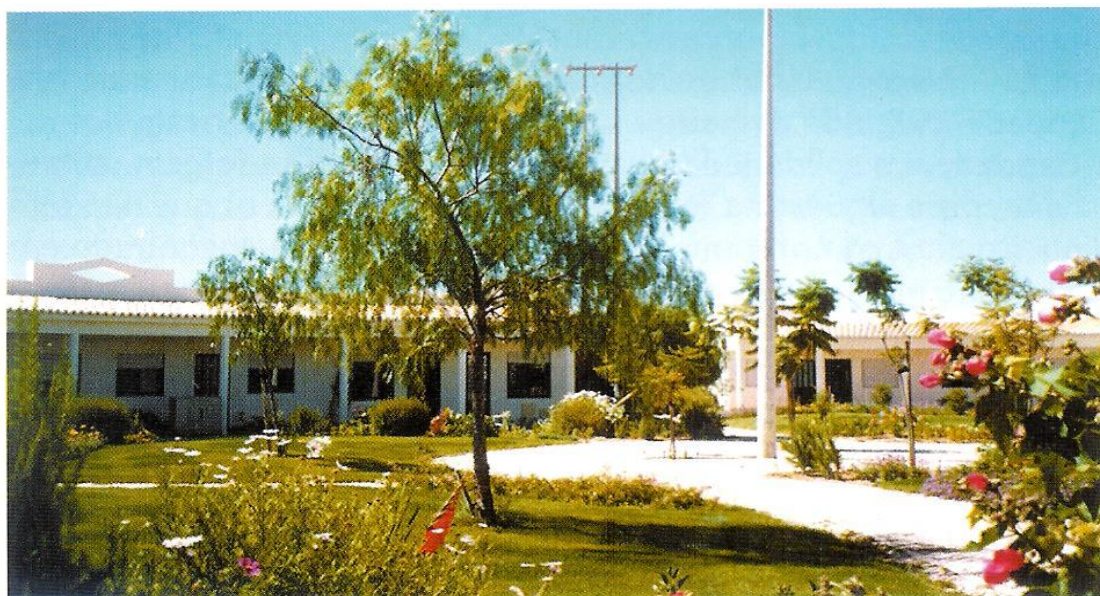
Os extensos alpendres de cada núcleo residencial, ao acompanharem a circularidade do edificado, servem não apenas como espaço de prolongamento entre cada moradia e o exterior, como também neles foram multiplicadas zonas apropriadas e personalizadas pelos moradores - para *lanchar*, *apanhar a fresca* ou *jogar à bisca*.

⁶⁸ Vide letras B e C da Figura 3.4.

A disposição circular das moradias, prolongadas para o exterior pelo protector e tradicional alpendre, facilita o uso do espaço habitacional. O alpendre comum promove a convivência com os vizinhos por ser uma ampla *área de estar* exterior, com espaços personalizados comunicantes, e é um canal de passagem das pessoas entre as moradias.

Neste âmbito, cada um dos longos alpendres constituem um passeio ao mesmo tempo público e de uso privado, circular e coberto, em redor da respectiva praça, tendo como função prática a circulação pedonal protegida do sol e da chuva entre as casas da vizinhança, sendo também uma área de lazer e, dada a disposição circular do edificado e dos alpendres, este espaço exterior também serve como elo de proximidade pois interliga visualmente todos os vizinhos das 26 habitações de cada núcleo residencial.

Ambas praças ajardinadas, que resultaram da disposição das moradias em círculo nos dois núcleos habitacionais, são rasgadas por 4 passagens simétricas e diametralmente dispostas, as quais servem como ruas para o acesso entre os núcleos e destes para os restantes espaços edificados e para a envolvente natural adjacente. Assim, com a disposição dos corredores de passagem (devidamente calcetados), a fluidez entre os núcleos e as moradias não constitui problema mesmo para as pessoas com mobilidade condicionada.



Um aspecto do belo jardim, com as moradias à volta... Como é que os idosos não se hão-de sentir felizes e viver muitos anos?

Figura 3.7: aspecto do ajardinamento Aldeia-lar de S. José de Alcalar. Fonte: Costa, 2000. Após 14 anos, as árvores das duas praças cresceram e proporcionam frondosas sombras aos residentes nos cálidos verões algarvios.

As hortas comunitárias, da iniciativa dos habitantes mais activos, são cultivadas nas traseiras do núcleo habitacional C⁶⁹ mas também surgem um pouco por todo o lado, já que os idosos semeiam em vasos e fazem canteiros de plantas hortícolas e aromáticas, às vezes anexando espaço destinado ao jardim sempre que, aqui e acolá, a relva rareia.

Para além das hortas e canteiros cultivados pelos idosos, existem alguns animais domésticos tais como galinhas, vários gatos adoptados e um burro a quem chamam *Buda*.

A entrada para cada residência faz-se para um *open space* que integra a sala-de-estar, uma área para refeição e uma *kitchenette* com um equipamento básico.



Figura 3.8: sala-de-estar numa moradia. Ao fundo, à direita, após o arco, encontra-se o quarto e a casa de banho. Fonte: Costa, 2000.

Todas as residências estão equipadas com casa de banho completa, água quente e fria, electricidade, telefone interno, aquecimento central, instalação de televisão, fogão, forno e frigorífico. Os moradores podem trazer os electrodomésticos ou o mobiliário das casas de origem ou adquiri-los, assim como as demais comodidades que julguem necessárias ao seu conforto. Caso os moradores assim o preferam, a Direcção Técnica da Aldeia-lar de S. José de Alcalar disponibiliza equipamento e mobiliário diverso, geralmente doados por empresas ou por particulares.

⁶⁹ Vide Figura 3.4.

Refira-se ainda que a decoração interior é feita ao gosto dos moradores, o que permite tornar o espaço num ambiente *homelike*⁷⁰.

O corpo dirigente da Aldeia-lar de S. José de Alcalar é composto por 5 elementos: Presidente, Vice-Presidente, Tesoureiro e dois Secretários. Na valência Lar de Idosos, esta Aldeia-lar conta com 34 funcionários remunerados: 1 encarregado geral; 1 directora-técnica; 1 empregada de escritório; 2 animadoras; 1 fisioterapeuta; 1 enfermeira; 3 funcionárias na lavandaria; 10 funcionárias na cozinha das quais 4 são cozinheiras; 14 funcionárias no apoio às moradias das quais 4 fazem o horário nocturno.

A Aldeia-lar conta ainda com o apoio de 14 voluntários: apoio na distribuição da alimentação; cabeleireiro; escola sénior; acompanhamento dos idosos mais dependentes nas refeições; dinamização do atelier de trabalhos manuais e acompanhamento em actividades lúdicas.

As refeições diárias são geralmente servidas no refeitório, onde também se confeccionam alimentos cultivados pelos idosos na Aldeia-lar. Os residentes, caso necessitem de uma dieta especial ou, simplesmente porque assim preferem, podem comer em suas casas as refeições provenientes da cozinha central, sendo neste caso as doses de cada refeição entregues pelas funcionárias a partir do Bloco Central, ao jeito do que acontece nos SAD. Contudo, é comum os habitantes prepararem as suas próprias refeições nas suas habitações, sem que haja imposições exteriores quanto à dieta.

Tal como já foi referido no que concerne à entrega das refeições às habitações da Aldeia-lar, as funcionárias auxiliares do Bloco dos Serviços Centrais prestam apoio domiciliário diário, tanto aos moradores com elevada dependência como às casas em que os moradores têm autonomia. Contudo, há sempre a atenção de prestar esse apoio sem intrusividade, na verificação subtil se as casas estão higienizadas ou requerem alguma prestação de serviço, respeitando a intimidade da vida familiar.

Os moradores podem sempre contactar o Bloco dos Serviços Centrais em caso de urgência ou de necessidade de apoio; contudo dados os laços de proximidade com a vizinhança existe um espírito de partilha e entreaajuda comunitária entre as várias pessoas e famílias da Aldeia-lar de Alcalar, tal como acontece numa qualquer Aldeia.

⁷⁰ Vide 2ª Secção do Capítulo III.

As moradias podem receber visitas a qualquer hora, sendo comum a entrada e saída de pessoas na Aldeia-lar. Ao fim-de-semana e nos dias festivos, são habituais os almoços, lanches e convívio entre os idosos e a família alargada.

Contudo, em abono da verdade, há que referir que não estamos num paraíso habitacional pois nem sempre o clima de absoluta paz reina neste ambiente residencial comunitário: tal como também sucede nas Aldeias vulgares também podem ocorrer alguns atritos entre vizinhos ou habitantes da mesma casa⁷¹, geralmente intermediados pelo pessoal do corpo técnico ou acabando por se solucionar por si mesmos.



Figura 3.9: pormenores da Aldeia-lar de S. José de Alcalar. Da esquerda para a direita e de cima para baixo: Anfiteatro ao ar livre atrás da Alfarrobeira centenária; Rua da Aldeia-lar com crianças e idosa; Edifício do Centro Juvenil; Edifício do Bloco Central com idosos sob a sombra das buganvílias; Horta de uma casa; Alpendre (neto e avô); Aparelhos de ginástica ao ar livre (ao fundo vislumbra-se a churrasqueira comunitária). Fonte: Malveiro, 2014.

⁷¹ Dadas as características de vivência em intimidade familiar e de partilha de espaço que este tipo de residência para idosos proporciona, é altamente provável supor que possam existir situações ocasionais de conflito doméstico, algumas provavelmente com antecedentes nas residências de origem e que se prolongaram aquando o alojamento na Aldeia. Segundo a Direcção-técnica da Instituição, esta problemática, não sendo habitual (ou sendo pouco relatada pelos intervenientes) é alvo da atenção dos funcionários e, quando são detectadas situações de risco, suscita a imediata intervenção da mediação técnica.

No âmbito educacional e cultural, a Aldeia-lar disponibiliza aulas na escola sénior (ensino básico) e ocorrem actividades regulares (de ensaio) no grupo coral, no grupo de dança e no grupo de marchas populares, assim como o ensaio de peças de teatro a apresentar nas festas.

Na ocupação dos tempos livres existem uma boa diversidade de acontecimentos regulares e esporádicos: estimulação cognitiva, sessões de ginástica e caminhadas, sessões de relaxamento, idas à piscina (no verão há também idas à praia), entre outras. Os idosos participam na elaboração dos fatos de Carnaval e das roupas para as marchas que ocorrem regularmente nas várias celebrações dos dias festivos (*Cantar as Janeiras*, *Cantar os Reis*, *Baile de Máscaras no Carnaval* e outros bailes temáticos, como a celebração dos *Santos Populares*, dia dos avós, dia da pessoa idosa, aniversário da Aldeia de São José de Alcalar, magusto no S. Martinho e a grande Festa de Natal). Frequentemente são organizadas excursões às feiras regionais e outras viagens colectivas. Também é costume a comemoração dos aniversários dos idosos, celebrações que são usualmente alargadas aos convidados exteriores, familiares e amigos.

Os quase 2 hectares da propriedade integram também um Centro Juvenil⁷², o qual é frequentado ao longo da semana por 141 crianças (em 2012), distribuídas pelas valências de creche, jardim-de-infância e ATL. Existem contactos intergeracionais entre as crianças e os idosos nos tempos de recreio e na comemoração dos dias festivos (Carnaval, Santos Populares, Aniversário da Aldeia, Magusto, Dia dos Avós, etc.).

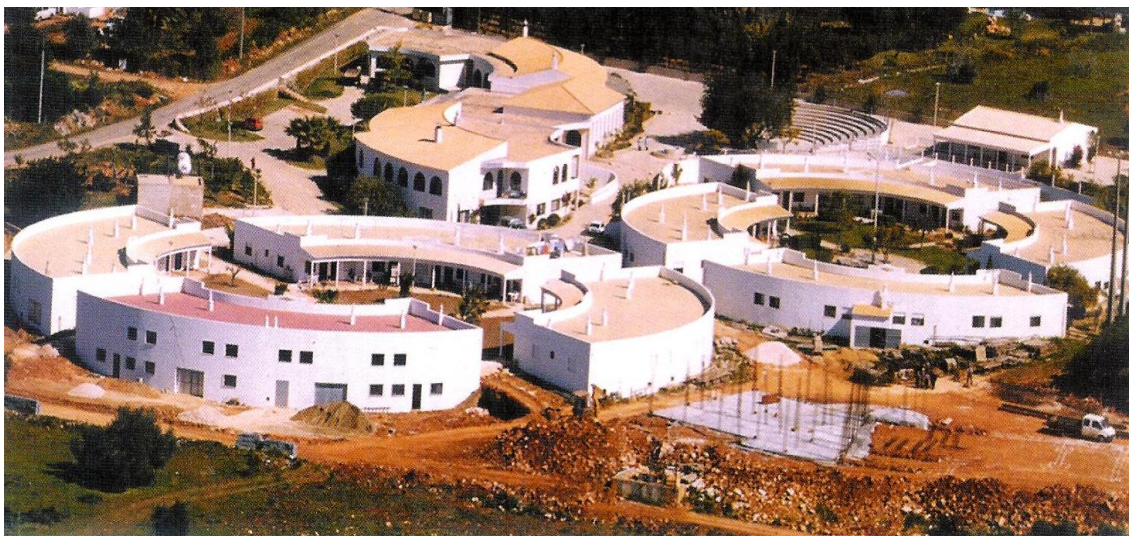


Figura 3.10: vista aérea da Aldeia-lar de S. José de Alcalar. À data nota-se o Centro Juvenil em construção. Fonte, Costa (2000).

⁷² Vide letra E da Figura 3.4.

Localizada nos arredores de Portimão, no Algarve, a Aldeia-lar de S. José de Alcalar não se parece com uma ERPI tradicional mas também não é um *resort* para idosos endinheirados⁷³. Lá, as portas das casas desta peculiar Aldeia-lar estão sempre abertas aos vizinhos, aos amigos e aos familiares. As visitas são sempre bem-vindas, de dia ou de noite. Os utentes saem e entram à vontade, ajudam-se mutuamente em espírito de boa vizinhança.

A meia centena de casas da Aldeia-lar de S. José de Alcalar foram pensadas para pessoas idosas que não podem ou não querem viver sozinhas, portanto não querem apenas sobreviver. Nesta Aldeia-lar as pessoas residem num ambiente comunitário, inserido na natureza, no qual usufruem da sua intimidade ou convivem quando lhes apetece. Nas suas casas, decoradas conforme as posses e o gosto pessoal, os habitantes idosos estão formalmente institucionalizados mas sentem-se pessoas autónomas e vivem afectivamente o espaço em que residem na medida em que dele se apropriaram como um *lar*.

A Aldeia-lar de S. José de Alcalar é sonho de um padre Jesuíta tornado realidade pela sua persistência e pela generosidade de muitos.

É um local em que a *qualidade* da Vida tem a dimensão dos laços fraternos traduzidos na vivência comunitária e na alegria das pessoas, no empenho da entreajuda e na gentileza dos sorrisos acolhedores com que as visitas são recebidas.

⁷³ A média das pensões de reforma dos idosos anda na ordem dos 300 euros mensais. Independentemente do valor das pensões, a Administração da Aldeia de S. José de Alcalar cobra 85 por cento desse rendimento.

CAPÍTULO IV

O APOIO COMUNITÁRIO AOS IDOSOS: - EXEMPLOS RESIDENCIAIS INTERNACIONAIS E ASPECTOS DA CONJUNTURA PORTUGUESA.

1 - Modelos internacionais residenciais comunitários para idosos.

Explanámos no Capítulo I que o envelhecimento populacional é uma realidade contemporânea diversa. Sobretudo nos países desenvolvidos, na dimensão demográfica, o Japão é o país mais envelhecido do Mundo. A Europa segue o padrão global dos países mais ricos não obstante as diferenças entre as regiões do Continente e, inclusivamente, entre os Estados membros da União Europeia. Se não considerássemos os fluxos migratórios, e as suas consequências no rejuvenescimento e na natalidade, os Estados Unidos da América e o Canadá teriam as suas populações praticamente estagnadas desde o *baby-boom* do pós-guerra do século passado.

Tal como referimos anteriormente¹, tal situação não surpreende já que o estado da arte das ciências demográficas tem como ponto assente que a quebra da fertilidade constitui-se como um fenómeno global muito relacionado com o progresso do desenvolvimento social e económico. Neste aspecto, a diminuição da *fecundidade* quando associada ao aumento da *longevidade* foram tidos como indicadores de progresso sócio-económico, geralmente considerado como um triunfo civilizacional. Contudo, uma das consequências resultantes desse triunfo – para o bem e para o mal – incidiu nas alterações estruturais das (e dentro das) Sociedades e, mais especificamente, na transmutação das tradicionais redes familiares de apoio²: tais mudanças traduzem-se também na (in)capacidade das famílias para prestarem assistência aos mais idosos, especialmente à medida que estes acumulam dependências funcionais³.

Dada a heterogeneidade da senescência individual⁴ dos idosos, associada à maior sobrevivência com menor morbilidade e, também, devido à progressiva ausência da disponibilidade familiar na prestação de cuidados com qualidade, é crível que o crescimento da desagregação familiar e o afastamento entre os idosos e os seus familiares activos tenha tido, nos países mais desenvolvidos, um relevante impacto na procura de cuidados institucionais. Por sua vez, estes serviços têm sido crescentemente disponibilizados sob várias tipologias e ajustados à multidimensionalidade da senescência, contudo nem sempre conforme as aspirações dos idosos ajudados.

¹ Vide Secção 2.5 do Capítulo I.

² Vide Secção 1 e Item 2.6 do Capítulo I.

³ Vide Item 2.2.3 do Capítulo I.

⁴ Vide Secção 2 e itens seguintes do Capítulo I.

Tal procura parece ter criado novas possibilidades habitacionais para os séniores⁵, tanto para aqueles que não têm condições para permanecer nas suas residências habituais como para os que, sendo funcionais, desejam manter a autonomia e a liberdade mas com um apoio discricionário conforme as suas necessidades ocasionais. Àquelas possibilidades de apoio acresceram novas exigências⁶ perante a natural ambição de um envelhecimento globalmente feliz, com Bem-Estar e *qualidade*⁷.

Daí decorre que, face ao papel social do idoso ao longo do tempo⁸, tenham sido criados e recriados modelos de apoio e de acolhimento residencial extra-familiar, os quais vão mais além do que uma simples modernização paradigmática do conceito assistencialista asilar. Trata-se, na maioria, de modelos inovadores face aos paradigmas anteriores, contudo raramente com um cariz revolucionário. Contudo, sob novas formas de planeamento organizacional, muito parecem fundados sobre conceitos residenciais de integração sócio-comunitária num registo promotor da identidade e da autonomia – aliás, como é o caso da Aldeia-lar de S. José de Alcalar, singular paradigma institucional residencial comunitário que inspirou o presente estudo.

Na revisão da literatura identificámos, dispersos pelo mundo, vários paradigmas residenciais comunitários para idosos com características comuns (e, também, dissonantes) com o modelo que inspirou a nossa investigação⁹. Em seguida enunciaremos brevemente as características mais marcantes desses exemplos internacionais já que elas podem servir como contributo para o debate e para a reflexão. Os modelos internacionais residenciais comunitários para idosos que vamos apresentar nesta Secção partilham características (por exemplo, são espaços residenciais comunitários destinados a uma população sénior heterogénea).

Portanto, a sucinta descrição dos casos internacionais que faremos a seguir é uma mostra de outros conceitos tipológicos já implementados ou em desenvolvimento na área residencial comunitária destinada aos idosos. Servirá, desejavelmente, para promover o conhecimento e a reflexão sobre algumas propostas residenciais destinadas à boa (con)vivência de uma faixa populacional que se quer socialmente integrada, activa, independente e plena no usufruto dos direitos à identidade, à cidadania e à *qdv*.

⁵ Vide 3ª e 4ª Secções do Capítulo III.

⁶ Vide Itens 2.3 e 2.4 do Capítulo II e 1ª e 2ª Secções do Capítulo III.

⁷ Vide Capítulo II.

⁸ Vide 1ª Secção Capítulo I.

⁹ Vide 4ª Secção do Capítulo III.

1.1 - As Comunidades *Sun City*, nos Estados Unidos da América.

No início de 1960, *Sun City Arizona* começou a vender casas para idosos activos. Esta foi a primeira comunidade planeada para idosos aposentados nos EUA e inspirou uma nova tendência na habitação para um determinado grupo etário.

Segundo o livro «*Silver Anniversary Jubilee: A History of Sun City*», o fundador Del Webb imaginou uma comunidade próspera com habitações acessíveis, serviços e recreação, projectados especificamente para adultos mais velhos. O projecto inicial para uma comunidade de séniores activos começou com um centro comercial, um campo de golfe, um centro de recreação e cinco casas modelo (Freeman & Sanberg, 1984).



Figura 4.1: a comunidade de *Sun City Arizona* (foto aérea parcial). Fonte: S.C.H.O.A., 2014.

A própria comunidade expandiu-se¹⁰ a partir de sua concepção original: actualmente, de acordo com a *Sun City Home Owners Association* (SCHOA), em 2013, a *Sun City Arizona* possuía 8 campos de golfe com mais 3 em construção, tinha 2 centros de *bowling*, 7 centros de recreio, 120 clubes sociais para cerca de 28.168 casas de habitação edificadas. Além de actividades recreativas, muitas destas comunidades de séniores activos oferecem programas de aprendizagem ao longo da vida, clubes sociais e oportunidades de trabalho após a reforma (SCHOA, 2014).

¹⁰O modelo habitacional para idosos de *Sun City* gerou dezenas de sucessores nos EUA: *Sun City West*, *Sun City Grand*, e *Sun City Festival*, entre outras.

De acordo com os dados oficiais do United States Census Bureau (USCB, 2014) a população de *Sun City Arizona*, no final de 2010, contabilizava 37.499 habitantes, (57.9% mulheres e 42.1% homens) com a média de idades 73.4 anos. Em 2010 foram identificadas 23.599 famílias em *Sun City Arizona*, com uma média de 1,61 pessoas por família. Tal como as outras comunidades *Sun City*, tendo sido planeada e organizada como uma cidade, *Sun City Arizona* rege-se por regulamentos supervisionados pela SCHOA (2014), condições e restrições essas que são definidas pela própria comunidade¹¹(SCHOA, 2014).

Segundo recentes dados estatísticos oficiais, entre 2007 e 2011, cerca de 83,2% dos habitantes desta comunidade residencial para idosos detinham a posse da propriedade onde habitavam e os restantes 16,8% eram (total ou parcialmente) arrendatários das unidades habitacionais. Cerca de 12,4% do total das habitações pertenciam a prédios com mais de uma residência e as restantes 87,6% casas eram moradias unifamiliares. Entre 2007 e 2011, 87,5% dos habitantes de *Sun City Arizona* viviam na mesma residência há mais de um ano (USCB, 2014).

No caso de *Sun City Arizona*, como pioneira deste paradigma residencial para idosos, ocorre uma actividade comercial notável para uma cidade com estas características quando comparada com outras cidades americanas de pequena dimensão, i.e., com menos de 40.000 residentes¹²: em *Sun City Arizona*, em 2012¹³, existiam cerca de 2.400 firmas registadas e 9 Centros Comerciais (SCHOA, 2014).

Conhecida como as *Cidades dos Voluntários*, as comunidades *Sun City* espalhadas pelo território americano promovem uma cultura do voluntariado e da ajuda entre os seus moradores¹⁴. Quanto ao apoio aos mais necessitados e aos menos independentes, em *Sun City Arizona* existem mais de 30 organizações e empresas especializadas que prestam uma vasta gama de serviços de assistência às pessoas e às residências, desde o apoio domiciliário passando pelos cuidados residenciais permanentes até ao acolhimento para doentes neuro-degenerativos ou em perda de autonomia funcional (SCHOA, 2014).

¹¹ Vide Anexo 1.1 dos Anexos do Capítulo IV.

¹² Vide Anexo 1.1 dos Anexos do Capítulo IV.

¹³ <http://www.city-data.com/city/Sun-City-Arizona.html>

¹⁴ Exemplo disso é o *Banner Boswell Medical Center*, um hospital dentro da comunidade *Sun City Arizona* cuja prestação de serviços médicos e de saúde é efectuada por médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde aposentados que residem na comunidade.

No âmbito da prestação de serviços de assistência continuada aos residentes, em 2012, a comunidade de *Sun City Arizona* contabilizou 562 idosos internados em casas de acolhimento para séniores dependentes e 105 idosos em *Lares de Cuidados Continuados* para residentes com patologias neurodegenerativas¹⁵.

Mesmo após o revés financeiro, social e económico sofrido pelos EUA desde 2007 é inegável o sucesso do modelo *Sun City* nos últimos 50 anos. Ao longo dessas décadas, o promotor Del Webb e os seus associados construíram mais de 50 comunidades *Sun City* para séniores activos, distribuídas por 20 Estados Americanos. Com inovações contínuas, as comunidades residenciais para idosos desenvolvidas a partir da original *Sun City Arizona* têm ajudado a evoluir o estilo de vida de milhares de idosos que veem reconhecidos o desejo e o direito de residir nas suas casas o mais tempo possível e o usufruto de uma vida activa inseridos em comunidade.

1.2 - Brasil: a Aldeia para idosos de Piracicaba.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, a população brasileira, com 65 ou mais anos, constituía 5,61% da população total, tendo atingido em 2014 cerca de 7,64%. As projecções apontam para que, em 2030, essa faixa etária atinja 13,4% da população brasileira, o que significa praticamente a duplicação em 15 anos e quase a triplicação do contingente de idosos¹⁶ brasileiros em 30 anos (IBGE, 2014).

No território brasileiro já podem ser identificados alguns exemplos de apoio aos idosos provenientes de várias iniciativas, quer sejam públicas, privadas ou mistas. Segundo Neri (2005), a quase totalidade dos estabelecimentos com características de moradia assistida existentes no Brasil resultam da iniciativa empresarial sendo por isso onerosos, o que exclui a larga maioria da população idosa brasileira.

¹⁵ www.city-data.com.

¹⁶ O Brasil começa a despertar para tais mudanças e a problemática residencial, sendo exemplo dessa consciência a legislação emitida, denominada Estatuto do Idoso, onde se lê: “Art. 38 – Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte: I reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos; II implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso; III eliminação de barreiras arquitetónicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso; IV critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.” (Lei 10741/03 | Lei no 10.741, de 1º de Outubro de 2003).

Segundo aquela autora, no âmbito residencial, existem instituições que combinam práticas de assistencialismo com o funcionamento com qualidade, o que possibilita as soluções conforme as possibilidades financeiras de cada idoso (Neri, 2005). O exemplo que a seguir apresentamos, inclui-se nesse grupo ainda restrito.

Auto-intitulada a “primeira cidade geriátrica do Brasil”, o *Lar dos Velhinhos de Piracicaba* é uma Instituição beneficente¹⁷ de apoio aos idosos a qual ocupa uma área com cerca de 15 hectares, nas margens do rio Piracicaba, constituindo-se como uma instituição beneficente reconhecida oficialmente pelo Estado Brasileiro com o estatuto de *utilidade pública*. Esta instituição brasileira do Município de Piracicaba, situa-se no interior do Estado de São Paulo, a 164 km de distância, a noroeste, da grande metrópole, a Capital São Paulo (LVP, 2014).

O *Lar dos Velhinhos de Piracicaba* (LVP) existe há mais de 100 anos no mesmo local, acolhendo, abrigando e apoiando os idosos que não têm condições para se manterem pelos seus próprios meios ou aqueles utentes que se confiaram, por opção própria ou da família, aos cuidados da Instituição. O LVP proporciona alojamento, roupa, alimentação, higiene, cuidados médicos e de lazer mediante uma contribuição monetária para os utentes que podem pagar e acolhe gratuitamente os idosos mais necessitados¹⁸.

A partir de 1971, sob a presidência de Jairo Ribeiro de Mattos, foi murado o perímetro da propriedade de 15 hectares, tendo sido também construída uma nova Capela, uma residência para as Irmãs Franciscanas, um novo refeitório com cozinha industrial, quatro novos pavilhões para idosos dependentes, um pavilhão administrativo, além de ter conseguido urbanizar e embelezar o campus com relvados, flores, novas árvores, um coreto e um pequeno lago artificial defronte à capela.

¹⁷ O *Lar dos Velhinhos de Piracicaba* é dirigido, desde 1917, pelas Irmãs Franciscanas da Congregação do Coração de Maria. Além de proverem uma orientação geral à Aldeia-lar, este grupo de religiosas supervisiona e participa na prestação dos cuidados aos idosos residentes. Nesta instituição também reside um Padre Capelão que celebra diariamente a Missa e assiste espiritualmente as pessoas que o procuram.

¹⁸ A equipa administrativa desta Aldeia-lar é composta de uma Direcção eleita de dois em dois anos, além de um corpo de funcionários contratados e de voluntários prestadores de serviços. No geral, a equipa administrativa e técnica cuidam dos aspectos administrativos, financeiros e técnicos da rotina institucional, tais como os serviços de enfermagem, o dispensário de medicamentos, o serviço social, a fisioterapia, os serviços de limpeza, as obras e a manutenção dos jardins, dos edifícios e dos equipamentos, da cozinha, das compras, do transporte, da contabilidade, dos pagamentos e o que mais for necessário para manter esta Aldeia-lar de Piracicaba em funcionamento.

Concomitantemente àqueles benefícios, Jairo Ribeiro de Mattos idealizou e implantou no LVP o conceito pioneiro de “*Cidade Geriátrica*”, aproveitando uma parte da extensa área disponível para a construção de pequenas moradias, denominadas por *chalés* (do francês *chalet*). Com essas unidades habitacionais, o LVP passou a oferecer pelo custo da construção, uma moradia vitalícia para os idosos que não necessitem de internamento ou de apoio continuado, ou que tenham os seus próprios acompanhantes. Segundo dados da Instituição, o sucesso da ideia foi assegurado pelo número de *chalés* existentes, que actualmente excedem uma centena, vários deles tendo servido a três ou mais moradores desde a sua edificação (LVP, 2014).

Por contrato, os *chalés* desta Aldeia-lar de Piracicaba (cada um com uma área média de construção de 70m²) não pertencem aos seus moradores, os quais são adquirentes e titulares apenas para usufruto vitalício condicionado, pelo que cada *chalé* poderá ser novamente disponibilizado, ou devido ao falecimento ou por causa do realojamento do(s) residente(s) nos serviços de cuidados integrados em caso de força maior como, por exemplo, em caso da perda total da autonomia física e/ou mental.

Quando os residentes dos *chalés* não possam (ou não queiram), por limitações físicas ou mentais, continuar a residir nas suas habitações, o LVP garante aos residentes vitalícios toda a assistência integral num apartamento privativo localizado num dos novos pavilhões. Nesse caso, o chalé é disponibilizado a outro(s) novo(s) ocupante(s). Por sua vez, quando falece um ou os dois moradores titulares, os familiares retiram os móveis e objectos pertencentes à(s) pessoa(s) e a Instituição, posteriormente, disponibilizará o *chalé* vago a outro(s) novo(s) ocupante(s), que por sua vez efectua(m) a aquisição do direito de usufruto da moradia vitalícia¹⁹ (LVP, 2014).

Na foto aérea a seguir exposta (Figura 4.2), datada de Maio de 2009, podemos observar em frente ao pequeno lago a *Capela de São José* (1) e, à sua volta, os pavilhões mais recentes construídos entre 1976 e 1983. Atrás deles, rodeados por árvores, ficam os pavilhões antigos (2), os quais foram edificadas entre 1911 e 1953, e está o *Casarão* original, adaptado após a compra da propriedade, em 1906, para receber os 11 primeiros utentes do LVP.

¹⁹ Através deste tipo de contratualização o LVP mantém uma fonte renovável de receitas e os moradores economizam por não terem de comprar o terreno em que está edificado o *chalé* nem pagar os impostos correspondentes, arcando apenas com o consumo de energia eléctrica e com uma taxa mensal de manutenção.

Como se pode observar na foto aérea, em redor dos pavilhões estão localizados os *chalés* onde residem os idosos que não precisam de assistência ou que vivem com os seus próprios acompanhantes.



Figura 4.2: o Lar dos Velinhos de Piracicaba, fundado a 26 de Agosto de 1906. Fonte: LVP (2014).

Entre as outras edificações visíveis na área central incluem-se a *Lavandaria e Fraldário* (3) e o *Refeitório Principal* (4). Mais abaixo, à esquerda, ladeando a entrada do LVP, situam-se o *Salão de Festas* (5) e o *Bazar dos Velinhos* (6). Próximos à lavandaria estão situados os "flats" (7) – terminologia brasileira usada para denominar pequenos apartamentos – os quais estão adjuntos ao *Centro de Convívio* e aos *Serviços*. Inaugurados em Agosto de 2009, os apartamentos elevaram a capacidade do LVP para mais de 500 camas.

No topo da foto fica a área que dá para a Avenida Renato Wagner, onde semanalmente acontece o *Feirão de Carros Usados* (8).

Para finalizar, refira-se que todos os moradores da “cidade geriátrica” de Piracicaba podem utilizar as comodidades e serviços gerais da Instituição²⁰ (refeitório, fisioterapia, orientação médica preventiva, jardins, Capela e serviço religioso, etc.).

²⁰ Vide Anexo 1.2. dos Anexos do Capítulo IV.

1.3 - Califórnia: *Glacier Circle Senior Community*.

Nos Estados Unidos, uma comunidade de idosos em condomínios de coabitação²¹ pode ser como qualquer bairro ou comunidade com a excepção de que é normalmente restrita a pessoas com 55 anos ou menos anos (a idade mínima deste tipo de instituição é, por norma, estabelecida aquando a organização e o financiamento da comunidade são oficialmente definidos).

Os condomínios norte-americanos em regime de coabitação baseiam-se num conceito no qual os moradores têm as suas próprias moradias privadas nos condomínios, mas compartilham uma *casa central comum* e/ou *serviços comuns* e decidem colectivamente os assuntos relevantes para a comunidade. Desde 1991, foram construídos nos EUA quase 200 condomínios deste género²². Trata-se de espaços de vida comunitária direccionados a um grupo restrito, comumente designados por *condomínios*, *clubes* ou *comunidades*, os quais podem oferecer golfe, ténis, piscina e spa, salas de ginástica e uma variedade de serviços direccionados a grupos de interesse. Estas comunidades são geralmente orientadas para um certo estilo de vida activo ou destinadas a idosos com uma mentalidade jovial (*younger-thinking*).

Inspirada naquele espírito sócio-comunitário, activo e jovial, a *Glacier Circle Senior Community*, foi um projecto idealizado como cooperativa, em 2002, tendo sido edificado, em 2006, na cidade de Davis, no Estado da Califórnia. O objectivo central da comunidade de idosos de *Glacier Circle* foi criar e manter, num estilo cooperativista, uma pequena comunidade de habitações para idosos que compartilhassem algumas despesas, competências e perspectivas de vidas independentes num ambiente residencial de apoio mútuo, com amizade e valores partilhados. Os residentes, na maioria aposentados, exercem (ou exerciam) profissões tão díspares como psicoterapeuta, professor de pintura, professor universitário, escritor, físico, professor do ensino secundário ou investigador de saúde ambiental²³ (G.C.S.C., 2014).

²¹ Os regulamentos americanos para comunidades de idosos em condomínios de coabitação outrora exigiam um determinado rol de comodidades, actividades e serviços disponíveis ou prestados aos idosos. Actualmente, são menores as exigências nos pré-requisitos para a fundação desta tipologia de comunidade de idosos sem que, todavia, os condomínios com restrição de idade deixem de oferecer instalações, actividades e serviços com a finalidade competitiva de atrair membros (Regnier, 2002).

²² http://daviswiki.org/Cooperative_Housing.

²³ http://www.nytimes.com/2006/02/27/national/27commune.html?pagewanted=print&_r=0.

Erigida num lote de 3360 metros quadrados, esta comunidade é constituída por uma residência comunitária e oito residências particulares (quatro para casal e quatro individuais) cujas áreas variam desde os 100 aos 140 m² (G.C.S.C., 2014).



Figura 4.3: planta arquitectónica da *Glacier Circle Senior Community*. Fonte: www.calcoho.org.

As oito casas particulares foram posicionadas ao longo de um acesso com orientação Leste/Oeste com orientação para o Sul, de modo a maximizar a exposição solar. Três das casas possuem painéis solares térmicos para aquecimento solar da água, as restantes usam gás natural como fonte principal de energia no aquecimento da água e na calefação das residências. Os edifícios incorporaram clarabóias tubulares para intensificar a luz do dia dentro das residências (G.C.S.C., 2014).

Todas as habitações, excepto duas, são térreas. As duas casas de dois andares foram projectadas com escadas que podem ser equipadas com uma cadeira eléctrica; desse modo, o piso inferior pode vir a ser adaptado para servir como um grande quarto principal. O projecto de arquitectura também teve a preocupação de enfatizar o espaço de armazenamento extra. As portas das residências são largas e as casas-de-banho permitem a mobilidade para cadeiras de rodas assim como os duches foram adaptados para deficientes motores (G.C.S.C., 2014).

A Casa Comunitária serve como local de convívio diário, de refeições comunitárias e é o palco das reuniões semanais; esta residência comunal possui também um apartamento no primeiro andar, destinado a um casal em troca de ajuda na prestação de serviços domésticos e de manutenção aos membros da comunidade. Segundo a Associação de Moradores, aquela solução poderá ser especialmente útil no futuro, com o aumento da idade e a conseqüente perda de capacidades dos residentes já que a faixa etária actual se encontra entre os 70-90 anos idade (G.C.S.C., 2014).

O jardim comum é outro local considerado pelos residentes como essencial para o seu bem-estar pois é um elemento de ligação entre os edifícios existentes e também serve como espaço de actividades de lazer e de trabalho, já que alguns dos habitantes, dedicam parte do tempo em tarefas de jardinagem, tanto para manutenção do espaço como para cultivo de vegetais destinados ao consumo nas casas. O jardim inclui árvores de fruta, vegetais e flores. A preocupação ecológica está ainda presente no uso de um sistema de irrigação gota-a-gota e a escolha de plantas ornamentais nativas com pouca rega (G.C.S.C., 2014).

Ao contrário dos projetos típicos de coabitação em que os estacionamento são colectivos e colocados no limite das propriedades, na *Glacier Circle* cada família tem um lugar para um automóvel na garagem da casa e um espaço adicional de estacionamento no parque de estacionamento da Comunidade.

Um edifício médico fica situado ao lado desta Comunidade Sénior, a qual também é servida por transportes públicos e lojas na vizinhança, já que o bairro de Glacier Drive está situado perto do centro da cidade de Davis, o que reforça a integração social dos residentes na comunidade envolvente. A *Glacier Circle* foi construída num bairro residencial de casas geminadas (Glacier Drive) de baixa renda e preços acessíveis. O bairro está a uma curta distância de uma área verde com um caminho pedonal e uma lagoa com vida selvagem (G.C.S.C., 2014).

Salientamos que, de acordo com dados da comunidade, o projecto arquitectónico *Glacier Circle Senior Community* contou desde o início com características ecológicas e preocupações ambientais direccionadas para a eficácia energética, a *qdv* e o Bem-Estar dos residentes, tanto ao nível individual como na vivência comunitária.

1.4 - As Casas Abbeyfield, da *Abbeyfield Houses Society*.

Fundada em Inglaterra em 1956, a *Sociedade de Casas Abbeyfield* tem como propósito disponibilizar aos idosos autossuficientes (homens e mulheres com mais de 65 anos) um alojamento próprio inserido numa casa comunitária de acordo com o padrão *Abbeyfield*²⁴. Neste pressuposto, a *Sociedade de Casas Abbeyfield* defende três princípios orientadores:

- Em primeiro lugar, sustentam a tese de que muitos idosos em todos os lugares sofrem de solidão e insegurança e por isso precisam de cuidados, de companheirismo e de apoio prático nas suas vidas diárias;

- Em segundo lugar, apoiam a ideia de que os idosos ainda têm um papel importante a desempenhar na vida das suas famílias, dos seus amigos e na comunidade;

- Em terceiro lugar, consideram que dentro de cada comunidade local os cidadãos devem contribuir activamente para que os idosos usufruam de uma vida segura e feliz, oferecendo-lhes uma residência com a companhia e estilo de vida inerentes a uma unidade familiar (*Abbeyfield Houses Society of Durham*, 2012 [AHSC], 2014).

Baseado naqueles princípios, o conceito das *Casas Abbeyfield* pretende envolver voluntários locais na criação e gestão de cada casa, espaço residencial em que os moradores vivem em comunidade e partilham os custos de funcionamento. Cada uma das residências *Abbeyfield* é gerida por um conselho de voluntários e segue o modelo estandardizado pela *Sociedade de Casas Abbeyfield*, no qual este tipo de casa oferece acomodações para poucos residentes, desde nove até catorze pessoas.

Quando dão entrada na residência, os moradores pagam uma taxa de adesão e, posteriormente, uma renda mensal. Neste aspecto, cada residência *Abbeyfield* deve manter os custos da renda acessíveis conforme as despesas de funcionamento da casa.

Os moradores vivem em suítes, mobiladas e decoradas pelos próprios, onde tanto a sua privacidade como o seu direito de convidar os visitantes que desejarem estão assegurados.

²⁴ “To provide a home where elderly people in relatively good health, who may experience loneliness and insecurity, can enjoy the support and comfort of a homelike atmosphere and at the same time keep their independence” (AHSC., 2014).

Cada suíte particular também possui uma casa de banho ergonómica e privativa, tal como podemos constatar na figura seguinte referente ao esboço das *suítes* individuais de uma *Casa Abbeyfield* em Durham, Ontário.

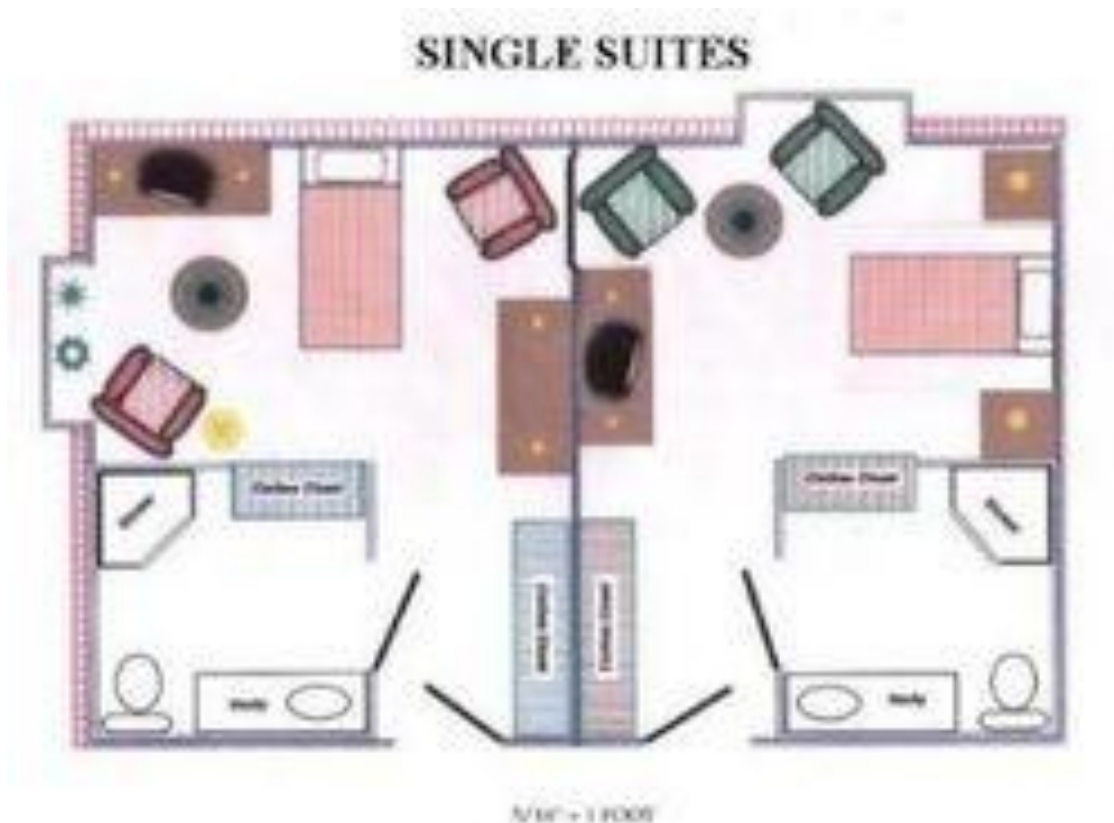


Figura 4.4: esboço de duas *suítes* individuais numa casa *Abbeyfield*. Fonte: AHSC, 2012.

Os habitantes da casa podem desfrutar das refeições preparadas por um técnico (governanta/assistente) que também reside na casa; esse técnico é responsável pelo bom funcionamento técnico da casa, pela preparação das refeições e pela supervisão dos cuidados prestados aos moradores no dia-a-dia. São fornecidas três refeições por dia, mas geralmente os moradores podem preparar o seu próprio pequeno-almoço. Existe uma área comum para as refeições e o convívio entre os moradores. Os serviços de lavandaria estão disponíveis, porém não são fornecidos serviços de enfermagem nem cuidados intensivos ou continuados (AHSC, 2014).

Por fim, refira-se que, segundo os dados da *Abbeyfield Houses Society of Canada* (2014), existem - dispersas por 13 países - cerca de 1.100 casas *Abbeyfield*, as quais alojam mais de 12.000 residentes.

1.5 - Dinamarca: o Centro de Cuidados de *Lillevang*, em Farum.

O Centro de Cuidados Comunitário de *Lillevang* (*Plejecentret Lillevang*) está localizado na localidade de Farum, nos arredores da capital dinamarquesa, Copenhaga. Foi concebido para ser uma *residência integrada para idosos do futuro*, uma combinação entre habitações assistidas e cuidados permanentes.

Na comunidade de *Lillevang* existe um compromisso em permitir e fomentar que os indivíduos residentes controlem todos os aspectos das suas vidas, sejam quais forem as suas condições (de Saúde, familiares, financeiras, etc.) (Centro de Cuidados Comunitário de *Lillevang* [CCCL], 2014).



Figura 4.5: vista aérea Centro de Cuidados Comunitário de *Lillevang*. Foto: Lars Skov, 2014.

O projecto arquitectónico de Centro de Cuidados Comunitário de *Lillevang* encoraja um sentido de comunidade e de família enquanto oferece flexibilidade nos cuidados prestados e promove a autonomia e a liberdade individual. Um dos principais aspectos do projecto foi facilitar aos habitantes a oportunidade de usarem os seus próprios recursos e não limitar a sua auto-determinação e autonomia. Nesse sentido, o desenho da planta habitacional foi desenvolvido de modo a que a privacidade fosse respeitada enquanto a vida comunitária era encorajada pelo projecto arquitectural dos espaços comuns (CCCL, 2014).

A comunidade é composta por 105 unidades habitacionais (tipologia suíte com quarto, sala e casa de banho adaptada²⁵). Cada uma das 96 habitações privadas mede uma área aproximada de 40 metros quadrados, tendo estas unidades habitacionais (constituídas por quarto, sala e wc) uma parede deslizante (biombo) que separa a área do quarto da zona de estar. Todos os apartamentos têm acesso um terraço privado dessa unidade habitacional e uma passagem directa para o jardim comunitário²⁶.

O total de 96 habitações está agrupado em 4 blocos residenciais com 24 apartamentos. Cada grupo de 8 apartamentos constitui uma *família*, pelo que cada bloco de 24 apartamentos é constituído por 3 *famílias*. Existe ainda um quinto bloco com 9 habitações destinadas a residentes com doenças neurodegenerativas; este quinto edifício acolhe também o Centro de Actividades Comunitárias e que funciona igualmente como Centro de Dia para idosos da região de Farum.

O edifício do Centro de Actividades Comunitárias de *Lillevang* está localizado de modo a ser acessível e visível por todos os 4 agrupamentos habitacionais. Com uma área de 1400 metros quadrados, o Centro de Actividades Comunitárias foi concebido para ser multifuncional e inclui cuidados diários para os idosos dementes, uma cozinha central (que fornece as cozinhas familiares da comunidade), uma cafetaria, cabeleireiro, dentista, quiroprático e uma unidade de fisioterapia. Além de servir os residentes de *Lillevang* também está aberto à comunidade local de Farum (CCCL, 2014).

Cada agrupamento de 8 unidades habitacionais – isto é, cada *família*²⁷ – dispõe de 200 metros quadrados numa sala comum²⁸ apenas para uso dos residentes da *família*. A cozinha está inserida naquele amplo espaço multifuncional que também reserva uma área específica para armazenar os medicamentos dos residentes; essa sala comum da *família* também serve para realizar algumas actividades de cuidados de Saúde (dosagem e administração de medicação, cuidados primários, etc.) (CCCL, 2014).

²⁵ As casas de banho foram construídas com o espaço suficiente a que dois cuidadores possam tratar do residente nas melhores condições; o espaço habitacional privado também foi projectado de modo a que uma grua para acamados possa ser instalada entre o quarto e a casa de banho.

²⁶ Vide Anexo 1.5 dos Anexos do Capítulo IV.

²⁷ Idem.

²⁸ A ideia subjacente ao ser projectada uma sala comum para cada grupo de 8 apartamentos (i.e., para cada *família*) teve em consideração que todas as tarefas diárias necessárias aos residentes tanto são elementos funcionais individuais como podem ser factores de promoção inter-relacional e comunitária no dia-a-dia das pessoas. Por exemplo, a mesa da sala comum da família está colocada perto da área da cozinha e pode ser utilizada tanto para as refeições como para actividades de convívio entre os residentes (conversas ao café ou chá, jogos sociais, etc.); este uso flexível da sala comum a cada grupo de 8 habitações permite desenvolver uma dinâmica relacional que replica um ambiente familiar (CCCL, 2014).

Adicionalmente, cada *família* tem disponível uma área comum de convívio com 24 metros quadrados, o que proporciona 3 confortáveis áreas de estar em cada bloco residencial de 3 famílias; estas salas podem ser decoradas e usadas a bel-prazer pelos residentes e servem como salas de estar iluminadas através de amplas superfícies envidraçadas (CCCL, 2014).

Os residentes de *Lillevang* vivem na comunidade num regime de arrendamento das habitações cujo valor ronda os 800 euros mensais. Acresce a esta renda uma taxa para despesas energéticas (100 euros) e uma taxa para serviços por cabo (tv, internet, telefone) no montante aproximado de 20 euros. Estas taxas não incluem as despesas com a alimentação e os todos os restantes consumíveis (higiene, medicação, etc.). Os residentes podem escolher os produtos pessoais que desejem adquirir a partir de uma lista previamente disponibilizada pela comunidade de *Lillevang*. Se adquirirem todos os itens da extensa lista a despesa rondará os 400 euros adicionais (CCCL, 2014).

Naquelas condições, a despesa mensal máxima rondará os 1.320 euros por residente. Todavia, o Sistema de Segurança Social dinamarquês providencia praticamente toda a subsídio desta despesa, dependendo a majoração das circunstâncias individuais de cada residente²⁹.

1.6 - França: As *Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées* (MARPA).

Em França, as Casas de Repouso Rural para Pessoas Idosas denominadas em francês por *Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées* (MARPA) estão agremiadas numa rede federativa nacional, *La Fédération Nationale des MARPA* num total de 173 casas de residências assistidas. Este modelo residencial constitui-se por um espaço habitacional comunitário, organizado por unidades residenciais as quais, no total de cada casa comunitária, estão limitadas a 25 pessoas.

Cada MARPA pode ser edificada num edifício ou num conjunto de edifícios agrupados³⁰ sendo, em média, constituída por 20 unidades habitacionais, todas equipadas com *kitchenette* e casa de banho completa (MARPA, 2013).

²⁹ Vide Anexo 1.5 dos Anexos do Capítulo IV.

³⁰ Vide Anexo 1.6 dos Anexos do Capítulo IV.

Todas as unidades habitacionais que constituem uma casa comunitária são térreas e têm uma entrada independente de modo a preservar a privacidade de cada morador. Além disso, estão equipadas para atender às necessidades das pessoas com deficiência: possuem acesso para cadeiras de rodas, portas largas, alças ergonômicas, etc. São habitações com vista para um pequeno terraço ou jardim (MARPA, 2013).

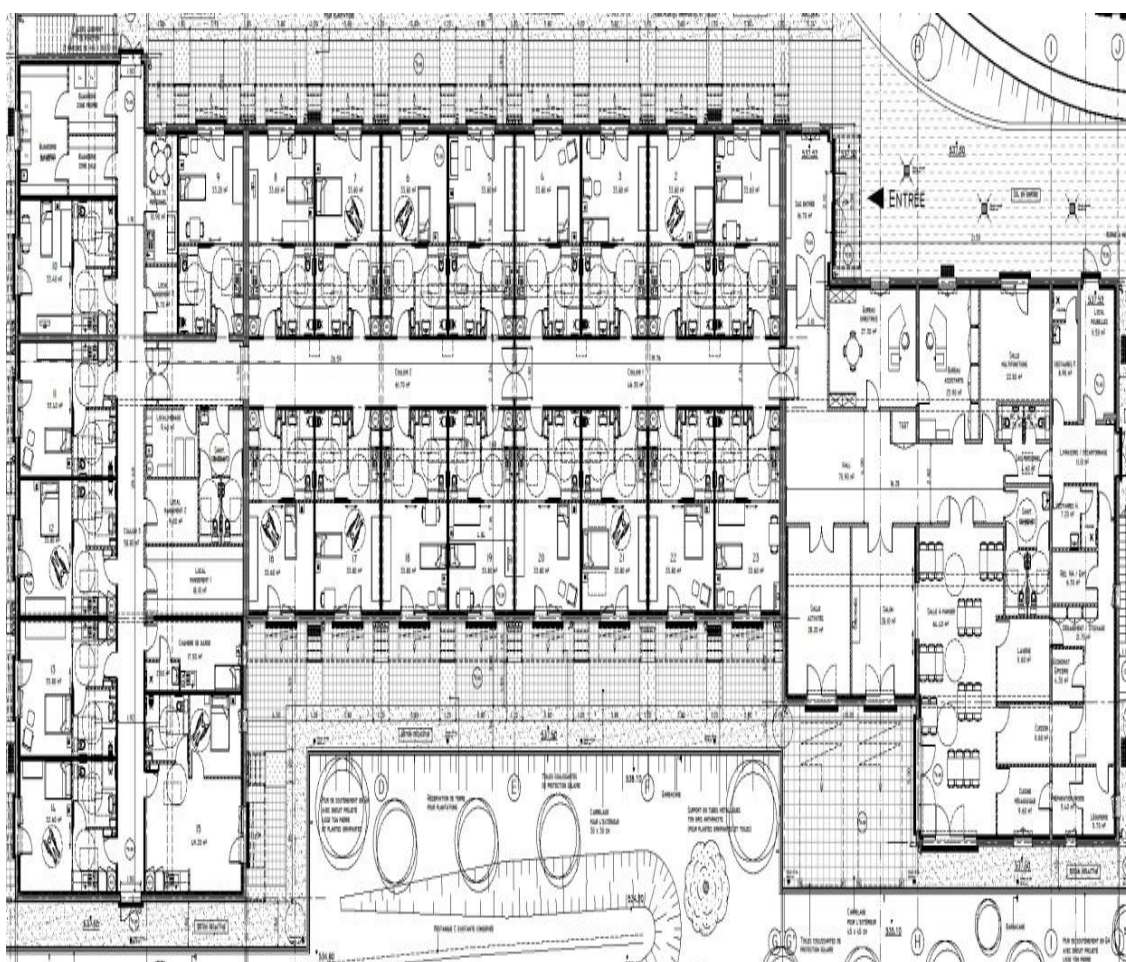


Figura 4.6: proposta arquitectónica de uma MARPA. Fonte: Watt & Cie, 2013.

As tipologias habituais são do T2 para casais (46 m²) e T1 (30 m²) para indivíduos sem cônjuge. Os residentes de cada unidade habitacional podem decorar o seu espaço residencial com o próprio mobiliário e outros pertences pessoais.

Este tipo de estabelecimentos residenciais para idosos estão particularmente atentos no que concerne aos direitos fundamentais das pessoas idosos residentes: o respeito pela sua identidade, dignidade, privacidade e cidadania³¹.

³¹ Vide Anexo 1.6 dos Anexos do Capítulo IV.

Cada residente de uma MARPA é livre para receber na sua habitação privada a família e os amigos e a viver ao seu ritmo, preservando a sua intimidade. Isso também significa que os habitantes idosos das MARPA são respeitados quanto ao ritmo de cada um, à liberdade de ir e vir e de manter as relações sociais que entenderem, desde que isso não prejudique o funcionamento da casa ou incomode os restantes residentes³².

O contacto inter-geracional é incentivado, por exemplo, através da hospedagem de crianças para visitar, nas férias, os avós. Também o envolvimento das famílias na vida da residência comunitária é estimulado: a presença de familiares para ajudar na lida da casa ou para o apoio durante dias temáticos ou festivos, assim como são bem-vindas visitas amigáveis ou actividades regulares de convívio. Os animais de estimação são admitidos, desde que respeitem a higiene e a paz dos outros residentes (MARPA, 2013).

A higienização e manutenção residência comunitária, assim como o auxílio necessário aos utentes, são prestados pelo corpo técnico da casa. As refeições podem ser preparadas pelas cozinheiras da casa comunitária e os residentes são consultados sobre os menus. Todos estão convidados a participar na preparação de alimentos e até a servir à mesa da sala comunitária das refeições. Todavia, se o desejarem, os residentes podem cozinhar as refeições nas suas habitações ou pedir que lhas levem até lá. Também podem optar por tratarem sozinhos da sua roupa, confiá-la à família ou delegar essa tarefa à lavandaria comunitária (MARPA, 2013).

O atendimento aos residentes é prestado por pessoal escolhido pelos próprios utentes e é coordenado pela equipa técnica³³ da residência comunitária, a qual também garante a qualidade e a continuidade do relacionamento entre os residentes e os serviços médicos especializados da região: hospital local, consultas geriátricas especializadas, etc. Deste modo, os residentes escolhem os serviços de acordo com suas necessidades: cuidados médicos ou paramédicos, cabeleireiro, pédicure, massagista, costureira, transportes, entre outros, podendo continuar a usar aqueles serviços profissionais que já utilizavam antes da entrada na residência comunitária (MARPA, 2013).

³² Um dos objectivos destas comunidades para idosos é promover a autonomia de cada residente. Nesse sentido, além da organização estruturo-espacial da comunidade e das características habitacionais dos alojamentos individuais, é permitida e encorajada a continuação de hábitos pessoais saudáveis e são incentivadas as actividades sociais e culturais, individuais ou colectivas. Esta estratégia de estimulação e de autonomização é um factor importante na prevenção da dependência dos residentes e pode até mesmo, na maioria das vezes, restaurar parte da autonomia nalguns casos já diminuída (MARPA, 2013).

³³ Os técnicos de cada casa comunitária são continuamente formados para estabelecerem com os moradores uma relação atenta, respeitosa e responsável, a qual se deseja que seja sempre exemplar.

Todos os serviços externos prestados são formalizados pela direcção técnica da residência comunitária através de parcerias com esses profissionais exteriores e os custos daí resultantes são cobrados mensalmente aos utentes que deles beneficiaram (MARPA, 2013).

Os espaços comuns permitem aos residentes conviverem socialmente e caso assim o desejarem, podem participar na vida diária da casa comunitária (jardinagem, culinária, etc.), assim como podem usufruir dos serviços prestados pelo corpo técnico da casa comunitária, o qual oferece actividades diárias focalizadas nas habilidades, interesses, passatempos e projectos anteriores dos moradores, o que faz com que os residentes nunca estejam afastados da vida social da localidade (Clube de Idosos, Igreja, etc.). Acresce que, no que diz respeito à independência individual, a participação na vida da comunidade é incentivada mas não é, obviamente, obrigatória (MARPA, 2013).

Em geral, a localização geográfica de uma MARPA tem como base os serviços oferecidos nas proximidades. Abertas para o exterior, estas comunidades residenciais para idosos impulsionam a economia local através da contratação de pessoal, das compras aos fornecedores da região, dos serviços e bens adquiridos pelos residentes ou por via da utilização dos serviços públicos, factores que parecem contribuir para o desenvolvimento local. Este paradigma residencial permite também acolher os idosos com baixo rendimento e de vários regimes sociais, já que as MARPA estão convencionadas com a Segurança Social Francesa através de um subsídio de alojamento personalizado (*l'Allocation Personnalisée au Logement – APL*) (MARPA, 2013).

Como a máxima que orienta as casas de acolhimento rurais para idosos é “*A arte de viver juntos*” (*L'art de vivre ensemble*), cada comunidade residencial está dotada de uma estrutura representativa denominada “*Conselho da Vida Social*”. Neste órgão colectivo participam os representantes das diferentes partes interessadas na convivência e funcionamento da casa comunitária: os habitantes e os seus familiares, os funcionários, os representantes da Instituição e outros representantes das *forças-vivas*, tanto públicas como privadas, da região. Naquele Conselho Comunitário são discutidas as questões relativas à vida de todos os dias da residência, assim como as matérias relativas à sua integração na sociedade local (MARPA, 2013).

1.7 - A comunidade de *Hartrigg Oaks*, em New Earswick, no Reino Unido.

O conceito intrínseco à comunidade para idosos *Hartrigg Oaks* começou a ser conceptualizado e planeado em 1986. Uma década depois teve início a construção do empreendimento e, em 1998, *Hartrigg Oaks* foi inaugurada na Aldeia de New Earswick³⁴. Gerida pela Rowntree Foundation and Housing Trust (RFHT), a *Hartrigg Oaks* é a primeira comunidade para idosos caracterizada como *Continuing Care Retirement Community* constituída por 152 habitações, numa área de 8,5 hectares.



Figura 4.7: vista aérea da comunidade de *Hartrigg Oak* em 2007. Fonte: Google Earth, 2013.

A comunidade para idosos de *Hartrigg Oaks* oferece uma habitabilidade para vários graus de independência concomitante com oportunidades de partilha diária de actividades com outros residentes da vizinhança e da aldeia. Em geral, a população alvo desta comunidade pertence a um extracto sócio-económico médio-alto; todavia existem algumas residências cujo arrendamento (ou compra partilhada) beneficia de apoios governamentais para pessoas com mais baixos rendimentos (RFHT, 2014).

³⁴ Vide Anexo 1.7 dos Anexos do Capítulo IV.

Existem quatro tipos de habitações disponíveis na comunidade para idosos de *Hartrigg Oaks*:

- i) A tipologia *Rigg, bungalow* com 1 quarto (54 M²);
- ii) A tipologia *Rigg Plus, bungalow* com 1 quarto + 1 quarto no sótão (87 M²);
- iii) A tipologia *Hart*, casa com 2 quartos (79 M²);
- iv) A tipologia *Hart Plus*, com 2 quartos + 1 no sótão (112 M²) (RFHT, 2014).

Os habitantes de *Hartrigg Oaks*, cuja média de idade dos residentes é de 78 anos, se assim o desejarem recebem apoio domiciliário especializado (*supportive housing*). Neste âmbito, a comunidade tem a sua própria equipa de apoio domiciliário que presta serviço às residências e cuidados pessoais aos residentes que dele necessitem. A valência de apoio domiciliário aos residentes oferece atendimento em casa e serviço de enfermagem completo, assim como também apoia as pessoas que desenvolveram demência na comunidade *Hartrigg Oaks*³⁵ (RFHT, 2014).

Por conseguinte, os serviços de apoio aos idosos de *Hartrigg Oaks* variam conforme a idade e/ou grau de dependência dos residentes e estão distribuídos por 4 categorias:

- a) Apoio ocasional às residências destinados a seniores activos geralmente sem necessidade de assistência residencial permanente;
- b) Apoio às residências com pessoas com moderada funcionalidade diária e ainda activas, com acesso a instalações colectivas e a diversos serviços 24 horas, como alarme e um técnico assistente disponível para apoio ao núcleo residencial;
- c) Apoio domiciliário permanente e/ou de enfermagem continuada, serviço destinado aos idosos que já revelem uma significativa diminuição do seu grau de funcionalidade diária nas suas habitações;
- d) Apoio prestado na valência de cuidados continuados, *The Oaks Care Center*, adequada aos idosos que necessitem de níveis mais intensos de cuidados do que aqueles que podem ser prestados nas residências (RFHT, 2014).

³⁵ Vide Anexo 1.7 dos Anexos do Capítulo IV..

Os requisitos para a obtenção de residência em *Hartrigg Oaks* passam por várias condições:

- i) Os indivíduos ou os casais podem-se inscrever a partir de 59 anos de idade (em média de idades se for um casal);
- ii) É dada preferência aos candidatos mais novos³⁶;
- iii) O arrendamento (total ou parcial) das residências ou a propriedade partilhada, de 25% até 100%, são regidos por contratos com limitação temporal pré-definida, cuja duração pode ir até 30 anos³⁷(RFHT, 2014).

Por conseguinte, a sustentabilidade da *Hartrigg Oaks* é baseada num modelo mutualista actuarial, i.e., regido por quotizações contratualizadas em função da idade cronológica, o qual funciona de maneira semelhante a um sistema de seguros. É esta característica fundacional que permite aos residentes obterem paz de espírito em relação às suas despesas futuras, caso venham a requer uma assistência com cuidados mais caros ao longo do seu processo de envelhecimento.

³⁶ Para garantir a sustentabilidade do modelo mutualista, parte-se do princípio actuarial que os residentes mais novos necessitarão de menor prestação de serviços, pelo que a taxa mensal que pagam serve para garantir os cuidados dos residentes mais dependentes (RFHT, 2014).

³⁷ Trata-se de um sistema de *leasing* ou *buy-in*, com uma opção de compra que implica uma venda obrigatória à *Rowntree Foundation and Housing Trust* em caso de desistência, de falecimento do proprietário ou findo o tempo do *leasing*.

2 - A tipificação da protecção social portuguesa direccionada aos idosos.

No último século, particularmente nas últimas quatro décadas, os países desenvolvidos, entre os quais se incluem Portugal, têm assistido a um crescente envelhecimento populacional³⁸ assim como a uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes³⁹. Estes factores implicam um enorme esforço colectivo, nomeadamente no que diz respeito à fundação e à manutenção do Estado Social, na medida em que ao aumento dos níveis de longevidade numa população envelhecida corresponde, geralmente, o acréscimo da necessidade de cuidados de apoio em regime de longa duração, muitos deles especializados.

As políticas de apoio social e de intervenção na dependência, em Portugal, estão centralizadas no Ministério da Solidariedade e da Segurança Social⁴⁰, a partir do qual emanam os regulamentos, com o qual são celebrados acordos de parceria, e sob disposição do qual é efectuada a fiscalização às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou a outras Instituições de cariz privado com actividade na área do apoio social aos idosos. Assim se constata que, no nosso país, as políticas de apoio social ou de cuidados a longo prazo aos cidadãos dependentes têm-se focado (quase exclusiva e tradicionalmente) na prestação assistencial por via Institucional, o que revela um certo distanciamento de outras abordagens de apoio com cariz familiar e/ou de integração sócio-comunitária.

No que concerne ao apoio social aos idosos, a Constituição da República Portuguesa, desde 1976, consagrou uma determinada orientação política para a denominada *terceira idade* a qual se tem cumprido, governo após governo, por via das respostas sociais implementadas para fazer face às consequências do envelhecimento nacional. Esta política de terceira idade, à que se refere a Constituição Portuguesa, é operacionalizada na Lei de Bases da Segurança Social⁴¹: essencialmente, esta Lei define um sistema público de cobertura limitada que abrange as necessidades básicas de cidadãos em situação de dependência ou com escassos recursos económicos.

³⁸ Vide Item 2.5 do Capítulo I.

³⁹ Vide Item 2.1 do Capítulo I.

⁴⁰ No sistema português, Segurança Social é a única entidade estatal responsável por dirigir as respostas dirigidas especificamente à população idosa, tendo nesse âmbito uma dupla função: por um lado supervisiona e por outro financia instituições com respostas dirigidas às populações mais carenciadas (Hespanha *et al.*, 2000).

⁴¹ Lei n.º 4/2007 de 16 de Janeiro (D.R. n.º 11, Série I de 2007-01-16).

No paradigma nacional de apoio social aos idosos, o Estado assumiu um papel relevante na Protecção Social portuguesa; contudo, pensamos que o Estado tem partilhado menos essa responsabilidade com as famílias e mais com a iniciativa privada de utilidade pública com origem na sociedade civil (IPSS/ONG`s) e, também, com as iniciativas empresariais com fins lucrativos.

No campo de acção social, as respostas de prestação do apoio residencial aos idosos têm sido constituídas maioritariamente por três modelos preponderantes, dois deles com características institucionais e sócio-comunitárias ambientalmente muito marcadas – as ERPI⁴² e os EPDI⁴³ – e um terceiro tipo de auxílio com um cariz de manutenção do estatuto habitacional pré-existente ao início do apoio social - o *Apoio Domiciliário*⁴⁴.

Neste âmbito, em 2006, Martín e Borges estudaram todos os equipamentos sociais de apoio a idosos existentes em Portugal continental, tendo a investigação avaliado a tipologia, a capacidade e as taxas de utilização das principais valências identificadas: *Centros de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Lares de Idosos*.

A partir da actualização da suprarreferida investigação de 2006, Letra e Martín, em 2010, estudaram as necessidades de apoio e os níveis de procura das várias valências identificadas. Dos dados recolhidos pelos autores, verificou-se que aumentou, entre 2006 e 2010, a taxa de capacidade das respostas sociais, tendo sido esse acréscimo de 33,25% no Serviço de Apoio Domiciliário, de 22,66% na valência de Lar de Idosos e 8,79% nos Centros de Dia (Letra & Martín, 2010).

No que concerne às taxas de utilização, os autores supra também constataram, em Portugal continental e naquele período, um substancial aumento nas valências estudadas: 25,33% no *Serviço de Apoio Domiciliário*, 24,48% na valência de *Lar de Idosos*⁴⁵, e um acréscimo de 5,93% na valência *Centro de Dia* (Letra & Martín, 2010).

⁴² Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ou ERPI: denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, integra as designações *Lar de Idosos, Residência para Idosos, Casa de Repouso*, etc.,

⁴³ Consideramos como *Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos* (EPDI) os *Centros de Dia* e os *Centros de Convívio*, cujas características são semelhantes no propósito ocupacional e de convívio diários, apesar das diferenças quanto à organização da prestação de cuidados diários aos utentes; neste âmbito, os Centro de dia prestam um leque de cuidados mais alargados do que os prestados nos Centros de Convívio (vide Item 2.2 do Capítulo IV).

⁴⁴ Vide Item 2.3.1 do Capítulo IV.

⁴⁵ O aumento da taxa de utilização nos Lar de Idosos e nos serviços de Apoio Domiciliário pode estar relacionado com a deterioração das condições de saúde da população mais longeva em concomitância com a incapacidade dos cuidadores informais. Especificamente no caso dos Lares de Idosos, o acréscimo da taxa de utilização pode estar associado à maior necessidade de apoio especializado numa fase de maior dependência dos idosos em que o(s) cuidador(es) informal(is) já não consegue(m) assegurar os cuidados sozinho(s) o que, frequentemente, suscita a demanda de apoio social, isto é, o internamento nas ERPI.

Em Portugal, no período de 2000 a 2012, as respostas sociais dirigidas à população idosa têm registado um desenvolvimento expressivo (42 %), refletindo-se em mais 2.100 novas valências desde o ano 2000 (IGFSS, 2013).

Em termos gerais, no conjunto das respostas de apoio direccionadas para população idosa e/ou dependente, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) assume a dianteira com o maior crescimento entre 2000 e 2012 (mais 62 %); naquele período e no que concerne às valências de apoio especificamente destinadas aos idosos seguiram-se as ERPI (mais 44 %) e os Centros de Dia (mais 31%). Importa também referir que o aumento do auxílio para as pessoas idosas tem sido acompanhado pelo acréscimo do número de lugares disponíveis nas estruturas residenciais ERPI e EPDI, o qual registou, entre 2000 e 2012, um incremento de 47 % (mais 84.000 novos lugares) (IGFSS, 2013).

Segundo a informação recente da Segurança Social (IGFSS, 2014; ISS, 2014b), em 2013 existiam 78.104 idosos com mais de 65 anos alojados em ERPI, a que acrescem 62.928 utentes que usam os EPDI (respectivamente 42.693 utentes nos *Centros de Dia* e 20.235 utentes nos *Centros de Convívio*), sendo o Apoio Domiciliário prestado a 76.188 idosos. Portanto, em Portugal e em 2013, as três principais tipologias suprarreferidas prestavam apoio directo a 217.220 idosos.

Ainda no âmbito das restantes respostas de apoio social, na valência do *Acolhimento Familiar*⁴⁶, em 2013, havia somente 727 pessoas que usufruíam desta solução social, enquanto no mesmo ano a *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*⁴⁷ (RNCCI) disponibilizou 6.650 vagas, mais 11% do número de vagas comparativamente ao ano de 2012; ainda no que concerne a outras respostas de apoio social, os *Centros de Noite*⁴⁸ apoiaram apenas 172 idosos (ISS, 2014c).

⁴⁶ Criadas pelo Decreto-Lei n.º 391/1991, de 10 de Outubro, as *Famílias de Acolhimento* são constituídas por pessoas singulares ou famílias consideradas idóneas por uma *Instituição de enquadramento* - Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa ou Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). As Famílias de Acolhimento disponibilizam-se para acolher, de forma temporária ou permanente, no máximo 3 pessoas idosas com o objectivo de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro (ISS, 2014b).

⁴⁷ Vide Item 2.3.2 do presente Capítulo IV.

⁴⁸ Criados em 2011 no âmbito do Programa de Emergência Social, os Centros de Noite são alojamentos temporários para dormida, destinados ao acolhimento de idosos que possam continuar a morar nos seus locais de residência. A regulamentação dos Centros de Noite obedece ao objectivo de assegurar a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, nomeadamente dos idosos que, dispondo de autonomia para as actividades do dia-a-dia, vejam agravada à noite a situação de isolamento, solidão ou insegurança (ISS, 2014b).

2.1 - As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

As designações habituais de *Lar de Idosos*, *Casa de Repouso*, *Residência para Idosos*, etc., são vulgarmente usadas sem que se saiba, concretamente, quais ou se existem diferenças entre elas ou se são denominações de mera propaganda; todavia, existem dissemelhanças que fazem (e farão) diferença a vários níveis (por exemplo, da integração na comunidade, da sustentabilidade económica, da prevalência da população idosa dependente ou, supostamente, ao nível da percepção do Bem-Estar e da *qdv*, etc.).

Recentemente designadas por Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI)⁴⁹, estas organizações institucionais de acolhimento permanente para idosos, em Portugal, assumem diferentes modalidades de alojamento, não sendo rigorosamente iguais. São agrupáveis em duas tipologias principais: o *Lar de Idosos* e a *Residência para Idosos*.

No primeiro grupo das ERPI está a denominação eufemística *Lar de Idosos* ou a também denominada *Casa de Repouso*. Ambas estruturas constituem o modelo residencial institucional para idosos largamente maioritário em Portugal. São geralmente estruturas habitacionais colectivas de natureza eminentemente assistencial, nas quais se prestam serviços de cuidados básicos quotidianos aos idosos institucionalizados em permanência. Este paradigma específico de ERPI resultou da recente evolução⁵⁰ determinada pela padronização oficial de requisitos mínimos de qualidade⁵¹ das normas organizacionais e quanto aos serviços prestados. São geralmente geridas por entidades sem fins lucrativos, sejam IPSS`s ou ONG`s. Em Portugal, as Santas Casas da Misericórdia dominam este ramo de actividade.

⁴⁹ Estrutura Residencial para Pessoas Idosas – ERPI: denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, substituindo as designações *Lar de Idosos*, *Residência para Idosos*, *Casa de Repouso*, etc., nos termos da Portaria n.º 67/2012, de 21 de Março. Considera-se uma ERPI quaisquer estabelecimentos para alojamento colectivo de idosos, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Tais estruturas residenciais podem assumir um das seguintes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, em apartamentos e ou moradias; b) Quartos e c) Tipologias habitacionais com o alojamento colectivo em quartos (Diário da República, 1.ª série/ N.º 58/ 21 de Março de 2012).

⁵⁰ Na origem dos modernos *Lares de Idosos* estão as antigas estruturas religiosas e mutualistas de acolhimento a idosos antes denominadas como *asilos*, cuja origem, em Portugal, remonta ao século XV.

⁵¹ A legislação nacional e o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) em Lares de Idosos, têm utilizado como referencial a série de normas NP EN ISO 9000, as Normas Internacionais utilizadas como vocabulário e modelo para a concepção e implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade em diversos países, bem como o Modelo de Avaliação da Qualidade ISS – SAD 2005 - Adaptado para a Resposta Social Lar (SCML, 2008).

Ainda entre as ERPI, no segundo grupo, estão as *Residências para Idosos*. São conjuntos habitacionais de inspiração residencial (geralmente constituídos por quartos privados, suites, apartamentos ou moradias assistidas). Tendem a ser planeadas e organizadas como estruturas habitacionais com um propósito assistencial idêntico aos seus congéneres *Lares de Idosos* (quanto ao objectivo de prestar cuidados permanentes aos residentes), contudo, possuem diferenças que se centram, em síntese, na maior variedade e na melhor qualidade dos alojamentos e dos serviços propostos e prestados, assim como no grau de independência funcional e de liberdade de escolha facultada aos idosos residentes. Dadas aquelas premissas, as residências para idosos, são geralmente (porém não exclusivamente) exploradas por entidades privadas com fins lucrativos, sendo estruturas geralmente direccionadas para classes sociais com rendimentos acima da média, portanto residuais no mercado. As unidades habitacionais das residências para idosos gozam de características ambientais personalizadas, à semelhança *homelike*⁵². Na modalidade residencial colectiva, os quartos são privativos – individuais ou para casal.

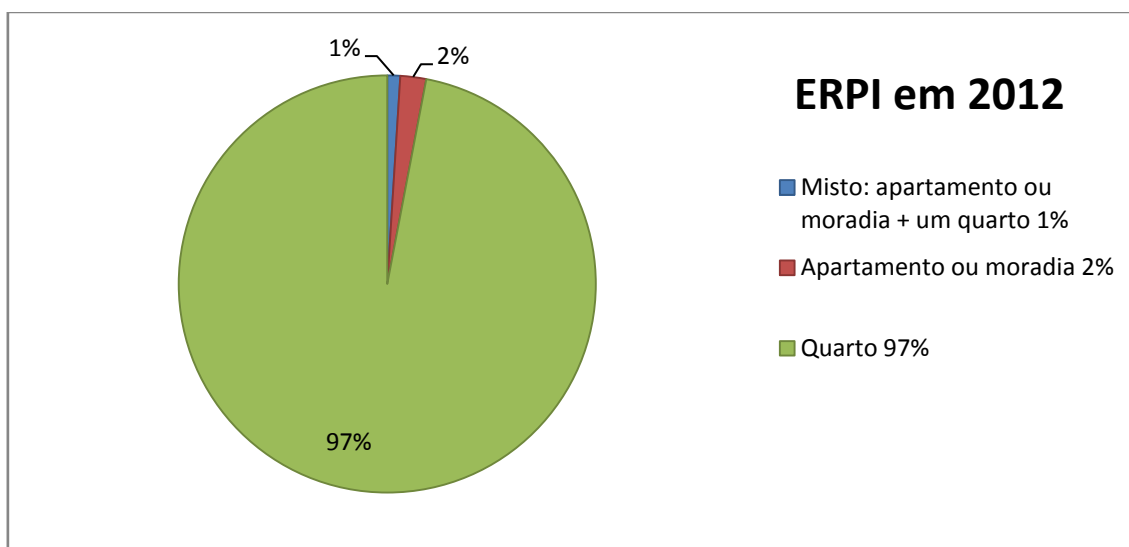


Gráfico 4.1: distribuição percentual da resposta ERPI por modalidade de alojamento no Continente em 2012. Adaptado a partir do *Relatório da Conta da Segurança Social - 2012* (IGFSS, 2013).

Como podemos observar no gráfico anterior, do total das ERPI a funcionar no Continente em 2012, o alojamento em quarto é a modalidade predominante (97 %).

⁵² Este tipo de instituições possui um vasto leque de serviços (enfermaria permanente, médico de família, serviço de urgência médica, fisioterapia, biblioteca, ateliers, domótica, etc.). É de realçar que as mais recentes residências para idosos a surgir no mercado português já prestam serviços de bem-estar e de lazer com elevada qualidade tais como serviço de refeições *à la carte*, SPA, ginásio, *personal trainer*, cabeleireiro, esteticista, *concierge*, entre outros. Contudo, trata-se ainda de um mercado residencial para idosos da elite, sendo por isso residual na oferta disponível. Vide 2ª Secção do Capítulo III.

Paralelamente, não despendendo nesta temática, uma outra realidade assistencial para idosos tem vindo a assumir uma frequência não residual e crescente, apesar da fiscalização oficial: os denominados *Lares de Idosos clandestinos*⁵³, estruturas particulares para o acolhimento de idosos que funcionam ilegalmente (com a conivência das famílias) em regime de internato. Neste contexto, é frequente que as condições técnicas e ambientais sejam geralmente precárias e que a prestação de apoio básico não cumpra todos os requisitos técnico-legais definidos pela legislação em vigor.

No que concerne à população residente nas ERPI, segundo os dados mais recentes, os utentes com mais de 80 anos constituíam, em 2012, cerca de 70 % do total, dos quais 46 % tinham 85 ou mais anos, o que evidencia o peso significativo deste subgrupo etário longevo em que as mulheres estão em maioria (IGFSS, 2013).

A distribuição dos utentes por tempo de permanência na resposta ERPI evidencia um elevado peso das estadas prolongadas: 50 % dos utentes mantêm-se nas ERPI por 3 ou mais anos, dos quais 30 % permanecem por um período superior a 5 anos. As estadas mais longas apresentam um peso maior nos equipamentos de entidades não lucrativas (33 % acima dos 5 anos), ao passo que as permanências de curta e média duração registam um peso mais elevado (66 % até 3 anos) nos equipamentos de entidades lucrativas.

Convém esclarecer que a ocupação existente nas diferentes respostas sociais de acolhimento residencial institucional para idosos não é, em muitos casos, de 100% apesar de várias entidades referirem esse limite máximo, apresentando listas de espera muitas vezes com dimensão significativa. De facto, são preocupantes as listas de espera que são, por vezes, 3 a 4 vezes superiores à capacidade das instituições (IGFSS, 2013). Contudo, não são raras as situações em que a ocupação total é fictícia por motivos economicamente especulativos ou por razões contratuais com a Segurança Social.

Para finalizarmos, importa referir que, segundo os dados recentes da Segurança Social existiam, em 2013, cerca de 78.104 idosos com mais de 65 anos alojados nas ERPI (IGFSS, 2014; ISS, 2014b).

⁵³ A Associação de *Lares de Idosos* estima que existam mais de 3.500 estabelecimentos. A fiscalização da Segurança Social encerrou em 2013, apenas 79 lares clandestinos, 22 deles com carácter de urgência. Em 2014, o Instituto da Segurança Social realizou 2.123 inspeções, das quais 643 a lares de idosos, tendo sido encerrados 83 (A.L.I., 2014; 2015). Os meios de comunicação social têm dado conta de situações gravíssimas, cuja tendência poderá ser condicionada por factores de ordem económica e sócio-familiar.

2.2 - Os Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos (EPDI).

Os Centros de Dia e os Centros de Convívio, ambos denominados por *Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos (EPDI)*, são respostas sociais que visam proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades diárias dos idosos e/ou desenvolver actividades que possam contribuir para a socialização e o retardamento das consequências nefastas do envelhecimento. Os utentes que frequentam os EPDI beneficiam de apoio diário sem que haja internato residencial, i.e., os idosos regressam diariamente às suas habitações de origem.

Entre as actividades comuns aos EPDI estão a prevenção do isolamento, da exclusão social e o fomento das relações interpessoais e intergeracionais. Igualmente entre os objectivos comuns está o favorecimento da permanência das pessoas idosas na sua residência habitual (ISS, 2014b).

Centros de Dia	Centros de Convívio
Funcionam durante o dia, geralmente com interrupção ao fim de semana	Funcionam durante o dia, contudo não é garantido que funcionem todos os dias
Estabilizam ou retardam as consequências desagradáveis do envelhecimento	Incentivam a participação e incluem os idosos na vida social local
Promovem as relações pessoais e entre as gerações	Promovem as relações pessoais e entre as gerações, prevenindo a solidão e o isolamento
Evitam ou adiam ao máximo o internamento Institucional	Evitam ou adiam ao máximo o internamento Institucional
Permitem que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro	Permitem que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro
Previnem situações de dependência e promovem a autonomia	
Atendem às necessidades básicas diárias dos utentes	
Prestam apoio psicológico e social	

Quadro 4.1: objectivos comuns e próprios dos Centros de Dia e dos Centros de Convívio, adaptado a partir do *Guia Prático de Apoios Sociais aos Idosos* (ISS, 2014b).

Sobre o quadro supra, refira-se que as tipologias constituintes dos EPDI, partilham alguns objectivos comuns, contudo, entre ambos existem diferenças na variedade e na abrangência de serviços prestados.

Em síntese, os *Centros de Convívio* são estabelecimentos menos completos onde se organizam actividades recreativas e culturais que envolvem as pessoas idosas daquela comunidade. De acordo com os dados da Segurança Social, durante o ano de 2012, cerca de 20.235 utentes utilizaram os *Centros de Convívio* (IGFSS, 2014; ISS, 2014b).

Por sua vez e resumidamente, quando comparado com o congénere *Centro de Convívio*, o *Centro de Dia* constitui-se como uma valência mais completa na qual a capacidade de apoio é mais abrangente. Assim, os *Centros de Dia* prestam serviços tais como: alimentação adequada à faixa etária e problemáticas de saúde dos utentes, cuidados de higiene e de conforto, efectuar o tratamento de roupas e disponibilizar informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade, adequada à satisfação de outras necessidades.

Nos *Centros de Dia* também é, supostamente, disponibilizada – todavia nem sempre é concretizada – a prestação de apoio psicoterapêutico e psicossocial; mais habitual é o desenvolvimento de actividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional assim como de assistência religiosa (ISS, 2014b).

No que diz respeito aos utentes que frequentam a resposta *Centro de Dia*, em 2012, cerca de 50 % tinham até 80 anos de idade e eram maioritariamente do género feminino, tendência que se verifica em todas as respostas dirigidas à população idosa, facto já referido no Item 2.1 do presente Capítulo, o que parece confirmar a preponderância do género feminino na frequência dos EPDI e, também, das ERPI, factor provavelmente relacionado com a supremacia dos contingentes populacionais femininos entre os escalões etários mais longevos. Essa predominância no género na população idosa institucionalizada, também parece ter-se repercutido na nossa amostra, tal como poderá ser verificado no Item 1.3 do Capítulo V.

Para finalizarmos este Item dedicado aos EPDI, importa ainda referir que, segundo dados recentes da Segurança Social relativos ao ano de 2013, em Portugal foram 62.928 os utentes que beneficiaram dos serviços prestados pelos EPDI sendo, respectivamente, 42.693 os utentes apoiados pelos *Centros de Dia* e cerca 20.235 os utentes que frequentavam os *Centros de Convívio* (IGFSS, 2014; ISS, 2014b).

2.3 - Outras propostas relevantes de apoio aos idosos.

É inegável que o acréscimo da população idosa está a provocar transformações sociais profundas cujas consequências apenas podemos conjecturar, não obstante algumas desses efeitos já se fazerem sentir ao nível da distribuição da estrutura demográfica, da dinâmica económica e da pressão sobre o modelo de Protecção Social português gizado após 1974, particularmente quanto ao Serviço Nacional de Saúde e à sustentabilidade do Sistema Contributivo para a Segurança Social.

Tais mudanças e previsíveis consequências incidem também na organização do tecido social, no qual as famílias têm (ou deviam ter), supostamente, um papel preponderante no apoio aos seus elementos mais velhos. Contudo, os elos de afectos intergeracionais historicamente existentes nos núcleos familiares têm sido gradualmente corroídos por múltiplos factores, morais e materiais, intrínsecos à moderna Sociedade consumista. As exigências financeiras, o desejo egocêntrico de acesso imediato aos bens materiais, o endividamento das famílias, a instabilidade laboral, a volatilidade dos ciclos económicos, entre vários outros elementos da vida contemporânea no mundo globalizado, têm vindo a retirar os afectos do foco familiar – secundarização que deteriora os esquemas familiares solidários traçados ao longo de milénios de civilização.

Como resultado da crescente dissolução dos laços solidários de parentesco, tem sido crescente a delegação das responsabilidades familiares na figura de um Estado socialmente protector pelo que, face aos vários impedimentos familiares para cuidar dos seus mais velhos, têm emergido novas soluções sociais, tanto formais como informais.

No Portugal do início do século XXI, complementarmente às respostas sociais de apoio a idosos anteriormente abordadas nos Itens 2.1 e 2.2 do presente Capítulo (referentes às ERPI e os EPDI), existem outros exemplos de apoio social à população idosa, nomeadamente: o *Apoio Domiciliário*, a *Rede Nacional de Cuidados Continuados*, as *Famílias de Acolhimento*, as *Residências Nocturnas*, entre outras propostas de inovação social. Pensamos que tal variedade não é demais, principalmente se for suportada por elevados padrões de exigência (e de avaliação) no que respeita à qualidade e, principalmente, se tais respostas sociais, assim como os recursos que implicam, forem bem direccionadas e bem utilizadas, face à heterogeneidade da população idosa e à multiplicidade de necessidades diferenciadas que daí decorrem.

2.3.1 - Os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD).

Apesar dos *Serviços de Apoio Domiciliário* (SAD) não terem sido considerados pela nossa investigação (devido à elementar razão de que os SAD não se enquadram na nossa premissa base, i.e., não são categorizáveis como um ambiente institucional residencial comunitário), não podíamos deixar de referir esta relevante resposta social, quanto mais não seja pela dimensão que atinge actualmente no universo de idosos socialmente apoiados, assim como pela grandeza de recursos financeiros que envolve.

Os dados disponíveis indicam que os SAD têm sido a resposta social que mais cresceu no nosso país entre os anos 2000 e 2012: numa dúzia de anos o número de utentes abrangidos pelo serviço mais do que duplicou, tendo passado dos 38.022 no ano 2000 para 76.188 no final do ano 2012 (IGFSS, 2013; ISS, 2014c).

Segundo Gil (2009), a implementação dos SAD permitiu fomentar atitudes e medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência, além de ter ajudado à solidariedade inter-geracional através da prestação de apoio social elementar ao domicílio. Neste campo de acção, os SAD respondem não só às necessidades da população idosa, assim como prestam auxílio a pessoas (não necessariamente idosas) que se encontrem em situação de dependência, entre as quais se destacam os indivíduos com deficiência, com doenças crónicas e/ou com demências.

Um dos objectivos que sustentaram a implementação dos SAD centrou-se no evitamento da institucionalização dos utentes idosos nos Lares de Idosos, tendo também sido um meio para a libertação das camas hospitalares, assim como uma via para o encaminhamento atempado das situações de risco para os serviços de Saúde ou para outros serviços de apoio social complementares (Gil, 2009).

Apesar dos benefícios que os actuais SAD têm proporcionado à população, existe um conjunto de elementos operacionais que limitam a qualidade deste tipo de apoio os quais, de acordo com Gil (2009), são liderados pela diminuta diversidade e pouca qualidade do serviço prestado, geralmente limitado ao rápido⁵⁴ apoio na alimentação, ao banho e, por vezes, nalguma higienização do espaço habitacional do utente. Outra limitação indicada pela autora incide sobre a deficiente formação dos recursos humanos, i.e., do pessoal técnico (Gil, 2009).

⁵⁴ O tempo médio de permanência das equipas dos SAD nas residências é de 15 minutos (Gil, 2009).

Na expressão de Gil (2009) os SAD deviam ir mais além do que o habitual *banho e marmita*.

Portanto, os SAD seriam mais úteis se incluíssem nos serviços prestados o acompanhamento ao exterior, mais tempo de companhia, actividades ocupacionais e serviços de âmbito mais específico e mais frequentes, tais como os cuidados de enfermagem/médicos. Gil (2009) também salienta como uma lacuna substancial os horários de funcionamento, geralmente reduzido somente aos dias úteis. Tal lacuna mantém-se de forma expressiva, como pode verificar no gráfico seguinte, adaptado a partir dos dados mais recentes relativos à Segurança Social.

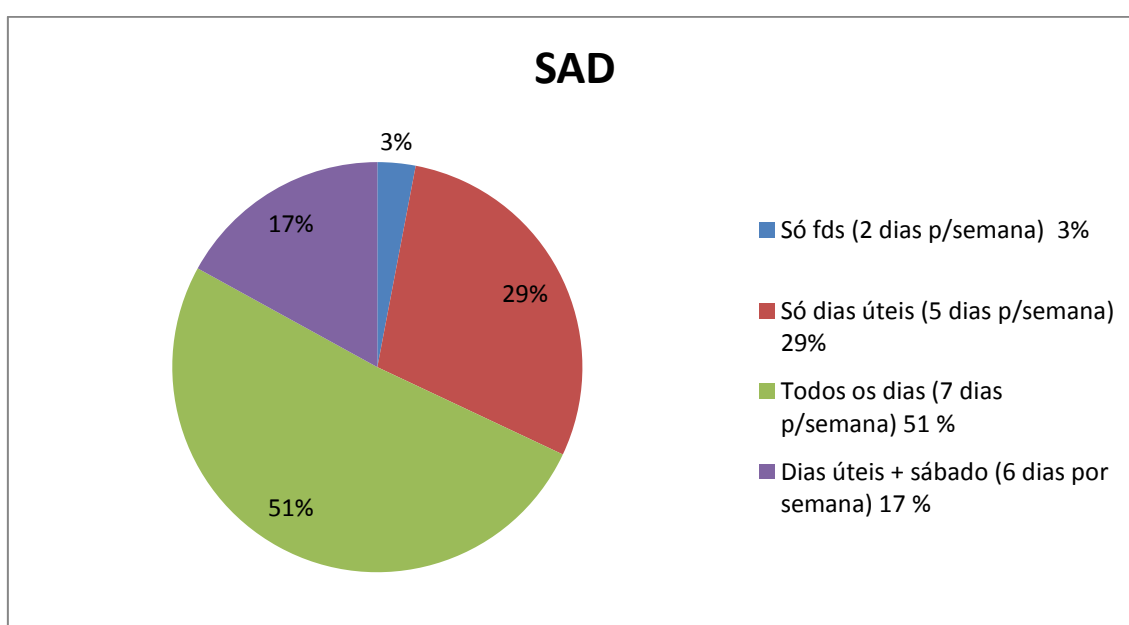


Gráfico 4.2: distribuição percentual da resposta SAD por modelo de funcionamento, no Continente em 2012. Adaptado a partir do *Relatório da Conta da Segurança Social - 2012* (IGFSS, 2013).

Como se observa no gráfico supra, do total das respostas de SAD, em 2012, apenas metade funcionou todos os dias da semana (IGFSS, 2013). Neste contexto, podemos depreender que o horário de funcionamento de 7 dias por semana coexiste com outras modalidades (só dias úteis, dias úteis + sábado ou só fins de semana), já que que nem todos os utentes partilham das mesmas necessidades e do mesmo nível de utilização dos serviços prestados.

Para finalizarmos este tópico e segundo os dados oficialmente disponíveis, é de referir que o Apoio Domiciliário em 2012 foi prestado a 76.188 utentes, o que coloca esta valência no segundo lugar do ranking das três respostas sociais mais importantes de apoio aos idosos (IGFSS, 2014; ISS, 2014b).

2.3.2 - A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é constituída por um conjunto de Instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de Saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto nas suas casas como em instalações próprias para o efeito.

A RNCCI resultou duma parceria entre os Ministérios da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e da Saúde⁵⁵ e vários outros prestadores de cuidados de Saúde e de apoio social.

De uma forma geral, é objectivo da RNCCI a prestação de Cuidados Continuados Integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada. Com efeito, têm direito aos cuidados continuados integrados cidadãos nas seguintes situações: com dependência funcional temporária (por estar a recuperar duma doença, cirurgia, etc.), com dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade (i.e., dependência e/ou doença), com incapacidade grave levando a forte impacto psicológico ou social ou com doença severa em fase avançada ou terminal (RNCCI, 2014).

Na RNCCI estão incluídas: *unidades de internamento* (que podem ser de cuidados continuados de convalescença, cuidados continuados de média duração e reabilitação, cuidados continuados de longa duração e manutenção e cuidados paliativos), *unidades de ambulatório*, *equipas hospitalares* e *equipas domiciliárias*, ambas prestando cuidados continuados de Saúde e de apoio social. Na vertente de Cuidados Continuados Integrados a pessoa com dependência, independentemente da sua idade, recebe cuidados de Saúde e apoio social (RNCCI, 2014).

Por conseguinte, a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) estabeleceu uma dinâmica de gestão organizacional dos sistemas de Saúde e de apoio social visando novos serviços de prestação de cuidados mais completos e eficazes, com continuidade e de uma forma descentralizada, materializados num sistema de prestações adaptadas e centradas nos utentes.

⁵⁵ A RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

O número de camas contratadas na RNCCI, em funcionamento no primeiro semestre de 2012, por região e tipologia, encontra-se no quadro seguinte:

TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	332	202	157	135	80	906
Média Duração e Reabilitação	540	597	408	159	104	1808
Longa Duração e Manutenção	963	822	646	391	219	3041
Paliativos	53	45	68	17	10	193
TOTAL	1888	1666	1279	702	413	5948

Quadro 4.2: número de camas contratadas em funcionamento no Continente em 2012. Fonte: RNCCI – 1º Semestre 2012. (IGFSS, 2013).

Conforme dados mais recentes, relativos a 2013, a RNCCI disponibilizou 6.650 vagas, o que se traduz num acréscimo de 10,56% relativamente ao número de vagas existentes em 2012 (ISS, 2014b).

2.4 – O custo financeiro da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais para Idosos (RSESI).

Como foi referido anteriormente, perante a actual e previsível evolução demográfica, face o desempenho económico-financeiro que sustenta o modelo contributivo de protecção social nacional e, também, diante do aumento actual e previsível dos custos gerais – directos e indirectos, presentes e futuros – das áreas sociais (principalmente na Saúde, Segurança Social e Educação), torna-se evidente que já somos (e seremos ainda mais futuramente) confrontados com desafios tremendos no horizonte solidário social português.

Neste e nos itens seguintes iremos descrever e analisar sucintamente o custo financeiro inerente aos modelos estruturais sociais assim como às políticas de apoio aos idosos mais prevaletentes em Portugal.

Iniciaremos a nossa análise sobre os esforços públicos, institucionais e das famílias, quanto às despesas de funcionamento dos serviços e dos equipamentos sociais destinados à população idosa.

Prosseguiremos com uma breve ponderação da parceria entre o Estado Português e as Instituições Particulares de Solidariedade Social⁵⁶ (IPSS), seguindo-se uma sumária descrição das despesas com as valências estudadas na nossa investigação (ERPI e EPDI), assim como uma breve reflexão sobre a sustentabilidade, presente e futura, das IPSS em Portugal.

2.4.1 - As despesas de funcionamento da RSESI.

Ao longo da nossa reflexão discorreremos algumas vezes sobre alguns aspectos os quais considerámos importantes face à situação geral do Modelo de Protecção Social português, sobretudo perante a evolução demográfica, a situação económico-laboral e os custos gerais, directos e indirectos, presentes e futuros, decorrentes do processo de envelhecimento populacional.

Neste item iremos descrever e analisar o custo financeiro inerente aos modelos estruturais e às políticas de apoio aos idosos mais prevalentes em Portugal, iniciando a nossa análise sobre os esforços nacionais, institucional e das famílias, quanto às despesas de funcionamento da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais para Idosos (RSESI). Prosseguiremos com uma reflexão sobre a sustentabilidade da parceria entre o Estado Português e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Em Portugal, a Segurança Social é composta por duas áreas principais: a *Acção Social*, que presta apoio institucional traduzido em serviços ou equipamentos, e os *Regimes*, que englobam as pensões decorrentes do regime geral ou contributivo.

⁵⁶ As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são entidades sem finalidade lucrativa, constituídas por iniciativa de particulares cujo propósito é dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, assumindo um cariz social especialmente direccionado à prestação de vários serviços de apoio, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, às pessoas e às famílias. A acção social desenvolvida pelas IPSS pretende satisfazer as necessidades de determinados segmentos da população por forma concretizar, entre outros, os seguintes propósitos: (1) apoiar a crianças e os jovens; (2) apoio as famílias; (3) proteger os cidadãos na velhice e na invalidez e nas situações de carência ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; (4) promover e proteger a saúde através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; (5) promover a educação e a formação profissional; (6) auxiliar na resolução de problemas habitacionais (ISS, 2014c).

Neste âmbito, o poder quanto às políticas para a dependência está altamente centralizado nos Órgãos de Soberania: Governo e Assembleia da República (Martín & Borges, 2006).

Alguns passos têm sido dados para a descentralização na área *Ação Social*, por exemplo com a formação das *Redes Sociais Locais*⁵⁷ ou dos *Contratos Locais de Desenvolvimento Social (CLDS)*⁵⁸. Todavia, ao nível dos Municípios a descentralização tem sido escassa, podendo resumir-se, sobretudo no que respeita aos serviços sociais de apoio aos idosos, a um papel de coordenação entre instituições locais (ISS, 2014c).

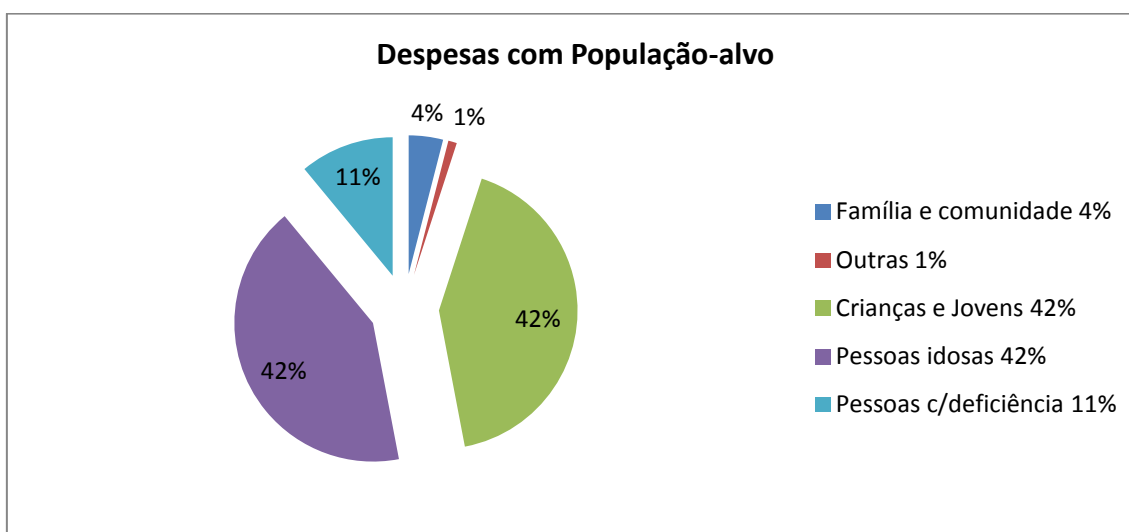


Gráfico 4.3: distribuição percentual da despesa de funcionamento por população-alvo, no Continente em 2012. Fonte: I.G.F.S.S., Conta da Segurança Social, 2012 (IGFSS, 2013).

No que respeita às despesas de funcionamento por população-alvo, no gráfico anterior podemos verificar que as áreas das “Crianças e Jovens” e das “Pessoas idosas” são as que apresentam os maiores encargos financeiros ao longo do período de análise (2000-2012), seguidas pela área das “Pessoas com Deficiência” (GEP, 2012).

As respostas da *Rede de Serviços e Equipamentos de Apoio aos Idosos (RSEAI)* é substancialmente suportada com base nos acordos de cooperação celebrados entre o Estado Português e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)⁵⁹, assim como também parte do financiamento provém da comparticipação dos utentes e/ou das famílias e, ainda, é obtido por via de receitas próprias das Instituições (GEP, 2012).

⁵⁷ Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/1997 de 18 de Novembro.

⁵⁸ Portaria n.º 285/2008.

⁵⁹ Vide o Item 2.4.1.1 do Capítulo IV.

De acordo com os dados do *Relatório da Conta da Segurança Social de 2012* (IGFSS, 2013), as despesas efectuadas no âmbito do *Sistema de Acção Social* atingiram os 1.611,7 milhões de euros, não incluindo as despesas de administração nem as despesas e a transferências de capital.

Segundo o supracitado relatório, em 2012, a despesa global com área da *Acção Social* incluiu a concessão de: a) Serviços e equipamentos sociais; b) Programas de combate à pobreza, disfunção, marginalização e exclusão sociais; c) Prestações pecuniárias, de carácter eventual e em condições de excepcionalidade; d) Prestações em espécie (IGFSS, 2013).

Tais apoios destinaram-se não só a minorar situações de carência, desigualdade sócio-económica, de dependência, de disfunção, de exclusão ou vulnerabilidade sociais, como também a promover a integração e a promoção comunitária e o desenvolvimento das capacidades das pessoas. A *Acção Social* teve como alvo principal os grupos mais vulneráveis, nomeadamente as crianças, os jovens, as pessoas com deficiência e os idosos e, também, as famílias consideradas como um todo (IGFSS, 2013).

Todas as acções desenvolvidas pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (MSSS) regem-se pelo *Princípio da Subsidiariedade*, i.e., a intervenção é prioritariamente da responsabilidade das entidades com maior relação de proximidade com as pessoas. Deste modo, a prossecução dos objectivos do MSSS, a acção social é desenvolvida por diversas entidades (Estado, autarquias e instituições privadas sem fins lucrativos) podendo o apoio directo às populações ser desenvolvido através de subvenções, programas de cooperação e protocolos com as *Instituições Particulares de Solidariedade Social* (IPSS) ou ainda através do financiamento directo às famílias beneficiárias (IGFSS, 2013).

Tal como podemos verificar no Quadro 4.3, apresentado na página seguinte, no qual se desagrega a despesa com Prestações e Programas de Acção Social por rubrica no quinquénio 2008-2012, para o aumento da despesa no biénio 2011/2012 contribuiu principalmente a variação positiva da verba despendida com os acordos de cooperação (+0,8%), por constituir o principal agregado das despesas com acção social (74,8% das despesas correntes em 2012).

Destaca-se ainda, em 2012, o crescimento registado ao nível dos subsídios a IPSS, quase 60% (mais precisamente +59,1%).

Acção Social	2008		2009		2010		2011		2012		Variação (%)	
	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	2011 - 2012	2008 - 2012
Acordos de Cooperação	1.141.258,5	74,9%	1.189.478,4	71,6%	1.198.525,2	71,1%	1.195.533,2	74,7%	1.205.017,6	74,8%	0,8	5,6
Estabelecimentos integrados	94.839,0	6,2%	95.110,8	5,7%	89.977,3	5,3%	68.192,1	4,3%	53.354,5	3,3%	-21,8	-43,7
Subsídios a IPSS	12.905,6	0,8%	22.705,3	1,4%	15.453,7	0,9%	9.296,0	0,6%	14.793,5	0,9%	59,1	14,6
Outras prestações sociais	106.290,7	7,0%	116.087,2	7,0%	111.884,8	6,6%	93.431,5	5,8%	84.694,3	5,3%	-9,4	-20,3
Programas e projectos	73.582,0	4,8%	132.752,6	8,0%	142.779,9	8,5%	133.861,7	8,4%	134.286,5	8,3%	0,3	82,5
Transferências (Educação, CPL, outras)	92.153,7	6,0%	100.776,8	6,1%	111.974,6	6,6%	88.676,5	5,5%	109.215,4	6,8%	23,2	18,5
Formação - Acção Social	2.467,6	0,2%	4.743,4	0,3%	14.272,2	0,8%	11.095,6	0,7%	10.306,0	0,6%	-7,1	317,7
Total	1.523.497	100,0 (%)	1.661.654	100,0 (%)	1.684.867	100,0 (%)	1.600.086	100,0 (%)	1.611.667	100,0 (%)	0,7	5,8

Quadro 4.3: execução orçamental, 2008-2012. Estrutura das despesas de Acção Social. Despesas e transferências correntes (sem despesas de administração). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS, 2013, p. 388).

Note-se que no quadro supra, o qual contém os dados da desagregação da despesa total em 2012, os *Acordos de Cooperação* representaram mais de 70% da despesa global, faszua também ultrapassada nos anos anteriores. No cômputo geral, em 2012, a importância despendida com os *Acordos de Cooperação* atingiu os 1,2 mil milhões de euros, evidenciando um aumento de 0,8% face a 2011 e mantendo uma taxa positiva de crescimento (+5,6%) no quinquénio 2008-2012 (IGFSS, 2013).

Tal como se imagina, dada a progressão do envelhecimento populacional português e devido à relevância outorgada às Instituições na prestação de apoio efectivo aos idosos, não é previsível a redução de despesa nesta área. Isto não quer significar que tal despesa não possa ser contida em função de uma avaliação mais apurada dos modelos organizacionais prevaletentes conjuntamente com a potenciação majorante de outros modelos mais proficientes na gestão dos recursos disponíveis.

No Quadro 4.4, apresentado seguidamente, constam as despesas com prestações e programas sociais de *Acção Social* referentes às áreas de intervenção tradicionais e abatidas as despesas de administração.

Áreas	2008 (milhares de euros)	2009 (milhares de euros)	2010 (milhares de euros)	2011 (milhares de euros)	2012 (milhares de euros)	Variações percentuais	
						2012/2011	2012/2008
Infância e Juventude	719.899,7	735.851,9	752.824,7	712.440,3	738.868,4	3,7%	2,6%
Família e Comunidade	129.055,1	200.932,4	216.273,8	184.719,4	166.781,0	-9,7%	29,2%
Invalidez e Reabilitação	126.722,1	133.749,9	137.628,1	138.236,4	141.447,4	2,3%	11,6%
Terceira Idade	547.820,2	591.120,2	578.102,8	564.690,4	564.571,0	-0,02%	3,1%
Total	1.523.497,1	1.661.654,4	1.684.867,6	1.600.086,5	1.611.667,7	0,7%	5,8%

Quadro 4.4: despesas de Acção Social por áreas (despesas e transferências correntes sem despesas administração) entre 2008 e 2012. Fonte: (IGFSS, 2013, p.389).

Da análise do quadro supra verifica-se que na área da *Terceira Idade* deu-se uma relativa manutenção do nível da despesa efectuada no último biénio descrito (-0,02%) o que, ainda assim, representou a segunda maior importância relativa no conjunto total da despesa (35,0% em 2012), com um acréscimo de 3,1% no quinquénio 2008-2012.

Em resumo, segundo os dados do Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social (IGFSS, 2013), os montantes directos despendidos desde 2008, tão-somente na área do apoio social à *Terceira Idade*, têm assumido anualmente um valor sempre superior a 545 milhões de euros. Mais precisamente em 2012 o montante directo despendido ao apoio social à *Terceira Idade* foi superior a 564 milhões de euros, sendo provável que seja próximo dos 600 milhões de euros em 2014 (IGFSS, 2014).

Salientamos que os montantes acima descritos “(...) não incluem, evidentemente, as despesas com pensões e complementos as quais totalizaram, no conjunto, em 2012, cerca de 14.943.607.908 euros, muito perto de 15 mil milhões de Euros.” (IGFSS, 2013: 250).

2.4.1.1 - Acordos de Cooperação com as Instituições Particulares de Solidariedade Social.

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) prestam serviços no âmbito da saúde, educação e habitação e enquadram-se na função de solidariedade social e/ou acção redistributiva, por forma a minorar ou resolver situações de carência social (ISS, 2014c).

Em função das necessidades de cada região, são constituídos acordos com os Centros Regionais de Segurança Social, sendo esses acordos a principal fonte de receitas das IPSS. Tais acordos podem ser de dois tipos: os *Acordos de Cooperação típicos*⁶⁰ ou *atípicos*⁶¹ e os *Acordos de Gestão*⁶² (Hespanha *et al.*, 2000).

Para as IPSS, a assinatura dos *Acordos de Cooperação* com a Segurança Social, resultam num pagamento mensal, por parte do Estado, de um valor por cada utente, estipulado anualmente em *Protocolo de Cooperação*⁶³ celebrado com o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Neste contexto, o crescimento das várias valências de apoio social tem sido sustentado com o reforço financeiro proveniente, em larga maioria, do orçamento do Estado. Por conseguinte, através da redistribuição dos recursos financeiros públicos, os *Acordos de Cooperação* entre a Segurança Social e as IPSS representam a forma prevalente da Acção Social em Portugal (Hespanha *et al.*, 2000; ISS, 2014c).

Na revisão da literatura constatámos que ao longo da recente democracia Portuguesa, o número de contratos de subsídio celebrados entre o Estado e as Instituições têm invariavelmente aumentado, assim como tem crescido a despesa pública decorrente dos *Acordos de Cooperação*, a qual tem superado, desde 2008, a fatura percentual dos 70% das despesas correntes na área social (IGFSS, 2013).

⁶⁰ Os *Acordos de Cooperação típicos* enquadram-se nos modelos mais comuns de respostas sociais e nas principais valências existentes (Hespanha *et al.*, 2000).

⁶¹ Os *Acordos de Cooperação atípicos* geralmente implicam um financiamento mais elevado sendo celebrados quando a instituição possui objectivos que não se enquadram nas principais valências existentes, ou seja, representam respostas sociais inovadoras ou muito especiais (Hespanha *et al.*, 2000).

⁶² Os *Acordos de Gestão* advêm da delegação às Instituições da gestão de serviços e equipamentos pertencentes ao Estado, que devem continuar actividades no âmbito da Acção Social (ISS, 2014c).

⁶³ Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e a União de Misericórdias Portuguesas, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a União das Mutualidades Portuguesas, 2013-2014.

No Quadro 4.5, apresentado a seguir, consta a Execução Orçamental na área da Acção Social, entre o ano de 2008 e o ano de 2012, especificamente referente à Estrutura da Despesa com os *Acordos de Cooperação* celebrados entre o Estado Português e as IPSS.

Acção Social	2008		2009		2010		2011		2012	
	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo
Acordos de Cooperação	1.141.258,5	74,9%	1.189.478,4	71,6%	1.198.525,2	71,1%	1.195.533,2	74,7%	1.205.017,6	74,8%

Quadro 4.5: execução orçamental, 2008/2012. Estrutura da Despesa de Acção Social com *Acordos de Cooperação*. Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS, 2013, p. 388).

Segundo dados oficiais recentes, a despesa com os acordos de cooperação registaram um crescimento muito significativo (56 %) desde 2000 até 2012, quer seja devido à actualização anual dos valores de comparticipação da Segurança Social por utente, quer seja pelo aumento do número de utentes abrangidos pelos acordos de cooperação (IGFSS, 2013).

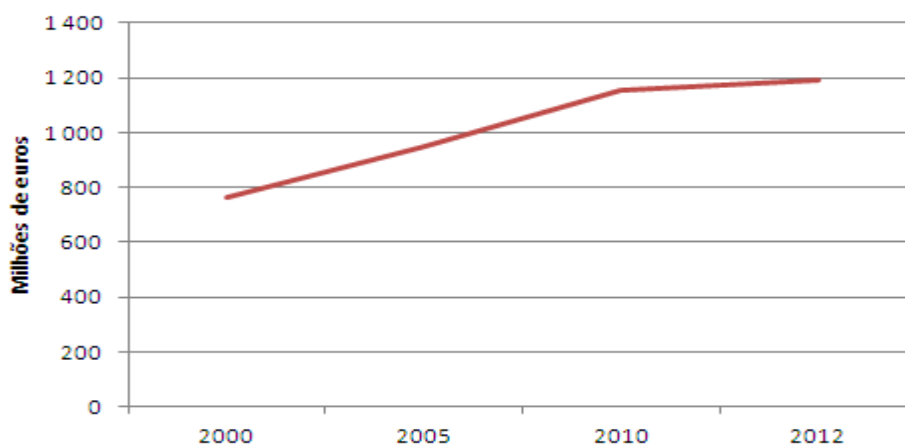


Gráfico 4.4: evolução da despesa com *Acordos de Cooperação* no Continente entre 2000 e 2012. Fonte: Conta da Segurança Social de 2012 (IGFSS, 2013).

É visível no Gráfico 4.4, previamente apresentado, que o aumento da despesa do Estado com os *Acordos de Cooperação* tem sido constante desde 2000 até 2012.

A propósito do anteriormente exposto, refira-se que mesmo apesar das medidas de restrição impostas pelo recente Programa de Assistência Financeira (BCE, CE e FMI) e relativamente ao biénio 2011-2012, a despesa com os *Acordos de Cooperação* sofreu um aumento de 0,8%.

Quando ao quantitativo de acordos, em 2012, no Continente, foram celebrados 7.880 *Acordos de Cooperação* com as IPSS para a área de intervenção da Terceira Idade, os quais abrangeram 179.018 utentes, o que representa um aumento de 1,9% relativamente a 2011 (GEP, 2012).

O aumento da despesa nesta área social, apesar da contenção orçamental imposta pela conjuntura financeira, foi quanto a nós inevitável (e é futuramente expectável) face ao envelhecimento demográfico em curso concomitante às múltiplas carências económico-sociais dos mais idosos, provavelmente agravadas pelo actual ciclo de crise.

No que se refere à pormenorização das fontes de financiamento dos *Acordos de Cooperação*, em 2012, elas repartiram-se do seguinte modo:

Fontes de financiamento	Valor (euros)	%
Jogos Sociais	53.968.356,2	4,3%
Orçamento do Estado	1.193.018.188,7	94,8%
Programa de Emergência Social (PES)	11.999.402,0	1,0%
Total da Cooperação (prevista*)	1.258.985.947,0*	100,0%

Quadro 4.6: *Acordos de Cooperação* com IPSS (financiamento em 2012). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS 2013, p.391). (*foi executada 1.205.017,6 milhares de euros).

Na página seguinte consta o Quadro 4.7 com a desagregação da despesa com Prestações e Programas de Acção Social por rubrica no quinquénio 2008-2012. Nele verifica-se que para o aumento da despesa contribuiu sobretudo a variação positiva da verba despendida com os *Acordos de Cooperação* (+5,6%) por constituir o principal agregado das despesas públicas com *Acção Social*, correspondendo a 74,8% das despesas correntes em 2012 e sempre acima de 70% desde 2008.

Acção Social	2008		2009		2010		2011		2012		Variação (%)	
	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	Despesa (milhares de euros)	Peso relativo	2011 - 2012	2008 - 2012
Acordos de Cooperação (1)	1.141.258,5	74,9%	1.189.478,4	71,6%	1.198.525,2	71,1%	1.195.533,2 1.234.406,2	74,7%	1.205.017,6	74,8%	0,8	5,6
Subsídios a IPSS (2)	12.905,6	0,8%	22.705,3	1,4%	15.453,7	0,9%	9.296,0	0,6%	14.793,5	0,9%	59,1	14,6
Despesas 1+2	1.154.164,1	75,7	1.212.183,7	73%	1.213.978,9	72%	1.204.829,2	75,3%	1.219.813,6	75,7%	1,2	5,3
Total das despesas	1.523.497	100,0%	1.661.654	100,0%	1.684.867	100,0%	1.600.086	100,0%	1.611.667	100,0%	0,7	5,8

Quadro 4.7: execução orçamental, 2008 -2012. Estrutura parcial das despesas de Acção Social e total despesas e transferências correntes (sem despesas de administração). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS, 2013, p. 388).

No quadro supra, destaca-se, em 2012, o crescimento de 59,1% registado na atribuição de *Subsídios a IPSS* (portanto, despesa extra aos *Acordos de Cooperação*).

O Quadro 4.8 exhibe a evolução da *Taxa de Crescimento do PIB* a preços constantes, cujas consequências na colecta influíu na sustentabilidade do crescimento da despesa que consta no Quadro 4.7 e, também, no Quadro 4.9, relativo à decomposição da despesa prevista e à evolução por áreas sociais.

Anos	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taxa de crescimento PIB (%)	0,78	1,45	2,37	-0,01	-2,91	1,94	-1,25	-3,23	- 1,37

Quadro 4.8: Taxa de Crescimento do PIB a preços constantes (Fonte: INE-BP, PORDATA, 2014).

Como podemos constatar no quadro supra, a evolução recente do PIB tem sido ou negativa ou paupérrima, inclusive com valores negativos em mais de metade dos anos considerados. É de salientar que a evolução do PIB é um dos factores relevantes ao considerarmos a sustentabilidade do actual Modelo de Segurança Social português. Portanto, é inegável pelo quadro supra e dada a conjuntura nacional sócio-económica e demográfica estamos, como Sociedade, perante enormes desafios – imediatos e futuros.

A análise do quadro 4.9, referente à decomposição e evolução por áreas dos *Acordos de Cooperação* com IPSS, entre 2008 e 2012, permite verificar que, em 2012, a despesa com *Acordos de Cooperação* evidenciou um crescimento de 2,0% face ao período homólogo de 2011 e um acréscimo da despesa de mais de 10% no quinquénio 2008-2012. É de salientar que tais taxas de crescimento da despesa não são acompanhadas pelo crescimento equivalente do PIB o qual, em vez disso, teve um decréscimo acumulado de -6,83% naquele período.

Futuramente, dificilmente poder-se-á crescer nos gastos sociais⁶⁴ como até muito recentemente, particularmente como ocorreu no quinquénio 2008-2012, e muito menos como ocorreu na década de oitenta e noventa do século XX, em que as despesas com os acordos de cooperação aumentaram acima dos dois dígitos (+10,3%).

Áreas Sociais	2008 (milhares de euros)	2009 (milhares de euros)	2010 (milhares de euros)	2011 (milhares de euros)	2012 (milhares de euros)	Variações percentuais	
						2011/2012	2008/2012
Infância e Juventude	504.595,2	525.126,3	531.709,3	528.884,2	542.526,3	2,6	7,5
Família e Comunidade	59.763,6	62.484,2	63.064,4	66.086,9	66.482,7	0,6	11,2
Invalidez e Reabilitação	108.753,6	114.362,7	119.092,4	122.064,9	124.663,1	2,1	14,6
Terceira Idade	468.421,1	492.142,2	502.298,0	517.370,1	525.313,9	1,5	12,1
Total	1.141.533,5*	1.194.115,3*	1.216.202,2*	1.234.406,2*	1.258.985,9*	2,0	10,3

Quadro 4.9: *Acordos de Cooperação* com IPSS entre 2008 e 2012 (decomposição e evolução por áreas). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social 2012 (IGFSS 2013, p.391). (* Despesa prevista).

Dadas as debilidades da dinâmica demográfica e da nossa economia inserida na feroz concorrência e volatilidade global, duvida-se que o *Produto, Colecta* e o actual sistema de contribuições nacionais sejam suficientes para manter a cobertura das necessidades sociais actuais e futuras as quais, ao que tudo indica, tendem a aumentar significativamente ou se, por outro lado, ter-se-á que repensar o Modelo de Segurança Social e a consequente alocação dos recursos disponíveis, no modo e no propósito.

⁶⁴ Além das preocupações com a qualidade dos serviços prestados, o financiamento dos serviços a longo prazo decorrente do aumento do número de pessoas dependentes, verifica-se um acréscimo dos custos associados ao cuidados cada vez mais especializados e onerosos, o que levanta dificuldades ao Estado para conseguir suportar tais despesas.

2.4.1.1.1 - Despesas com as valências ERPI e EPDI.

Em Portugal e em dois anos, os acordos de cooperação na resposta social ERPI aumentaram perto de 10%: em 2011 foram assinados 1.347 acordos e em Julho de 2014 estavam celebrados 1.490 acordos de cooperação (IGFSS, 2014).

Em síntese, podemos referir que o valor médio que serve de referência ao custo por cada utente ao mês nas ERPI é de 938,43 euros, tendo sido a comparticipação financeira da Segurança Social actualizada, em 2014, para 358,55 euros/mês por utente no âmbito do acordo de cooperação definido pelo Protocolo de Cooperação 2013-2014 (IGFSS, 2014).

Aquele montante base por utente/mês acrescem ainda comparticipações variáveis para os idosos que se encontrem em situação de dependência. Caso os acordos de cooperação não sejam assinados entre as Instituições e as Segurança Social, os utentes terão que suportar mensalmente o valor de referência, o que é incomportável para a larga maioria dos idosos. Neste âmbito, podemos observar a evolução do regime de comparticipações conforme os escalões de dependência desde 2008 até 2013.

Escalão de idosos em situação de dependência	Comparticipação financeira utente/mês					
	2008 (euros)	2009 (euros)	2010 (euros)	2011 (euros)	2012 (euros)	2013 (euros)
0<Dependência <20%	422,55	433,54	433,54	435,27	439,18	443,13
20%≤ Dependência ≤40%	449,74	461,43	461,43	463,28	467,43	471,64
40%≤ Dependência ≤60%	524,96	538,61	538,61	540,76	545,61	550,52
60%≤ Dependência ≤80%	579,92	595,00	595,00	597,38	602,74	608,16
Dependência > 80%	597,85	613,39	613,39	615,84	621,36	626,95

Quadro 4.10: comparticipação financeira da Segurança Social para Lar de Idosos entre 2008 e 2013.
Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social de 2012 (IGFSS, 2014; p.393).

O Quadro 4.11, apresentado a seguir, refere-se à evolução do valor das comparticipações por utente ao mês definidas em Protocolo com as ERPI e os dois componentes dos EPDI.

No Quadro abaixo constata-se que a partir de 2008 e até 2013 foram aplicadas taxas de crescimento das comparticipações idênticas em todas as respostas sociais consideradas, variando a percentagem de actualização entre os 0,0% (em 2010) e os 2,6% (em 2009), valores mínimo e máximo, respectivamente, no período em análise.

Respostas Sociais Terceira Idade	2008	Variação	2009	Variação	2010	Variação	2011	Variação	2012	2013	Variação
	(euros utente/ mês)	2007/2008	(euros utente/ mês)	2008/2009	(euros utente/ mês)	2009/2010	(euros utente/ mês)	2010/2011	(euros utente/m ês)	(euros utente/ mês)	2011/2012
ERPI (1)	338,51	2,5%	347,31	2,6%	347,31	0,0%	348,70	0,4%	351,83	355,00	0,89%
Centro de Dia (2)	99,96	2,5%	102,56	2,6%	102,56	0,0%	102,97	0,4%	103,89	104,83	0,89%
Centro de Convívio (3)	48,63	2,5%	49,89	2,6%	49,89	0,0%	50,09	0,4%	50,54	50,99	0,88%
Total (1+2+3)	487,1	2,5%	499,76	2,6%	499,76	0,0%	501,76	0,4%	506,26	509,99	0,73%

Quadro 4.11: *Acordos de Cooperação* com IPSS entre 2008 e 2013; evolução do valor das comparticipações por utente/mês definidas em Protocolo, aplicáveis ao Continente (adaptado). Fonte: Relatório da Conta da Segurança Social de 2012, IGFSS (2014); Protocolo de Cooperação 2013-2014.

Observa-se no quadro anterior que, para o ano de 2013, no que concerne especificamente à comparticipação financeira mínima por utente por mês nos EPDI (*Centro de Dia* e *Centro de Convívio*) ela é, respectivamente⁶⁵, de 104,83 euros e 50,99 euros: por sua vez, a comparticipação aos residentes das ERPI atingiu o valor base de 355 euros mensais (Protocolo Cooperação 2013-2014; IGFSS, 2014).

A partir de 2010, a evolução do valor das comparticipações pouco mais do que estagnou, tendo a variação progredido abaixo do 1% desde essa altura, o que coincidiu com o declínio da economia e, também, com a crise financeira do último quinquénio. Contudo, mesmo perante tal conjuntura financeira a variação da comparticipação por utente/mês entre 2008 e 2013 cresceu 5,49% para as ERPI e 4,6% para os EPDI (subindo neste último caso 4,65% e 4,63%, respectivamente, para os *Centros de Dia* e para os *Centros de Convívio* (IGFSS, 2013).

⁶⁵ Tal diferenciação nos montantes atribuídos deve-se à especificidade de cada uma de duas tipologias de apoio diário aos idosos, conforme já abordámos no Item 2.2 do presente Capítulo.

2.4.2 - A sustentabilidade das IPSS em Portugal.

Na medida em que o nosso estudo abrange sujeitos de dois paradigmas institucionais residenciais comunitárias para idosos, as ERPI⁶⁶ e as EPDI⁶⁷ e tendo em conta que ambos são, na larga maioria, subsidiadas pelo erário público através dos *Acordos de Cooperação* existentes entre o MSSS e as IPSS⁶⁸, parece-nos relevante reflectirmos sobre a sustentabilidade financeira dessas entidades parceiras do Estado, tanto mais que parte dos recursos financeiros públicos (e os dos utentes), por natureza escassos, podem ser, na nossa perspectiva, mais bem aplicados na implementação e desenvolvimento de outros modelos sócio-comunitários residenciais, como é exemplo outra Instituição do nosso estudo, i.e., a Aldeia-lar de S. José de Alcalar, uma ERPI *especial*.

Mais se justificará uma sucinta reflexão porque também visamos compreender se as tipologias e os serviços prestados, assim como as normas organizacionais e funcionais, disponibilizados pelas Instituições tradicionais a uma população idosa com características heterogéneas, resultam num rácio qualidade/preço justo e eficaz ou se, porventura, existirão pressupostos a redefinir e novas propostas a implementar por forma a introduzir melhorias no Bem-Estar e na *qualidade* da Vida das pessoas idosas⁶⁹, até mesmo, eventualmente, através da recriação das respostas de apoio para que possam ser âncoras de progresso auto-sustentado das regiões⁷⁰.

Muito mudou na Sociedade portuguesa desde há 40 anos, nomeadamente na área da Segurança Social, praticamente inexistente antes do Golpe Militar do 25 de Abril de 1974. Ao longo da década de oitenta gizaram-se as bases do actual Modelo de Protecção Social, o qual beneficiou de um incremento enorme nas duas décadas seguintes. Contudo, no final da euforia dos anos dourados da década de 90 do último século e a partir da entrada no Século XXI, deu-se uma crise multidimensional decorrente das políticas expansionistas de endividamento das famílias e dos Estados, associada à crise das dívidas soberanas e à crise financeira das Instituições Financeiras que quase colapsou o sistema bancário mundial, situação global que ainda não findou.

⁶⁶ Vide Item 2.1 do Capítulo IV.

⁶⁷ Vide Item 2.2 do Capítulo IV.

⁶⁸ Vide Itens 2.4.1 e seguintes do Capítulo IV.

⁶⁹ Vide 1ª e 2ª Secções do Capítulo III.

⁷⁰ Vide 3ª Secção do Capítulo III.

Daquela conjuntura resultou uma situação de emergência financeira, ainda em curso em vários países, marcada por duras políticas de austeridade, particularmente gravosas para os Estados com maiores dificuldades estruturais e com altos níveis de endividamento, como é o caso de Portugal – o qual apenas escapou, entretanto, à insolvência, por via de um acordo espartano negociado com uma *tríade* constituída por Instituições credoras internacionais (FMI⁷¹, BCE⁷² e CE⁷³). Esta conjunção de factores acarretou enormes sacrifícios e teve como consequência, entre muitos outros reajustes na Sociedade, a restrição nas transferências estatais para o financiamento das áreas sociais⁷⁴, nas quais incluímos a Segurança Social, a Saúde e a Educação.

O actual contexto ainda é marcado pela incerteza quanto à intensidade, à duração e, principalmente, quanto às consequências da crise, não só imediatas mas a médio e longo prazo, o que, por sua vez, poderá agravar ou fazer persistir a situação de emergência social no nosso país, particularmente em segmentos da nossa população especialmente vulneráveis, tais como são os desempregados de longa duração, as pessoas com deficiência, as crianças e os idosos.

Chegados aqui, é justo referirmos que a emergência que vivemos seria muito mais grave se não fosse o trabalho social desenvolvido pelas IPSS. Neste âmbito, seria dramático que estas entidades deixassem de obter os meios minimamente indispensáveis para prosseguir com o seu funcionamento regular, que é crucial.

Neste contexto, parece-nos importante ressaltar a existência de uma grande heterogeneidade das IPSS relativamente aos objectivos, à organização, aos meios humanos e físicos e às fontes de receita. Assim, na análise das *Instituições Sem Fins Lucrativos* (ISFL), nas quais se inserem as IPSS, podemos identificar Instituições cujos recursos correntes são excepcionais e substanciais (como é o caso da *Santa Casa de Misericórdia de Lisboa* que obtém receitas muito significativas através dos jogos sociais) ou Fundações com activos significativos (como sucede com a *Fundação Calouste Gulbenkian* ou a *Fundação Champalimaud*).

⁷¹ Fundo Monetário Internacional.

⁷² Banco Central Europeu.

⁷³ Comissão Europeia.

⁷⁴ Tais restrições orçamentais foram e são particularmente gravosas num contexto marcado pelo ajustamento da economia portuguesa, em que se tornou visível uma forte recessão da actividade económica, o aumento do número de falências de empresas sem a necessária compensação na criação de postos de trabalho que absorvessem a massa desempregada, o que veio a resultar num brutal aumento do desemprego, dos níveis de pobreza e das situações sociais de grande carência social.

Por forma a não enviesar a nossa exposição, há que salientar que na análise da sustentabilidade das IPSS deve ser feita uma divisão entre as ISFL *com* ou *sem receitas estáveis* e as que *não estão* ou *estão dependentes de fontes de externas de financiamento*; neste aspecto, o nosso interesse está focalizado naquelas que revelam uma elevada dependência das subvenções estatais.

Como vimos nos capítulos anteriores – seja nos papéis sociais, das necessidades de apoio na dependência ou da questão da adaptação ao longo do envelhecimento – são crescentes as necessidades da população idosa numa conjuntura sócio-demográfica em que os recursos são (cada vez mais) escassos, o que requer um esforço adicional tanto do Estado como da Sociedade Civil, na qual se inserem as IPSS e o seu meritório esforço e acção na prestação de auxílio ao próximo, particularmente aos cidadãos mais necessitados. Por conseguinte, a saúde financeira das IPSS é uma questão essencial.

Perante o actual contexto económico e social quiçá possamos estar a vivenciar uma boa ocasião para a Sociedade e as Instituições repensarem esta temática da sustentabilidade, num espírito de renovação criativa e de actualização, para que surjam novas possibilidades de eficaz adaptação às condicionalidades financeiras - que vieram para ficar por muitos anos - sem que haja perda da qualidade na prestação de serviços e, desejavelmente, estes sejam melhorados.

No que respeita à situação portuguesa, para além dos dados publicados anualmente pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, vários autores têm estudado mais detalhadamente a sustentabilidade financeira das IPSS.

Tal como vimos anteriormente⁷⁵, os subsídios públicos constituem uma larga fatia no bolo orçamental das IPSS, e, globalmente, das ISFL. Neste sentido, Franco, Sokolowski, Hairel e Salamon (2006) defenderam que perto de metade (48%) da receita das ISFL resulta de taxas e vendas, seguidas dos apoios financeiros do sector público (40%) e, em último lugar do financiamento, angariadas pela filantropia⁷⁶, responsável apenas por 12% da receita total.

⁷⁵ Vide Item 2.4.1 e seguintes do Capítulo IV.

⁷⁶ Os autores supracitados (2006) ressaltam que, se considerarmos a força laboral voluntária como uma forma de filantropia, a percentagem da receita atribuída à acção filantrópica subirá para os 21% do total da receita das IPSS.

Semelhantemente, Guimarães (2010) refere ter identificado algumas IPSS cujas receitas são exclusiva ou maioritariamente resultantes de donativos, sobretudo oriundos da área empresarial.

Igualmente, no estudo de Sousa *et al.* (2012), os autores estimaram que, para 80% das instituições que responderam ao inquérito desse estudo, as *transferências* e os *subsídios públicos* da Segurança Social constituem a principal fonte de financiamento, correspondendo a cerca de 50% das receitas totais, complementados pelas receitas pagas pelos utentes, que totalizavam cerca de 40% do rendimento daquelas IPSS.

De acordo com aqueles autores (2012) a sustentabilidade das IPSS deve ser compreendida quanto à “viabilidade, subsistência e complementaridade: viabilidade das próprias instituições; subsistência, na solução de problemas das pessoas necessitadas; e complementaridade entre instituições e os grupos de acção social, sem prejuízo da cooperação com outras entidades da sociedade civil e com o Estado.” (Sousa *et al.*, 2012: 8).

Em linha com a opinião dos autores supracitados, no que concerne à sustentabilidade das IPSS nacionais, Lobão (2011) compilou uma observação sistemática sobre as incumbências das instituições de solidariedade social tendo nela incluído, também, uma descrição sobre as origens das fontes (privadas e públicas) desse tipo de financiamento institucional, cujo peso público, segundo o autor, era proeminente (Lobão, 2011).

Naquele sentido, Canaveses (2011) enuncia alguns aspectos que considera importantes quanto às estratégias de sustentabilidade úteis para as IPSS: (1) o reforço da comunicação como instrumento estratégico de ligação com Sectores Primário e Secundário da economia; (2) o fortalecimento dos laços com os colaboradores (trabalhadores), fomentando a criatividade, atraindo e recompensando os melhores por forma a estimular formas de apropriação da inteligência colectiva eficazes para a solução das dificuldades sociais; (3) apostar nas parcerias⁷⁷ e na informação⁷⁸ como recursos instrumentais; (4) adoptar a perspectiva de que sustentabilidade financeira resulta da sustentabilidade estratégica⁷⁹ (Canaveses, 2011).

⁷⁷ Através de parcerias para a formação de redes de partilha e da exploração da economia de escala, por exemplo por intermédio de centrais de compras, da aposta na autoprodução, entre outras.

⁷⁸ Nomeadamente as TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação).

⁷⁹ A racionalização da oferta de serviços pode permitir economia nos custos.

Segundo as informações recolhidas junto dos responsáveis das instituições que participaram na nossa investigação⁸⁰, nos últimos anos (provavelmente como resultado das exigências regulamentares impostas pelo MSSS e pela concorrência entre o sector lucrativo e não lucrativo) as IPSS têm vindo a aumentar a tipologia de serviços prestados e a alargar o âmbito da sua acção para outras franjas da população com menos dificuldades económicas, o que parece ter viabilizado algum acréscimo nas receitas próprias. Neste âmbito, a extensão dos serviços prestados⁸¹ a outros destinatários (públicos ou privados), se for adequadamente planeada e perspectivada numa visão de economia de escala e empresarial⁸² através da rentabilização de equipamentos ou espaços existentes, pode reforçar a obtenção de receitas próprias sem desvirtuar o carácter não lucrativo das IPSS, sobretudo porque tais proventos serão reaplicados nas próprias Instituições e nos seus beneficiários.

Em concordância com Canaveses (2011), pensamos que a sustentabilidade das IPSS também passa pelo controlo gestor dos custos (seja por via da renegociação com os fornecedores, seja através de parcerias estratégicas) e da partilha em rede com outras instituições de solidariedade do sector lucrativo ou do sector não lucrativo. Nesse sentido, consideramos a hipótese de poder vir a ser necessário caminhar-se para a *profissionalização da gestão* das IPSS, se de outro modo não for possível otimizar a constituição de parcerias entre as IPSS e entre estas e o mundo empresarial.

Para finalizar, é de referir que outra componente relevante para a sustentabilidade financeira das IPSS resulta do trabalho dos voluntários. Tal louvável dedicação é importantíssima não só para limitação dos custos fixos do trabalho mas também como potenciador do alargamento dos serviços prestados para além de, numa óptica social, poder ser um elemento importante de inserção comunitária ao longo do envelhecimento activo, principalmente daqueles voluntários mais idosos, entretanto aposentados, que desejam e podem continuar as suas actividades por serem detentores de uma enorme experiência e competências.

⁸⁰ Vide 2ª Secção do Capítulo V.

⁸¹ Aquelas abordagens gestórias que desenvolvem a obtenção de receitas próprias poderão ser concretizadas através de eventos ocasionais, porém cíclicos, como por exemplo celebrações de casamentos, eventos de moda, reuniões empresariais ou de formação técnica, prestação de serviços de *catering*, rentabilização dos espaços de tratamento médicos, *et cetera*.

⁸² Diversificação das fontes de financiamento através da prestação de novos serviços, angariação de doadores, aumento da escala dos serviços existentes, etc.

CAPÍTULO V

METODOLOGIA

1 - Objectivos, Hipótese e Amostra.

1.1.a - Objectivo principal.

Considerando a multidimensionalidade do processo senescente assim como a contingente deterioração biopsicossocial das pessoas idosas institucionalizadas institucional, o objectivo principal deste estudo incide no estudo comparativo da percepção¹ dos idosos² que usufruem de diversos contextos residenciais institucionais comunitários³. Neste âmbito, o principal desafio deste estudo passa pela averiguação comparativa intergrupar da avaliação perceptiva em função de diferentes contextos institucionais residenciais quanto à *qualidade de vida*, ao Bem-Estar Subjectivo associadamente à *felicidade*, assim como a outras dimensões biopsicossociais.

1.1.b - Objectivos específicos.

No que concerne aos objectivos específicos, optámos por desenvolver a presente investigação com o propósito de:

- 1) Avaliarmos (mediante os questionários WHOQOL-BREF e WHOQOL-Old PT) a percepção da *qualidade de vida* em idosos utentes de três contextos institucionais residenciais comunitários (respectivamente, os ambientes residenciais Aldeia-lar, ERPI ou EPDI, i.e., respectivamente, os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar, os residentes nas ERPI ou os utentes dos EPDI), os quais constituem a amostra;
- 2) Avaliarmos (por via das escalas PANAS I e II, SWLS e ESaF) o Bem-Estar Subjectivo e a *felicidade* percebidos pelos três grupos de idosos acima nomeados;
- 3) Avaliarmos (com recurso a uma bateria de testes específicos⁴) múltiplas características biopsicossociais da amostra;
- 4) Analisarmos, por meio de uma análise diferencial comparativa intergrupar, os dados obtidos a partir da investigação antes enumerada.

¹ Para ter significado, a percepção deve ser considerada em termos individuais sendo específica ao sujeito.

² No presente estudo, o idoso é o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, de acordo com a definição concebida pela demografia, projectada numa representação mental comum (Pinho, 2005).

³ Os diferentes contextos residenciais institucionais comunitários considerados foram: uma Aldeia-lar, várias instituições classificadas como Estruturas Residenciais para pessoas Idosas (ERPI) e várias instituições classificadas como Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos (EPDI).

⁴ Avaliação Funcional (EAIVD e EAVD), Comorbilidade, Indicadores de Risco Geriátrico, Função Cognitiva (SPMSQ), a Escala Ansiedade da Depressão e Stresse (EADS21) e a Geriatric Depression Scale (GDS15) e o Questionário Breve de Rastreo de Abuso (QBRA).

1.2 - Hipóteses.

Considerando a pesquisa bibliográfica, consubstanciada na problematização, formulámos as seguintes hipóteses:

- *H0*: Os níveis percebidos de *qualidade de vida (qdv)* e de Bem-Estar Subjectivo (BES), assim como os resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas, são semelhantes quando comparados os respectivos subgrupos considerados, i.e., os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar (Modelo de Alcalar), os residentes nas ERPI e os utentes dos EPDI.

- *H1*: os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar, assim como os seus resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas são, predominante e comparativamente, superiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos residentes nas ERPI e pelos utentes dos EPDI, assim como sucede em relação aos respectivos resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

- *H2*: os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos residentes nas ERPI, assim como os seus resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas são, predominante e comparativamente, inferiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar e pelos utentes dos EPDI, assim como sucede em relação aos respectivos resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

1.3 - Amostra.

O desenho do estudo implicou estabelecer uma amostra de 158 sujeitos, subdividida em três subamostras constituídas, respectivamente, em função de cada ambiente residencial institucional. Em cada subamostra os sujeitos foram selecionados aleatoriamente de entre os indivíduos disponíveis e mentalmente aptos, de acordo com as indicações técnicas e clínicas recolhidas de antemão em cada instituição, segundo o protocolo de procedimentos descrito adiante. Para a passagem dos instrumentos às três subamostras, cuja comparação intergrupar se pretendia estudar, constituíram-se respectivamente: a) A subamostra Alcalar, formada por habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar (n=50); b) A subamostra ERPI, constituída por idosos residentes nas ERPI (n=56); c) A subamostra EPDI, composta por idosos utentes dos EPDI (n=52).

1.4 - Procedimentos.

Conscientes das condicionantes institucionais inerentes à especificidade do tema e, também, das particularidades da população idosa alvo do estudo, procurámos definir uma estratégia de investigação que abrangesse o objecto de estudo e os seus sujeitos, a qual permitisse, equitativamente, a identificação de regularidades e das respectivas conexões com as principais variáveis sócio-demográficas e biopsicossociais em causa.

A escassez de investigações de acordo com o modo como problematizámos o nosso objecto não nos permitiu a elaboração de um estudo meta-analítico com base em indicadores entre regiões ou períodos temporais. Por conseguinte, o desenho do estudo e a sua implementação passou por uma sequência, nem sempre linear, mas sempre direccional de procedimentos.

De entre um universo alargado na região algarvia, após contactos prévios com os responsáveis institucionais, seleccionámos instituições de apoio a idosos com cariz residencial e características ambientais sócio-comunitárias. Neste âmbito, entre IPSS e Instituições Particulares com Fins lucrativos, seleccionámos as ERPI e os EPDI formal e legalmente⁵ estabelecidos, os quais reuniam características basilares comuns de organização institucional⁶ entre si, tal como sucede com a Aldeia-lar de S. José de Alcalar em relação ao grupo ERPI e, em certa medida, ao grupo EPDI.

Após a escolha das instituições alvo, dos contactos preliminares de exposição do plano de estudos e das consequentes autorizações, iniciámos o processo de selecção da amostra. Esta selecção esteve sujeita aos condicionalismos de representatividade e equiprobabilidade de modo a que as variáveis tivessem o mais possível uma distribuição idêntica entre o universo amostral por forma a aumentar a qualidade dos dados

⁵ Note-se que em Portugal, a aprovação oficial para o tipo de serviço de apoio a idosos depende de vários condicionalismos burocráticos de autorização e de licenciamentos. Neste sentido, o sistema de qualidade ISSO 9001 serviu de base à criação dos Manuais de Qualidade da Segurança Social frequentemente utilizado pelas entidades que pretendem uma certificação da qualidade. Não obstante, o cumprimento dos standards oficiais não é suficiente para garantir a certificação, pois é necessária uma auditoria oficial inicial e vistorias subsequentes para a obtenção do selo ISSO 9001 e a sua manutenção.

⁶ Esta opção foi propositada tanto pela prevalência destas duas tipologias de apoio em Portugal como também pela partilha de características em comum, sendo a mais relevante o ambiente residencial comunitário. Portanto, não constituiu obstáculo ao âmago do nosso estudo o pormenor dos dois modelos ERPI e EPDI diferirem entre si sobretudo na variável duração da estadia diária (contínua ou interrompida), i.e., nas primeiras instituições (ERPI) os idosos estão institucionalizados a tempo inteiro, enquanto nos segundos (EPDI) os utentes permanecem nesses estabelecimentos durante o dia (ou durante o horário de funcionamento previsto), regressando a casa para pernoitar e/ou aguardar pela reabertura do EPDI.

estatísticos e o seu grau de fiabilidade, evitando-se conclusões enviesadas por regularidade ilegítimas. Neste sentido, foram excluídos os sujeitos diagnosticados com Patologia Psiquiátrica Grave (Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas) e com Patologias Neurodegenerativas com Incidência Demencial⁷.

No que respeita à metodologia utilizada, optámos pela aplicação personalizada, hétero e/ou autoadministrada, da bateria de instrumentos⁸ que decidimos seleccionar para a nossa investigação.

Nos casos em que tal foi possível, procedeu-se à entrega da bateria de testes aos sujeitos disponíveis e capacitados para responder autonomamente de modo permitir a avaliação individual sem superintendência, sendo somente sido efectuados procedimentos instrutórios prévios à passagem dos instrumentos e uma revisão de verificação do pleno preenchimento dos itens na altura da recolha da bateria de testes. Nos casos em que não foi possível a auto-administração (pelos mais variados motivos, desde a falta de visão até ao analfabetismo) a bateria de testes foi administrada pelo investigador através da leitura em voz alta, de forma rigorosamente directiva e isenta, com informação deontológica prévia e salvaguarda da privacidade.

O tempo de duração consecutiva da aplicação directiva da bateria de testes não ultrapassou os 45 minutos. Ao longo desse período fez-se a gestão da passagem, não se iniciando novo teste quando o tempo previsto não permitisse que o último teste fosse terminado dentro do tempo regulamentar. Os intervalos entre as passagens variaram conforme a disponibilidade dos sujeitos, sendo regra imposta por nós que tais pausas não fossem inferiores a 15 minutos entre os períodos de aplicação continuada.

A passagem dos instrumentos de avaliação teve início em Setembro de 2012 com término em Dezembro do mesmo ano.

⁷ Comprometimento Cognitivo Leve, Demência Vasculiar, Demência Semântica, Hidrocefalia de Pressão Normal, Afasia Progressiva Primária, Afasia Progressiva Não Fluente, Degeneração Lobar Frontotemporal, Demência com Corpos de Lewy, Doença de Alzheimer, Doença Creutzfeldt-Jacob, Doença de Huntington e Doença de Pick, entre outras patologias psíquicas.

⁸ A bateria de testes foi composta pelos seguintes instrumentos: o WHOQOL BREF, o WHOQOL Old – Portugal, a PANAS I e II, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), a Escala Sobre a Felicidade (ESaF), a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias (EAIVD), a Escala de Actividades de Vida Diária (EAVD), o Índice de Comorbilidade de Charlson, os Indicadores de Risco Geriátrico, o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), a Escala da Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS21) e Escala da Depressão Geriátrica (GDS15) e Indicadores de Abuso (QBRA).

2 - Instituições participantes no estudo.

Foram estudados idosos pertencentes a um total de vinte e duas Instituições: a *Aldeia de S. José de Alcalar*, dez *Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)* e onze *Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos (EPDI)*.

Grupo Alcalar (a) (regime de internamento)	Subamostra a (Nº utentes avaliados)		
Aldeia-lar de S. José de Alcalar	n1 = 50		
Grupo ERPI (b) (regime de internamento)	Subamostra b (Nº utentes avaliados)	Grupo EPDI (c) (regime diário)	Subamostra c (Nº utentes avaliados)
Lar de São José (Loulé)	3	«ASCA-Centro de Dia Almancil (Loulé)	6
Lar da Santa Casa da Misericórdia de Loulé	9	Centro de Dia Santa Casa da Misericórdia de Loulé	10
Casa de Repouso “O Faraó” (Faro)	6	Centro de Dia Santa Casa da Misericórdia de S. Brás de Alportel	3
Lar da Santa Casa da Misericórdia de Olhão	9	Centro de Dia do Lar da Sagrada Família de Quarteira	1
Casa de Repouso de Faro	11	Centro de Dia do Centro Comunitário António Aleixo de Quarteira	4
Lar do Centro Cultural e Social da Paróquia de Santa Barbara de Nexe	4	Centro de Dia Rainha D Leonor de Lagos	4
Lar da Raminha (Portimão)	3	Centro de Dia Provectus de Faro	2
Lar da Santa Casa da Misericórdia de S. Brás de Alportel	6	Centro de Dia Santa Casa da Misericórdia de Faro	1
Lar da Sagrada Família de Quarteira	4	Centro de Convívio da ARPI de Faro	6
Lar Rainha D. Leonor (Lagos)	1	Centro Cultural e Social da Paróquia de Santa Barbara de Nexe	2
		Centro de Dia Dr. Ayres Mendonça de Olhão	13
Total de residentes ERPI (n2)	56	Total de utentes EPDI (n3)	52
Total da Amostra	N = (n1+n2+n3) = 158		

Tabela 5.1: Grelha das instituições participantes no estudo.

3 - Instrumentário.

3.1 - Avaliação da percepção da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).

O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, ambos questionários desenvolvidos pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde⁹. A versão por nós utilizada foi validada para a população portuguesa por Canavarro *et al.* (2006).

O WHOQOL-BREF é composto por vinte e seis questões¹⁰ dispostas em quatro Domínios e inclui a avaliação da *qualidade de vida geral* (WHOQOL Group, 1998).

DOMÍNIOS	NÚMERO DAS QUESTÕES
Domínio 1- Físico	3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
Domínio 2- Psicológico	5, 6, 7, 11, 19 e 26
Domínio 3- Relações Sociais	20, 21 e 22
Domínio 4 - Meio Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25

Quadro 5.1: Domínios do questionário WHOQOL-BREF (Canavarro *et al.*, 2006)

As questões admitem respostas do tipo *Likert* de 1 a 5 e encontram-se formuladas por dimensões positivas ou negativas. Este instrumento possibilita avaliação da *qdv* em indivíduos adultos quer tenham ou não patologia física.

3.2 - Avaliação da percepção da Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL-Old).

O questionário WHOQOL-Old é um instrumento conceptualizado pelo WHOQOL-Old Group (2005)¹¹, o qual desenvolveu e testou a avaliação da *qdv* para pessoas mais velhas. Deve ser aplicado juntamente com o questionário WHOQOL-BREF e pode ser utilizado em diversos estudos, abrangendo avaliações transculturais, investigações epidemiológicas, monitorização da Saúde, desenvolvimento e avaliação de serviços prestados e estudos nos quais as avaliações desta natureza de percepção qualitativa sejam essenciais (Fleck *et al.*, 2008).

⁹ Vide Item 2.2 do Capítulo II.

¹⁰ Vide Anexo 3.1 dos Anexos do Capítulo V.

¹¹ Vide Item 2.2 do Capítulo II.

O WHOQOL-Old consiste em vinte e quatro questões¹² distribuídas por seis Domínios com a admissão de respostas do tipo *Likert* de 1 a 5. Cada dimensão possui quatro itens; para cada um dos Domínios a pontuação possível pode variar de 4 a 20.

DOMÍNIOS	NÚMERO DAS QUESTÕES
Domínio 1 - Funcionamento do sensório (FS)	1, 2, 10 e 20
Domínio 2 – Autonomia (AUT)	3, 4, 5 e 11
Domínio 3 - Actividades passadas, presentes e futuras (APPF)	12, 13, 15 e 19
Domínio 4 - Participação social (PSO)	14, 16, 17 e 18
Domínio 5 - Morte e morrer (MEM)	6, 7, 8 e 9
Domínio 6 – Intimidade (INT)	21, 22, 23 e 24

Quadro5.2: Domínios do questionário WHOQOL-Old (WHOQOL-Old Group, 2005).

Este instrumento não possui um ponto de corte; todavia quanto mais alta a pontuação, melhor é a *qdv* do sujeito idoso. A soma dos valores das vinte e quatro questões resultam na pontuação para a *qdv* em adultos idosos, referida como a *pontuação total* do WHOQOL-Old (Fleck *et al.*, 2006).

3.3 - A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens (EADS21).

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse de vinte e um itens (EADS21)¹³, na versão original *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS 21), é uma versão curta de um instrumento idêntico com quarenta e dois itens (Lovibond & Lovibond, 1995). Está adaptada e validada para a população portuguesa por Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

A EADS21 agrupa vinte e um itens com respostas do tipo *Likert*, de 4 pontos, que avaliam os sentimentos na última semana¹⁴. A Escala possui três subescalas, de sete itens cada, para a avaliação da *Ansiedade*, da *Depressão* e do *Stresse*, cujas classificações são determinadas pela soma das pontuações dos sete itens, posteriormente multiplicadas por 2 para que os resultados possam ser comparáveis com os da escala original de quarenta e dois itens. Cada subescala EADS21 pode ter uma pontuação entre um mínimo de 0 e um máximo de 42 pontos. De notar que as pontuações mais elevadas na EADS21 correspondem a estados mais intensos de Depressão, Ansiedade e Stresse.

¹² Vide Anexo 3.2 dos Anexos do Capítulo V.

¹³ Vide Anexo 3.3 dos Anexos do Capítulo V.

¹⁴ *Idem*.

3.4 - A Positive and Negative Affect Schedule (PANAS I e II).

Composta por duas subescalas denominadas PANAS I e PANAS II (aplicadas respectivamente para a avaliação de emoções e sentimentos habituais ou para as últimas 4 semanas), a *Positive and Negative Affect Schedule* foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) com o objectivo de avaliar a Dimensão *Afectiva* inerente ao constructo de Bem-Estar Subjectivo.

Dos vinte itens da PANAS I e II, metade avalia os *afectos positivos* e os outros dez itens avaliam os *afectos negativos* (Watson *et al.*, 1988). Ambas subescalas avaliam os *afectos positivos* e *negativos* através de respostas do tipo *Likert* que variam entre o *Nada ou Muito Ligeiramente* até *Extremamente*.

Este instrumento foi inicialmente traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Simões (1993) numa versão com onze itens para o *Afecto Positivo* e onze itens para o *Afecto Negativo*. Contudo, Iolanda Galinha e Pais Ribeiro (2005a; 2005b) apresentaram e validaram para a população portuguesa uma versão mais recente, por nós utilizada¹⁵, idêntica à escala original em número de itens para ambos os *Afectos, Negativo e Positivo*.

3.5 - Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale - SWLS).

A *Escala de Satisfação com a Vida* foi elaborada e validada¹⁶ por Diener *et al.* (1985) com objectivo foi avaliar a Satisfação com a Vida, dimensão cognitiva inerente ao constructo de *Bem-Estar Subjectivo*¹⁷. Este instrumento possui cinco questões cujas respostas são possíveis através de uma escala de *Likert*¹⁸ de sete pontos, desde *Totalmente em desacordo* (1) até *Totalmente em acordo* (7). É de salientar que a *Escala de Satisfação com a Vida* foi originalmente traduzida e adaptada para a versão Portuguesa por Neto, Barros e Barros (1990). Posteriormente Simões (1992) validou-a para a população geral.

¹⁵ Vide Anexo 3.4 dos Anexos do Capítulo V.

¹⁶ O estudo de validação Satisfaction With Life Scale (SWLS) contou com uma amostra de 176 alunos da Universidade do Illinois (EUA), tendo obtido uma pontuação média de 23,0 e um desvio-padrão de 6,43 e demonstrado uma boa consistência interna com o Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87.

¹⁷ Vide Item 1.2.1 do Capítulo II.

¹⁸ Vide Anexo 3.5 dos Anexos do Capítulo V.

3.6 - Escala Sobre a Felicidade (ESaF).

A *Escala sobre a Felicidade* (ESaF) foi, segundo o autor “(...) organizada com dezoito itens elaborados a partir das principais dimensões personológicas onde radica a *felicidade*, segundo Ryff (1989), a responder em formato *Likert* com cinco modalidades (desde a discordância total à concordância total).” (Barros, 2001: 303).

A verificação da psicometria, segundo Barros (2001), por “(...) uma escala breve sobre optimismo, com respostas em formato *Likert* com cinco modalidades (desde “totalmente em desacordo” a “totalmente de acordo”) (...) uma escala sobre neuroticismo, no mesmo formato da anterior.” (Barros, 2001: 304).

O controlo psicométrico passou pela SWLS (Diener *et al.*, 1985) e também por “(...) outra escala de solidão, também em formato *Likert*, de Russel *et al.* (1980), adaptada para a população portuguesa por Neto (1989, 2001).” (Barros, 2001: 304).

A ESaF¹⁹ (Barros, 2001) possui dezoito itens com cinco alternativas de resposta apresentadas numa escala de *Likert* (de 1 a 5). A cotação da ESaF consiste no somatório da pontuação dos dezoito itens; o resultado final pode variar entre 18 (mínimo de *felicidade*) e 90 (máximo de *felicidade*).

3.7 - Protocolo de Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida (PRNAR).

A análise de diferentes constructos permite categorizar e comparar as categorizações para a posterior gestão de casos e avaliação do tipo de cuidados que o indivíduo necessita (McDowell & Newell, 1996).

O Protocolo de Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida (PRNAR) permite rastrear pessoas idosas em várias dimensões: a sócio-familiar, a da funcionalidade, a do estado do humor depressivo, a cognitiva, a do abuso de idosos, dos indicadores de risco geriátrico (distúrbios nutricionais, polifarmácia, quedas, incontinência urinária, obstipação, distúrbios sensoriais e distúrbios de sono), a de comorbilidade, entre outras.

É um instrumento de rastreio global constituído por uma bateria de escalas seleccionadas com rigor e adequadas ao contexto cultural português (Mourão, 2008).

¹⁹ Vide Anexo 3.6 dos Anexos do Capítulo V.

Perante a avaliação multidimensional dos instrumentos WHOQOL e face à necessidade de verificação dos indicadores das facetas por forma a medir com maior rigor as características biopsicossociais da população em estudo, optámos por seleccionar e aplicar vários instrumentos de medida do PRNAR, nomeadamente aqueles validados para a população idosa portuguesa por Mourão (2008). Esses instrumentos²⁰ que perfazem a bateria de testes incluem: os Dados de Identificação Sócio-Demográfica, a Caracterização Sócio-Económica, a Situação Habitacional, assim como os instrumentos de Avaliação Funcional, nomeadamente a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (EAIVD) e a Escala de Actividade da Vida Diária (EAVD ou Índice de Katz), a Escala de Avaliação da Depressão (GDS15), a Avaliação Cognitiva (SPMSQ), os Indicadores de Risco Geriátrico, a Avaliação da Comorbilidade (Índice de Charlson) e a Avaliação de Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa (QBRA).

3.7.1 - Dados de Identificação Sócio-Demográfica.

A recolha de dados sócio-demográficos²¹ foi efectuada a partir do PRNAR, validado para a população portuguesa por Mourão (2008).

3.7.2 - Caracterização Sócio-Económica do Idoso.

A colheita de dados sócio-económicos²² foi realizada a partir do PRNAR, validado para a população portuguesa por Mourão (2008).

3.7.3 - Situação Habitacional.

A recolha de dados sobre a Situação Habitacional²³ foi efectuada a partir do PRNAR, validado para a população portuguesa por Mourão (2008).

3.7.4 - Avaliação Funcional.

A funcionalidade foi avaliada através da Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias (EAIVD) de Lawton e Brody (1969) e pela Escala de Actividade da Vida Diária (EAVD), também conhecida por Índice de Katz.

²⁰ Vide Anexos 3.7.1 e seguintes dos Anexos do Capítulo V.

²¹ Vide Anexo 3.7.1 dos Anexos do Capítulo V.

²² Vide Anexo 3.7.2 dos Anexos do Capítulo V.

²³ Vide Anexo 3.7.3 dos Anexos do Capítulo V.

3.7.4.1 - Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody.

O Modelo Ecológico de Lawton (1983) conceptualizou o comportamento inserido num determinado entorno ambiental, o que implica que considerar que o desempenho de cada indivíduo deve ser encarado como o resultado variável da relação do indivíduo com o Ambiente, i.e., o desempenho individual é resultante de uma correlação variável de forças, em que existem competências comportamentais influenciadas internamente e outras mais determinadas pelas condições exteriores²⁴.

Refira-se que no seu Modelo Ecológico, o autor considera que os indicadores de Bem-Estar Psicológico²⁵ *interno* e Bem-Estar Psicológico *externo* formam grupos separados, em que o último possui uma forte ligação aos comportamentos sociais e à *qdv* percebida (Lawton, 1983).

Por conseguinte, para Lawton (1983) o Bem-Estar depende da conjugação de múltiplos factores: a pessoa *versus* o ambiente, a causa *versus* o efeito, a introversão *versus* a extroversão, os domínios da competência comportamental *versus* os domínios da *qdv* percebida. Uma década depois o autor defenderá que as actividades instrumentais de vida diária exploram um nível mais complexo de funcionalidade e descrevem as actividades necessárias para a adaptação ao Ambiente, dando ênfase às actividades comunitárias, sendo tais actividades mais influenciadas cognitivamente (Lawton, Moss, Fulcomer & Kleban, 1982). Actualmente a EAIVD é utilizada em diversos estudos (Lawton *et al.*, 1982), normalmente associada a outras medidas de rastreio na sua maioria relacionados com a avaliação cognitiva. Antecipando o Modelo Ecológico supracitado, a versão original da EAIVD de Lawton e Brody (1969)²⁶ foi baseada no auto-relato das capacidades necessárias para viver em comunidade.

²⁴ Deduz-se, portanto, que os dois aspectos do Bem-Estar Psicológico são compostos por elementos que se distribuem ao longo de um *continuum* de aspecto interiores e exteriores da experiência com paralelo na hipótese de que o afecto positivo e/ou o negativo é determinado diferencialmente por aspectos interiores e exteriores.

²⁵ Por simplificação, Lawton (1983) refere-se ao Bem-Estar, incluindo neste conceito tanto o Bem-Estar Psicológico como a *qdv* percebida subjectivamente enquanto avaliações concernentes à qualidade da experiência interna, quer ainda o Bem-Estar objectivo, que inclui o meio-ambiente objectivo e as competências comportamentais (enquanto aspectos externos observáveis pelos outros).

²⁶ Em 1969, Lawton e Brody desenvolveram uma escala que pretendia medir a incapacidade e servir para planear e avaliar intervenções em idosos. Historicamente a *Escala de Actividades Instrumentais da Vida Diárias* (EAIVD) avaliava diferentemente as funções entre os géneros masculino e feminino já que à época para o homem as funções de preparar alimentos, cuidar da casa e lavar a roupa estavam excluídos (Lawton & Brody, 1969).

Em geral a EAIVD avalia o nível de independência da pessoa idosa quanto à realização das actividades instrumentais e tem sido amplamente aceite como um instrumento de avaliação válido e de confiança.

Em Portugal, foi Sequeira (2007) que apresentou uma versão que compreendia oito tarefas tais como a *capacidade para usar telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, modo de transporte, responsabilidade pela própria medicação e habilidade para lidar com o dinheiro*. Daqui decorre que o sujeito é avaliado mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade para realizar aquelas actividades. Esta versão de Sequeira (2007) foi validada para a população portuguesa por Mourão (2008). A EAIVD também é utilizada na população idosa em contexto hospitalar ou na comunidade, não sendo inteiramente apropriada para pessoas idosas institucionalizadas em regime de cuidados continuados (Sequeira, 2007).

Na versão de Sequeira (2007), por nós utilizada²⁷, para a cotação da EAIVD cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada actividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, do que resulta que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência do sujeito. Assim, a classificação pode assumir três categorias: a de *Independente* é atribuída aos resultados até 8 pontos; a de *Moderadamente dependente* para pontuações de 9 a 20; e, a de *Severamente dependente* para pontuações superiores a 20 pontos.

3.7.4.2 - Escala de Actividades de Vida Diária (Índice de Katz).

A Escala de Actividade da Vida Diária (EAVD), também conhecida como o *Índice de Katz*, foi originalmente elaborada por Katz, Ford, Moskowitz, Jackson e Jaffe (1963). Originalmente a EAVD teve como objectivo avaliação do funcionamento físico das pessoas idosas²⁸ e doentes crónicos com doenças do coração e fracturas da anca. Esta escala tem sido utilizada para indicar a severidade da doença crónica e avaliar a eficácia do tratamento; é usada também para fornecer valores preditivos no curso da doença (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007; Sequeira, 2007).

²⁷ Vide Anexo 3.7.4.1 dos Anexos do Capítulo V.

²⁸ Nos estudos empíricos do envelhecimento, Katz *et al.* (1963) notaram que a perda da capacidade funcional ocorre numa ordem particular, sendo que a função mais complexa é a primeira a ser perdida. Os autores da EAVD sugeriram ainda que, durante a reabilitação, as capacidades são ganhas de acordo com a sua ascendente complexidade, na mesma ordem que são adquiridas inicialmente pelas crianças tendo concluído que a escala de EAVD parece reflectir as funções biológicas e psicossociais primárias (Katz *et al.*, 1963; Duarte *et al.*, 2007).

A EAVD é um dos instrumentos mais antigos e também um dos mais citados na literatura, tendo sido a partir dela, e dos seus pressupostos teóricos, que se desenvolveram várias teorias e instrumentos de medida (Duarte *et al.*, 2007).

Na versão inicial apresentada por Katz *et al.* (1963) observava-se que o formulário de avaliação possuía três categorias de classificação: *independente*, *parcialmente dependente* ou *totalmente dependente*. Em 1976, Katz e Akpom, propuseram uma versão modificada da escala original; a partir de então a classificação dá-se pelo número de funções nas quais o indivíduo avaliado como *independente / dependente* (Duarte *et al.*, 2007).

No sistema de classificação simplificado por Katz e Akpom (1976), conforme a pontuação obtida pela soma do número de actividades em que o indivíduo é dependente numa escala de 0 a 6, é possível especificar os graus de *independência* ou de *dependência*. Com este método foi estabelecido o ponto de corte 2; se a pessoa idosa obtiver a pontuação final de 0 ou 1 é considerada *independente*; caso a pontuação final seja ≥ 2 é considerada *dependente*. Esta forma de pontuação dicotomizada permite o tratamento estatístico dos dados (Mendes, 2008).

Validada para a população portuguesa por Mourão (2008), todavia desconhecendo-se a sua fiabilidade, a versão da EAVD por nós utilizada²⁹ avalia a independência em seis actividades: *lavar-se*, *vestir-se*, *utilizar a sanita*, *mobilizar-se*, *ser continente* e *alimentar-se*; e na avaliação global dicotomizada: *independente/dependente* (Katz & Akpom, 1976; Duarte *et al.*, 2007; Sequeira, 2007).

3.7.5 - A Geriatric Depression Scale (GDS15).

A Geriatric Depression Scale (GDS) é um instrumento utilizado para o despiste de sintomas depressivos em idosos. Originalmente com trinta itens apresenta uma *sensibilidade* de 84% e uma *especificidade* de 95% (Yesavage *et al.*, 1983), não sendo alterada, na versão longa, desde 1983. Esta escala é, segundo os autores, um instrumento elaborado com o objectivo de ser usado especificamente em pessoas idosas. Relativamente a outras escalas, a GDS possui a vantagem comparativa de eliminar os indicadores somáticos da Depressão e as demais somatizações habituais no processo de senescência (Sheikh & Yesavage, 1986).

²⁹ Vide Anexo 3.7.4.2 dos Anexos do Capítulo V.

Com a vantagem de poder ser aplicada por profissionais não médicos, a GDS tornou-se um instrumento frequentemente usado por investigadores não clínicos na avaliação da Depressão. Foram também desenvolvidas versões mais breves da GDS (15, 10 e 4 ou 1 itens), destinadas a rastreios e estudos epidemiológicos acerca da Depressão.

De breve e fácil aplicação, a GDS15 pode ser auto ou hétero preenchida, tendo sido elaborada para diminuir as probabilidades de quebra da atenção por parte dos idosos (McDowell & Newell, 1996).

Segundo Sheikh e Yesavage (1986) a GDS15 possui grande correlação com a GDS30, com uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 81%. A GDS-15³⁰, versão que decidimos utilizar³¹, está traduzida, aferida e adaptada para a população portuguesa por Veríssimo (1988) e contém quinze itens respeitantes a sintomas clínicos da Depressão, seleccionados a partir da versão original da GDS30 (Sheikh & Yesavage, 1986). A resposta aos quinze itens desta escala devem referir-se sobre como o indivíduo se tem sentido nas últimas duas semanas; nela, os valores mais elevados indicam sintomas de Depressão clinicamente significativos.

3.7.6 - O Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).

O Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) ou Questionário Curto de Pfeiffer³² (Pfeiffer, 1975) permite-nos avaliar a função cognitiva ao nível da *orientação espaço-temporal*, da *memória recente*, da *evocação* e do *cálculo*. Trata-se de um questionário rápido, constituído por dez itens de resposta verbal, que identifica a possibilidade de existência de deterioração cognitiva. O SPMSQ foi validado para a população portuguesa por Mourão (2008).

O SPMSQ classifica as pessoas idosas em um de três níveis: “*Normal*”, “*Deterioração Mental Leve Moderada*” ou “*Deterioração Mental Grave*”. Na análise do questionário a função cognitiva da pessoa idosa pode variar entre *função intelectual intacta* (0-2 erros) e *deterioração intelectual grave* (8-10 erros) (Pfeiffer, 1975), pelo que a obtenção de maior pontuação significa possuir mais deterioração cognitiva.

³⁰ Alguns autores defendem que a versão reduzida com 15 itens tem menor sensibilidade e especificidade que a GDS-30 itens, não sendo tão eficaz no diagnóstico de Depressão *minor*. Por esse motivo, para a avaliação da Depressão, escolhemos dois instrumentos: além da GDS-15, utilizámos a escala DASS (EADS) de Lovibond e Lovibond (1995) com validação/adaptação em Portugal por Ribeiro *et al.* (2004).

³¹ Vide Anexo 3.7.5 dos Anexos do Capítulo V.

³² Vide Anexo 3.7.6 dos Anexos do Capítulo V.

3.7.7 - Indicadores de Risco Geriátrico.

Incluídos no PRNAR, os Indicadores de Risco Geriátrico³³ foram validados para a população portuguesa por Mourão (2008) e permitem avaliar várias situações de risco dos idosos nas seguintes áreas:

- **a) Polifarmácia:** avalia a presença/ausência de polifarmácia nos idosos através de duas questões relativas ao número de medicamentos que tomam. As pessoas idosas que respondem estar a tomar cinco ou mais medicamentos estão “*Em risco*”; as pessoas idosas que tomam menos de cinco medicamentos estão “*Sem risco*”;

- **b) Quedas:** avalia a presença/ausência de risco de queda através de três questões dicotómicas (Sim/Não). Classifica as pessoas idosas “*Em risco*” e “*Sem risco*”. A resposta positiva a uma das questões considera a existência de risco de queda;

- **c) Incontinência urinária:** avalia a presença/ausência e tipo de incontinência urinária a partir de três questões dicotómicas (Sim/Não). Classifica as pessoas como “*Em risco*” e “*Sem risco*” e “*Incontinência de esforço*” e “*Incontinência controlo*”. A resposta positiva a qualquer uma das questões implica a existência de incontinência;

- **d) Obstipação:** avalia a presença/ausência de obstipação nos idosos através de uma questão dicotómica (Sim/Não). Classifica os idosos “*Em risco*” e “*Sem risco*”. A resposta positiva à questão implica a existência de obstipação;

- **e) Distúrbios Sensoriais:** avalia a existência de distúrbios de audição e visão através de uma questão dicotómica (Sim/Não) para cada uma das questões. Classifica os idosos “*Em risco*” e “*Sem risco*”. A resposta positiva às questões implica a existência de distúrbio de audição ou visão;

- **f) Distúrbios de Sono** - Avaliação da existência de distúrbios de sono através de duas questões dicotómicas (Sim/Não). A resposta positiva numa das questões classifica a pessoa idosa “*Em Risco*”; por sua vez, a resposta negativa nas duas questões classifica-a “*Sem Risco*”.

³³ Vide Anexo 3.7.7 dos Anexos do Capítulo V.

3.7.8 - Índice de Comorbilidade de Charlson.

Ao desenvolverem este Índice de Comorbilidade, o objectivo de Charlson, Pompei, Ales e MacKenzie (1987) foi conceber um método para classificar prospectivamente as condições de comorbilidade que pudesse alterar o risco de mortalidade em estudos longitudinais³⁴. O Índice de Charlson contém dezanove categorias de comorbilidade³⁵, que são principalmente definidas usando códigos de diagnóstico do ICD-9. Um trabalho de Quan *et al.* (2005) actualizou o Índice de Charlson com a codificação da CID-10 em que cada categoria tem um peso associado resultante do Índice original de Charlson, o qual foi baseado no risco ajustado de mortalidade a um ano. Trata-se de um sistema de avaliação da esperança de vida em função da idade em correlação com a comorbilidade das patologias identificadas.

O Índice de Charlson está validado para a população portuguesa (Mourão, 2008) mas desconhece-se a sua fiabilidade. Assim, quanto ao instrumento por nós utilizado, a respectiva pontuação³⁶ da comorbilidade global reflecte a probabilidade acumulada de mortalidade a um ano; quanto maior a pontuação, mais grave a carga de comorbilidade e mais expectável é o falecimento no prazo de até um ano.

3.7.9 - Questionário Breve de Rastreio de Abuso (QBRA).

A avaliação do abuso contra a pessoa idosa foi efectuada através do Questionário Breve de Rastreio de Abuso (QBRA)³⁷, elaborado por forma a identificar situações de abuso em idosos. Trata-se de uma avaliação breve através de três questões que determinam a *agressividade verbal*, o *abuso financeiro* e o *abuso físico*. O QBRA está incluído no PRNAR e foi validado para a população portuguesa por Mourão (2008). Conforme o resultado obtido a partir dos indicadores de abuso, o idoso será classificado como “*Mal tratado*” ou “*Sem risco de maus-tratos*”. O ponto de corte do QBRA é a existência de uma resposta “*sim*” em qualquer um dos indicadores de abuso.

³⁴ Daí resultou um índice ponderado que considera o número e a gravidade de comorbilidades tendo sido desenvolvido num grupo de 559 pacientes clínicos. Ao longo desse estudo, as taxas de mortalidade a 1 ano para as diferentes pontuações foram: "0 pontos", 12% (67 falecimentos); "1-2 pontos", 26% (145 falecimentos); "3-4 pontos", 52% (290 falecimentos), e "≥5 pontos", 85% (475 falecimentos).

³⁵ O Índice de Charlson é constituído por 19 itens dicotómicos - *presença* ou *não presença* - onde se classifica os indivíduos em três grupos: “*Ausência de Comorbilidade*”, “*Comorbilidade Baixa*” e “*Comorbilidade Alta*”.

³⁶ Vide Anexo 3.7.8 dos Anexos do Capítulo V.

³⁷ Vide Anexo 3.7.9 dos Anexos do Capítulo V.

CAPÍTULO VI

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 - Descrição do estudo.

Efectuámos um estudo descritivo e inferencial na medida em que se pretendeu descrever e resumir os dados analisados através de medidas estatísticas descritivas e generalizar os resultados para as populações estudadas, tendo aplicado, para o efeito, testes estatísticos inferenciais apropriados.

Os dados foram recolhidos mediante questionários aplicados num determinado momento, sem qualquer interferência por parte do investigador no comportamento dos indivíduos podendo, portanto, classificar-se o estudo como transversal e observacional.

Nos diversos testes estatísticos inferenciais realizados, após o subagrupamento da amostra em três grupos semelhantes, pretendeu-se comparar os indivíduos das subamostras Alcalar, ERPI e EPDI relativamente aos instrumentos estudados, i.e., de que modo a percepção da *qdv*, do BES e da *felicidade*, assim como a avaliação nas dimensões biopsicossociais, dependem do grupo. Consequentemente, a variável definidora do grupo é a variável independente e as restantes variáveis incluídas nos testes inferenciais são as variáveis dependentes.

2 - Análise Estatística.

A análise estatística dos dados foi realizada com o programa IBM SPSS, na versão 20 para Windows.

A caracterização amostral foi efectuada através de frequências absolutas e relativas (%) para o caso das variáveis qualitativas; no caso das variáveis quantitativas foram apresentados o valor mínimo, máximo, a média e o desvio-padrão.

No que concerne às variáveis dependentes quantitativas, a verificação da adequação para a realização de testes paramétricos foi feita através da análise dos Coeficientes de Curtose (ou de Achatamento), tendo sido realizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov para estudar a normalidade dos dados e o Teste de Levene para analisar a homogeneidade das variâncias entre os grupos em estudo.

Nos casos em que se verificaram a normalidade dos dados e a homogeneidade das variâncias foi utilizada a Análise da Variância (ANOVA) e, quando tal não se verificou, utilizou-se o Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis seguido do Teste de Comparações Múltiplas pelo procedimento de Dunn.

No estudo das variáveis qualitativas aplicou-se o Teste do Qui-Quadrado, utilizado para testar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica (Marôco, 2010), e a análise dos resíduos ajustados estandardizados para identificar os grupos com comportamento diferente da média. Neste âmbito, segundo Pestana e Gajreiro (2008), quando os resíduos ajustados estandardizados se situam, para um nível de significância de 5%, entre -1.96 e 1.96, o grupo tem um comportamento semelhante ao esperado para a característica em estudo; valores inferiores a -1.96 significam que a média é inferior ao esperado; para valores superiores a 1.96 a média do grupo é superior ao esperado a um nível de significância de 5%. A este propósito e em linha com as melhores práticas de investigação, ao longo do nosso estudo, considerámos o nível de significância de 5% para a tomada de decisão relativamente aos testes estatísticos realizados.

Para verificar o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que constituem cada escala e subescala procedeu-se à análise da consistência interna calculando o coeficiente Alfa de Cronbach.

Seguidamente, iremos proceder à descrição inicial da amostra global de 158 idosos (N=158). Concomitantemente, efectuaremos a análise descritiva, entre os grupos e quanto à amostra, a qual será referente a cada um dos instrumentos aplicados.

3 - Caracterização intergrupual.

Como se pode constatar na Tabela 6.1, apresentada a seguir, a amostra total é constituída por 158 indivíduos idosos, sendo 117 idosas (77%) e 41 idosos (23%). Para o efeito comparativo intergrupual, a amostra foi decomposta em três grupos semelhantes.

Denominada por grupo Alcalar, a subamostra da Aldeia-lar de S. José de Alcalar é constituída por 50 habitantes (n1=50), sendo 33 do sexo feminino (66%) e 17 do sexo masculino (34%). Os sujeitos do grupo Alcalar têm idades compreendidas entre os 73 e os 96 anos, sendo a média etária de 84,02 anos.

Quanto ao denominado grupo ERPI, esta subamostra é constituída por 56 residentes nas ERPI (n2=56), sendo 44 do sexo feminino (78,6%) e 12 do sexo masculino (21,4%). Estes sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, sendo a média etária de 83,52 anos.

Por sua vez, a subamostra denominada por grupo EPDI é composta por 52 utentes dos EPDI (n3=52), sendo 40 do sexo feminino (76,9%) e 12 do sexo masculino (23,1%). Estes sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, sendo a média etária de 80,1 anos.

	Total da Amostra (N=158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)
Sexo	Feminino	33 (66.0%)	44 (78.6%)	40 (76.9%)
	Masculino	17 (34.0%)	12 (21.4%)	12 (23.1%)
	Média etária (M N = 82.52)	M n1 = 84.02	M n2 = 83.52	M n3 = 80.10
Idade	65 – 68	0 (0.0%)	4 (7.1%)	4 (7.7%)
	69 – 72	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (3.8%)
	73 – 76	3 (6.0%)	2 (3.6%)	12 (23.1%)
	77 – 80	11 (22.0%)	7 (12.5%)	9 (17.3%)
	81 – 84	12 (24.0%)	16 (28.6%)	7 (13.5%)
	85 – 88	16 (32.0%)	14 (25.0%)	12 (23.1%)
	89 – 92	6 (12.0%)	12 (21.4%)	5 (9.6%)
	93 – 96	2 (4.0%)	1 (1.8%)	1 (1.9%)

Tabela 6.1: caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com o sexo e a idade (N = 158).

Na Tabela 6.2 apresenta-se a distribuição das subamostras segundo a *esperança média de vida (emv)* aos 65 anos¹, na qual se salienta o grupo EPDI com 65,38% de sujeitos abaixo da *emv* aos 65 anos comparativamente com os grupos Alcalar (52%) e ERPI (51,79%).

	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)
Abaixo da esperança média de vida aos 65 anos	26 (52.0%)	29 (51.79%)	34 (65.38%)
Acima da esperança média de vida aos 65 anos	24 (48.0%)	27 (48.21%)	18 (34.62%)

Tabela 6.2: caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo a *emv* aos 65 anos.

Salientamos que, nesta faceta da *emv* aos 65 anos, a diferença do grupo EPDI relativamente aos grupos Alcalar e ERPI pode explicar-se pela distribuição das idades, já que o grupo EPDI possui mais sujeitos em escalões etários mais jovens comparativamente aos outros dois grupos. Além disso, a média das idades dos sujeitos do grupo EPDI (80,1 anos) é menor do que as médias de idade dos sujeitos do grupo Alcalar (84,02 anos) e do grupo ERPI (83,52).

¹ Tendo como referência em 2012, a *esperança média de vida* aos 65 anos foi estimada em mais 18,97 anos para ambos os sexos (83,97) (INE, 2013a).

No que concerne à escolaridade dos três grupos em análise, o grupo de Alcalar apresenta mais de metade dos seus habitantes (54%) sem saber ler nem escrever, o que compara com 28,6% dos residentes nas ERPI e com 23,1 % dos utentes dos EPDI.

	Total da Amostra (N=158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)
Escolaridade	Nunca frequentou a escola	28 (56.0%)	17 (30.4%)	12 (23.1%)
	Não completou o ensino primário	19 (38.0%)	11 (19.6%)	16 (30.8%)
	Ensino primário	3 (6.0%)	17 (30.4%)	15 (28.8%)
	Ensino preparatório	0 (0.0%)	6 (10.7%)	4 (7.7%)
	Ensino secundário	0 (0.0%)	5 (8.9%)	4 (7.7%)
	Ensino universitário	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)
	Não sabe ler nem escrever	27 (54.0%)	16 (28.6%)	12 (23.1%)

Tabela 6.3: caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com escolaridade (N=158).

Comparativamente a Alcalar, os grupos ERPI e EPDI apresentam uma distribuição mais alargada no que concerne à formação escolar. Neste âmbito, o grupo Alcalar é composto, em larga maioria, por indivíduos analfabetos ou pouco letrados.

No que se refere à área profissional antes da reforma, a maioria dos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar (72%) trabalhava no Sector Primário, o que compara com 28,6% dos residentes nas ERPI e os 17% dos utentes dos EPDI. Nestes últimos dois grupos, existe a predominância da actividade laboral no Sector Terciário.

	Total da Amostra (N=158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)
Sector ² profissional antes da reforma	Primário	36 (72.0%)	16 (28.6%)	9 (17.3%)
	Secundário	1 (2.0%)	5 (8.9%)	9 (17.3%)
	Terciário	3 (6.0%)	30 (53.6%)	24 (46.2%)
	Sem resposta	10 (20.0%)	5 (8.9%)	10 (19.2%)

Tabela 6.4: caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI conforme o sector profissional antes da reforma (N=158).

² Tradicionalmente divide-se a economia de cada país em três sectores de actividade: 1) o *Sector Primário*, que compreende as actividades ligadas à natureza, como sejam a agricultura, a silvicultura, as pescas, a pecuária, a caça ou as indústrias extractivas; 2) o *Sector Secundário*, no qual são englobadas as actividades industriais transformadoras, a construção, a produção de energia e; 3) o *Sector Terciário* (ou dos *Serviços*), que engloba o comércio, o turismo, os transportes e as actividades financeiras (Clark, 1940/1951; Fourastié, 1949).

Quanto ao estado civil, conforme se pode constatar na Tabela 6.5, 36% dos idosos do grupo Alcalar estão casados ou em união de facto, o que compara com os 12,5% dos sujeitos do grupo ERPI e com os 15% dos sujeitos do grupo EPDI.

		Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)
Estado Civil	Solteiro	4 (8.0%)	1 (1.8%)	2 (3.8%)
	Separado/divorciado	2 (4.0%)	5 (8.9%)	6 (11.5%)
	Casado/união de facto	18 (36.0%)	7 (12.5%)	8 (15.4%)
	Viúvo	26 (52.0%)	43 (76.8%)	36 (69.2%)

Tabela 6.5: caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com o estado civil.

Nos três grupos predominam os viúvos; contudo, na Aldeia-lar de S. José de Alcalar a viuvez incide apenas sobre 52% dos habitantes, o que compara com os 76,8% dos residentes nas ERPI e com os 69,2% dos utentes dos EPDI; também nestes dois grupos a percentagem de sujeitos em situação de separação/divórcio mais do que duplica relativamente aos indivíduos do grupo Alcalar.

Quanto à coabitação e ao apoio social directo ou de proximidade, conforme pode ser verificado na Tabela 6.6, os grupos Alcalar e EPDI apresentaram valores bastante elevados e comparativamente próximos na coabitação familiar nuclear (respectivamente 46% e 50%), enquanto o grupo ERPI apresentou um valor baixo (3,6%) nesta coabitação.

		Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)
Com quem vive	Vive só	1 (2.0%)	1 (1.8%)	22 (42.3%)
	Família nuclear	23 (46.0%)	2 (3.6%)	26 (50.0%)
	Família alargada	1 (2.0%)	1 (1.8%)	2 (3.8%)
	Companheiros/vizinhos/amigos	25 (50.0%)	52 (92.9%)	2 (3.8%)
A quem recorre no caso de precisar de ajuda	Empregadas da Instituição	24 (48.0%)	38 (67.9%)	4 (7.7%)
	Familiares	20 (40.0%)	5 (8.9%)	35 (67.3%)
	Empregadas da Instituição e familiares	4 (8.0%)	13 (23.3%)	10 (19.2%)
	Outros	2 (4.0%)	0 (0.0%)	3 (5.8%)

Tabela 6.6: caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com as pessoas com quem vivem e a quem recorrem no caso de precisarem de ajuda.

Ainda quanto à Tabela 6.6, previamente exposta, os utentes dos EPDI revelaram uma quase partição percentual entre a coabitação *Família nuclear* e o *Vive só*, respectivamente 50% e 42,3%, enquanto os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar manifestaram uma repartição aproximada entre a coabitação familiar nuclear e o viverem com companheiros ou amigos. Repare-se que, dadas as condicionantes relativas à dinâmica própria e variável do estabelecimento das relações afectivas (e amorosas) entre as pessoas, seria expectável a não existência de total coincidência³ entre as percentagens relativas ao estado civil e a avaliação feita quanto à faceta de coabitação.

Em caso de ser preciso auxílio, os residentes nas ERPI preferiam maioritariamente as *Empregadas da Instituição* (67,9%) o que revelou, de certo modo, a uni-dependência destes idosos institucionalizados relativamente ao apoio social. No que concerne aos utentes dos EPDI, contavam maioritariamente com os *Familiares* (67,3%) enquanto os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar dividiram as suas opções de apoio entre as *Empregadas da Instituição* (48%) e os *Familiares* (40%).

Quanto à situação económica, em termos de rendimento mensal e à época da recolha de dados (final de 2012), 44% dos indivíduos do grupo Alcalar referiram auferir rendimentos com valores que oscilavam entre os 485 Euros (€) e os 970€ o que, percentualmente, supera os outros dois grupos neste item de distribuição.

		Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)
Situação económica	Mais de 2 salários mínimos	1 (2.0%)	4 (7.1%)	12 (23.1%)
	De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo ⁴	22 (44.0%)	19 (33.9%)	16 (30.8%)
	Desde 1 salário mínimo até à pensão de invalidez e velhice ⁵	12 (24.0%)	15 (26.8%)	9 (17.3%)
	Desde a pensão de invalidez e velhice até à pensão de sobrevivência ⁶	15 (30.0%)	12 (21.4%)	13 (25.0%)
	Sem rendimentos ou inferiores à pensão de sobrevivência	1 (2.0%)	6 (10.7%)	2 (3.8%)

Tabela 6.7: caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com a situação económica.

³ Esta situação foi notória e identificada ao longo da passagem dos testes; porém, como é natural, optámos por respeitar a semântica conservadora das opções de resposta da medida. Contudo, neste âmbito, talvez seja preferível adicionar um item adicional mais abrangente nas opções de resposta quanto ao *estado civil*, do tipo “Outra situação” ou, mais simplesmente, do género *facebookiano* “É complicado...”.

⁴ Salário Mínimo Nacional (em 2012) era de 485 Euros (ISS, 2014c; PORDATA, 2014).

⁵ Pensão de Invalidez e Velhice (em 2012) era de 254 Euros (ISS, 2014c; PORDATA, 2014).

⁶ Pensão de Sobrevivência (em 2012) era de 152,4 Euros (ISS, 2014c; PORDATA, 2014).

Tal como podemos verificar na Tabela 6.7, previamente exposta, 24% dos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar referiram auferir montantes entre os 254€ e os 485€ enquanto 30% daqueles habitantes referiram rendimentos entre os 152,4€ e os 254€; nos extremos do intervalo, apenas um idoso do grupo Alcalar (2% desta subamostra) fruía de um rendimento superior a 970€ e outro idoso (também equivalente a 2% da subamostra Alcalar) referiu receber um rendimento inferior a 152,4€.

Por sua vez, a distribuição de rendimentos dos idosos residentes nas ERPI diferiu da distribuição de rendimentos dos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar, sobretudo nos escalões superiores e inferiores: nos extremos do intervalo de rendimentos a discrepância comparativa foi maior, com 7,1% dos residentes nas ERPI com rendimentos superiores a 970€ e, no outro extremo, 10,7% daqueles residentes com rendimentos inferiores a 152,5€.

Quanto aos utentes dos EPDI e comparativamente aos outros grupos, revelaram a maior percentagem de sujeitos com rendimentos acima dos 970€ (23,1%) com algumas diferenças intergrupais assinaláveis quanto a distribuição de rendimentos, nomeadamente no item superior de rendimento supracitado e, também, no escalão intermédio da pensão de invalidez e velhice até dois salários mínimos (17,3% o que compara com os 24% e os 26,8%, respectivamente, dos grupos Alcalar e ERPI).

Sendo a *Saúde* essencial na percepção da *qdv*, no que respeita à caracterização dos aspectos relacionados com a doença, podemos observar na Tabela 6.8 que existem diferenças intergrupais relativas à percepção da doença, assim como existem diferenças quanto à coerência entre a percepção e a identificação concreta das doenças crónicas. Neste âmbito, de entre os três grupos da amostra, os sujeitos do grupo Alcalar referiram sentir-se mais saudáveis, com 60% a negarem que estavam doentes. Este grupo também revelou coerência no que respeita ao reconhecimento da existência de doença crónica, com 40% a confirmar a cronicidade patológica no estado de Saúde.

		Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)
Está doente?	Sim	20 (40.0%)	28 (50.0%)	25 (48.1%)
	Não	30 (60.0%)	28 (50.0%)	27 (51.9%)
Doença crónica	Sim	20 (40.0%)	29 (51.8%)	27 (51.9%)
	Não	30 (60.0%)	27 (48.2%)	25 (48.1%)

Tabela 6.8: caracterização dos grupos Alcalar, ERPI e EPDI de acordo com aspectos relacionados com a Doença.

Ainda quanto à coerência estatística dos dados relacionados com a Doença, metade do grupo ERPI referiu sentir-se doente mas mais de metade (51,8) afirmou ter doença crónica. O mesmo sucedeu com os utentes das EPDI, os quais apenas 48% disseram sentir-se doentes enquanto 51,8% afirmaram sofrer de uma doença crónica.

Um dado curioso: era expectável que médias etárias elevadas e, também, mais longevos na distribuição etária (tal como sucede com o grupo de Alcalar e, em certa medida, com os residentes nas ERPI) implicassem maior problemática na dimensão Doença. Comparativamente, tal suposição confirma-se entre os grupos ERPI e EPDI; porém, os resultados obtidos nesta dimensão da Saúde são relativamente favoráveis ao grupo Alcalar: não obstante Alcalar ser o grupo com a média etária mais elevada e com a distribuição etária mais longeva, os habitantes desta Aldeia-lar obtiveram resultados comparativamente mais favoráveis nos aspectos relacionados com a Doença. Esta tendência comparativa intergrupar confirmar-se-á noutras dimensões avaliadas, como adiante será comprovado.

4 - Análise dos resultados referentes à *qdv* e ao Bem-Estar Subjectivo.

Seguidamente apresenta-se a análise dos resultados obtidos através da passagem dos instrumentos de medida propostos⁷.

4.1 - Percepção da *qdv* através do WHOQOL-BREF.

Na sequência da aplicação da Escala WHOQOL-BREF⁸ à amostra (N=158), a análise da consistência⁹ revelou que as subescalas *Domínio Físico* ($\alpha = .836$) e *Domínio Psicológico* ($\alpha = .802$) apresentaram *boa* consistência interna. A subescala *Domínio Meio Ambiente* apresentou uma consistência interna *fraca* ($\alpha = .677$) e a subescala *Domínio Relações Sociais* exibiu um valor de Alfa de Cronbach *inaceitável* ($\alpha = .402$), mesmo tendo em conta que é uma escala com apenas 3 itens.

⁷ Vide Secção 3 do Capítulo V e Anexos do Capítulo V.

⁸ Vide Item 3.1 do Capítulo V e Anexo 3.1 dos Anexos do Capítulo V.

⁹ [1] α -Cronbach com consistência interna inaceitável ($\alpha < 0,60$);
[2] α -Cronbach com consistência interna fraca ($0,60 \leq \alpha < 0,70$);
[3] α -Cronbach com consistência interna razoável ($0,70 \leq \alpha < 0,80$);
[4] α -Cronbach com consistência interna boa ($0,80 \leq \alpha < 0,90$).

De seguida apresenta-se a pormenorização da média e do desvio-padrão dos itens após aplicação da escala e a respectiva consistência interna em cada domínio.

Itens	Média	Desvio-padrão
Domínio Físico ($\alpha = .836$)		
Item 3	3.42	1.248
Item 4	3.77	1.134
Item 10	3.31	0.895
Item 15	3.09	1.105
Item 16	3.39	1.122
Item 17	3.41	1.059
Item 18	3.09	1.045
Domínio Psicológico ($\alpha = .802$)		
Item 5	3.34	0.908
Item 6	3.23	0.902
Item 7	3.57	0.840
Item 11	3.56	0.863
Item 19	3.77	0.783
Item 26	3.07	1,077
Domínio Relações Sociais ($\alpha = .402$)		
Item 20	3.99	0.736
Item 21	2.76	0.825
Item 22	3.92	0.658
Domínio Meio Ambiente ($\alpha = .677$)		
Item 8	3.88	0.699
Item 9	3.87	0.629
Item 12	2.77	0.874
Item 13	3.50	0.755
Item 14	3.31	0.874
Item 23	3.96	0.704
Item 24	3.89	0.603
Item 25	3.59	0.640

Tabela 6.9: média e desvio-padrão dos itens do WHOQOL-BREF.

Na página seguinte encontra-se a Tabela 6.10 referente à *Percepção sobre a Qualidade de Vida*, o nível de percepção geral de *qdv* nos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar é superior à correspondente percepção avaliada pelos residentes nas ERPI e também é superior à percepção manifestada pelos utentes dos EPDI, sendo tais diferenças estatisticamente significativas entre o grupo Alcalar e os grupos ERPI e EPDI ($p < .001$ em ambas comparações). Especificamente entre os grupos ERPI e EPDI também é significativa ($p = .006$) a diferença comparativa relativa à dimensão supra. Tal como aconteceu comparativamente com o grupo de Alcalar, quando comparados com os utentes dos EPDI, os residentes nas ERPI também apresentaram um nível inferior significativo quanto à *Percepção sobre a Qualidade de Vida*.

Grupos→ Dimensões ↓	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS ⁽¹⁾	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ⁽²⁾
Percepção sobre a Qualidade de Vida	M = 3.96 DP = 0.49	M = 3.05 DP = 0.72	M = 3.42 DP = 0.75	$X^2(2) = 44.254$ $p < .001$	A vs. ERPI -> $p < .001$ A vs. EPDI -> $p < .001$ ERPI vs. EPDI -> $p = .006$
Percepção sobre a Saúde	M = 3.26 DP = 1.01	M = 2.96 DP = 1.08	M = 3.19 DP = 0.91	$X^2(2) = 2.495$ $p = .287$	Sem diferenças significativas
Domínio Físico	M = 60.14 DP = 20.99	M = 54.21 DP = 17.44	M = 62.77 DP = 19.01	$X^2(2) = 6.805$ $p = .033$	A vs. ERPI -> $p = .054$ A vs. EPDI -> $p = .614$ ERPI vs. EPDI -> $p = .014$
Domínio Psicológico	M = 63.92 DP = 15.94	M = 55.43 DP = 15.53	M = 62.90 DP = 15.31	$X^2(2) = 10.043$ $p = .007$	A vs. ERPI -> $p = .004$ A vs. EPDI -> $p = .719$ ERPI vs. EPDI -> $p = .011$
Domínio Relações Sociais ¹⁰	M = 64.67 DP = 11.97	M = 60.42 DP = 11.81	M = 66.99 DP = 13.40	$X^2(2) = 9.595$ $p = .008$	A vs. ERPI -> $p = .058$ A vs. EPDI -> $p = .269$ ERPI vs. EPDI -> $p = .002$
Domínio Meio Ambiente ¹¹	M = 69.50 DP = 8.83	M = 59.38 DP = 7.95	M = 66.47 DP = 10.65	$X^2(2) = 34.059$ $p < .001$	A vs. ERPI -> $p < .001$ A vs. EPDI -> $p = .110$ ERPI vs. EPDI -> $p < .001$

(1) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (2) – valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de *Dunn*.

Tabela 6.10: comparação dos valores dos domínios do WHOQOL-BREF entre os grupos.

Quando comparados os três grupos, Alcalar obteve o nível comparativa e significativamente superior de *Percepção sobre a Qualidade de Vida* enquanto o grupo ERPI revelou possuir o nível significativamente mais baixo nesta dimensão.

No que refere à *Percepção sobre a Saúde* não foram apuradas diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos da amostra ($X^2 [2] = 2.495$; $p = .287$). Contudo, tão-somente em termos médios, o grupo ERPI obteve o pior resultado contrariamente ao grupo Alcalar, o qual obteve o melhor resultado intergrupalo.

¹⁰ O *Domínio Relações Sociais* apresentou uma consistência interna *inaceitável* ($\alpha = .402$).

¹¹ O *Domínio Meio Ambiente* apresentou uma consistência interna *fraca* ($\alpha = .677$).

No âmbito do *Domínio Físico* o grupo ERPI apresentou um valor médio inferior quando comparado aos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo ERPI e o grupo EPDI ($p = .014$) e no limite da significância estatística entre o grupo ERPI e o grupo de Alcalar ($p = .054$); não identificámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .614$).

No *Domínio Psicológico* o grupo ERPI apresentou um valor médio inferior quando comparado com os grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças significativas com ambos ($p = .004$ e $p = .011$, respectivamente). Neste domínio não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .719$).

No que concerne ao *Domínio Relações Sociais* o grupo ERPI apresentou um resultado inferior comparativamente aos grupos Alcalar e EPDI. Neste domínio a diferença apenas é estatisticamente significativa entre os residentes nas ERPI e os utentes dos EPDI ($p = .002$). Apesar da diferença estatística entre o grupo ERPI e o grupo Alcalar estar muito próxima do limite de significância ($p = .058$) não pode ser considerada estatisticamente significativa; contudo, há a salientar estarmos perante um indicador de uma *tendência* a ter em conta. Acresce que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .269$).

Quanto ao *Domínio Meio Ambiente*, o grupo ERPI apresentou valores inferiores relativamente aos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos ($p < .001$ em ambos casos); não verificámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .110$).

4.2 - Percepção da *qdv* através do WHOQOL-Old Portugal.

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do WHOQOL-Old Portugal¹² na nossa amostra (N=158) foi utilizada uma versão portuguesa¹³ adaptada por Canavarro e colaboradores (2006). Esta versão é constituída pelos vinte e quatro itens da escala original, com o mesmo método de cotação numa escala *Likert* de cinco pontos.

¹² Vide Item 3.2 do Capítulo V e Anexo 3.2 dos Anexos do Capítulo V.

¹³ Cotação e análise efectuadas de acordo com instruções recebidas, em 2013, da parte da Dr.ª Maria Manuela Vilar, em representação do grupo de investigadores de Coimbra (Canavarro *et al.*, 2006).

Conforme se observa na Tabela 6.11, referente à consistência interna por domínios assim como à pormenorização da média e desvio-padrão por itens, este instrumento WHOQOL-Old apresentou globalmente uma *boa* consistência interna com um valor de Alfa de Cronbach¹⁴ de 0.884.

Itens	Média	Desvio-padrão
Funcionamento sensorial ($\alpha = .852$)		
Item 1	3.80	1,161
Item 2	3.91	1,153
Item 10	4.07	1,023
Item 20	3.42	0.776
Autonomia ($\alpha = .749$)		
Item 3	3.68	0.830
Item 4	3.22	1.032
Item 5	3.81	0.775
Item 11	2.96	0.916
Actividades passadas, presentes e futuras ($\alpha = .662$)		
Item 12	2.99	0.920
Item 13	3.30	0.982
Item 15	3.58	0.966
Item 19	2.84	0.844
Participação social ($\alpha = .854$)		
Item 14	2.91	0.943
Item 16	3.37	0.967
Item 17	3.30	1,020
Item 18	3.49	0.943
Morte e morrer ($\alpha = .758$)		
Item 6	3.89	1.275
Item 7	3.87	1.266
Item 8	4.04	1.248
Item 9	1.97	0.940
Intimidade ($\alpha = .926$)		
Item 21	3.43	1.043
Item 22	3.42	1.054
Item 23	3.17	1.201
Item 24	3.15	1.146

Tabela 6.11: consistência por domínios; média e desvio-padrão dos itens do WHOQOL-Old.

No que concerne a cada uma das 6 subescalas, verificou-se uma *fraca* consistência no *Domínio Actividades passadas, presentes e futuras* ($\alpha = .662$). Por sua vez, os *Domínios Autonomia* e *Morte e morrer* apresentaram uma consistência *razoável* (respectivamente $\alpha = .749$ e $\alpha = .758$).

¹⁴ α -Cronbach com consistência interna *boa* ($0,80 \leq \alpha < 0,90$).

Os Domínios *Funcionamento Sensorial e Participação Social* apresentaram boa consistência, com valores de Alfa de Cronbach superiores a 0.85. Por sua vez, o *Domínio Intimidade* apresentou uma consistência interna *muito boa* ($\alpha = .926$).

Conforme podemos seguidamente observar na Tabela 6.12, do ponto de vista *global*, neste instrumento WHOQOL-Old PT o grupo ERPI revelou um valor médio de percepção de *qdv* inferior aos valores dos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos ($p < .001$, respectivamente). Ainda no âmbito global não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .676$), contudo a média de Alcalar é a superior entre os grupos considerados.

Grupos→ Dimensões ↓	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS ⁽¹⁾	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ⁽²⁾
WHOQOL-Old GLOBAL	M = 85.96 DP = 11.93	M = 74.43 DP = 12.58	M = 85.13 DP = 10.68	$X^2(2) = 25.656$ $p < .001$	A vs. ERPI $p < .001$ A vs. EPDI $p = .676$ ERPI vs. EPDI $p < .001$
Funcionamento sensorial	M = 14.96 DP = 4.01	M = 14.55 DP = 3.29	M = 15.13 DP = 2.89	$X^2(2) = 6.011$ $p = .050$	A vs. ERPI $p = .271$ A vs. EPDI $p = .193$ ERPI vs. EPDI $p = .014$
Autonomia	M = 14.14 DP = 2.37	M = 12.52 DP = 2.83	M = 14.48 DP = 2.47	$X^2(2) = 15.597$ $p < .001$	A vs. ERPI $p = .002$ A vs. EPDI $p = .561$ ERPI vs. EPDI $p < .001$
Actividades passadas, presentes e futuras	M = 13.82 DP = 2.08	M = 12.20 DP = 2.59	M = 13.17 DP = 3.04	$X^2(2) = 4.688$ $p = .096$	Sem diferenças significativas
Participação social	M = 14.10 DP = 3.06	M = 11.05 DP = 3.11	M = 14.25 DP = 2.40	$X^2(2) = 33.961$ $p < .001$	A vs. ERPI $p < .001$ A vs. EPDI $p = .969$ ERPI vs. EPDI $p < .001$
Morte e morrer	M = 13.74 DP = 3.83	M = 13.50 DP = 3.63	M = 14.12 DP = 3.46	$X^2(2) = 0.350$ $p = .840$	Sem diferenças significativas
Intimidade	M = 15.20 DP = 1.91	M = 10.61 DP = 3.77	M = 13.98 DP = 4.39	$X^2(2) = 36.202$ $p < .001$	A vs. ERPI $p < .001$ A vs. EPDI $p = .169$ ERPI vs. EPDI $p < .001$

(1) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (2) Valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de *Dunn*.

Tabela 6.12: comparação dos valores da escala e subescalas do WHOQOL-Old entre os grupos.

No *Domínio Funcionamento sensorial* o grupo ERPI apresentou um valor médio inferior aos valores obtidos pelos grupos Alcalar e EPDI sendo, no entanto, a comparação estatisticamente significativa entre os grupos ERPI e EPDI ($p = .014$). Ainda no que diz respeito ao *Domínio Funcionamento sensorial*, os resultados expostos na Tabela 6.12 indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .193$) e entre os grupos Alcalar e ERPI ($p = .271$).

No que concerne ao *Domínio Autonomia*, conforme consta na Tabela 6.12, o grupo ERPI apresentou um valor médio inferior comparativamente aos valores médios obtidos pelos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos ($p = .002$ e $p < .001$, respectivamente); não verificámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .561$).

No domínio *Actividades passadas, presentes e futuras* os resultados não se revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar, ERPI e EPDI ($X^2 [2] = 4.688$; $p = .096$).

Quanto ao *Domínio Participação social* o grupo ERPI mostrou um resultado inferior comparativamente aos resultados dos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas daquele grupo de residentes com ambos grupos de habitantes e de utentes ($p < .001$, em ambos casos); não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .969$).

No que se refere ao *Domínio Morte e morrer*, os resultados obtidos não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos considerados na investigação ($X^2 [2] = 0.350$; $p = .840$).

Por último, no *Domínio Intimidade*, o grupo ERPI apresentou um valor inferior relativamente aos valores dos grupos Alcalar e EPDI sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos ($p < .001$ e $p < .001$, respectivamente); não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .169$).

Por conseguinte, o questionário WHOQOL-Old PT aplicado à amostra (N=158) exibiu diferenças comparativas significativas entre os grupos Alcalar, ERPI e EPDI em todos os domínios excepto em dois (*Actividades passadas, presentes e futuras* e *Morte e morrer*). O grupo ERPI obteve resultados (globalmente e nas dimensões) comparativamente inferiores aos resultados obtidos pelos grupos Alcalar e EPDI. Por sua vez, o grupo Alcalar obteve resultados (globalmente e nas dimensões), predominante e comparativamente superiores aos correspondentes resultados obtidos pelos utentes dos EPDI e pelos residentes nas ERPI.

4.3 - Percepção do Bem-Estar Subjectivo e da *felicidade* através das escalas PANAS I e II, SWLS e ESaF.

4.3.1 - A *Positive and Negative Affect Schedule*.

A *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS I e II)¹⁵ é constituída por vinte itens com duas subescalas.

Na PANAS I foi pedido aos sujeitos da amostra (N=158) que avaliassem os sentimentos e emoções que sentiam habitualmente, sendo as respostas apresentadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, numeradas de 1 a 5. Na PANAS II foi pedido aos idosos da amostra (N=158) que avaliassem os sentimentos e emoções durante as últimas quatro semanas, sendo as respostas apresentadas em escala de *Likert* de 5 pontos, numeradas de 6 a 10. As respostas da PANAS II foram posteriormente convertidas numa escala de 1 a 5, equivalente às da PANAS I. A cotação de cada subescala foi obtida adicionando as pontuações de cada item, podendo variar entre 10 e o máximo de 50 pontos.

Ao nível da consistência interna, ambas subescalas PANAS, de *Afecto Positivo* ou *Negativo*, aplicadas à nossa amostra (N=158) apresentaram valores de Alfa de Cronbach¹⁶ superiores a 0.8, indicando uma *boa* consistência interna em ambos casos.

	PANAS I Alfa de Cronbach	PANAS II Alfa de Cronbach
<i>Afecto Positivo</i> (10 itens)	.859	.869
<i>Afecto Negativo</i> (10 itens)	.812	.803

Tabela 6.13: consistência interna das subescalas da PANAS I e PANAS II.

Quando aplicadas à nossa amostra (N = 158), os valores do Alfa de Cronbach analisados no *Afecto Positivo* da PANAS I ($\alpha = .859$) e da PANAS II ($\alpha = .869$) são semelhantes aos obtidos por Galinha e Ribeiro (2005) no estudo de validação da escala em Portugal. Quanto ao *Afecto Negativo* os valores da PANAS I ($\alpha = .812$) e PANAS II ($\alpha = .803$) foram ligeiramente inferiores aos resultados obtidos por Galinha e Ribeiro (2005), sem deixar de revelar *boa* consistência interna em ambos casos.

¹⁵ Vide Item 3.4 do Capítulo V e Anexo 3.4 dos Anexos do Capítulo V.

¹⁶ α -Cronbach com consistência interna boa ($0,80 \leq \alpha < 0,90$).

Encontrámos uma correlação linear positiva forte entre as escalas PANAS I e PANAS II, tanto no *Afecto Positivo* ($r = .849$; $p < .001$) como também no *Afecto Negativo* ($r = .806$; $p < .001$). Em ambas escalas era expectável a correlação entre os *Afectos Positivo* e *Negativo* fosse próxima de zero, pois a escala foi criada com essa intenção (Galinha & Ribeiro, 2005). Neste âmbito, em sintonia com o modelo dos autores, os valores que obtivemos foram próximos de zero tanto na PANAS I ($r = -.004$; $p = .964$) como na PANAS II ($r = -.166$; $p = .037$).

Itens	Média	Desvio-padrão
PANAS I - <i>Afecto Positivo</i> ($\alpha = .859$)		
Interessado	3.07	1.163
Excitado	2.15	1.145
Agrad. Surp.	2.20	1.133
Caloroso	3.25	1.092
Entusiasmado	2.64	1.232
Orgulhoso	1.92	1.208
Encantado	2.28	1.232
Inspirado	2.03	1.167
Determinado	2.85	1.332
Activo	3.08	1.311
PANAS I - <i>Afecto Negativo</i> ($\alpha = .812$)		
Perturbado	2.28	1.163
Atormentado	2.08	1.208
Culpado	1.37	0.777
Assustado	2.09	1.202
Repulsa	1.79	1.041
Irritado	2.08	1.162
Remorsos	1.44	0.833
Nervoso	2.94	1.332
Trémulo	1.94	1.147
Amedrontado	2.05	1.209
PANAS II - <i>Afecto Positivo</i> ($\alpha = .869$)		
Interessado	2.70	1.155
Excitado	1.89	1.019
Agrad. Surp.	1.97	1.134
Caloroso	3.03	1.097
Entusiasmado	2.32	1.129
Orgulhoso	1.77	1.052
Encantado	2.01	1.165
Inspirado	1.85	1.040
Determinado	2.54	1.203
Activo	2.77	1.211
PANAS I - <i>Afecto Negativo</i> ($\alpha = .803$)		
Perturbado	2.08	1.143
Atormentado	1.91	1.125
Culpado	1.18	0.511
Assustado	1.78	0.975
Repulsa	1.58	0.911
Irritado	1.80	0.987
Remorsos	1.26	0.620
Nervoso	2.63	1.304
Trémulo	1.90	1.130
Amedrontado	1.90	1.158

Tabela 6.14: média e desvio-padrão dos itens do PANAS I e PANAS II.

Quanto ao *Afecto Positivo* da PANAS I, o grupo Alcalar apresentou um valor médio superior aos correspondentes valores obtidos pelos grupos ERPI e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos ($p = .003$ e $p = .005$, respectivamente); não verificámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ERPI e EPDI ($p = .856$). Quanto ao *Afecto Negativo*, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos ($X^2 [2] = 0.987$; $p = .611$).

	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS ⁽¹⁾	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ⁽²⁾
<i>Afecto Positivo</i>	M = 28.56 DP = 6.03	M = 23.93 DP = 7.94	M = 24.15 DP = 8.95	$X^2 (2) =$ 11.077 $p = .004$	A vs. ERPI -> $p = .003$ A vs. EPDI -> $p = .005$ ERPI vs. EPDI -> $p = .856$
<i>Afecto Negativo</i>	M = 19.46 DP = 6.47	M = 20.63 DP = 6.80	M = 20.04 DP = 7.24	$X^2 (2) =$ 0.987 $p = .611$	Sem diferenças significativas

(1) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (2) Valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de Dunn.

Tabela 6.15: comparação entre os grupos dos *afectos positivo e negativo* na PANAS I.

Da análise dos dados expostos na Tabela 6.16, referentes à PANAS II, o grupo Alcalar apresentou um valor médio de *Afecto Positivo* superior aos respectivos valores dos grupos ERPI e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas entre Alcalar e ambos ERPI e EPDI (respectivamente $p < .001$ e $p = .001$). Entre os grupos ERPI e EPDI não comprovámos diferenças significativas ($p = .375$) no *Afecto Positivo*. Na PANAS II, em relação ao *Afecto Negativo* não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($X^2 [2] = 0.729$; $p = .694$).

	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS ⁽¹⁾	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ⁽²⁾
<i>Afecto Positivo</i>	M = 26.60 DP = 7.09	M = 20.61 DP = 6.85	M = 21.67 DP = 7.66	$X^2 (2) =$ 18.986 $p < .001$	A vs. ERPI -> $p < .001$ A vs. EPDI -> $p = .001$ ERPI vs. EPDI -> $p = .375$
<i>Afecto Negativo</i>	M = 17.36 DP = 5.03	M = 18.52 DP = 6.30	M = 18.10 DP = 6.81	$X^2 (2) =$ 0.729 $p = .694$	Sem diferenças significativas

(1) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (2) Valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de Dunn.

Tabela 6.16: comparação entre os grupos dos *afectos positivo e negativo* da PANAS II.

Comparativamente, em média e em ambas escalas PANAS I e II, Alcalar obteve os melhores *scores* relativos em ambos *Afectos Positivo e Negativo*, enquanto o grupo ERPI obteve os piores resultados relativos às mesmas medidas.

4.3.2 - Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale - SWLS).

No que respeita aos resultados da aplicação à nossa amostra (N=158) da *Escala de Satisfação com a Vida*, por nós designada como SWLS¹⁷ (conforme Diener *et al.* [1985] e Neto *et al.* [1990]), concluímos que a consistência interna avaliada através do Alfa de Cronbach¹⁸ foi de 0.764.

O valor obtido está próximo do resultado alcançado no estudo de validação da escala em Portugal por Neto *et al.* (1990), o que indica uma *razoável* consistência interna ($\alpha = .78$).

Seguidamente apresenta-se a média e o desvio-padrão de cada item da SWLS após aplicação ao universo amostral do nosso estudo (N=158).

Itens	Média	Desvio-padrão
Item 1	4.45	1.77
Item 2	4.82	1.59
Item 3	4.81	1.67
Item 4	4.71	1.73
Item 5	4.20	2.03

Tabela 6.17: média e desvio-padrão dos itens da SWLS (N = 158).

Na Tabela 6.18, apresentada seguidamente, podemos verificar que o Teste de *Kruskal-Wallis* indicou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos valores médios obtidos na escala SLWS ($X^2 [2] = 14.272; p = .001$).

	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS ⁽¹⁾	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ⁽²⁾
SWLS	M = 25.62 DP = 4.61	M = 21.05 DP = 6.60	M = 22.54 DP = 6.66	$X^2 (2) =$ 14.272 $p = .001$	A vs. ERPI $p < .001$ A vs. EPDI $p = .019$ ERPI vs. EPDI $p = .166$

(1) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (2) Valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de Dunn.

Tabela 6.18: comparação dos valores da escala SWLS entre os grupos (N = 158).

¹⁷ Vide Item 3.5 do Capítulo V e Anexo 3.5 dos Anexos do Capítulo V.

¹⁸ α -Cronbach com consistência interna razoável ($0,70 \leq \alpha < 0,80$).

Conforme podemos observar na Tabela 6.18, antes apresentada, os resultados indicam que os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar apresentaram o nível médio mais elevado de *Satisfação com a Vida* quando comparados com os idosos residentes nas ERPI e com os utentes dos EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas tanto entre o grupo Alcalar e o grupo ERPI ($p < .001$) assim como entre o grupo Alcalar e grupo de utentes dos EPDI ($p = .019$).

É de referir que na aplicação da SWLS à nossa amostra não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ERPI e EPDI ($p = .166$). Contudo, tal como sucedeu na comparação com o grupo Alcalar, importa mencionar que o grupo ERPI também obteve um resultado médio inferior comparativamente ao resultado médio obtido pelo grupo EPDI, seguindo a *tendência* antes verificada.

Por conseguinte, semelhantemente ao que aconteceu quanto à dimensão afectiva do BES avaliada através das escalas PANAS I e II, também na SWLS (a qual assume, neste estudo, a avaliação da *Dimensão Cognitiva* do BES) é patente que o nível de *Satisfação com a Vida* percebido pelos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar foi, significativa e comparativamente, superior aos correspondentes níveis médios percebidos pelos residentes nas ERPI e pelos utentes dos EPDI.

Identicamente ao que foi analisado até ao momento quanto à generalidade dos instrumentos (e tal como se virá a descrever ao longo deste capítulo), na confrontação intergrupar da SWLS também se confirmou a tendência revelada pelo grupo ERPI para a obtenção de resultados comparativamente inferiores aos dos grupos congêneres.

4.3.3 - Escala de Sobre a Felicidade.

A análise dos resultados obtidos na sequência da aplicação da *Escala Sobre a Felicidade* (ESaF¹⁹) (Barros, 2001) à nossa amostra (N=158), revelou que o valor da consistência interna foi de 0.897, o que indica *boa*²⁰ consistência interna da escala. Na mesma linha de pensamento do autor (Barros, 2001) procedeu-se à análise de correlação entre a ESaFe a SWLS, tendo-se verificado existir uma correlação linear positiva forte ($r = .703$; $p < .001$; N=158), o que apoiou a confirmação da validade de ambas escalas.

¹⁹ Vide Item 3.6 do Capítulo V e Anexo 3.6 dos Anexos do Capítulo V.

²⁰ α -Cronbach com consistência interna *boa* ($0,80 \leq \alpha < 0,90$).

Seguidamente apresenta-se a pormenorização da média e do desvio-padrão obtidos nos itens da ESaF aplicada à nossa amostra (N=158).

Itens	Média	Desvio-padrão
Item 1	3.73	0.93
Item 2	4.04	0.77
Item 3	4.09	0.74
Item 4	4.37	0.64
Item 5	4.27	0.84
Item 6	4.27	0.66
Item 7	3.64	0.98
Item 8	3.73	1.05
Item 9	3.73	0.91
Item 10	2.23	1.13
Item 11	2.47	1.14
Item 12	3.53	0.99
Item 13	3.99	0.78
Item 14	3.47	1.10
Item 15	3.50	1.00
Item 16	3.29	1.03
Item 17	2.92	1.09
Item 18	3.57	1.03

Tabela 6.19: média e desvio-padrão dos itens da ESaF (N = 158).

Tal como podemos constatar na Tabela 6.20, na decorrência da aplicação da ESaF, os grupos Alcalar e EPDI apresentaram valores médios aproximados sendo ambos superiores ao correspondente valor do grupo ERPI. Contudo, as diferenças entre os grupos não são significativas ($F [2,155] = 2.789$; $p = .065$) não deixando de ser, mesmo assim, indicativas da *tendência* que se verificou em ambas *Dimensões Afectiva e Cognitiva* do BES, anteriormente descritas nos Itens 4.3.1 e 4.3.2 do presente Capítulo.

	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	ANOVA (1)
ESaF	M = 66.92 DP = 8.79	M = 62.39 DP = 11.57	M = 65.50 DP = 9.71	$F (2,155) = 2.789$ $p = .065$

(1) Estatística e valor de significância do Teste ANOVA.

Tabela 6.20: comparação dos valores da escala ESaF entre os grupos (N = 158).

Neste âmbito, e nesta *Escala Sobre a Felicidade*, o grupo Alcalar obteve um valor médio de *felicidade* (66,92) superior ao valor obtido pelo grupo EPDI (65,5) e, também, superior à média do grupo ERPI (62,39) o qual, mais uma vez, se encontra numa posição, quantitativa e comparativamente, inferior aos restantes grupos da amostra.

5 - Avaliação de outras múltiplas características biopsicossociais intergrupais.

A seguir apresentam-se os resultados e análise comparativa das características intergrupais decorrentes da avaliação dos variados aspectos biopsicossociais obtidos a partir da bateria de testes específicos do PRNAR que decidimos aplicar à nossa amostra (N=158): a) Avaliação Funcional (EAIVD e EAVD); b) Comorbilidade; c) Indicadores de Risco Geriátrico; d) Função Cognitiva (SPMSQ); Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS21); Depressão (GDS15); e, f) Indicadores de Abuso.

5.1 - Avaliação Funcional.

A Avaliação Funcional dos sujeitos da amostra foi efectuada através de dois instrumentos:

- A *Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias* (EAIVD) de Lawton e Brody (1969);

- A *Escala de Actividades de Vida Diária* (EAVD), também conhecido como o *Índice de Katz*, de Katz *et al.* (1963).

5.1.1 - Actividades Instrumentais de Vida Diária (EAIVD).

A aplicação da EAIVD, na versão de 2007 por nós utilizada²¹ e quando aplicada à amostra (N=158), apresentou *boa* consistência interna, com o Alfa de Cronbach²² igual a 0,858.

Conforme podemos observar na Tabela 6.21, mostrada na página seguinte, o grupo ERPI apresentou uma pontuação superior na Dimensão *Dependência* quando comparado com os grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas em ambos casos ($p < .001$); não foram identificadas diferenças significativas entre as médias dos sujeitos dos grupos Alcalar e EPDI ($p = .324$).

²¹ Vide Item 3.7.4.1 do Capítulo V e anexo 3.7.4.1 dos Anexos do Capítulo V.

²² α -Cronbach com consistência interna boa ($0,80 \leq \alpha < 0,90$).

	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS ⁽¹⁾	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ⁽²⁾
AIVD	Md = 18.50 M = 17.70 DP = 6.07	Md = 25.50 M = 23.02 DP = 6.71	Md = 15.00 M = 16.37 DP = 6.48	$X^2 (2) =$ 28.983 $p < .001$	A vs. ERPI -> $p < .001$ A vs. EPDI -> $p = .324$ ERPI vs. EPDI -> $p < .001$

(1) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (2) Valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de Dunn.

Tabela 6.21: comparação da AIVD entre os grupos (N = 158).

Pelo exposto na Tabela supra, os resultados obtidos na AIVD indicam que as capacidades necessárias para viver quotidianamente em comunidade são significativamente inferiores nos residentes nas ERPI quando comparados com os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar ($p < .001$). Semelhantemente, a diferença comparativa nesta dimensão avaliada também é significativa entre o grupo ERPI e o grupo EPDI ($p < .001$). Isto significa que os residentes nas ERPI estavam significativamente mais *Dependentes* do que os habitantes na Aldeia-lar de S. José Alcalar e, também, mais *Dependentes* do que os utentes das EPDI.

5.1.2 - Escala de Actividades de Vida Diária (EAVD).

Na sequência da aplicação à amostra (N=158) e da subsequente análise dos dados, a Escala de Actividades de Vida Diária²³ (EAVD), também denominada por *Índice de Katz* (Katz *et al.*, 1963), apresentou uma consistência interna *razoável* com Alfa de Cronbach²⁴ igual a 0,775.

Como podemos observar na Tabela 6.22, exposta na página seguinte, o Teste de Independência do Qui-Quadrado permitiu-nos concluir que a classificação dos idosos na EAVD foi independente do grupo ($X^2 [2] = 2.466; p = .291$), ou seja, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as percentagens relativas aos sujeitos classificados como *Independentes* ou *Dependentes* nos três grupos estudados.

²³ Vide Item 3.7.4.2 do Capítulo V e Anexo 3.7.4.2 dos Anexos do Capítulo V.

²⁴ α -Cronbach com consistência interna razoável ($0,70 \leq \alpha < 0,80$)

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI- QUADRADO (1)
Independente	N = 123 (77.8%)	n1 = 42 (84.0%) Res. = 1.3	n2 = 40 (71.4%) Res. = -1.4	n3 = 41 (78.8%) Res. = 0.2	$X^2 (2) = 2.466$ $p = .291$
Dependente	N = 35 (22.2%)	n1 = 8 (16.0%) Res. = -1.3	n2 = 16 (28.6%) Res. = 1.4	n3 = 11 (21.2%) Res. = -0.2	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.

Tabela 6.22: resultados EAVD no total da amostra (N = 158) e na comparação entre os grupos.

Contudo, na tabela supra consta que, em linha com o esperado, a média de habitantes dependentes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar (16%) é menor quando comparada com a média dos residentes dependentes nas ERPI (28,6%) e, também, com a média de utentes dependentes nos EPDI (21,2%). Por conseguinte, salvaguardando que nesta dimensão funcional não se demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, verificámos uma *tendência* comparativa intergrupar quanto à *Independência*, sendo que o resultado da avaliação EAVD é inferior no grupo ERPI relativamente aos resultados dos grupos Alcalar e EPDI. Semelhantemente, comprovámos a predominância comparativamente superior do resultado médio alcançado pelo grupo de Alcalar quanto à *Independência* quando comparado com os respectivos valores médios obtidos pelos grupos ERPI e EPDI, tendo conseguido aquele grupo de habitantes da Aldeia-lar os melhores resultados médios na classificação *Independente e Dependente* relativamente às respectivas médias da amostra (N=158).

5.2 - Índice de Comorbilidade de Charlson.

No *Índice de Comorbilidade de Charlson*²⁵ (Charlson *et al.*, 1987) a comorbilidade está relacionada com o avançar da idade. Portanto, antes de passarmos à análise deste instrumento, importa recordar o que referimos no início da 3ª Secção do presente Capítulo: na nossa amostra (N=158) os utentes dos EPDI são, em média, mais novos (M=80,1 anos) do que os residentes na Aldeia-lar de Alcalar (M=84,2 anos) e, também, mais novos do que os residentes nas ERPI (M=83,52 anos).

²⁵ Vide Item 3.7.8 do Capítulo V e Anexo 3.7.8 dos Anexos do Capítulo V.

Ainda no âmbito da análise da comorbilidade, é indispensável salientarmos que o grupo de utentes dos EPDI possui uma menor percentagem de idosos longevos relativamente aos outros dois grupos, sendo essa diferença percentual na estratificação etária deste grupo expressa na percentagem de sujeitos cujas idades estão acima da *esperança média de vida* aos 65 anos (34.62%), o que compara com os grupos Alcalar (48.0%) e ERPI (48.21%).

No que respeita propriamente à análise dos resultados relativos ao *Índice de Comorbilidade de Charlson*, os utentes do grupo EPDI apresentaram um valor *médio* inferior quando comparados com os respectivos resultados dos outros dois grupos. Contudo, a análise revelou que as diferenças apenas são estatisticamente significativas entre os utentes dos EPDI e os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar ($p = .007$).

	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS ⁽¹⁾	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ⁽²⁾
Índice de comorbilidade	M = 5.64 DP = 2.27	M = 5.02 DP = 1.87	M = 4.69 DP = 1.49	$X^2 (2) =$ 7.621 $p = .022$	A vs. ERPI -> $p = .066$ A vs. EPDI -> $p = .007$ ERPI vs. EPDI -> $p = .349$

(1) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (2) Valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de *Dunn*.

Tabela 6.23: comparação entre os grupos no *Índice de Charlson*.

Dado que as médias de idade dos grupos têm muita relevância na análise *preditiva* inerente ao *Índice de Comorbilidade de Charlson*, os resultados comparativos entre os grupos não surpreendem face às médias e à distribuição etária dos grupos.

Teria sido interessante verificar a fiabilidade do *Índice de Comorbilidade* pela averiguação de quantos idosos ainda permaneciam vivos em cada um dos três grupos ao cabo de um ano após a passagem deste instrumento e, também, ao longo de dez anos.

Contudo, porque a nossa investigação não é longitudinal, não nos foi possível confirmar a previsibilidade indicada por este instrumento de avaliação. Apenas pudemos apurar, sem relevância estatística no efeito comparativo intergrupar, que na Aldeia-lar de S. José de Alcalar faleceram unicamente 3 idosos deste grupo até um ano após a passagem do inventário (em 2012) quando, segundo os resultados deste *Índice de Charlson*, seria previsível o falecimento de mais 2 indivíduos daquela subamostra, perfazendo um total expectável de 5, até final de 2013.

5.3 - Indicadores de Risco Geriátrico.

A aplicação dos *Indicadores de Risco Geriátrico*²⁶, seleccionados a partir do PRNAR e validados para a população portuguesa por Mourão (2008), permitiu-nos avaliar a amostra (N=158) relativamente ao risco concernente a vários aspectos biopsicossociais, os quais passamos a descrever e a analisar em seguida.

5.3.a) Polifarmácia.

Na Tabela 6.24 podemos constatar que, da amostra total (N=158) e em média, um pouco menos de metade (47,5%) dos sujeitos estava *em risco* de polifarmácia.

A análise do Teste de Independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 7.313; p = .026$) indicou que o risco associado à polifarmácia dependia do grupo considerado. A análise dos resíduos ajustados estandardizados demonstrou que a percentagem de sujeitos *sem risco* no grupo Alcalar foi superior ao esperado, a um nível de significância de 5%.

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI- QUADRADO ⁽¹⁾
Sem risco	N = 83 (52.5%)	n1 = 34 (68.0%) Res. = 2.6	n2 = 24 (42.9%) Res. = -1.8	n3 = 25 (48.1%) Res. = -0.8	$X^2 (2) = 7.313$ $p = .026$
Em risco	N = 75 (47.5%)	n1 = 16 (32.0%) Res. = -2.6	n2 = 32 (57.1%) Res. = 1.8	n3 = 27 (51.9%) Res. = 0.8	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.

Tabela 6.24: comparação do risco associado à polifarmácia entre os grupos.

Neste indicador de risco os habitantes da Aldeia-lar de S. José de Alcalar apresentaram o melhor resultado percentual na classificação *sem risco* de polifarmácia comparativamente aos utentes dos EPDI e aos residentes nas ERPI; este último grupo apresentou o pior resultado percentual comparativo na classificação *sem risco*. Na mesma medida, no grupo Alcalar a percentagem de sujeitos *em risco* de polifarmácia foi significativamente inferior ao esperado sendo a mais baixa comparativamente aos grupos ERPI e EPDI os quais, por sua vez, obtiveram resultados em linha com o esperado, com o grupo ERPI a obter o mais negativo resultado percentual comparativo, i.e., o mais elevado risco de polifarmácia entre os grupos.

²⁶ Vide Item 3.7.7 do Capítulo V e Anexo 3.7.7 dos Anexos do Capítulo V.

5.3.b) Quedas.

No que respeita ao indicador do risco de quedas, no total da amostra (N=158) e em média, cerca de 84,2% dos sujeitos se revelaram *em risco* de queda.

O Teste de Independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 3.691; p = .158$) indicou que o risco de quedas foi independente do grupo.

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI- QUADRADO ⁽¹⁾
Sem risco	N = 25 (15.8%)	n1 = 12 (24.0%) Res. = 1.9	n2 = 7 (12.5%) Res. = -0.8	n3 = 6 (11.5%) Res. = -1.0	$X^2 (2) = 3.691$ $p = .158$
Em risco	N = 133 (84.2%)	n1 = 38 (76.0%) Res. = -1.9	n2 = 49 (87.5%) Res. = 0.8	n3 = 46 (88.5%) Res. = 1.0	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.
Tabela 6.25: comparação do risco de queda entre os grupos.

Conforme podemos observar na Tabela 6.25, a análise dos resíduos ajustados estandardizados mostrou que o grupo Alcalar apresentava uma percentagem de idosos *sem risco* de queda em linha com o esperado mas no limite da significância estatística. Percentual e comparativamente, o grupo EPDI possuía mais idosos *em risco* de quedas relativamente aos grupos ERPI e Alcalar. Por sua vez, este último grupo (não obstante ser, em média, constituído por sujeitos mais velhos entre os três grupos) obteve os melhores resultados face ao risco de quedas, i.e., a menor percentagem (76%) na classificação *em risco* de quedas comparativamente com os resultados percentuais dos residentes nas ERPI (87,5%) e dos utentes das EPDI (88,5%).

5.3.c) Incontinência urinária.

Quanto à avaliação da incontinência urinária, do total da amostra (N=158) e em média, cerca de 45,6% dos sujeitos estavam *em risco* de incontinência urinária.

Na Tabela 6.26, apresentada na página seguinte, pode-se constatar que o Teste de Independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 5.093; p = .078$) indicou que o risco de incontinência urinária foi independente do grupo.

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI- QUADRADO ⁽¹⁾
Sem risco	N = 86 (54.4%)	n1 = 32 (64.0%) Res. = 1.6	n2 = 32 (57.1%) Res. = 0.5	n3 = 22 (42.3%) Res. = -2.1	$X^2 (2) = 5.093$ $p = .078$
Em risco	N = 72 (45.6%)	n1 = 18 (36.0%) Res. = -1.6	n2 = 24 (42.9%) Res. = -0.5	n3 = 30 (57.7%) Res. = 2.1	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.

Tabela 6.26: comparação do risco de incontinência urinária entre os grupos.

Conforme podemos observar na tabela supra, entre os três grupos da amostra a percentagem de idosos *sem risco* de incontinência urinária é superior nos sujeitos do grupo Alcalar e inferior nos indivíduos do grupo EPDI; particularmente neste último grupo o valor percentual obtido na classificação *sem risco* é inferior ao esperado.

5.3.d) Obstipação.

Neste indicador, no total da amostra (N=158), em média, cerca de 40,5% dos sujeitos estava *em risco* de obstipação.

O Teste de Independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 1.230$; $p = .568$) mostrou que o risco de obstipação foi independente do grupo.

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI- QUADRADO ⁽¹⁾
Sem risco	N = 94 (59.5%)	n1 = 28 (56.0%) Res. = -0.6	n2 = 32 (57.1%) Res. = -0.5	n3 = 34 (65.4%) Res. = 1.1	$X^2 (2) = 1.130$ $p = .568$
Em risco	N = 64 (40.5%)	n1 = 22 (44.0%) Res. = 0.6	n2 = 24 (42.9%) Res. = 0.4	n3 = 18 (34.6%) Res. = -1.1	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.

Tabela 6.27: comparação do risco de obstipação entre os grupos.

Na tabela anteriormente apresentada podemos verificar que, entre os três grupos da amostra, a percentagem de idosos *sem risco* de obstipação é superior no grupo EPDI e muito próxima nos grupos Alcalar e ERPI, ambos casos com médias percentuais inferiores à correspondente média do total da amostra.

5.3.e.1) Distúrbios sensoriais - Audição.

Em relação aos distúrbios da audição, do total da amostra (N=158), em média, metade dos sujeitos estava *em risco* de padecer, pelo menos, de um distúrbio auditivo.

O Teste de Independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 0.606$; $p = .739$) indicou que o risco de distúrbio auditivo foi independente do grupo. A análise dos resíduos ajustados estandardizados revelou que os grupos se comportaram conforme o esperado.

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI- QUADRADO ⁽¹⁾
Sem risco	N = 79 (50.0%)	n1 = 27 (54.0%) Res. = 0.7	n2 = 26 (46.4%) Res. = -0.7	n3 = 26 (50.0%) Res. = 0.0	$X^2 (2) = 0.606$ $p = .739$
Em risco	N = 79 (50.0%)	n1 = 23 (46.0%) Res. = -0.7	n2 = 30 (53.6%) Res. = 0.7	n3 = 26 (50.0%) Res. = 0.0	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.

Tabela 6.28: comparação do risco de problemas de audição entre os grupos.

Entre os três grupos, os residentes nas ERPI apresentaram o pior resultado percentual na classificação *sem risco* (consequentemente, o grupo ERPI revelou possuir, percentual e comparativamente, mais sujeitos *em risco* auditivo), enquanto os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar apresentaram, em média, o melhor resultado percentual na classificação *sem risco* referente à avaliação deste distúrbio sensorial.

5.3.e.2) Distúrbios sensoriais - Visão.

Do total da amostra (N=158), 63,3 % dos sujeitos estavam *em risco* de distúrbio visual. O Teste de Independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 1.745$; $p = .418$) indicou que o risco de problemas de visão foi independente do grupo.

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI- QUADRADO ⁽¹⁾
Sem risco	N = 58 (36.7%)	n1 = 22 (44.0%) Res. = 1.3	n2 = 18 (32.1%) Res. = -0.9	n3 = 18 (34.6%) Res. = -0.4	$X^2(2) = 1.745$ $p = .418$
Em risco	N = 100 (63.3%)	n1 = 28 (56.0%) Res. = -1.3	n2 = 38 (67.9%) Res. = 0.9	n3 = 34 (65.4%) Res. = 0.4	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.

Tabela 6.29: comparação do risco de problemas de visão entre os grupos.

Na tabela anteriormente exposta pode observar-se que a análise dos resíduos ajustados estandardizados indica que os resultados dos grupos estiveram de acordo com o que era esperado. Quando comparados os grupos, a percentagem de idosos *sem risco* de problemas de visão é menor no grupo ERPI pelo que, conseqüentemente, este grupo obteve o pior resultado na identificação de sujeitos com problemas de visão. Por sua vez, os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar apresentaram, em média, a maior percentagem comparativa relativamente à classificação *sem risco* neste indicador de perturbação sensorial ou seja, demonstraram o melhor resultado no que respeita a sujeitos *sem risco* no padecimento de distúrbios visuais.

5.3.f) Distúrbios do sono.

Relativamente à avaliação dos distúrbios do sono verificou-se que, do total da amostra (N=158) cerca de 82% dos sujeitos estavam *em risco* de distúrbio de sono.

O Teste de Independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 2.624; p = .269$) demonstrou que o risco de distúrbios do sono foi independente do grupo.

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI- QUADRADO ⁽¹⁾
Sem risco	N = 27 (17.1%)	n1 = 12 (24.0%) Res. = 1.6	n2 = 7 (12.5%) Res. = -1.1	n3 = 8 (15.4%) Res. = -0.4	$X^2 (2) = 2.624$ $p = .269$
Em risco	N = 131 (82.0%)	n1 = 38 (76.0%) Res. = -1.6	n2 = 49 (87.5%) Res. = 1.1	n3 = 44 (84.6%) Res. = 0.4	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.
Tabela 6.30: comparação do risco de distúrbios do sono entre os grupos.

Na tabela anterior podemos ainda observar que a análise dos resíduos ajustados estandardizados mostra que os grupos se comportaram conforme o esperado. Em termos comparativos, a percentagem de idosos *sem risco* de distúrbios de sono foi superior no grupo Alcalar relativamente à percentagem de idosos *sem risco* nos outros dois grupos.

É de salientar que, entre os três grupos da amostra, os residentes nas ERPI apresentaram comparativamente a menor percentagem na classificação *sem risco* de distúrbio de sono, i.e., nesta classificação *sem risco* os sujeitos do grupo ERPI manifestaram o pior resultado intergrupar relativamente ao risco de distúrbios de sono, o que significa que entre os três grupos, os residentes nas ERPI estavam em maior risco nesta dimensão patológica.

5.4 - O Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).

O *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) ou Questionário Curto de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975) é um teste rápido que permite identificar a possibilidade de existência de deterioração da função cognitiva, a vários níveis. Especificamente, o SPMSQ²⁷ avalia a função cognitiva ao nível da orientação espaço-temporal, da memória recente, da evocação e do cálculo. É constituído por dez itens de resposta verbal, aos quais correspondem a contagem dos erros em cada item e ao somatório final: quantos mais erros identificados maior a deterioração mental do sujeito.

Na Tabela 6.31 verifica-se que os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar obtiveram uma pontuação comparativa e significativamente inferior aos respectivos resultados médios dos residentes nas ERPI e dos utentes dos EPDI.

	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS ⁽¹⁾	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ⁽²⁾
Erros	M = 2.17 DP = 1.57	M = 3.87 DP = 2.13	M = 3.58 DP = 2.13	$X^2(2) =$ 20.016 $p < .001$	A vs. ERPI -> $p < .001$ A vs. EPDI -> $p < .001$ ERPI vs. EPDI -> $p = .607$

(1) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (2) Valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de Dunn.

Tabela 6.31: comparação do número de erros entre os grupos.

A tabela anterior mostra que as diferenças comparativas entre o grupo Alcalar e ambos os grupos ERPI e EPDI são estatisticamente significativas ($p < .001$).

Por outras palavras, a deterioração da função cognitiva é significativamente menor no grupo Alcalar quando comparado com o grupo EPDI e, também, na relação comparativa com o grupo ERPI.

Por sua vez, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = .607$) na comparação entre a aptidão cognitiva dos sujeitos do grupo ERPI e o correspondente funcionamento cognitivo dos sujeitos do grupo EPDI.

Comparativamente, de entre os três grupos da amostra e em média, o grupo Alcalar demonstrou o melhor resultado médio concernente à função cognitiva, enquanto o grupo ERPI apresentou o pior resultado funcional cognitivo.

²⁷ Vide Item 3.7.6 do Capítulo V e Anexo 3.7.6 dos Anexos do Capítulo V.

5.5 - Avaliação da Depressão, Ansiedade e Stresse.

5.5.1 - Escala de Depressão Geriátrica ou *Geriatric Depression Scale* (GDS15).

Na sequência da aplicação à amostra (N=158) da GDS15²⁸ (Sheikh & Yesavage, 1986; Veríssimo, 1988), e tendo por base a consequente análise, verificámos que metade dos sujeitos (50%) apresentou sintomatologia depressiva. Acresce referir que o Teste de Independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 13.794$; $p = .001$) indicou que o estado depressivo dependia do grupo considerado.

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI- QUADRADO (1)
Sem Depressão	N = 79 (50.0%)	n1 = 32 (64.0%) Res. = 2.4	n2 = 17 (30.4%) Res. = -3.7	n3 = 30 (57.7%) Res. = 1.4	$X^2 (2) = 13.794$ $p = .001$
Com Depressão	N = 79 (50.0%)	n1 = 18 (36.0%) Res. = -2.4	n2 = 39 (69.6%) Res. = 3.7	n3 = 22 (42.3%) Res. = -1.4	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.

Tabela 6.32: resultado da GDS15 nos grupos e no total da amostra (N = 158).

Na tabela supra podemos verificar que a análise dos resíduos ajustados estandardizados mostrou que a percentagem de sujeitos *Sem Depressão* no grupo Alcalar foi significativamente superior ao esperado e a mais elevada entre os três grupos, ao mesmo tempo que a percentagem de idosos *Com Depressão* neste grupo foi inferior ao comportamento expectável e a mais baixa comparativamente entre os grupos.

Contrariamente a Alcalar, o grupo ERPI apresentou a menor percentagem de sujeitos *Sem Depressão* sendo tal resultado significativamente inferior ao que se esperava, o que resulta numa percentagem de idosos *Com Depressão* significativamente superior ao que era expectável. Por sua vez, o grupo EPDI teve um comportamento semelhante ao esperado em ambas classificações *Sem Depressão* e *Com Depressão*.

Por conseguinte, podemos concluir que a percentagem de idosos deprimidos no grupo Alcalar (36.0%) foi significativamente inferior ao esperado, sendo a mais baixa percentagem de idosos *Com Depressão* comparativamente aos grupos ERPI (69.6%) e EPDI (42.3%). É ainda de salientar que o grupo ERPI obteve o pior resultado percentual comparativo intergrupar, tendo sido identificada uma percentagem de idosos deprimidos significativamente mais elevada do que era expectável (quase 70%).

²⁸ Vide Anexo 3.7.5. dos Anexos do Capítulo V e Secção 3.7.5 do Capítulo V.

5.5.2 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens (EADS21).

Efectuado por Ribeiro *et al.* (2004), o estudo da adaptação portuguesa da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS21)²⁹ (no original denominada por *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS21), encontrou níveis de consistência interna no Alfa de Cronbach de: 0.74 para a escala *Ansiedade*, 0.85 para a escala *Depressão* e 0.81 para a escala do *Stresse*.

Conforme podemos verificar na Tabela 6.33 exposta em seguida, no nosso estudo ambas subescalas *Depressão* e *Stresse* mostraram uma *boa* consistência interna³⁰ ($\alpha = .821$ e $\alpha = .801$, respectivamente); todavia, a subescala *Ansiedade* apresentou uma consistência interna *fraca* ($\alpha = .618$).

Itens	Média	Desvio-padrão
Ansiedade ($\alpha = .618$)		
Item 2	1.27	1.091
Item 4	0.58	0.876
Item 7	0.93	1.010
Item 9	0.23	0.563
Item 15	0.12	0.380
Item 19	0.75	0.935
Item 20	0.33	0.591
Depressão ($\alpha = .821$)		
Item 3	0.78	0.826
Item 5	0.79	0.882
Item 10	1.13	0.929
Item 13	1.23	1.009
Item 16	0.83	0.883
Item 17	0.78	0.975
Item 21	0.75	0.962
Stresse ($\alpha = .801$)		
Item 1	0.43	0.699
Item 6	0.41	0.688
Item 8	1.06	0.953
Item 11	0.58	0.743
Item 12	0.57	0.743
Item 14	0.35	0.704
Item 18	0.55	0.728

Tabela 6.33: média e desvio-padrão dos itens da EADS21.

Com se verifica na tabela anterior, a subescala *Ansiedade* apresentou uma *fraca* consistência interna ($\alpha = .618$) enquanto as subescalas *Depressão* e *Stresse* revelaram possuir uma *boa* consistência (respectivamente com $\alpha = .812$ e $\alpha = .801$).

²⁹ Vide Item 3.3 do Capítulo V e Anexo 3.3 dos Anexos do Capítulo V.

³⁰ α -Cronbach com consistência interna fraca ($0,60 \leq \alpha < 0,70$);

α -Cronbach com consistência interna boa ($0,80 \leq \alpha < 0,90$).

Na análise da EADS21, no que respeita à subescala de *Ansiedade*, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações dos três grupos estudados ($X^2 [2] = 2.471$; $p = .291$), conforme se verifica na Tabela 6.34, apresentada a seguir:

	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS ⁽¹⁾	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ⁽²⁾
Ansiedade	M = 9.04 DP = 6.21	M = 8.54 DP = 5.87	M = 7.65 DP = 6.86	$X^2 (2) = 2.471$ $p = .291$	Sem dif. significativas
Depressão	M = 9.84 DP = 7.14	M = 15.89 DP = 9.16	M = 11.62 DP = 9.46	$X^2 (2) = 12.409$ $p = .002$	A vs. ERPI -> $p = .002$ A vs. EPDI -> $p = .399$ ERPI vs. EPDI -> $p = .011$
Stresse	M = 6.64 DP = 6.52	M = 9.82 DP = 6.94	M = 7.00 DP = 7.61	$X^2 (2) = 9.282$ $p = .010$	A vs. ERPI -> $p = .009$ A vs. EPDI -> $p = .995$ ERPI vs. EPDI -> $p = .009$

(1) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (2) Valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de *Dunn*.

Tabela 6.34: comparação entre os grupos nas subescalas da EADS21.

Conforme exposto na Tabela supra, no que concerne à subescala *Ansiedade*, verificou-se que, em termos médios, o grupo Alcalar apresentou um valor médio mais elevado quando comparado com os outros dois grupos. Nesta subescala, é de realçar que o grupo ERPI apresentou o valor médio mais baixo. Esta surpreendente anomalia na tendência geral verificada nas outras escalas e nas outras dimensões pode estar relacionada com a vivência ambiental (i.e., uma envolvimento quotidiana institucionalizada com elevada ascendência hospitalar) podendo ficar a dever-se à sobremedicação, geralmente ansiolítica, já que o grupo ERPI está comparativamente mais medicado que os seus congéneres. Neste sentido, o resultado obtido nesta subescala pelo grupo Alcalar, além do raciocínio inverso exposto relativamente à sobremedicação do grupo ERPI, pode estar relacionado com a natural manifestação dos sinais de ansiedade funcional decorrente da autonomia quotidiana, anteriormente identificada. Tal resultado também pode estar relacionado com factores bioquímicos inerentes à condição etária, já que o grupo Alcalar é o mais longo entre os três.

Tendo em consideração as dúvidas suscitadas face a tais resultados, mais estudos são necessários por forma a comprovar-se as causas da referida anomalia referente aos resultados entre os grupos nesta subescala *Ansiedade*.

Quanto à *Depressão*, verificámos que os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar obtiveram pontuações inferiores às dos residentes nas ERPI e às dos utentes dos EPDI, o que significa que entre os sujeitos do grupo Alcalar houve, em média, menos indivíduos deprimidos do que entre os seus pares dos grupos ERPI e EPDI. Por sua vez, o grupo ERPI apresentou o mais elevado nível de depressão comparativamente aos respectivos níveis médios dos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos (respectivamente, $p = .002$ e $p = .011$). Portanto, nesta subescala *Depressão* e comparativamente entre os grupos, Alcalar apresentou a menor incidência na *Depressão*, ao contrário do grupo ERPI o qual revelou a maior incidência depressiva entre os três grupos da amostra.

No que respeita à subescala *Stresse*, tal como podemos observar na Tabela 6.35, é de referir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ($p = .995$). Todavia, salientamos que os residentes nas ERPI apresentaram um nível médio de stresse superior aos correspondentes valores obtidos pelos grupos Alcalar e EPDI sendo as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo ERPI e ambos Alcalar e EPDI ($p = .009$, respectivamente).

5.6 - Avaliação do Abuso pelo *Questionário Breve de Rastreio de Abuso*.

Na análise dos dados recolhidos pelo *Questionário Breve de Rastreio de Abuso*³¹ contra a pessoa idosa (QBRA), validado para a população portuguesa por Mourão (2008), o teste de independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 0.324$; $p = .850$) indica que o *risco de maus-tratos* é independente do grupo. Conforme indicado na Tabela 6.36, do total da amostra (N=158) cerca de 25,3 % dos sujeitos estava em risco de abuso.

Classificação	Total (N = 158)	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	QUI-QUADRADO (1)
Sem risco	N = 118 (74.7%)	n1 = 36 (72.0%) Res. = -0.5	n2 = 43 (76.8%) Res. = 0.5	n3 = 39 (75.0%) Res. = 0.1	$X^2 (2) = 0.324$ $p = .850$
Em risco	N = 40 (25.3%)	n1 = 14 (28.0%) Res. = 0.5	n2 = 13 (23.2%) Res. = -0.5	n3 = 13 (25.0%) Res. = -0.1	

(1) Estatística e valor de significância do teste do Qui-Quadrado; Res. - Resíduos ajustados estandardizados.

Tabela 6.35: resultados grupais e comparação do risco de violência e maus tratos entre os grupos.

³¹ Vide Item 3.7.9 do Capítulo V e Anexo 3.7.9 dos Anexos do Capítulo V.

Conforme se verifica na Tabela 6.35, antes exposta, a análise dos resíduos ajustados estandardizados leva-nos a concluir que os três grupos obtiveram resultados em sintonia com o que era esperado. Neste âmbito, o grupo Alcalar revelou uma percentagem relativa ao risco de abuso ligeiramente superior à média da amostra, enquanto o grupo ERPI mostrou uma percentagem de idosos em risco de abuso ligeiramente inferior à média da amostra.

Supomos que tais resultados possam estar relacionados com a dinâmica própria aos relacionamentos (formais e informais, afectivos e de vizinhança) intra-residenciais e extra-residenciais, por sua vez estabelecidos entre (e com) os sujeitos nos respectivos espaços ambientais.

Note-se que as características ambientais próprias do paradigma residencial em que habitam os sujeitos do grupo Alcalar poderão, eventualmente, ser mais propícias a momentos de tensão interpares (entre a vizinhança, entre os coabitantes da mesma residência e/ou entre os casais³²), por via da menor presença da mediação institucional dos técnicos na dinâmica relacional quotidiana entre os habitantes da Aldeia-lar.

Os resultados que obtivemos no QBRA, particularmente quanto à Aldeia-lar de S. José de Alcalar, por nos parecerem algo inusitados mas também preocupantes, suscitam-nos todo o interesse, seja no que concerne à compreensão do fenómeno como, também, no que respeita à conseqüente contribuição que, eventualmente, possamos efectuar tendo em vista o solucionamento e a prevenção das eventuais situações de abuso que possam ocorrer nesta comunidade; daí que entendamos que estamos perante uma área particularmente difícil e sensível, a qual requer, futuramente, mais investigação.

³² Importa recordar que entre os casais ou coabitantes poderá existir um historial prévio de abuso ou de violência familiar, não devidamente identificado e/ou ainda por solucionar.

6 – Discussão dos resultados.

Tendo subjacente a compreensão da influência ambiente-residencial sobre a vivência perceptiva dos idosos institucionalizados em determinados contextos institucionais residenciais comunitários, ao iniciarmos o nosso estudo – o qual envolveu três grupos, nomeadamente: 1) os habitantes num modelo especial de ERPI, constituído sob a forma de Aldeia-lar; 2) os residentes nas ERPI comuns; e 3) os utentes dos EPDI – estivemos desde o início convictos que era indispensável avaliarmos a percepção da *qualidade de vida (qdv)*, sendo identicamente relevante a avaliação do Bem-Estar Subjectivo (BES) mas também, complementarmente, aferirmos o Bem-Estar numa orientação psico-eudaimónica por via da mensuração de outras dimensões biopsicossociais, por serem integrantes vitais na existência dos sujeitos.

Porquê a escolha de tal estratégia na investigação que suporta o nosso estudo? A resposta é suportada pela rememoração de que era nosso objectivo verificarmos, a partir da amostra, como se comportariam os sujeitos, respectivamente, nos grupos e, comparativamente, entre os grupos quanto: i) aos níveis percepcionados de *qdv* e de *Bem-Estar*³³; ii) aos resultados relativos à ampla gama de medições biopsicossociais. Daí decorre que, conforme exposto ao longo do Capítulo V, tenhamos aplicado uma extensa bateria de instrumentos na fase do estudo observacional transversal, a partir da qual, já no presente capítulo, examinámos os resultados obtidos mediante a análise comparativa intergrupar, descritiva e inferencial.

Seguidamente, iremos abordar com mais detalhe os resultados obtidos no que diz respeito à *qdv* e ao Bem-Estar *lato sensu* – quer seja subjectivo ou objectivo, psicológico ou físico, específico ou global – assim como os resultados referentes às restantes dimensões biopsicossociais avaliadas.

No que se refere à avaliação da percepção sobre a *Qualidade de Vida* em idosos, seguimos a recomendação dos autores (WHOQOL, 2005; Fleck *et al.*, 2006) sobre a impreteribilidade da aplicação de dois instrumentos WHOQOL (o WHOQOL-BREF e WHOQOL-Old) à nossa amostra (N=158), nomeadamente por esta ser constituída por sujeitos com mais de 65 anos.

³³ O conceito alargado de Bem-Estar que decidimos estudar incluiu o constructo *hedonista* de Bem-Estar Subjectivo (BES) ao qual agregámos a mensuração da *felicidade*. Associada e subjacentemente, considerámos a concepção de Bem-Estar Psicológico (BEP), desta feita passível de ser estimada por via dos instrumentos clínicos que avaliaram vários domínios funcionais (por exemplo a EAIVD) e diversos recursos psicológicos individuais, por exemplo ao nível do Humor, da Ansiedade ou do Stresse.

No que respeita ao instrumento WHOQOL-BREF, verificámos uma disrupção na consistência interna em dois dos 6 domínios, designadamente no *Domínio Meio Ambiente* cuja consistência interna foi *fraca* ($\alpha = .677$) e no *Domínio Relações Sociais* cujo valor de Alfa de Cronbach foi *inaceitável* ($\alpha = .402$), mesmo tendo em conta que, neste último caso, se trata de uma escala com apenas 3 itens.

Tendo em conta os resultados acima descritos, particularmente no *Domínio Relações Sociais*, estamos de acordo com Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) relativamente à apreciação crítica dos idosos sobre a avaliação da faceta *actividade sexual* sobretudo ter sido reduzida ao mero *acto sexual* e não incluir as manifestações de afecto tais como a troca de beijos ou as carícias. Note-se que durante a aplicação do WHOQOL-BREF à amostra constatámos o desagrado acima mencionado, tendo sido amiudadamente verbalizado pelos nossos sujeitos o reparo sobre a supracitada faceta, pelo que é provável que o cariz redutor implícito na faceta *actividade sexual* possa constituir uma limitação que influencia a consistência no domínio em causa.

No que se refere à fraca consistência do *Domínio Meio Ambiente* (próxima do limite da razoabilidade [$\alpha = .677$]), o item que se revelou problemático refere-se ao “Tem dinheiro Suficiente para satisfazer as suas necessidades”. Todavia, parece-nos necessário relembrar que, conforme exposto na Tabela 6.7, a média de rendimentos brutos nos grupos é relativamente baixa. Tanto o grupo de Alcalar como o grupo ERPI possuem sujeitos com fraco rendimento disponível (os habitantes na Aldeia-lar entregam 85% do seu rendimento mensal à Instituição, enquanto aos residentes nas ERPI, em regra, pouco ou nada lhes resta após o pagamento mensal às instituições em que vivem). Ainda quanto à fraca consistência do item supracitado, podemos considerar outra possibilidade adicional: pode ter ocorrido a influência circunstancial relativa ao efeito protector das “respostas convenientes” vs. “respostas genuínas” (Albuquerque, 2012), sobretudo por ser um domínio sensível. Dado que a disponibilidade financeira é condição básica para o acesso a bens e a serviços essenciais à manutenção do apoio e à sobrevivência na velhice, a admissão verbalizada da escassez de recursos associada ao reconhecimento do baixo controlo pessoal pode significar o reconhecimento público da ineficácia e da perda de autonomia pessoais o que, por sua vez, implicaria a majoração da crítica social concomitante ao despoletar de sentimentos internos de desagrado, de auto-crítica, de frustração e/ou de incompetência.

Para rematar a discussão sobre a consistência do WHOQOL-BREF, tal como se pode constatar na Tabela 6.9, salientamos que foi identificada boa consistência quanto à coerência das respostas nas restantes dimensões avaliadas (mais relacionadas com o auto-controlo e demais condições correlacionáveis com as idiossincrasias dos sujeitos), como por exemplo nos *Domínios Físico e Psicológico*, nos quais a consistência foi *boa*, com os respectivos valores de $\alpha = .836$ e de $\alpha = .802$.

No que se refere aos resultados concernentes ao WHOQOL-BREF, conforme foi exposto na Tabela 6.10, quanto ao *Domínio Percepção sobre a qualidade de vida* e do ponto de vista geral, o nível de *qdv* avaliado pelo grupo Alcalar foi superior à *qdv* percebida pelo grupo ERPI e também superior à *qdv* percebida pelo grupo EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas na comparação entre o grupo Alcalar e os grupos ERPI e EPDI (respectivamente $p < .001$ em ambos casos).

Ainda no que se refere à percepção da *qdv* geral, também foi significativa a diferença entre os utentes dos EPDI e os residentes nas ERPI ($p = .006$). Aliás, tal como sucedeu na larguíssima maioria dos instrumentos que aplicámos à amostra, também neste instrumento QOL o grupo ERPI revelou invariavelmente os resultados comparativamente mais baixos, seja nas médias, no cômputo geral ou nos domínios específicos.

Relativamente ao *Domínio Percepção sobre a Saúde*, apesar de não termos identificado diferenças significativas na comparação intergrupar, salientamos que parece verificar-se a *tendência* comparativa entre as médias dos grupos, a qual se replicará muitas mais vezes nos restantes instrumentos da bateria aplicada aos sujeitos da amostra. Neste sentido, quando comparado com os grupos ERPI e EPDI, o grupo de Alcalar revelou o melhor nível médio de *Percepção sobre a Saúde*, enquanto o grupo ERPI apresentou a média mais baixa de entre os três grupos considerados.

Nesta lógica, parece-nos adequado lembrar que Paúl *et al.* (2004) argumentaram que são os idosos que se avaliam como tendo melhor Saúde aqueles que apresentam melhores níveis de *qdv geral*, o que parece confirmar-se quando observamos os resultados médios obtidos pelos três grupos amostrais naquelas áreas, nomeadamente, no *Domínio Percepção sobre a Qualidade de Vida* e no *Domínio Percepção sobre a Saúde*.

No que se refere ao *Domínio Físico*, conforme observado na Tabela 6.10, o grupo ERPI apresentou um nível médio inferior aos valores médios dos grupos EPDI e Alcalar, sendo as diferenças estatisticamente significativas entre os residentes nas ERPI e os utentes dos EPDI e no limite da significância entre os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar na comparação com os residentes nas ERPI.

A este propósito, Paúl *et al.* (2004) sustentaram que a *qdv física* varia conforme as *actividades* da vida diária. Com efeito, se verificarmos os resultados da *Avaliação Funcional* obtidos mediante a aplicação da Escala EAIVD (Tabela 6.21) e da Escala EAVD (Tabela 6.22), podemos constatar que o grupo Alcalar evidenciou, de modo significativo, mais competências para viver activa e instrumentalmente em comunidade quando comparado com o grupo ERPI, enquanto os sujeitos deste grupo de residentes mostraram a maior incapacidade instrumental na acção quotidiana comparativamente aos grupos Alcalar e EPDI. Por sua vez, especificamente na avaliação relativa à Escala de Actividades da Vida Diária, constatámos uma tendência indicativa da existência de mais idosos *independentes* (84%) no grupo Alcalar comparativamente ao grupo de residentes nas ERPI (71,4%) e, também, do que o grupo de utentes das EPDI (78,8%), pelo que corroboramos as afirmações de Paúl *et al.* (2004) acima referidas.

No que diz respeito ao *Domínio Psicológico*, área essencial quanto à percepção do Bem-Estar Subjectivo (Diener *et al.*, 1991), estamos de acordo com Paúl *et al.* (2004) quando os autores defendem que aquela dimensão pode variar com o *estado civil* (ou seja, o nível de *qdv psicológica* é melhor nos idosos casados ou em união-de-facto comparativamente aos solteiros ou aos viúvos). Tal parece confirmar-se no nosso estudo já que os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar constituem o grupo com a média mais elevada na conjugalidade, pelo que essa especificidade pode ter influenciado positivamente a percepção da *qdv psicológica* deste grupo em relação aos seus congéneres. Ainda no que toca ao *Domínio Psicológico*, é sabida a importância na vida psíquica os múltiplos factores ambientais, psicossociais e biológicos, os quais podem ser, inclusiva e correlativamente, preditores do desenvolvimento e do equilíbrio cognitivo e emocional e da boa Saúde psíquica das pessoas. A influência de tais condições parece ter sido comprovada quando constatámos, nesta dimensão (e, em geral, neste instrumento QOL), a predominância dos bons resultados comparativos do grupo Alcalar relativamente aos baixos *scores* do grupo ERPI, aliás, tendência que se repetirá na larguíssima maioria das medidas biopsicossociais aplicados à amostra.

Na análise do WHOQOL-BREF, quanto à influência do nível de educação como preditor da *qdv física* e da *qdv psicológica* defendida por Paúl *et al.* (2004), tal enunciado não foi totalmente confirmado no nosso estudo porquanto os sujeitos do grupo Alcalar, não obstante serem os mais iletrados entre os três grupos constituem, ainda assim, o grupo de indivíduos que apresentou, comparativamente, o melhor resultado global no *Domínio Psicológico*, além de revelar um resultado intermédio intergrupar quanto ao *Domínio Físico*. Por outras palavras, na correlação supra, o grupo Alcalar superou o grupo ERPI em ambos *Domínios Psicológico* e *Físico* e superou ambos grupos no *Domínio Psicológico*. Todavia, neste âmbito da relação entre o nível de educação e a percepção da *qdv física* e da *qdv psicológica*, numa perspectiva analítica restrita ao grupo ERPI e ao grupo EPDI, o nosso estudo confirmou as opiniões dos autores supracitados, sendo somente a exceção aplicável ao grupo Alcalar.

No que respeita à relação entre a *idade* e a *qdv*, Paúl *et al.* (2004) argumentaram que a *qdv geral* diminui à medida que a *idade* aumenta. Na generalidade concordamos com aqueles autores quando tal enunciado se referir, única e exclusivamente, à progressão da correlação longitudinal entre a *idade* e a *qdv*, tanto ao nível individual como num qualquer grupo de indivíduos cuja distribuição etária seja aproximadamente homogénea. Contudo, com todo o respeito, neste aspecto e devido aos resultados do nosso estudo especificamente quanto ao grupo Alcalar, divergimos das opiniões supra: a relação causal inversamente progressiva entre a *idade* e a *qdv*, quando considerada a nossa investigação transversal comparativa, não parece aplicar-se ao grupo Alcalar. Neste sentido, apesar do grupo Alcalar ser constituído por sujeitos mais velhos comparativamente aos grupos congéneres (tanto na média geral como nos escalões etários), os habitantes na Aldeia-lar não deixaram de obter predominantemente os melhores resultados quanto à percepção da *qdv geral* na comparação intergrupar.

Por conseguinte, parece-nos sensato e racional validar o pressuposto que, na generalidade, a conjunção cumulativa de factores bio-degenerativos ao longo da vida, individualmente variáveis e tendencialmente progressivos, sendo inerente ao processo senescente, origina a degradação física e/ou psíquica dos indivíduos o que, por sua vez, poderá influenciar a respectiva percepção da *qdv* (aliás, tal como antes relatámos, disto deram conta Paúl *et al.* [2004], ao defenderem que os idosos com melhor percepção sobre a sua condição de Saúde apresentaram melhores níveis de *qdv geral*).

Todavia, os resultados referentes ao nosso estudo transversal intergrupar suscitam-nos a suposição de que existem factores biopsicossociais e ambientais que são protectores e que podem influenciar positivamente aquela correlação inversamente progressiva entre a *idade* e a percepção da *qdv* (geral ou por domínios específicos). A nossa suposição far-nos-á ainda mais sentido lógico se considerarmos os resultados obtidos na relação comparativa, num dado momento, entre os grupos de indivíduos influenciados pela variável *Ambiente* (neste sentido, referimo-nos aos *ambientes residenciais* Alcalar, ERPI ou EPDI). Tal pressuposto não será despiciendo se relembrarmos a influência, independentemente do factor *idade*, dos efeitos das variáveis de *controlo ambiental*, de *auto-controlo* e de *auto-eficácia* relativamente a vários parâmetros correlacionados com a *qdv* dos indivíduos, tal como foi comprovado pelos estudos de Langer (2009) sobre o rejuvenescimento e a reversão da dependência funcional, oportunamente relatados no Item 2.3 do Capítulo I.

Tendo em conta os nossos resultados, pensamos que a percepção sobre a Saúde, a dimensão psicológica e física em associação às circunstâncias ambientais fortemente marcadas pelo contexto residencial, de conjugalidade e do estilo de vida, associadamente à influência das variáveis de auto-controlo e auto-eficácia, podem ter uma interferência protectora na percepção da *qdv*, global e/ou por Domínios. Neste sentido, recordemos que os idosos do grupo Alcalar, possuindo condições ambientalmente diferenciadas, em regra apresentam resultados mais favoráveis naquelas facetas comparativamente aos outros grupos, não obstante este grupo de aldeãos terem vários preditores tidos como desfavoráveis, tais como a idade, o rendimento e a instrução. Tais vantagens ambientais (tal como foram descritas nas 1^a, 2^a e 3^a Secções do Capítulo III ou sendo igualmente relacionáveis com o descrito no Item 2.3 do Capítulo I) podem ter influenciado os resultados comparativos intergrupais, sobretudo quando analisámos o comportamento estatístico dos grupos Alcalar e ERPI.

A este propósito há que destacar que, na análise do WHOQOL-BREF assim como na análise dos demais instrumentos da nossa bateria, os resultados obtidos pelos habitantes do grupo Alcalar surpreendem frequentemente pela positiva: em nossa opinião, fundamentada na revisão da literatura efectuada nos primeiros capítulos, tal dever-se-á à interdependência de factores particularmente especiais que lhes assistem, aos quais estão inerentes as condições ambientais e psicossociais descritas ao longo do nosso estudo, as quais se consubstanciam favoravelmente no paradigma residencial em que habitam, i.e., no Modelo de Alcalar.

Importa ainda salientar que neste instrumento WHOQOL-BREF (tal como sucedeu na larga maioria dos resultados dos demais instrumentos de medida aplicados à amostra na presente investigação) os residentes nas ERPI demonstram comparativamente os piores resultados nos domínios avaliados, enquanto os habitantes do Modelo de Alcalar obtiveram predominantemente bons *scores*, quando não demonstraram os melhores resultados. Aliás, a tendência verificada na avaliação dos habitantes da Aldeia-lar só não é uma característica absoluta porque os utentes dos EPDI superam-nos em algumas dimensões (e em alguns outros, poucos, resultados parcelares da nossa bateria de testes), tal como sucedeu nomeadamente nos *Domínios Físico* e das *Relações Sociais*, contudo, sem que haja significância estatística na relação comparativa intergrupala em ambos casos.

Por lealdade com o rigor da investigação devemos ainda mencionar que, aquando do nosso estudo e respectiva análise da *qdv*, houve um aspecto que nos suscitou alguma reserva: o *género* dos sujeitos na distribuição da amostra. Neste âmbito, a subamostra de Alcalar contou, aproximadamente, com mais 11% de homens na comparação com a distribuição de géneros nas outras subamostras e tal poderia, eventualmente, ter influenciado, ainda que residualmente, a percepção global de *qdv*. Quanto a esta possível limitação, o nosso receio inicial susteve-se na opinião de alguns autores, os quais defenderam que os baixos níveis de *qdv* podem ser relacionados com factores simultâneos entre os quais um é ser-se do género feminino (Sprangers *et al.* 2000; Kirchengast & Haslinger, 2008). Contudo, quanto à possível influência perturbadora do género nos resultados que obtivemos, tendo por base a amplitude dos factores biopsíquicos e sócio-ambientais, estamos de acordo com Fernández-Ballesteros (2000) quando a autora defendeu que a maior ou menor *qdv* percebida pelos idosos resulta fortemente das circunstâncias e do contexto em que eles vivem, assim como de outras múltiplas variáveis tais como o estatuto social e o estilo de vida, principalmente a longo prazo, e não dependendo apenas do género.

Pelo exposto, e adicionalmente, concordamos com Fleck *et al.* (2003) quando estes autores concluíram que entre os idosos existe a percepção de múltiplos elementos associados à *qdv* entre os quais salientam, por serem consensuais, a boa Saúde, o dinamismo físico, o contacto inter-relacional, o apoio social mútuo e os sentimentos de pertença e de utilidade comunitária, daqui podendo ser concluída a significação multidimensional de *qdv* correlacionada com a dimensão biopsíquica na relação com o espaço sócio-ambiental.

Quanto aos resultados obtidos através do WHOQOL-Old PT, globalmente, a escala apresentou uma *boa* consistência interna ($\alpha = .884$). Contudo verificou-se uma *fraca* consistência na subescala *Actividades passadas, presentes e futuras* ($\alpha = .662$). As subescalas *Autonomia* e *Morte e morrer* apresentaram consistência *razoável* (respectivamente com $\alpha = .749$ e $\alpha = .758$). As restantes subescalas (*Funcionamento Sensorial, Participação Social e Intimidade*) apresentaram *boa* consistência, com valores de Alfa de Cronbach superiores a 0.850.

A avaliação da percepção da *qdv global* dos residentes nas ERPI revelou um valor médio inferior quando comparado aos valores médios obtidos pelos habitantes da Aldeia-lar de S. José de Alcalar e pelos utentes dos EPDI, sendo tais diferenças comparativas estatisticamente significativas em ambos casos ($p < .001$). Entre os grupos Alcalar e EPDI não existiram diferenças comparativas estatisticamente significativas.

Especificamente na dimensão *Funcionamento sensorial* o grupo ERPI obteve um valor médio inferior aos respectivos resultados médios dos grupos Alcalar e EPDI; no entanto as diferenças só foram estatisticamente significativas entre os grupos ERPI e EPDI ($p = .014$). Tal resultado não nos surpreende pois é consensualmente aceite que se trata de uma componente avaliativa essencialmente geriátrica, portanto bastante correlacionada com a degeneração fisiológica, cuja intensidade é mais comum nas idades mais avançadas (neste âmbito, os grupos ERPI e Alcalar são constituídos por sujeitos, em média, mais idosos do que a média dos sujeitos do grupo EPDI). O que se distinguiu (e de certo modo, surpreendeu) pela positiva, foram os resultados obtidos pelo grupo Alcalar cuja média nesta dimensão sensorial foi superior à média do grupo ERPI, apesar daqueles habitantes da Aldeia-lar serem, comparativamente, os mais velhos entre os grupos. Também relevamos que entre o grupo EPDI (os mais jovens na média etária e na partição por escalões) e o grupo Alcalar (os mais idosos na média e na distribuição etária), a diferença entre as médias não teve relevância estatística.

No que respeita aos domínios *Autonomia, Participação Social e Intimidade*, o grupo de residentes nas ERPI apresentou valores médios inferiores relativamente aos respectivos resultados médios dos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos, conforme exposto na Tabela 6.12. Nestas três dimensões do WHOQOL-Old PT, a comparação dos resultados entre os grupos Alcalar e EPDI não foi estatisticamente significativa, contudo o grupo Alcalar superou na *Intimidade* e as médias foram aproximadas na *Autonomia* e *Participação Social*.

No *Domínio Actividades passadas, presentes e futuras* e no *Domínio Morte e morrer* do WHOQOL-Old PT, não identificámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos; contudo, de acordo com a tendência predominante nos restantes resultados da bateria de instrumentos aplicados à amostra, os residentes nas ERPI obtiveram predominantemente as médias mais baixas comparativamente aos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar e aos utentes dos EPDI. Por sua vez, quanto às duas dimensões supra, o grupo Alcalar obteve a melhor média no *Domínio Actividades passadas, presentes e futuras*, tendo obtido, na comparação intergrupar, a posição intermédia respeitante à dimensão *Morte e morrer* o que nos faz supor que, mesmo sendo os mais longevos, os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar estão na posição existencial mais equilibrada e mais serena perante a vida, a senescência e a finitude humana. Tendo em conta o que foi antes dissertado sobre os efeitos protectores da condição biopsíquica na interacção com o entorno sócio-ambiental, os resultados do grupo Alcalar parecem confirmar as nossas expectativas.

Pelo exposto, podemos afirmar que os resultados globais das duas escalas QOL (BREF e Old) parecem indicar que, nos domínios com significância estatística, o nível médio de *qdv* percebido pelos habitantes na Aldeia-lar foi predominantemente superior ao nível médio de *qdv* percebido pelos residentes nas ERPI. Por sua vez, verificámos que o nível médio de *qdv* percebido pelos residentes nas ERPI foi predominantemente inferior aos níveis médios de *qdv* avaliados, respectivamente, pelos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar e pelos utentes dos EPDI.

Quanto à auto-avaliação do Bem-Estar Subjectivo (BES), esta dimensão psicológica, tida pelos autores como uma dimensão *hedonista* do Bem-Estar, foi medida numa perspectiva multidimensional (Diener *et al.*, 1999; Simões *et al.*, 2000; Diener, 2008; Asendorpf, 2004; Steel *et al.*, 2008; Albuquerque, 2012) através das escalas *PANAS I e II* (Watson *et al.*, 1988; Galinha & Ribeiro, 2005a; 2005b) conjuntamente com a *SWLS* (Diener *et al.*, 1985; Neto *et al.*, 1990).

Na primeira componente do BES, a qual inclui a *Dimensão Afectiva*, as escalas apresentaram um boa consistência interna, conforme consta na Tabela 6.13. Nesta *Dimensão Afectiva* do BES concluímos que a correlação entre as escalas *PANAS I e II* mostrou ser forte e linearmente positiva, quer no *Afecto Positivo* ($r = .849; p < .001$) como no *Afecto Negativo* ($r = .806; p < .001$).

Na análise da auto-avaliação do *Afecto Positivo* da PANAS I, o grupo Alcalar apresentou um resultado superior aos obtidos pelos grupos ERPI e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas comparativamente com ambos casos ($p = .003$ e $p = .005$, respectivamente). Semelhantemente, no que se refere à PANAS II, o grupo Alcalar apresentou um valor médio de *Afecto Positivo* superior aos valores dos grupos ERPI e EPDI. Nesta medida, houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo Alcalar e, respectivamente, os grupos ERPI e EPDI ($p = .001$, em ambos casos). Na dimensão afectiva positiva, em ambas PANAS e entre os três grupos, os residentes nas ERPI obtiveram resultados médios inferiores aos demais grupos de sujeitos.

Quanto ao *Afecto Negativo*, não verificámos diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos ($X^2 [2] = 0.729$; $p = .694$). Contudo, os resultados médios obtidos mostraram que os habitantes da Aldeia-lar perceberam menos afectos negativos do que os utentes dos EPDI e, também, do que os residentes nas ERPI, com estes sujeitos a revelarem o nível mais elevado de afectos negativos.

Pelo exposto podemos concluir que, relativamente à *Dimensão Afectiva* do BES e no que se refere ao *Saldo dos Afectos*³⁴, os resultados médios dos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar são superiores aos respectivos resultados obtidos pelos dois grupos congéneres, com os residentes nas ERPI a obterem níveis inferiores nesta componente afectiva, comparativamente aos outros grupos da amostra.

No âmbito da *Satisfação com a Vida*, a segunda componente estudada na avaliação do BES (Diener, 1984; 2000; 2008), esta *Dimensão Cognitiva* foi medida usando o método da auto-avaliação através da SWLS (Diener *et al.*, 1985; Neto *et al.*, 1990). Os resultados referentes à SWLS mostraram que os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar obtiveram um resultado médio de *Satisfação com a Vida* superior aos respectivos resultados médios dos residentes nas ERPI e dos utentes dos EPDI sendo as diferenças, comparativa e estatisticamente, significativas entre o grupo Alcalar e ambos grupos ERPI e EPDI (respectivamente $p < .001$ e $p = .019$). Quando comparadas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos grupos ERPI e EPDI nesta medida SWLS. Todavia, ao contrário do grupo Alcalar, o grupo ERPI obteve um resultado médio inferior ao correspondente resultado do grupo EPDI, conforme pode ser observado na Tabela 6.18.

³⁴ O qual Asendorpf (2004) também denominou como *Happiness*.

Por conseguinte, referentemente à SWLS e tendo em consideração a análise da auto-avaliação efectuada pelos três grupos da amostra, concluímos que a *Satisfação com a Vida* percebida pelos habitantes da Aldeia-lar de S. José de Alcalar superou, comparativa e respectivamente, a *Satisfação com a Vida* percebida pelos residentes nas ERPI e pelos utentes dos EPDI; neste âmbito, os residentes nas ERPI patentearam o nível mais baixo nesta Dimensão Cognitiva do BES.

No que se refere à avaliação da *felicidade* tida como componente associada do Bem-Estar (Diener *et al.*, 1999), tal percepção foi examinada através da aplicação da *Escala sobre a Felicidade* (ESaF) (Barros, 2001). Neste âmbito, os grupos Alcalar e EPDI apresentaram valores médios e medianos comparativamente próximos, sendo tais *scores*, em ambos grupos, superiores ao respectivo valor médio obtido pelo grupo ERPI. Mesmo que nesta escala as diferenças comparativas entre os resultados dos grupos não tenham sido significativas ($F(2,155) = 2.789$; $p = .065$), a apreciação comparativa entre os valores médios de cada grupo confirma uma *tendência*: o grupo Alcalar obteve o valor médio de *felicidade* (66,92) comparativamente superior aos resultados médios obtidos pelo grupo ERPI (62,39) e pelo grupo EPDI (65,5). Consequentemente, a comparação percentual das médias grupais mostrou que os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar manifestaram mais *felicidade* quando comparados com os residentes nas ERPI e, também, com os utentes dos EPDI; por sua vez, os sujeitos das ERPI perceberam menos *felicidade* comparativamente aos outros dois grupos da amostra.

Quanto ao resultado combinado de duas das dimensões estudadas para a avaliação agregada do Bem-Estar – seja do BES (considerado na nossa prática avaliativa por via da agregação das classificações das componentes hedonistas medidas, i.e., do *Saldo dos Afectos* e da *Satisfação com a Vida* [Diener, 2008]), seja da *felicidade* (pensada como uma componente subjectiva do Bem-Estar [Diener *et al.*, 1999]) – parece-nos ter ficado demonstrado que os níveis – afectivo e cognitivo – componentes de BES, assim como a avaliação da *felicidade*, percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar foram superiores aos respectivos níveis percebidos pelos residentes nas ERPI e pelos utentes dos EPDI.

Complementarmente, verificámos que os níveis de BES e de *felicidade* avaliados pelos residentes nas ERPI foram inferiores aos correspondentes níveis percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar e pelos utentes dos EPDI.

No que se refere à avaliação de outras dimensões biopsicossociais, efectuada através da análise comparativa dos dados recolhidos graças à nossa bateria de testes específicos³⁵, constatámos que se manteve a tendência de superioridade dos resultados obtidos pelos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar relativamente aos resultados dos residentes nas ERPI e, similarmente, manteve-se a tendência dos resultados preponderantemente superiores do grupo Alcalar relativamente aos resultados obtidos pelos utentes dos EPDI. Sucedeu o inverso com a tendência evidenciada pelo grupo ERPI quanto à avaliação das dimensões biopsicossociais, com estes residentes a obterem, no cômputo geral, os piores resultados comparativamente aos outros dois grupos da amostra.

Na avaliação biopsicossocial importa conjuntamente recordar o que já discorremos sobre a distribuição etária inter e intragrupal, já que tal partição poderia, eventualmente, explicar os maus resultados comparativos do grupo ERPI, na mesma medida em que poderia ajudar a esclarecer as diferenças entre este grupo e o grupo EPDI. Contudo, na sequência do anterior raciocínio, a focalização no factor etário constituiria um enorme obstáculo na compreensão analítica comparativa intergrupala (sobretudo quanto aos bons resultados biopsicossociais patenteados pelo grupo Alcalar), pelo que reforçamos a nossa convicção, anteriormente expressa, sobre a relevância dos efeitos (positivos e/ou negativos) resultantes da reciprocidade inter-relacional entre o entorno sócio-ambiental e as qualidades biopsíquicas dos indivíduos.

De uma forma sucinta quanto aos aspectos biopsicossociais, no que diz respeito à Avaliação Funcional, na *Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias* (EAIVD), os residentes nas ERPI mostraram estar *mais dependentes* do que os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar e também *mais dependentes* que os utentes dos EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas em ambos casos ($p < .001$). Nesta medida, os utentes dos EPDI mostraram ser, em geral, *mais independentes* que os restantes grupos, com significância apenas na comparação com o grupo ERPI. Esta vantagem funcional dos utentes dos EPDI não surpreende devido a ser um grupo comparativamente mais novo também, por ter obtido resultados satisfatórios num conjunto de condições tais como a capacidade funcional assim como na amplitude e no domínio das redes inter-relacionais (Fonseca, 2005).

³⁵ Tais como a Avaliação Funcional (EAIVD e EAVD), a Comorbilidade, os Indicadores de Risco Geriátrico, a Função Cognitiva (SPMSQ), a Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS21), a Depressão (GDS15) e Indicadores de Abuso. Vide Item 3 do Capítulo V e Anexos do Capítulo V.

Todavia, se por um lado parece ter-se confirmado a correlação entre a idade cronológica e a capacidade funcional instrumental (sobretudo quando observada a comparação entre os grupos EPDI e ERPI), o mesmo já não se verificou entre o grupo Alcalar e o grupo ERPI, já que os habitantes do Modelo de Alcalar são os mais velhos (na média e na generalidade da distribuição etária das subamostras). Aliás, na avaliação das *actividades quotidianas*, os habitantes da Aldeia-lar demonstram ser os sujeitos mais independentes comparativamente aos seus homólogos dos grupos ERPI e EPDI.

Quanto à *Escala de Actividades de Vida Diária* (EAVD) apesar de não existirem diferenças significativas entre os três grupos, percentualmente verificou-se que grupo de habitantes da Aldeia-lar de S. José de Alcalar revelou ser constituído por idosos *menos dependentes* (16%) comparativamente ao grupo de residentes nas ERPI (28,6%) e, também, ao grupo de utentes das EPDI (21,1%). Pelo exposto, concluímos que na *Avaliação Funcional* geral, aferida pelas duas escalas supracitadas, contrariamente ao que esperaria por causa da condição etária, os habitantes do Modelo de Alcalar demonstraram ser mais funcionais do que os residentes nas ERPI, enquanto estes obtiveram os piores resultados funcionais quando comparados com os restantes grupos.

Perante tais evidências, e tal como antes afirmámos, também neste âmbito funcional pensamos que, aquando a planificação das estruturas residenciais institucionais, parece-nos indispensável serem considerados múltiplos factores protectores inter-relacionais e intra-pessoais, com enfoque nas características do espaço sócio-ambiental (amplamente dissertadas ao longo das secções do Capítulo III, por exemplo, quanto à organização Institucional ou relativamente ao ambiente residencial *homelike*) ou referentes à representação social e às características intrínsecas da senescência, nomeadamente a degeneração biopsíquica ou, inclusivamente, àquelas resultantes biopsicossociais correlacionáveis, as quais se traduzem frequentemente na autonomia, na auto-eficácia, no auto-controlo, etc., aliás como ficou bem patente nas experiências de Langer (2009), oportunamente descritas no Item 2.3 do Capítulo I.

No que concerne ao *Índice de Comorbilidade de Charlson*, conforme se pode observar na Tabela 6.23, os utentes do grupo EPDI apresentaram um valor inferior aos outros grupos. Contudo as diferenças apenas são significativas entre os utentes dos EPDI e os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar.

Tal como antes já foi referido, dado que neste índice a componente etária tem muita importância na análise *predictiva* da comorbilidade, os resultados comparativos entre os grupos não surpreendem face às médias etárias dos sujeitos, já que este índice está fortemente relacionado com a perspectiva geriátrica biomédica relacionada com avançar da idade. A este propósito, recordemos que os utentes dos EPDI são, em média, mais novos (M=80,1 anos) do que os habitantes na Aldeia-lar (M=84,2 anos) e também mais jovens do que os residentes nas ERPI (M=83,52 anos).

Outro dado a ter em consideração na análise desta medida: na distribuição por classes etárias, o grupo de utentes dos EPDI possui uma menor percentagem de idosos longevos em comparação com os outros dois grupos, expressa na percentagem de sujeitos cujas idades estão acima da esperança média de vida aos 65 anos (34.62%), o que compara com os grupos Alcalar (48.0%) e ERPI (48.21%). Por conseguinte, não surpreendem os resultados intergrupais nesta medida. Acresce que, não sendo a nossa investigação longitudinal, não nos foi exequível confirmar a *previsibilidade* deste instrumento de avaliação da comorbilidade. Somente pudemos verificar, oficiosamente e posteriormente à recolha e ao tratamento dos dados (logo, sem qualquer relevância estatística na nossa presente análise comparativa intergrupar), que na Aldeia-lar de Alcalar, até um ano após a passagem do inventário (em 2012), faleceram 3 sujeitos desta subamostra enquanto, conforme a previsibilidade do Índice em causa, seria expectável o óbito de mais 2 indivíduos daquela subamostra, perfazendo um total expectável de 5 sujeitos falecidos até final de 2013. Portanto, para futuras investigações pensamos ser importante verificar a fiabilidade do *Índice de Comorbilidade* pela averiguação de quantos idosos ainda permaneceriam vivos em cada um dos três grupos ao cabo de um ano após a passagem do instrumento e, também, ao longo de dez anos.

Salientamos ainda que o *Índice de Comorbilidade de Charlson*, conjuntamente com o risco de *Obstipação*, a subescala *Ansiedade* da EADS21 e o QBRA, são as únicas quatro situações avaliadas, em trinta e três possíveis medidas (completas ou por domínios) da bateria de testes, nas quais os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar não superaram os valores alcançados pelo grupo ERPI.

Quanto à aplicação e à análise dos *Indicadores de Risco Geriátrico*, este agrupamento de testes permitiu avaliarmos as situações de risco em vários aspectos da Saúde. Salientamos que, segundo o Teste de Independência do Qui-Quadrado ($X^2 [2] = 7.313; p = .026$), o risco associado à polifarmácia dependeu do grupo considerado.

Neste âmbito e quanto ao total da amostra, aferimos que um pouco menos da metade dos sujeitos (47,5%) mostrou estar em risco de polifarmácia. Aquando a análise dos resíduos ajustados estandardizados verificámos que a percentagem de idosos *em risco* no grupo Alcalar é significativamente inferior ao esperado, pelo que se conclui que entre os três grupos da amostra (N=158) o grupo Alcalar foi aquele que revelou mais sujeitos *sem risco de polifarmácia* comparativamente aos residentes nas ERPI e, também, aos utentes dos EPDI. Entre estes últimos grupos, o grupo ERPI mostrou possuir mais idosos *com risco de polifarmácia* do que o grupo EPDI.

Portanto, na comparação intergrupar, o grupo ERPI foi aquele que apresentou mais sujeitos *em risco de polifarmácia*. Salientarmos esta medida parece-nos necessário para a análise relativa à dimensão Ansiedade, efectuada mais adiante nesta discussão.

Concretamente quanto à compreensão global dos *Indicadores de Risco Geriátrico* (IRG), tendo em conta as observações anteriormente efectuadas ao longo da descrição interpretativa dos resultados expostos ao longo do Item 5.3 do Capítulo VI, seria agora redundante e desnecessário alongarmos a discussão sobre este conjunto de instrumentos de avaliação geriátrica. Por conseguinte e em resumo, quanto ao conjunto dos IRG, salientamos que o grupo Alcalar obteve os resultados mais favoráveis em seis dos sete indicadores de risco avaliados (*Polifarmácia, Quedas, Incontinência urinária, Audição, Visão e Distúrbios do sono*).

Por sua vez, o grupo EPDI alcançou o melhor resultado comparativo no risco de *Obstipação*, ao contrário de Alcalar, neste caso talvez pela total liberdade dos habitantes pela dieta alimentar, associadamente às dificuldades do aparelho digestivo, as quais são geralmente próprias da idade mais longeva.

Por outro lado, exceptuando o risco de *Quedas, Incontinência urinária e Obstipação*, o grupo ERPI revelou os piores resultados comparativos em cinco dos sete riscos avaliados no conjunto destes indicadores.

Em geral, entre os três grupos da amostra, concluímos que os habitantes do Modelo de Alcalar manifestaram, comparativamente, menos *Indicadores de Risco Geriátrico*. Por outro lado, e entre os grupos, os residentes nas ERPI patentearam mais indicadores de risco do que os utentes dos EPDI. Portanto, em suma, o grupo Alcalar foi o que apresentou menos IRG e o grupo ERPI o que denotou mais IRG entre os três grupos da amostra.

Pelo exposto, não nos parece despiçando recordar que os sujeitos do grupo Alcalar estavam significativamente menos medicados³⁶ do que os sujeitos dos outros dois grupos da amostra e, ainda assim, obtiveram melhores resultados comparativos na dimensão geriátrica em apreço. Ademais, os resultados nos IRG parecem obstar à *previsão* obtida por via do *Índice de Charlson* mas parecem suportar, adequada e respectivamente, os resultados obtidos nas duas escalas de *Avaliação Funcional* (conforme exposto nas Tabelas 6.21 e 6.22). Salientamos que os *Indicadores de Risco Geriátrico*, quando analisados comparativamente com outras dimensões afins, estão em linha com o que observámos no que concerne à percepção da *qdv*, particularmente na dimensão perceptiva sobre a Saúde. O mesmo sucedeu no que respeita à percepção *geral ou global* sobre a *qdv* em ambas escalas QOL, respectivamente expostas na Tabela 6.10 e 6.12. Algo idêntico ocorreu quanto aos dados evidenciados aquando a caracterização dos grupos de acordo com aspectos relacionados com a *Doença* (Tabela 6.8), nos quais o grupo de Alcalar obteve os melhores *scores* comparativos nas questões “*Está doente?*” e “*Doença Crónica*”.

Quanto à apreciação analítica da deterioração da função cognitiva, avaliada pelo SPMSQ (Pfeiffer, 1975), constatámos diferenças significativas entre o grupo Alcalar e ambos grupos ERPI e EPDI ($p < .001$, respectivamente em ambos casos), conforme exposto na Tabela 6.31. Por sua vez, entre os grupos ERPI e EPDI, não identificámos diferenças significativas na deterioração da função cognitiva. Contudo, de entre os três grupos da amostra, o grupo ERPI mostrou, em média, o maior nível de deterioração da função cognitiva. Nesta medida e mais uma vez, salientamos que os sujeitos do grupo Alcalar (não obstante serem, em média e na distribuição etária, os mais velhos entre os grupos) obtiveram melhores resultados na função cognitiva comparativamente aos seus homólogos. Tais resultados não só parecem confirmar que o declínio cognitivo mais acentuado a partir dos 70 anos de idade não é nem universal nem homogéneo como também alvitram a influência das condicionantes sócio-ambientais, assim como de outros múltiplos factores³⁷ concernentes à correlação entre o *coping*, a *resiliência* e a cognição (Arnaut, 2005; Spar & La Rue, 2005, Castro & Murray, 2010).

³⁶ Este factor pode explicar alguns resultados aqui discutidos, nomeadamente a os resultados acima previstos no Índice de Comorbilidade e, também, os resultados na faceta *Ansiedade* - obtidos através do teste EADS21 (ou DASS21) (Tabela 6.33) - os quais, mesmo que a expressão estatística (na coerência interna e na comparação intergrupar) não tenha sido significativa, parecem indicar a necessidade de tratamento psicoterapêutico e farmacológico nesta dimensão da Saúde psíquica.

³⁷ Vide Item 2.2.1 do Capítulo I e Anexo 2.2.1 dos Anexos do Capítulo I.

No que respeita à avaliação da Depressão, no que se refere à aplicação e subsequente análise da *Geriatric Depression Scale* (GDS15) (Sheikh & Yesavage, 1986; Veríssimo, 1988), verificámos que o estado depressivo, entre os três grupos da amostra, dependia do grupo considerado ($X^2 [2] = 13.794; p = .001$).

Por via do instrumento GDS15 apurámos que a percentagem de idosos *Sem Depressão* no grupo Alcalar foi significativamente superior ao esperado. Quanto aos idosos *Com Depressão*, de entre os três grupos, o grupo ERPI apresentou mais idosos clinicamente deprimidos, sendo a incidência superior ao esperado neste grupo comparativamente aos outros grupos da amostra. Tal como exposto anteriormente e tendo em conta os Itens 2.2 e 2.3 do Capítulo I e as 1ª e 2ª Secções do Capítulo III, supomos uma influência correlativa multifactorial aos níveis biopsíquico, social e ambiental, a qual ficará por explorar, futuramente, em estudos subsequentes.

No que respeita à subescala de *Ansiedade* da EADS21 (Lovibond & Lovibond, 1995; Ribeiro *et al.*, 2004) não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações dos três grupos estudados; não obstante, identificámos valores comparativamente superiores de *Ansiedade* no grupo Alcalar. Contudo, dado a fraca consistência interna desta subescala (a qual apresentou $\alpha = .618$), fica por averiguar através de outros testes se se confirmariam os valores desta faceta psicofisiológica.

Caso no futuro, eventualmente, venham a ser corroborado aquele efeito, é possível que os resultados obtidos pelos grupos aquando a avaliação do risco na polifarmácia possam ter tido um efeito paradoxal na avaliação desta faceta Ansiedade, o que poderá indiciar o excesso de medicação ansiolítica nos residentes das ERPI como, também, indicar a necessidade de ampliar o diagnóstico e o conseqüente tratamento psicofarmacológico ansiógeno aos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar.

Ainda no âmbito da Ansiedade nos idosos, poderíamos evocar longamente sobre o parecer de Xavier *et al.* (2003), nomeadamente quando os autores relacionaram a maior idade com o acréscimo da ansiedade percebida; neste sentido, aqueles autores defenderam que, nos idosos com mais de 80 anos de idade, a prevalência do quadro ansioso tende a ser mais alta do que nos idosos mais jovens.

Os autores supra referidos também argumentaram que ao aumento da Ansiedade na *Idade-Maior* estaria associado, em alguns casos, a um pior padrão de *qdv* relativa à Saúde (Xavier *et al.*, 2003).

Contudo, perante os resultados que obtivemos no nosso estudo, podemos apenas corroborar a primeira parte do raciocínio de Xavier *et al.* (2003) anteriormente referido já que, como vimos anteriormente, os sujeitos do grupo Alcalar são comparativamente mais velhos, em média, do que os restantes grupos e parecem apresentar um nível de Ansiedade superior aos demais grupos da amostra. No que respeita à segunda parte daquela alegação dos autores supramencionados, temos a salientar que o grupo Alcalar apresentou os melhores resultados na avaliação da *qdv* na *Percepção sobre a Saúde* (tal como sucedeu em várias outras dimensões da avaliação da *qdv* nas quais Saúde é correlativamente relevante), pelo que tais evidências parecem inviabilizar a proposta de Xavier *et al.* (2003), quanto ao padrão associativo Idade-*qdv*-Ansiedade, a qual não nos parece justificar os resultados obtidos na faceta Ansiedade pelo grupo Alcalar.

Pelo exposto e por exclusão de partes, supomos que a diferença comparativa apresentada pelo grupo Alcalar na componente Ansiedade da Escala EADS21 poderá estar relacionada com um conjunto de factores ambientais, entre os quais se poderão encontrar o efeito paradoxal da ausência de medicação ansiolítica coadjuvante a outros factores desencadeadores da Ansiedade tal como, por exemplo, o potencial ansiógeno possivelmente decorrente de conflitos relacionais extra e intrafamiliares³⁸, os quais não serão surpreendentes na coabitação diária sem mediação continuada dos técnicos.

A este propósito, pensamos ser plausível que este factor *conflito sem mediação* poderá também ter tido influência nos resultados do Teste QBRA, aliás um dos quatro instrumentos entre os quais os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar revelaram um resultado médio comparativamente mais baixo em relação aos outros grupos, especialmente em relação ao grupo ERPI, conforme exposto na Tabela 6.35 e analisado no Item 5.6 do presente Capítulo.

Tendo em consideração a reflexão supra e as dúvidas que ficam por comprovar, consideramos que futuras investigações seriam necessárias para avaliarmos minuciosamente ambas situações suprarreferidas e, concomitantemente, para definirmos propostas de intervenção adequadas, seja ao nível psicofarmacológico seja ao nível da intervenção mediadora técnica e/ou de cariz psicoterapêutico ao nível individual e sócio-familiar.

³⁸ Recordamos que na dinâmica habitacional do grupo Alcalar existem mais situações de coabitação em casal e também circunstâncias de residência “familiar” entre pessoas sem afinidade de parentesco que partilham a mesma casa na vivência quotidiana, o que não acontece nos outros grupos.

Quanto à subescala *Depressão* da EADS21, o grupo Alcalar exibiu a menor incidência depressiva ao contrário do grupo ERPI, que na comparação intergrupar mostrou ser o grupo com o pior resultado na avaliação da perturbação do humor. Neste âmbito, verificámos que a diferença foi estatisticamente significativa entre os grupos Alcalar e ERPI ($p = .002$) e entre o grupo ERPI e o grupo EPDI ($p = .011$). Estes resultados corroboram os resultados obtidos relativamente à GDS 15, antes expostos.

No que concerne aos resultados referentes ao Stresse, conforme exposto na Tabela 6.34, os residentes nas ERPI manifestaram o pior nível naquela faceta quando comparados, respectivamente, com os habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar e com os utentes dos EPDI, sendo tais as diferenças significativas ($p = .009$ em ambos casos). Neste âmbito, apesar de não termos identificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI, os habitantes no Modelo de Alcalar não deixaram também de revelar o melhor nível médio comparativo de Stresse.

Em seguida, para finalizarmos, apresentamos um *ranking* intergrupar comparativo relativamente à bateria instrumental aplicada à amostra:

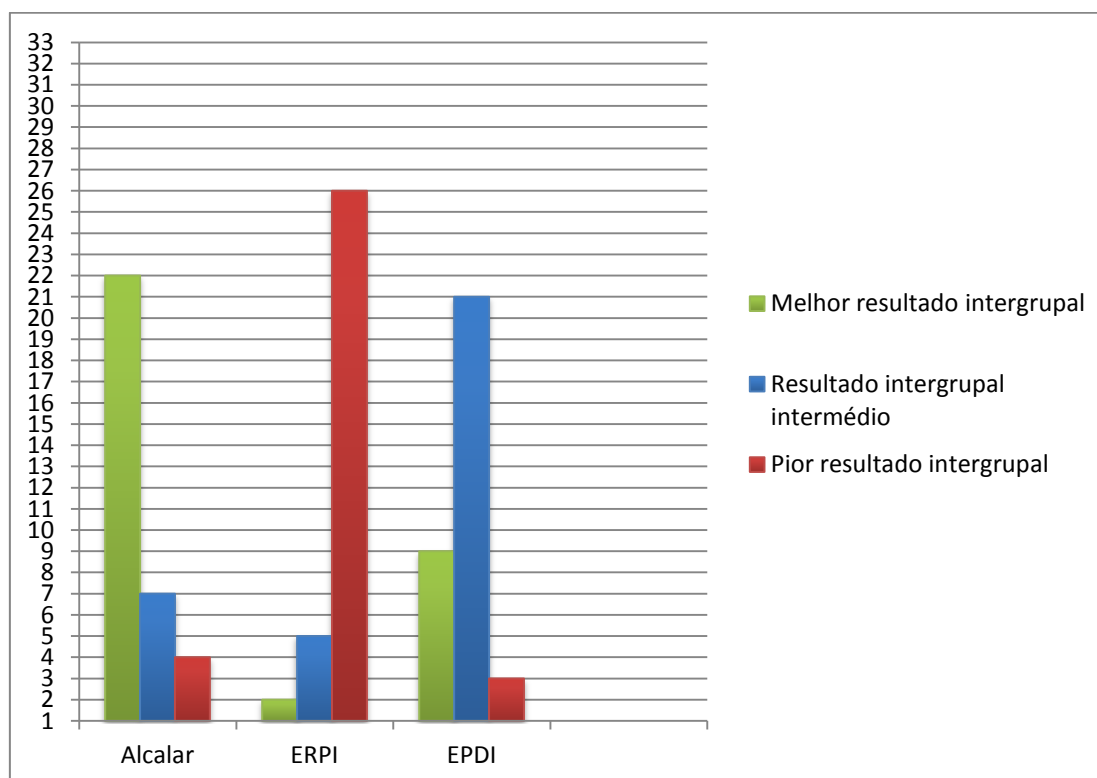


Gráfico 6.1: *ranking* comparativo intergrupar, total de medidas (33), consideradas as Escalas e/ou subescalas, os Índices e os Questionários aplicados à amostra (N=158).

Pelo descrito ao longo desta dissertação, face aos dados recolhidos e aos subsequentes resultados analisados e acima discutidos, pensamos estar em condições para rejeitarmos a H_0 ³⁹.

Por conseguinte, verificaram-se as hipóteses alternativas:

- *H1*: os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar, assim como os seus resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas são, predominante e comparativamente, superiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos residentes nas ERPI e pelos utentes dos EPDI, assim como sucede em relação aos respectivos resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

- *H2*: os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos residentes nas ERPI, assim como os seus resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas são, predominante e comparativamente, inferiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar e pelos utentes dos EPDI, assim como sucede em relação aos respectivos resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

³⁹ *H0*: “Os níveis percebidos de *qualidade de vida (qdv)* e de Bem-Estar Subjectivo (BES), assim como os resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas, são semelhantes quando comparados os respectivos subgrupos considerados, i.e., os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar (Modelo de Alcalar), os residentes nas ERPI e os utentes dos EPDI.”.

CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico não é só um problema Português. Ainda assim, é provável que poucos fiquem indiferentes perante os dados que mostram estarmos entre os 6 países mais envelhecidos do Mundo. De facto, é inquietante constatar a evolução do padrão demográfico nacional nas últimas quatro décadas e verificar a contínua transmutação da pirâmide populacional quanto à distribuição dos escalões etários, denotada pelo afunilamento da base e o alargamento do topo (INE, 2013a; PORDATA, 2014). Aliás, sendo muito grave que o actual Índice de Envelhecimento português tenha atingido os 136 (i.e., uma relação de 136 idosos para cada 100 jovens com menos de 15 anos), não será despendendo afirmar que os alarmes devem soar perante as projecções demográficas do INE (2014), sobretudo quando os indicadores de natalidade e de envelhecimento parecem ser fatais para a nossa renovação geracional.

As sequelas do *Tsunami demográfico* em curso não estão ainda devidamente avaliadas mas fazem supor uma grave ameaça nacional e requerem uma multidimensional estratégia pro-activa ao invés de meras intenções politico-paliativas *ipso facto*. Entre tais consequências estão as mudanças na dinâmica territorial, social e económica, as quais têm vindo a ter repercussões nos padrões familiares tradicionais de apoio aos idosos, na medida em que tal auxílio tendo sido crescentemente deslocado do âmbito familiar para passar a ser prestado por cuidadores informais ou formais, com o Estado e as Instituições (sejam do sector solidário ou do lucrativo) na dianteira da assistência, directa e indirecta, às múltiplas necessidades dos mais velhos.

No nosso país, consequentemente às políticas resultantes da implementação do actual Modelo de Estado Social, uma parte substancial da alocação dos recursos (nomeadamente no que se refere ao investimento nas respostas Institucionais de prestação de serviços sociais aos idosos) têm beneficiado maioritariamente três paradigmas dominantes: o *Apoio Domiciliário*, as ERPI¹ e os EPDI². Refira-se que os últimos dois modelos referidos partilham características comuns, nomeadamente quanto ao cariz institucional do ambiente residencial comunitário, e acolhiam (em 2014, a tempo inteiro ou diariamente) mais de 140 mil idosos, tendo ambos tido na última década um crescimento quantitativo superior a 30% (IGFSS,2014; ISS, 2014b)³.

¹ Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas.

² Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos.

³ Vide 2ª Secção do Capítulo IV.

Perante as projecções e os actuais indicadores sócio-demográficos parece-nos compreensíveis as transferências orçamentais e a subsidiação, directa e indirecta, por parte do Estado para com as Instituições que prestam um papel essencial na ajuda assistencial à população idosa. Contudo, há uma incógnita consequente à política social redistributiva suportada pelo Modelo do Estado Social português: não se sabe ao certo qual o retorno *qualitativo* consequente ao esforço financeiro nacional para com esta importante área social, ou seja, desconhece-se qual a *retribuição qualitativa* (i.e., expressa em valor *qualidade percebida* pelos beneficiários) consequente ao enorme dispêndio público em prol das instituições prestadoras dos serviços de apoio social aos idosos, quaisquer que sejam os paradigmas filosófico-organizacionais que as inspirem.

Como Nação, estamos perante uma conjuntura sócio-demográfica sem precedentes na nossa História⁴; daí que importa avaliarmos a adequabilidade e a eficiência dos actuais modelos de apoio aos idosos, não apenas na óptica da prestação dos cuidados ou da sustentabilidade mas também no que se refere aos proveitos sociais decorrentes da facultação de condições propícias à *qualidade de vida* das pessoas, particularmente daqueles cidadãos apoiados pelos paradigmas mais generalizados.

Nesta etapa da nossa história colectiva estamos defronte múltiplos desafios, entre os quais está o aumento das necessidades estruturais e qualitativas de apoio aos idosos, agora e futuramente. Perante tal conjuntura surgiu o nosso estudo, transversal e comparativo, descritivo e inferencial. Nele esteve implícita, desde a sua concepção, uma intenção subjacente: a de avaliarmos comparativamente a percepção da *qualidade de vida* e do Bem-Estar proporcionados pelos paradigmas institucionais residenciais mais prevalentes em Portugal (i.e., as ERPI e os EDPI) conjuntamente considerados com um protótipo de ERPI (logo, institucional porém inovador) fundado sob o formato de Aldeia-lar – na qual o substantivo *lar* parecia deter um teor concreto e não eufemístico, sinónimo de afecto e indissociável da integridade identitária na relação interpares.

Consequentemente, o objecto principal da nossa investigação foram as pessoas. Por isso entendemos, desde o início e em primeiro plano, priorizar a avaliação perceptiva dos idosos que usufruíam do apoio prestado pelas instituições residenciais comunitárias consideradas: as ERPI, os EPDI e a Aldeia-lar de S. José de Alcalar.

⁴ Conjuntura que irá muito provavelmente exigir um crescente e intenso esforço colectivo de toda a Sociedade por forma a garantir a manutenção do apoio colectivo aos seus cidadãos mais necessitados (nomeadamente os idosos, as crianças e os cidadãos com *necessidades especiais*), sendo esta uma das mais importantes conquistas da Civilização.

Por conseguinte, quando iniciámos esta investigação, considerámos fundamental avaliar a percepção da *qualidade de vida (qdv)*, o Bem-Estar (subjectivo e *lato sensu*) e outras dimensões biopsicossociais, ao invés de centrarmos o nosso estudo na contabilização e na medição descritiva das condições estruturais e organizativas de cada uma das Instituições ou estimarmos as diferenças entre os modelos institucionais considerados. Caso não fosse aquela a nossa prioridade (i.e., se não nos centrássemos na avaliação perceptiva dos sujeitos), corroboraríamos o pressuposto de que a avaliação e a promoção da *qdv*, do Bem-Estar e das demais dimensões biopsicossociais associadas, dever-se-iam unicamente às condições materiais e organizacionais dispersas por múltiplas instituições, enunciação redutora que recusámos *ab initio*.

Quiçá futuramente, após o desfecho deste estudo, nós possamos investigar as eventuais causas estruturais e sócio-ambientais passíveis de terem influenciado as diferenças entre os resultados comparativos que obtivemos. Essa possibilidade não é de excluir. Contudo, como é indubitavelmente perceptível pelo desenvolvimento da nossa dissertação, o que nos interessou na presente investigação foram os sujeitos, sobretudo como percepcionavam qualitativamente a sua vivência existencial enquanto usuários de determinados contextos ambientais residenciais, de cariz institucional e comunitário. Para o efeito, intentámos aferir se os níveis percepcionados de *qdv*, de Bem-Estar Subjectivo (BES) – ao qual agregámos a mensuração da *felicidade* – assim como as características inerentes às dimensões biopsicossociais enquadradas numa perspectiva multidimensional, seriam semelhantes entre os idosos institucionalizados nos três modelos residenciais contemplados pela nossa investigação. Subsequentemente, o nosso objectivo central permitiu-nos identificar e inferir quanto às diferenças comparativas entre os três paradigmas residenciais considerados. Os resultados daí decorrentes poderão ser um ponto de partida para outros níveis de reflexão e, quem sabe, um estímulo para o debate que nos parece necessário e urgente quanto à reformulação das condições sócio-ambientais no acolhimento residencial institucional dos idosos.

Se exepuarmos os dogmas teológicos ou o Universo, nada é perfeito. Como tal, no rigoroso caminho da Ciência a investigação deve fazer-se com transparência. Por isso, começamos desde já por esclarecer que, entre as várias medidas do vasto instrumentário que aplicámos, identificámos uma situação de consistência interna *fraca* e outra *inaceitável* numa escala, a WHOQOL-BREF, nomeadamente no domínio do *Meio Ambiente* ($\alpha = .677$) e no *Domínio das Relações Sociais* ($\alpha = .402$).

Identificámos uma outra situação de consistência *fraca* no *Domínio Actividades passadas, presentes e futuras*, pertencente à escala WHOQOL-Old. De resto, nas demais dimensões de ambas escalas WHOQOL, a consistência dos domínios foi, em regra, *razoável* ou *boa* (tal como, por exemplo, nos *Domínios Físico* ou *Psicológico* com o respectivos valores de $\alpha = .836$ e de $\alpha = .802$). Naturalmente, optámos por não valorar analiticamente as referidas subescalas cuja consistência foi *inaceitável* ou *fraca*, tendo nestes casos tão-somente sido considerados os indicadores quanto à *tendência* dos resultados médios.

Acresce realçar que, no instrumentário, as supracitadas excepções não parecem ter colocado em risco nem os resultados nem a análise ou tão pouco as conclusões. Com efeito, pensamos que a eficácia compreensiva foi suportada pela extensa revisão da literatura associada à vastidão e à abrangência qualitativa e quantitativa dos instrumentos de medida aplicados à amostra, assim como por meio dos consequentes resultados validados e com significação estatística. Apenas como exemplos comprovantes, podemos referir a consistência das escalas de Avaliação Funcional (EAVD e EAIVD) ou da EADS21 ou das PANAS I e II ou, então, o caso das medidas ESaF e SWLS, entre as quais verificámos uma correlação linear positiva forte ($r = .703$; $p < .001$; $N=158$), o que contribuiu para reforçar a sua validade no nosso estudo.

Por conseguinte, considerando os atributos do amplo conjunto de escalas, questionários e índices aplicados na investigação, tendo constatado que a consistência interna global foi predominantemente *boa*, temos por justificada a nossa convicção de que aquilo que pretendíamos avaliar foi medido com rigor e eficácia.

Quanto aos resultados da investigação, encontramos significância comparativa quanto ao nível da *percepção sobre a qualidade de vida (qdv) global* entre os grupos. Assim, entre o grupo Alcalar e ambos grupos ERPI e EPDI as diferenças comparativas foram muito fortes, respectivamente na ordem de $p < 0.001$. Similarmente, foi significativa ($p = 0.006$) a diferença comparativa entre os utentes dos EPDI e os residentes nas ERPI, com este último grupo a obter invariavelmente os níveis mais baixos na percepção da *qdv*, tanto geral como por domínios específicos. Da comparação entre os habitantes na Aldeia-Lar de Alcalar e o grupo congénere de residentes nas ERPI, salientamos que estes residentes patentearam os piores resultados em todos os domínios da *qdv* avaliados, enquanto os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar alcançaram melhores *scores* predominante e comparativamente aos restantes grupos.

No âmbito da avaliação global da *qdv* e tendo em conta os resultados, pensamos que as condições biopsíquicas (inerentes à *Percepção sobre a Saúde* e às dimensões *Psicológica* e *Física*), associadas ao entorno sócio-ambiental (nomeadamente a conjugalidade, o contexto residencial [seja estrutural, ambiental ou arquitectónico] e o estilo de vida dos indivíduos, no qual a autonomia, a liberdade individual e auto-eficácia parecem ter um efeito não despidendo), podem ter tido uma influência significativa nas diferenças intergrupais referentes à percepção da *qdv*. Neste pressuposto, recordemos que os habitantes do Modelo de Alcalar, apesar de estarem sob influência de preditores supostamente desfavoráveis tais como o rendimento, a instrução⁵ e a idade⁶, são grupalmente favorecidos quanto às condições sócio-ambientais e biopsíquicas supra referidas, não sendo ilógico supor-se a influência correlativa daquela multiplicidade de factores nos resultados globais obtidos na percepção da *qdv*.

Ainda no que respeita à *qdv*, do ponto de vista *global* e nos Domínios com significância estatística, os níveis de *qdv* percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar foram predominantemente superiores aos níveis de *qdv* percebidos pelos residentes nas ERPI. Aquela tendência verificada nos resultados médios de *qdv* percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar só não foi absoluta porque os utentes dos EPDI superaram-nos em alguns Domínios de ambos instrumentos WHOQOL. Opostamente, os níveis de *qdv* avaliados pelos residentes nas ERPI foram comparativa e predominantemente inferiores aos níveis de *qdv* avaliados, respectivamente, pelos habitantes do Modelo de Alcalar e pelos utentes dos EDPI.

Tal como Baltes e Baltes (1990), Lazarus (1998), Fernández-Ballesteros (2000), Godfrey (2001), Fleck *et al.* (2003), Baltes e Smith (2003; 2004) e Langer (2009), parece-nos justificado eduzirmos que entre os sujeitos pareceu ser decisiva a percepção de múltiplos elementos associados à *qdv*, tais como a boa Saúde, o dinamismo físico, o apoio e o relacionamento social, os sentimentos de pertença e de utilidade comunitária, assim como o estilo de vida, a auto-eficácia e o auto-controlo, entre múltiplas variáveis intra e extra-individuais associadas às circunstâncias do contexto ambiental, daqui podendo ser concluída a significação multidimensional sobre a *qualidade de vida*.

⁵ Relativamente à influência do nível de instrução como preditor da *qdv física* e da *qdv psicológica* tal correlação não se confirmou porquanto os idosos de Alcalar, não obstante serem os mais velhos e os mais iletrados dos três grupos, apresentam, comparativamente, melhores resultados globais de *qdv* nos domínios físico e psicológico.

⁶ Os habitantes na Aldeia-lar, em média e por distribuição etária, são mais velhos quando comparados, respectivamente e na mesma medida, com os outros dois grupos da amostra.

Quanto ao Bem-Estar Subjectivo (BES), medido numa perspectiva multidimensional (*Saldo de Afectos* e *Satisfação com a Vida*), concluímos que o BES nos habitantes no Modelo de Alcalar superou o BES avaliado pelos sujeitos dos outros dois grupos, com os residentes nas ERPI a revelarem o nível comparativamente mais baixo nesta dimensão hedonística do Bem-Estar. O mesmo se passou quanto à avaliação da *felicidade* enquanto componente subjectiva associada ao Bem-Estar percebido.

No que concerne às múltiplas dimensões biopsicossociais que medimos, incluímos a estimação subjacente do Bem-Estar Psicológico (BEP) através de instrumentos que avaliaram dimensões funcionais existencialmente vitais assim como o estado psicológico relativo à Ansiedade, ao Humor e ao Stresse, tendo constatado que nestas duas últimas componentes psíquicas se manteve a tendência de superioridade dos resultados obtidos pelos habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar relativamente aos residentes nas ERPI e, também, quanto aos utentes dos EPDI.

Um aspecto a salientar refere-se à prevalência da Depressão⁷: os habitantes do Modelo de Alcalar estão, em média, *menos deprimidos* (e *menos stressados*) comparativamente aos sujeitos dos grupos ERPI e EPDI. Recordemos que Fernandes (2000) demonstrou que cerca de 30% dos idosos que se encontravam ao cuidado das ERPI sofriam de Depressão, enquanto Azevedo (2009) comprovou uma prevalência de sintomas depressivos na ordem dos 87% nos idosos institucionalizados, o que compara com os 10% para a população idosa não institucionalizada, segundo a OMS (1997).

Os nossos resultados estão em linha com os resultados dos autores antes referidos. Neste âmbito, no total da amostra, detectámos que 50% dos idosos apresentavam sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Contudo, a situação no contexto residencial institucional tradicional parece ser grave já que 69.6% dos idosos residentes nas ERPI foram sinalizados com Depressão, contra 42.3% dos utentes das EPDI e 36.0% dos habitantes no Modelo de Alcalar. A este propósito verificámos que, em ambas escalas utilizadas na avaliação desta dimensão do Humor (a GDS15 e a EADS21), o grupo ERPI apresentou praticamente o dobro da média de sujeitos deprimidos em relação ao correspondente valor médio obtido pelo grupo Alcalar.

⁷ No que concerne à saúde mental nas Instituições ERPI e EPDI, não estamos optimistas sobretudo no que se refere ao apoio e ao tratamento psicológico especializado dos idosos. Tal lacuna é transversal não apenas às instituições de apoio aos idosos como também, em geral, ao SNS português. Neste contexto, a valência de intervenção psicogerontológica tarda em ser implementada de modo a contribuir para a estabilidade psíquica e a potenciação do bem-estar psíquico dos idosos os quais, em larga maioria, estão cativos das consultas com clínicos gerais e da (sobre)medicação farmacológica geralmente prescrita.

Em resumo acresce referir que, na avaliação biopsicossocial, comparativamente aos outros dois grupos, concluímos que os habitantes do Modelo de Alcalar foram, em média, *mais independentes* em termos Funcionais, estavam em *menor risco* de Polifarmácia assim como revelaram *menor risco* de Quedas, de Incontinência Urinária, de Audição, de Visão e de Distúrbios de Sono. Não obstante os sujeitos do grupo Alcalar serem os mais longevos (em média e na partição etária) apresentaram, ainda assim, a menor deterioração cognitiva comparativa intergrupar, o que parece mostrar que o declínio cognitivo, geralmente mais acentuado a partir dos 70 anos de idade, não deverá ser considerado nem universal nem homogéneo sendo, ao que sugerem os resultados, correlativo a múltiplos factores biopsicológicos e sócio-ambientais.

Conforme representado no Gráfico 6.1 (relativo a 33 Escalas ou subescalas, Índices e Questionários aplicados à amostra neste estudo), no cômputo geral e em termos comparativos intergrupais, o grupo de habitantes do Modelo de Alcalar obteve 22 melhores resultados, 7 posições comparativas intermédias e apenas 4 piores resultados. Por sua vez, os utentes dos EPDI obtiveram 9 melhores resultados tendo alcançado 21 vezes a posição intermédia na comparação intergrupar e, por exclusão de partes, obtiveram 3 piores posições comparativas. Por último, o grupo de residentes nas ERPI apresentou os piores *scores* em 26 medidas, 5 resultados intermédios e apenas 2 melhores resultados comparativos intergrupais na aplicação da bateria de testes.

Por conseguinte, tendo em conta não apenas a totalidade dos testes do instrumentário mas também a significância dos resultados, ficou expressivamente patenteado a propensão dos residentes das ERPI para obterem os piores resultados comparativamente aos outros grupos da amostra. Ao contrário, quando comparados com grupos congéneres, os habitantes do Modelo de Alcalar revelaram uma clara tendência para alcançarem bons *scores* ou, na maioria das vezes, os melhores resultados.

Pelo exposto, face às conclusões apresentadas, concluímos estar em condições para rejeitarmos a HO e para afirmar que o nosso estudo comprovou que os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar, assim como os seus resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas, são, predominante e comparativamente, superiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos residentes nas ERPI e pelos utentes dos EPDI, assim como sucede em relação aos respectivos resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

Conjuntamente, damos como provado que os níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos residentes nas ERPI, assim como os seus resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas, são, predominante e comparativamente, inferiores aos níveis de *qdv* e de BES percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar e pelos utentes dos EPDI, assim como sucede em relação aos respectivos resultados obtidos nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

Em linha de conta com o que dissertámos ao longo da revisão teórica, com particular destaque para o Capítulo III, e perante os resultados comparativos que obtivemos na nossa investigação, podemos depreender que serão múltiplos os efeitos decorrentes dos factores de diferenciação entre a Aldeia-lar de Alcalar e os outros modelos residenciais institucionais, as ERPI e os EPDI. Tais dissemelhanças, não tendo sido o objecto do nosso estudo, parecem estar subentendidas através dos resultados comparativos entre as subamostras, i.e., da percepção dos grupos de sujeitos que usufruem daquelas Instituições, sobretudo no que respeita ao confronto entre o Modelo de Alcalar e as ERPI tradicionais. Futura e oportunamente tencionamos identificar tais disparidades inter-institucionais e proporemos a sua correção fundamentada. Porém, para já e no epílogo deste estudo dissertativo, parece-nos ser evidente um elemento agregador daquelas múltiplas condições sócio-ambientais correlacionáveis com os factores biopsíquicos, o qual suportará, em síntese, o conjunto de diferenças perceptivas que identificámos: os idosos do Modelo de Alcalar são *habitantes* de uma ERPI que é, simultaneamente, uma Aldeia, espaço sócio-ambiental de identidades e de relações.

Os habitantes da Aldeia-lar de Alcalar vivem num ambiente *homelike*, têm liberdade para agir, recebem os familiares sem horários prévios, dormem a sesta depois do almoço se lhes apetecer. Decoram as suas *casinhas* com um orgulho doce, coabitam com os cônjuges e/ou com os filhos com necessidades especiais, dos quais cuidam até quererem ou poderem, libertando, em ambos casos, a angústia da incerteza sobre o que lhes sucederá aquando a sua ausência definitiva deste mundo.

São homens e mulheres que vivenciam laços afectivos e de convivência. Visitam os vizinhos, jogam à bisca ou fazem petiscos. Têm uma esplanada e um bar que eles próprios gerem. Rezam na Capela, fazem crochet, ajudam na cozinha comunitária. Observam e interagem com as crianças do Infantário da Aldeia-lar, ora fazendo de avós ora revivendo a meninice. Fazem almoços de Domingo com os filhos e os netos que os visitam. Ajudam-se, zangam-se e fazem as pazes, como em qualquer outra comunidade.

No espaço comum da Aldeia-lar, os seus habitantes cultivam as hortas, gozam a fresca sob o alpendre ou à sombra das frondosas árvores dos jardins. Cuidam dos seus animais de estimação, gatos e outros bichos que adoptaram, e têm um burro, uma mascote colectiva a quem chamam *Buda*.

Os habitantes desta Aldeia-lar estudam, fazem festas, divertem-se, gozam a vida como podem. Ao contrário do que é habitual noutras Instituições residenciais para idosos, os habitantes do Modelo de Alcalar não passam o dia encerrados numa suposta *sala de convívio* a olhar uns para os outros ou hipnoticamente absortos por um qualquer conteúdo televisivo, nem são sujeitos à *animação* infantilizante ocasionalmente propiciada, seja pela truanice de um qualquer animador de serviço, seja pelo comentário jocoso de um técnico ou de um ajudante que passam apressados.

Em abono da verdade, um investigador não pode e não deve ser insensível ao que reiteradamente presenciou, apesar da objectividade e da isenção que lhe devem estar tatuadas no carácter. Observámos, escutámos, medimos e empatizámos com a dor emocional de muitos idosos que apenas estavam “(...) *para aqui, à espera da morte...*”.

No final desta árdua tarefa, estamos convictos de que a tipologia de Aldeia-lar é *outro* modelo institucional residencial para idosos com potencial, tanto qualitativo como quantitativo, ou até mesmo quanto à dinamização territorial. Aliás, tendo como referência quer o Modelo de Alcalar como também o que passou na *Aldeia da Pedralva*, pensamos que (caso fosse possível congrega esforços entre entidades, públicas e privadas) o protótipo de Aldeia-lar poderia progredir por forma a ser mais do que uma inovadora tipologia organizacional da classe ERPI, com claras vantagens aos níveis do Bem-Estar *lato sensu* e da *qdv* das pessoas. Nesse sentido, o paradigma de Aldeia-lar poderia vir a ser, também, um instrumento de dinamização territorial, sóciodemográfica e económica. Assim, outro nosso desejo para o futuro recai no fomento, em território nacional, de um modelo híbrido Alcalar-Pedralva, tal como abordámos no Capítulo III, pois estamos convictos da sua viabilidade, além da utilidade e do Bem-Estar que dele resultaria.

Ainda que não seja perfeito ou universalmente replicável, o Modelo de Alcalar poderá inspirar e constituir-se, a médio prazo, como um paradigma na intervenção institucional (pública ou privada) no apoio residencial comunitário aos idosos – principais sujeitos do *Tsunami demográfico* em curso.

Para além do que foi observável e medido, tendo em conta os resultados comparativos que obtivemos, que factores diferenciam este Modelo de Alcalar dos demais paradigmas prevaletentes na institucionalização residencial dos idosos portugueses? O que é necessário reformar, ou que rupturas são necessárias concretizar, para que a alocação dos recursos públicos assim como os custos, directos e indirectos, suportado pelas famílias e o investimento do sector privado, particularmente no âmbito das ERPI, possam, no conjunto, propiciar mais eficácia e qualidade *lato sensu*, na vida das pessoas idosas? Tais questões ficarão por solucionar através de pesquisas futuras.

Quanto ao nosso estudo comparativo descritivo e inferencial, ainda que não se tenha focalizado nas questões acima colocadas, não deixará de ser um modesto contributo, quanto a nós válido, para a reflexão que urge fazer sobre a imprescindível reforma dos actuais paradigmas de apoio institucional residencial aos idosos⁸.

Num contexto em que a rede estatal “não chega para as encomendas”, o País poderia distinguir o Modelo Aldeia-lar como uma alternativa possível e um instrumento de mudança do *status quo* neste âmbito residencial institucional. Tal juízo parece-nos particularmente importante dado que a escassez dos recursos do Estado e das famílias justificará que sejam repensados os paradigmas vigentes, tanto mais que o actual investimento colectivo parece não estar a resultar num retorno qualitativo expectável. Esse retorno parece ir pouco além daquele proveniente da disponibilização do tecto, da cama, da comida e dos cuidados básicos, sendo que esta redução basilar repercutir-se-á na percepção da *qualidade de vida* e do Bem-Estar de muitos milhares de idosos.

Quanto ao Modelo de Alcalar, a essa singular Aldeia-lar, faz-nos recordar um dos grandes humanistas do Renascimento, Thomas More. Este notável político, homem das leis e da diplomacia, profundo conhecedor da teologia e do direito canónico foi também escritor. Nesta qualidade imaginou uma ilha à qual chamou *Utopia* num livro de 1516 que ficou para a história do pensamento político: era uma ilha-reino onde não existia o egoísmo, nem a propriedade privada nem fechaduras nas portas, onde a partilha, o respeito pelas pessoas e a boa vizinhança seriam a norma e a *felicidade pessoal* estaria ligada à *felicidade colectiva*.

Naquele sentido, o Modelo de Alcalar pareceu-nos muito próximo da *utopia* tornada *realidade*.

⁸ A este propósito recordemos que em Portugal, segundo a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS), a qual representa quase 2.700 entidades das quais 1.300 são ERPI, existiam em 2014 cerca de 10.000 idosos em lista de espera para as ERPI apoiadas pelo Estado (CNIS, 2014).

BIBLIOGRAFIA

- Referências Bibliográficas -

A

- Albuquerque, B. (2012). Subjective Well-Being. *Positive Psychology*, UK. Disponível em positivepsychology.org.uk/pp-theory/happiness/106-subjective-well-being.html. Consultado a 13 de março de 2013.
- Allport, G. W. & Odbert, H. S. (1936). Trait names: A psycholexical study. *Psychological Monographs (American Psychiatric Association)*, nº 47, pp. 171-220.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.ª edição) (texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, C., Lima, M.L., Devlin, A.S. & Hernández, B (2014). Is It the Place or the People? Disentangling the Effects of Hospitals' Physical and Social Environments on Well-Being. *Environment & Behavior*, pp.1-25.
- Aragonés, J. I. & Amérigo, M. (1998). Psicología Ambiental: Aspectos conceptuales y metodológicos. In J. I. Aragonés & M. Amérigo (eds.). *Psicología Ambiental*. Madrid, España: Pirámide, pp. 22-41.
- Archontaki, D., Lewis, G. J. & Bates, T. C. (2013). Genetic influences on psychological well-being: A nationally representative twin study. *Journal of Personality*, nº 81 (2), 221–230.
- Arnaut, M. (2005). *A Resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation, pp. 353-373.
- Asendorpf, J. B. (2004). *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Ben, D. J. & Nolen-Hoeksema S. (2000). *Hilgard's Introduction to Psychology* (XIII Ed.). Orlando, Florida: Harcourt College Publishers.
- Azevedo, J. (2009). *Prevalência de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná – Rondônia*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília (Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde), Brasília.

B

- Baltes, P. (1993). The aging mind: potential and limits. *The Gerontologist*, nº 33, pp 580-594.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, nº 52, pp. 366-380.
- Baltes, P. (1999). “How we master life: the orchestration of selection, optimization and compensation”, comunicação apresentada na *Vth European Conference on Psychological Assessment*, Patras, 25-19 de Agosto. Obtido a partir da <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2009-23348-001>.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives in successful aging: The model of selective optimization with compensation. In Baltes, P. & Baltes, M. (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambr. University Press.

- Baltes, M. & Carstensen, L. (1996). The process of successful aging. *Ageing & Society*, nº 16, pp. 397- 422.
- Baltes, P. & Mayer, K. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 105*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Smith, J. (1999). Multilevel and systematic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. In Bengtson, V. & Schaie, K.W. (eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, nº 49, pp. 123-135.
- Baltes, P. & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, nº 1 (3), pp. 123-144.
- Baltes, P., Cornelius, S. & Nesselroade, J. (1979). Cohort effects in developmental psychology. In Nesselroade, J. R. & Baltes, P. B. (Eds.), *Longitudinal research in the study of behavior and development*. New York: Academic, pp. 61-87.
- Baltes, P., Reese, H. W. & Lipsitt, L. P. (1980). Lifespan developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, nº 31, pp. 65-110.
- Baltes, P., Staudinger, U. & Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, nº 50, pp. 471-507.
- Baltes, M., Mayr, U., Borchelt, M.; Maas, I. & Wilms, H.-U. (1993) Everyday competence in old and very old age: An inter-disciplinary perspective. *Ageing and Society*, Vol.13, pp. 657-680.
- Barlow, D. (ed.) (1993). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, nº 28, pp. 117-148.
- Barros de Oliveira, J. (2001). Felicidade: Natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, nº 5 (2), pp. 289-318.
- Bassani, M. (2001). Fatores psicológicos da percepção da qualidade ambiental. In *MAIA - Indicadores ambientais: conceitos e aplicações*. São Paulo: Editora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Becker C. B. & Becker, L. C. (2003). *A History of Western Ethics*. New York: Routledge.
- Beck, T., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1997). *A Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Berger, L., (1995). “Aspectos biológicos do Envelhecimento”. In L., Berger, & Mailloux-Poirier, D., (eds.). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bestetti, M. L. T. (2002). *Hospedando a Terceira Idade: recomendações de projecto arquitetónico*. Campo Grande/MS: UNIDERP.
- Bestetti, M.L.T. (2006). *Habitação para Idosos: o trabalho do arquiteto, arquitectura e cidade*. São Paulo: FAU, USP.

- Bloch, L. (1985). *As lutas sociais na Roma Antiga*. Sintra: Europa-América.
- Botton, A. (2008). *La Arquitectura de La Felicidad*. Barcelona, Editorial Lumen.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e Perda I – Apego: A Natureza do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales* (2^a Ed.). Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal*, n^o 331 (7531), pp. 1548-1551.
- Bouchard, T.J. & Loehlin, J. C. (2001). Genes, evolution and personality. *Behavior Genetics*, n^o 31 (3), pp. 243–273.
- Brandtstadter, J. (1998). Action perspectives on human development. In Damon, W. (ed.ser.) & Lerner, R. (ed.vol.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical models of human development*, Vol. I (5^a ed.). New York: John Wiley.
- Brandtstadter, J. & Baltes-Gotz, B. (1990). Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood. In Baltes, P. & Baltes, M. (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Brandtstadter, J. & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, n^o 14, pp. 52-80.
- Brandtstadter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, n^o 5, pp. 58-67.
- Brandtstadter, J. & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goals pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, n^o 22, pp. 117-15.
- Brandtstadter, J., Rothermund, K. & Schmitz, U. (1997). Coping resources in later life. *European Journal of Applied Psychology*, n^o 47, pp.107-114.
- Brandtstadter, J., Wentura, D. & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, n^o 16, pp. 323-349.
- Braungart, J. M., Plomin, R., DeFries, J. C. & Fulker, D. W. (1992). Genetic influence on test-retest infant temperament as assessed by Bayley's Infant Behavior Record: Nonadoptive and adoptive siblings and twins. *Develop. Psychology*, n^o 28, pp. 40-47.
- Brim, O. G. Jr. & Wheeler, S. (1966). *Socialization after childhood: Two essays*. New York: Wiley.
- British Medical Association Encyclopedia (2013). Disponível em <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/British+Medical+Association>, acessado a 21 de Dezembro de 2013.
- Brown, G. (2007). *The Living End: The Future of Death, Aging and Immortality*. Palgrave Macmillan.
- Brunswik, E. (1943). Organism Achievement and Environmental Probability. *Psychological Review*, n^o 50, pp. 255-272.

Bühler, C. (1935). The curve of life as studied in biographies. *The Journal of Applied Psychology*, nº 19 (4), pp. 405-409.

Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D. & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, nº 2, pp. 451-459.

Busse, E.W. & Blazer, D. G. (1992). *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

C

Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients: a hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, nº 10, pp. 124-128.

Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Pereira, M.; Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). *Qualidade de Vida*. Acedido a 20 de Abril de 2013 em <http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

Canaveses, M. (2011). *Qualidade, Empreendedorismo e Inovação - Inovar a que preço?* Porto: UDIPSS.

Cardoso, P. & Martín, I. (2007). Escala de Depressão Geriátrica. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Carli, S. (2004). Habitação adaptável ao idoso: um método para projetos residenciais. Tese de Doutoramento em Arquitetura. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Carneiro, C. & Bindé, P. (1997). A Psicologia Ecológica e o estudo dos acontecimentos da vida diária. *Estudos de Psicologia*. Natal, nº 2 (2), pp. 363-376.

Carneiro R., Soares C., Fialho J. & Sacadura M. (2012). *O Envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Universidade Católica Portuguesa.

Carnivez, G.L. & Allen, T.J. (2005). *Convergent and factorial validity of the 16PF and the NEO-PI-R*. Washington, D.C., American Psychological Association (APA).

Carstensen, L. & Freund, A. (1994). The resilience of the aging self. *Developmental Review*, nº 14, pp. 81-92.

Carvalho, A. (2010). Quantifying the third sector in Portugal: an overview and evolution from 1977 to 2007. *Voluntas*, nº 21, 588-610.

Casteleiro, J. M. (org.) (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa*. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa, Editorial Verbo.

Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, nº 13 (3), pp. 188-192.

Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.

Castro, F. G. & Murray, K. E. (2010). Cultural adaptation and resilience: Controversies, issues, and emerging models. In Reich, J. W., Zautra, A. J. & Hall, J. S. (Eds.), *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford, pp. 375-403.

Cattell, R. B.; Marshall, MB; Georgiades, S (1957). Personality and motivation: Structure and measurement. *Journal of Personality Disorders*, nº 19 (1), pp. 53-67.

- Cattell, H.E. (1996). The original big five: A historical perspective". *European Review of Applied Psychology*, nº 46, pp. 5–14.
- Cattell, H.E.P & Mead, A.D. (2007). The 16 Personality Factor Questionnaire (16PF). In G.J. Boyle, G. Matthews, and D.H. Saklofske (Eds.), *Handbook of personality theory and testing: Personality measurement and assessment*. Vol.2. London: Sage.
- Chabert, C. (2001). Coping. In Doron, R. (Dir.) & Parot, F. (Dir.), *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada em 1991), p. 188.
- Charlson M. E., Pompei P., Ales, K. L. & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, nº 40, pp. 373-383.
- Chersterton, G. K. (1957). *Santo Tomás de Aquino*. Braga: Livraria Cruz.
- Chiriboga, D. (1975). Perceptions of well-being. In Lowenthal, M. F., Thurner, M. & D. Chiriboga (eds.). *Four stages of life: A comparative study of women and men facing transitions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Christenson, M. A. (1990). Enhancing independence in the home setting. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, nº 8 (3), 49-65.
- Cícero, Marco Túlio (trad. Gomes, C. A.). (1998). Catão, o Velho. In *De Senectude – Da Velhice*. Coleção Outono-Inverno. Lisboa: Edições Cotovia.
- Clark, C. (1940). *The conditions of Economic Progress*. London: Macmillan.
- Clark, C. (1951). Urban Population Densities. *Journal of the Royal Statistical Society*, nº 114, pp. 490-496.
- Conn, S. & Rieke, M. (1994). *The 16PF Fifth Edition Technical Manual*. Champaign, IL: Institute for Personality & Ability Testing.
- Correia, P. P., Espanha, M. & Barreiro, J. (2000). *Envelhecer Melhor com a Actividade Física* (3ª Ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Costa, D. (2000). *Aldeia de S. José de Alcalar: uma Bem-Aventura Viva*. Braga: Edit. A. O.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 38, pp. 668-678.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cross, S. & Markus, H. (1991). Possible selves across the life span. *Human Development*, nº 34, pp. 230-255.
- Cummings, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cutler, H. C. & Lama, D. (2000). *A Arte da Felicidade*. São Paulo: Martins Fontes, p. 14-28.
- Cyrułnik, B. (1999). *Um merveilleux malher*. Paris: Editions Odile Jacob.

D

- Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes*. Lisboa: Publicações Europa-América.

- Danner, D. D., Snowdon, D. A. & Friesen, W.V. (2001). Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 5 (80), pp. 804-813.
- Davies, G. P., Williams, A. M., Larsen, K., Perkins, D., Roland, M. & Harris, M. F. (2008, Abril 21). Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *The Medical Journal of Australia*, nº 188 (8), pp. 65-68.
- DeGrey, A. & Rae, M. (2007). *Ending Aging: The Rejuvenation Breakthroughs that Could Reverse Human Aging in Our Lifetime*. New York, NY: Saint Martin's Press.
- DeNeve, K. M. (1999). Happy as an Extraverted Clam? The Role of Personality for Subjective Well-Being. *Psychological Science*, nº 8 (5), pp. 141-144.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, nº 124 (2), pp. 197-229.
- Depp, C. A. & D. V. Jeste (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, nº 14 (1), pp. 6-20.
- Detraux, J. (2002) De la résilience à la bientraitance de l'enfant handicapé et de sa famille. *In Pratiques psychologiques*, nº 1, pp. 29-40.
- DeYoung, R. (1999). "Environmental Psychology". In Alexander, D. E. & Fairbridge, R. W. (Eds.). *Encyclopedia of Environmental Science*. Hingham, MA: Kluwer Academic Publishers. Disponível em: <http://www.snre.umich.edu/eplab/>. Consultado em 7 de Abril de 2013.
- DeYoung, C. G., Quilty, L. C., & Peterson, J. B. (2007). Between facets and domain: 10 aspects of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 5 (93), pp. 880-896.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, nº 95, pp. 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, nº 55 (1), pp. 34-43.
- Diener, E. (2008). *Happiness: unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA: Blackwell Pub.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). *The science of optimal happiness*. Boston: Blackwell Publishing.
- Diener, E. & Chan, M. Y. (1984). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, nº 3, pp. 1-43.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In Lewis, M. & Haviland, J. M. (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd Edition). New York: Guilford, pp. 325-337.
- Diener, E., Sapyta, J. & Suh, E. (1998). Subjective Well-Being is Essential to Well Being. *Psychological Inquiry*, N.º 9 (1), 33-37.
- Diener, E., Suh, E.M. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, nº 24, pp. 25-41.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffins, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, nº 49 (1), pp. 71-75.

- Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W. & Gallaher, D. (1991). Response artifacts in the measurement of subjective well-being. *Social Indicators Research*, nº 24, pp. 36-56.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, nº 125 (2), pp. 276-302.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, nº 41, pp. 417-440.
- Direcção Geral da Saúde [DGS] (2012). Plano Nacional de Saúde (PNS), 2012-2016. In *Plano Nacional de Saúde*. Acedido a 25 de Março de 2013 em www.pns.dgs.pt
- Direcção Geral da Saúde (DGS) (2013). *Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2012)*. Disponível em versão PDF no link <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/estudo-comparativo-do-numero-de-obitos-e-causas-de-morte-da-mortalidade-infantil-e-suas-componentes-2009-2012.aspx>, acedido a 29 de Dez. de 2013.
- Duarte, Y., Andrade, C. & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, nº 2 (41), pp. 317-325.

E

- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. Nova York: WW Nostrand.
- EUROSTAT (2013). Eurostat regional yearbook 2013: Population. In *European Commission*. Acedido a 11 de Janeiro de 2014 em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/IT Y_OFF PUB/KS-HA-13-001/EN/KS-HA-13-001-EN.PDF.

F

- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: The missing measurement in health care*. Canada: A Condor Book Souvenir Press (E&A).
- Fernandes, J. (2000). *Qualidade de vida e auto-eficácia em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Mestrado em Psicologia da Saúde), Lisboa.
- Fernandes, M. (1996). *Conceito de qualidade de vida para o idoso*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso* (2ª edição). Coimbra: Editora Quarteto.
- Fernández-Ballesteros, R. (org.) (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Ferreira, J. & Simões, A. (1999). Escalas de Bem-estar Psicológico (E. B. E. P.). In M. Simões, R., Gonçalves, M. M. & Almeida, L. S. (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, Vol. 2. Braga: APPORT/SHO.
- Ferreira, M. (1997). *Produção e conhecimento sobre degradação ambiental: uma incursão na Psicologia Ambiental*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pdf consultado a 22 de Janeiro de 2012.
- Ferreira, M. de F. (2009). Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família/cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. *Cadernos de Saúde*, nº 2, (1), ICS-UCP, pp. 67-88.

- Figueira, H., Figueira, J., Mello, D. & Dantas, E. (2008). Quality of life trough out ageing. *Acta Médica Lituânica*, nº 15 (3), pp.169-172.
- Findlay, R. & Cartwright, C. (2002). *Social Isolation and Older People: A Literature Review*. Brisbane: Australasian Centre on Ageing, University of Queensland.
- Fleck, M. P., Souza, J. C. R. P., & Barros, N. H. S. (2008). A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, n.º 30 (1), pp. 89-90.
- Fleck, M., Chachamovich, E. & Trentini, M. (2003). Projecto WHOQOL-Old: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, n.º 37 (6), pp. 793-799.
- Fleck, M., Chachamovich, E. & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-Old module. *Rev. Saúde Pública*, n.º 40 (5), pp. 785-791.
- Fleck, M., Borges, Z., Bolognesi, G. & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, n.º 37 (4), pp. 446-455.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, nº 21 (1), pp. 19-28.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paúl, C., Fonseca, A. M. (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi, pp. 281-311.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fourastié, J. (1949). *Le Grand Espoir du XXe siècle. Progrès technique, progress économique, progress social*. Paris: Presses Universitaires de France. Collection. Tel Gallimard.
- Franco, R., Sokolowski, S., Hairel, E. & Salamon, L. (2006). *The Portuguese Nonprofit Sector in Comparative Perspective*. Universidade Católica Portuguesa and the Johns Hopkins Center for Civil Society Studies. Acedido a 5 de Maio de 2013 em www.ccss.jhu.edu
- Freeman, J. & Sanberg, G. (1984). *Jubilee: The 25th Anniversary of Sun City Arizona*. Arizona, USA: Sun City Historical Society.
- Freeman, J & Sanberg, G. (1984). *Silver Anniversary Jubilee: A History of Sun City, Arizon*. Sun City Historical Society.
- Freud, S. (1957). Mourning and Melancholia. In Strachey, J. (Ed. and Trans.), *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* Vol. 14. London: Hogarth Press, pp. 237-258.
- Freund, A. & Baltes, P. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, nº 13 (4), pp. 531-543.
- Freund, A., Li, K. & Baltes, P. (1999). Successful development and aging: The role of selection, optimization, and compensation. In Brandtstadter, J. & Lerner, R. (eds.), *Action and self-development. Theory and research through the life span*. Thousand Oaks: Sage.
- Fries, J. (1990), «Medical perspectives upon successful aging», in P. Baltes & M. Baltes (eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Univ. Press.

Freitas-Magalhães, A. (2006). *A psicologia do sorriso humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Fukuda-Parr, S. (2003). The Human Development Paradigm: operationalizing Sen's ideas on capabilities. *Feminist Economics*, nº 9 (2), pp. 301-317.

Furnham, A. & Argyle, M. (1998). *The Psychology of Money*. Psychology Press, Hove, UK.

G

Gabinete de Estratégia e Planeamento - GEP. (2012). *CARTA SOCIAL – REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS 2012*. Coordenação do GEP / Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS), Lisboa.

Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.

Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito afecto. *Análise Psicológica*, nº 2 (23), pp. 209-218.

Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. L. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, nº 2 (23), pp. 299-227.

Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. L. (2005c). História e Evolução do Conceito de Bem-estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº6 (2), pp. 203-214.

Garcia E., Banegas J. R., Perez-Regadera A. G., Cabrera R. H., Rodriguex-Artalejo, F. (2005). Social network and health related quality of life in older adults: A population-based a study in Spain. *Quality of Life Research*, nº 14, pp. 511-520.

García-González, J.V., Díaz-Palacios E., Salamea A., Cabrera D., Menéndez A., Fernández-Sánchez A. & Acebal, V. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atencion Primaria*, nº 23, pp. 434-40.

Giacomoni, C. (2004). Bem-Estar Subjectivo: em Busca da Qualidade de Vida. *Temas em Psicologia da SBP*, nº 12 (1), pp. 43-50.

Gifford, R. (2002). *Environmental Psychology - Principles and practice*. 3ª ed. Boston: Optimal Books.

Gil, A. (2009). *Serviços de Apoio Domiciliário: oferta e custos no mercado*. Lisboa: Núcleo de Estudos e Conhecimento, Instituto da Segurança Social, Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS).

Gill, T. & Feinstein, A. (1994). A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-life Measurements. *Journal of the American Medical Association*, nº 272 (8), pp. 619-626.

Godfrey, M. (2001). Prevention: developing a framework for conceptualizing and evaluating outcomes of preventive services for older people. *Health and Social Care in the Community*, nº 9 (2), pp. 89-99.

Godfrey, M., Townsend, J. & Denby, T. (2004). *Building a good life for older people in local communities: The experience of ageing in time and place*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, nº 48 (1), pp. 26-34.

- Grucza, R.A. & Goldberg, L.R. (2007). The comparative validity of 11 modern personality inventories: Predictions of behavioral acts, informant reports, and clinical indicator". *Journal of Personality Assessment*, nº 89 (2), pp. 167-187.
- Guimarães, R.M.O., (1997). Que dizer ao paciente que busca tratamento antienvhecimento? *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*. Editora Manole LTDA., pp.117-118
- Guimarães, A. (2010). *Donativos: Possibilidades e limitações na gestão das organizações sociais*. Dissertação de Mestrado, ISCTE, IUL, Lisboa.
- Günther, H., Pinheiro, J. Q., & Guzzo, R. S. L. (2004). *Psicologia Ambiental: entendendo as relações do homem com seu ambiente*. Campinas, SP: Editora Alínea, pp. 7-14.
- Gurguel, M. (2005). *Projetando Espaços: guia de arquitetura de interiores para áreas residenciais*. São Paulo: Editora SENAC.

H

- Halfon, N. & Hochstein, M. (2002). Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Quarterly*, nº 80 (3), pp. 433-479.
- Havighurst, R. J. (1951). *Developmental Tasks and Education*. Nova York: Longman Green.
- Havighurst, R. J., & Albrecht, R. (1953). *Older people*. Nova York: Longmans.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journ. of Pers. and Social Psych.*, nº 57 (4), pp. 731-739.
- Headey, B., Kelley, J. & Wearing, A. (1993). Dimensions of mental health: life satisfaction, anxiety, positive affect and depression. *Social Indicators Research*, nº 19 (1), pp. 63-82.
- Healthy Ageing Project (2013). *Healthy Ageing – A Challenge for Europe*, Stockholm. The Swedish National Institute of Public Health. Disponível em www.healthyageing.eu/steps/steps-healthy-ageing, consultado a 21 de Dezembro de 2013.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, nº 102, pp. 284-304.
- Heckhausen, J., Dixon, R. & Baltes, P. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Development Psychology*, nº 25, pp. 109-121.
- Hertzog, A. & Markus, H (1999). The self-concept in life span and aging research. In Bengtson, V. & Schaie, K.W. (eds.). *Handbook of theories of aging*. New York, Spinger.
- Hespanha, P., Monteiro, A., Cardoso-Ferreira, A., Rodrigues, F., Nunes, M. H., Hespanha, M. J., Madeira, R., van den Hoven, R. & Portugal, S. (2000). *Entre o Estado e o Mercado - As Fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Hills, P. & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, nº 7 (33), pp. 1029-1214.
- Homero (Tradução Frederico Lourenço). (2005). *Ilíada*. Lisboa: Livros Cotovia.
- Hortelão, A. (2003). *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.
- Hothersall, D. (2006). *História da Psicologia* (4ª Edição). McGraw Hill.

I

- Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social - I.G.F.S.S. (2013). *Relatório da Conta da Segurança Social 2012*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS).
- Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social - I.G.F.S.S. (2014). *Execução Orçamental de Janeiro a Agosto de 2014*. Ministério Lisboa: Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS).
- Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu - I.G.F.S.S. (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações (AEEASG) - Programa de Acção 2012*. Governo de Portugal, Lisboa.
- Instituto Nacional de Apoio aos Tempos Livres - INATEL. (2014). Turismo, Saúde e Termalismo Sénior. In *INATEL Social*. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014 em <http://www.inatel.pt/socialhome.aspx?menuid=26>.
- Instituto Nacional para a Reabilitação - I.N.R. (2013). Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). In *Instituto Nacional para a Reabilitação*. Acedido a 22 de Outubro de 2013 em <http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas-productos-de-apoio>.
- Instituto Nacional de Estatística - I.N.E. (2011). *Conta Satélite das Instituições sem fim lucrativo em 2006*. Instituto Nacional de Estatística, I.P., Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística - I.N.E. (2012). *Estatísticas do Turismo 2011*. Estatísticas Oficiais de 2012. Instituto Nacional de Estatística, I.P., Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística - I.N.E. (2013a). *Anuário Estatístico de Portugal 2012. Boletim de comunicação à comunicação social a 7 de Fevereiro de 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística - I.N.E. (2013b). *Anuário Estatístico da Região Algarve 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística - I.N.E. (2014). *Projeções de População Residente 2012-2060*. Boletim à comunicação social a 28 de Março de 2014. Lisboa: INE, I.P.
- Instituto da Segurança Social - I.S.S. (2012). Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas. In *Segurança Social*. Acedido a 22 de Outubro de 2013 em <http://www4.seg-social.pt/programa-conforto-habitacional-para-pessoas-idosas-pchi>
- Instituto da Segurança Social - I.S.S. (2014a). *Guia Prático da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e Segurança Social.
- Instituto da Segurança Social - I.S.S. (2014b). *Guia Prático de Apoios Sociais aos Idosos*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS).
- Ionescu, S., Jacquet, M-M. & Lhote, C. (2000). *Les mécanismes de defense: théorie et clinique*. Paris, Editions Armand Colin.

J

- Jakobson, U., Hallberg, I. & Westergren, A. (2004). Overall and Health related quality of life among oldest old in pain. *Quality of Life Research*, n° 13 (1), pp. 125-136.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: P.U.F.
- Jodidio, P. (2007). *Architecture Now*. Vol. 2, Cologne, Ed. Taschen GMBH.

Jones, H. (1953). *The Pursuit of Happiness*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Jones, C. (1997). *The empowerment of old people: examples of good practice from European communities*. CEDC Coventry, UK.

Jung, C. (1971). The stages of life. In Campbell, J. (Ed.). *The Portable Jung*. New York: Viking.

K

Katz, S. & Akpom, C. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, n° 6 (3), pp. 493-508.

Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B. & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, n° 185, pp. 914-919.

King, R. A. (2001). *Aristotle on Life and Death*. London: Duckworth.

Kirchengast, S. & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged austrian: Cross-sectional analysis. *Gender Medicine*, n° 5 (3), pp. 270-278.

Kohn, L. (1993). *The Taoist Experience: An Anthology*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.

Kopiler, D. A. (1997). Physical activity in heart disease and diabetes. *SOCERJ Magazine*, n° 10 (4), pp. 190-195.

Kuypers, J. A. & Bengtson, V. L. (1973). Social Breakdown and Competence: A Model of Normal Aging. *Human Development*, n° 16, pp. 181-201

L

Lachman, M. & Baltes, P. (1994), Psychological ageing in lifespan perspective, IN Rutter, M. & Hay, D. (eds.), *Development through life. A Handbook for clinicians*. Oxford, Blackwell Science.

Lai, K., Tzeng, R., Wang, B., Lee, H., Amidon, R. & Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, n° 14 (4), pp. 1169-1180.

Langer, E. J. (2009). *Counter clockwise: mindful health and the power of possibility*. New York: Ballantine Books.

Langner, T. S. & Michael, S. T. (1963). *Life Stress and Mental Health: The Midtown Manhattan study*. New York: Free Press of Glencoe.

Latener, T & Leon, R. (2005). *The Illustrated Encyclopedia of Confucianism*, Vol. 2. New York: Rosen Publishing Group, p.869.

Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, n° 23 (4), pp. 349-357.

Lawton, M. P. (1999). Environmental taxonomy: Generalizations from research with older adults. In Friedman, S. L. & Wachs, T. D. (eds.), *Measuring environment across the life span*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 91-124.

- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.
- Lawton, M., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. (1982). A Research and service-oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, n°37, pp. 91-99.
- Layard, R. (2006). *Happiness: Lessons from a New Science*. London: Penguin.
- Lazarus, R. (1998). Coping with aging: Individuality as a key to understanding. In Nordhus, I., VandenBos, G., Berg S. & Fromholt, P. (eds.), *Clinical geropsychology*. Washington: American Psychological Association, pp. 109-127.
- Lazarus, R & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Librán, E. C. (2006). Personality Dimensions and Subjective Well-Being. *The Spanish Journal of Psychology*, n° 9 (1), pp. 38-44.
- Lindström, B. (2001, Abril). O significado de resiliência. *Adolescência Latino-Americana*, n° 2 (3), pp. 133-137.
- Lehman, H. C. (1953). *Age and achievement*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Lerner, R. (1983). *Developmental Psychology. Historical and philosophical perspectives*. Hillsdale: Earlbaum.
- Lerner, R. (1996). Relative plasticity, integration, temporality, and diversity in human development: A developmental contextual perspective about theory, process, and method. *Developmental Psychology*, n° 32 (4), pp. 781-786.
- Lerner, R., Dowling, E. & Roth, S. (2003). Contributions of Lifespan Psychology to the future elaboration of developmental systems theory. In Staudinger, U. M. & Linderberger, U. (Eds.), *Understanding human development. Dialogues with Lifespan Psychology*. Boston: Kluwer, pp. 413-422.
- Letra, M. & Martín, I. (2010). *Estatísticas de equipamentos sociais em Portugal_2006*. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Levy, L. & Anderson, L. (1980). *La Tension psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Monalerno.
- Lewin, K (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1936). *Principles of Topological Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Leuchéner, S. (2006). Aspectos arquitectónicos nas residências para idosos. In H. Firmino (Ed.). *Psicogeriatría*. Editora Psiquiatria Clínica, pp. 565-575.
- Linderberger, U., & Reischies, F. (1999). Limits and potentials of intellectual functioning in old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 329-359.
- Linderman, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *The American Journal of Psychiatry*, n° 101, pp. 141-148.
- Lobão, J. (2011). *Qualidade e Sustentabilidade das Organizações Sociais*. Acedido a 25 de Setembro de 2013 em http://www.projectocaerus.org/wpcontent/uploads/2011/02/JPLobao_Sustentabilidade.

- Lopes, J. (1988). As Depressões nas Idades Tardias. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, nº 2 (6), pp. 175-195.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2ª ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is astochastic phenomenon. *Psychological Science*, nº 7, pp. 186–189.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some happier than others? The role of cognitive and motivational processes in weel-being. *American Psychologist*, nº 56 (3), pp. 239–324.
- Lyubomirsky, S. (2005). Pursuing Happiness: The architecture of sustainable change. *General Psychology*, nº 2 (9), pp. 111–131.
- Lyubomirsky, S. (2007). *The How of Happiness: A practical approach to getting the life you want*. UK: Sphere.

M

- Magnusson, D. (1996). *The life span development of individuals: Behavioral, neurobiological, and psychosocial perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marcondes, D. (2010). *Iniciação à História da Filosofia - dos Pré-socráticos a Wittgenstein*. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Marques Da Silva, O. (2005). *Sociedades primitivas: atitudes face a pessoas com deficiência - culturas primitivas de ontem e de hoje*. Acedido a 1 de Março de 2012 em <http://www.crfaster.com.br/Atitudes.htm>
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Ensaio da Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: Editora Report Number.
- Marsden, J. P. (2005). *Humanistic Design of Assisted Living*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Maslow, A. (1962). *Toward a Psychology of Being*. New York: Van Nostrand Press.
- Maslow, A. (1966). *The Psychology of Science: A Reconnaissance*. NY: Harper & Row.
- Masoro, E. (2001). “Successful Aging – Useful or Misleading Concept?, *The Gerontologist*, nº 41 (3), pp. 415-419.
- Martins, A. M. (1994). A Doutrina da Eudaimonia em Aristóteles. *Humanitas*, Vol. XLVI, Universidade de Coimbra, pp. 177-197.
- Martín, I. & Borges, R. (2006). *Estatísticas de Equipamentos Sociais em Portugal*. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Martín, I. & Oliveira, L. (2010) Análise da Intensidade dos Serviços de Cuidados Prestados aos utentes Idosos de Apoio Domiciliário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, nº 13 (2), pp. 197-208.
- Matthews, G., Deary, I. J., & Whiteman, M. C. (2003). *Personality Traits*. Cambridge: University Press.

- Mattoso, J. (org.) (1980). A monarquia feudal. In Mattoso, J. (org.), *História de Portugal*. Vol. II. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Mattoso, J. (2011). *História da Vida Privada em Portugal: a Idade Média*, Vol. I. Lisboa: Círculo de Leitores.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 52 (1), pp. 81-90.
- McCrae, R. & Costa, P. (1990), *Personality in adulthood*, New York, Guilford.
- McCrae, R.R. & John, O.P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, nº 60 (2), pp.175-215.
- McCullough, G., Heubner, E., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescent's positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, nº 37, pp. 281-291.
- McDowell, I. & Newell C. (1996) *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McGue, M., Bacon, S. & Lykken, D. (1993). Personality stability and change in early adulthood: A behavioral genetic analysis. *Develop. Psychology*, nº 29 (1), pp. 96-109.
- Mendes, S. (2008). Avaliação do risco de dependência funcional em pessoas idosas. Secção Autónoma de Ciência da Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro. Tese de Mestrado em Gerontologia.
- Mendes, M., Gusmão, J., Faro, A. & Leite, R. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paulista de Enfermagem*, nº 4 (28), pp. 422-426.
- Meneses, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida em doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Edições Fernando Pessoa.
- Mercadante, E.F. (2005). Velhice: Uma Questão Complexa. In: *Velhice, envelhecimento e complexidade(idade)*. São Paulo: Vetor.
- Mershon, B. & Gorsuch, R. L. (1988). Number of factors in the personality sphere: does increase in factors increase predictability of real-life criteria?. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 55 (4), pp. 675-680.
- Miles, C. C., & Miles, W. R. (1932). The correlation of intelligence scores and chronological age from early to late maturity. *American Journal of Psychology*, nº 44, pp. 44-78.
- Mónica, M.F. (2011). *A Morte*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Moreira, C. A. (2001). *Actividade Física na Maturidade*. Rio de Janeiro: Shape Editora.
- Moreira, P. & Oliveira, C. (2005). A fisiopatologia da doença de Alzheimer e de outras demências. In Caldas, A. & Mendonça, A. (eds). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel
- Mostaedi, A. (2002). *Homes for Senior Citizens*. Barcelona: Instituto Monsa de Ediciones.
- Moser, G. (2005). *Environmental psychology and people-environment studies: what kind of multidisciplinary collaboration?*. *Psicologia*, Ed. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. Volume XVI, nº.1-2, p.131-140.
- Mourão, L. M. (2008). *Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco Social*. Tese de Mestrado em Gerontologia, Universidade de Aveiro, Aveiro.

N

- Neri, A. L. (2005). As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso. *A Terceira Idade (Vol. XVI, N.º 34)*, 7-24.
- Neto, F. (1989). A Escala de Solidão da UCLA: adapt. portuguesa. *Psicologia Clínica*, Vol. 2, pp. 65-79.
- Neto, F. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, Vol. 3, pp. 71-88.
- Neto, F., Barros, J. & Barros, A. (1990). Satisfação com a Vida. In Almeida, L., Santiago, R., Silva, P., Caetano, O. & Marques, J. (eds). *A Acção educativa: análise psico-social*. Leiria, Portugal: ESEL/APPORT, pp: 105-117.
- Neugarten, B. L. (1968). Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. In Neugarten, B. L. (org.). *Middle age and aging: a reader in social psychology* (pp. 137-147). Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. (1969). Continuities and discontinuities of psychological issues into adult life. *Human Development*, nº 12 (129), pp. 121-130.
- Neugarten, B. (1975), Adult personality: toward a psychology of life cycle. In Sze, W. (ed.), *Human Life cycle*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, nº 66 (6), pp. 574-583.

O

- O'Connor, B. (2002). A Quantitative Review of the Comprehensiveness of the Five-Factor Model in Relation to Popular Personality Inventories. *Assessment*, nº 9 (2), pp.188-203.
- Oishi, S. & Diener, E. (2001). Goals, culture, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, nº 27, pp. 1674-1682.
- Okun, M. A.; Stock, W. A.; Haring, M. J. & Witter, R. A. (1984). Health and subjective well-being: a meta-analysis. *The International Journal of Aging & Human Development*, nº 19 (2), pp. 111-132.
- Organização Mundial da Saúde - O.M.S. (1997). *Classificação Estatística Internacional de Doenças Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)* (10ª Revisão, Vol. I e II). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde - O.M.S. (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). In *Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS*. Acedido a 12 de Fevereiro de 2012 em <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>
- Organization Mondiale de la Santé - O.M.S. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève.

P

- Panero, J. & Zelnik, M. (1989). *Las Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores*. México: Ed. Gustavo Gilli.

- Paunonen, S.V. & Ashton, M. S. (2001). Big Five factors and facets and the prediction of behavior". *Journal of Personality & Social Psychology*, nº 81 (3), pp. 524-539.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Edit., pp. 21-45.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2004). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In Paúl, C. & Fonseca, A. (orgs.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Edit., pp. 97-108.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. (org.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Edit., pp. 77-96.
- Pestana, M. H. & Gajreiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS (5ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peters, I. (1999). *Projetando Para Todos*. Campo Grande: PMCG/PLANURB.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J. Amer. Geriatric Society*, nº 23 (10), pp. 433-441.
- Pimentel, L. (1995). *O Lugar do idoso nas redes de interação e solidariedade primárias: um Estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização*. Dissertação de Mestrado, ISCTE, Lisboa.
- Pinho, M. (2005). *Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar "X", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Dissertação de Mestrado, Fac. de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pio-Abreu, J.L. & Biscaia, P. (1980). Luto Patológico: algumas Considerações a propósito do Tratamento de Um Caso. *Psiquiatria Clínica*, nº 1 (1), pp. 33-37.
- Platão. A República. Tradução de Pereira, M. H. R. (2007). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Plutarch. *Lives*. Tradução de Perrin, B. (1988). London: Harvard University Press.
- Porkert (1974). *The Theoretical Foundations of Chinese Medicine*. MIT Press.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Pressman, S.D. & Cohen, S. (2012). Positive Emotion Word Use and Longevity in Famous Deceased Psychologists. *Health Psychology (American Psychological Association)*, nº 31 (3), pp. 297-305.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – P.N.U.D. (2013). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2013*. Nova Iorque: Nações Unidas.

Q

- Quan, H., Sundararajan, V., Halfon, P., Fong, A., Burnand, B., Luthi, J., Saunders, L., Beck, C., Feasby, T. & Ghali, W. (2005). Coding algorithms for defining comorbidities, ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Medical Care Journal*, nº 43 (11), pp. 1130-1139.
- Queiroz, E. (1872). Uma Campanha Alegre. In *As Farpas*, Vol. I, edição Livros do Brasil, p.235.

Queiroz, E. (1905). *Afghanistan e Irlanda*. In *Cartas de Inglaterra*. Porto: Livraria Chardron de Lello & Irmão Editores.

R

Regnier, V. (1994). *Assisted Living Housing for the Elderly: Design Innovations from the United States and Europe*. USA, New York, Van Nostrand Reinhold Company.

Regnier, V., Hamilton, J. & Yatabe, S. (1995). *Assisted Living for the Aged and Frail: Innovations in Design, Management and Financing*. USA, New York, Columbia University Press.

Regnier, V. (2002). *Assisted Living: Guidelines for Housing the Physically and Mentally Frail*. USA, Nova Jersey : John Wiley & Sons.

Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), pp. 179-191.

Ribeiro, J. (1998). Qualidade de Vida. *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA, 1998, pp. 95-102.

Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, nº 36, pp. 235-246.

Rosa, M. J. V. (2004). Contributos dos «imigrantes» na demografia Portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira. In *Estudos e Documentos do Observatório da Imigração*, nº4, Lisboa.

Rosa, M.J.V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

Ross, W. D. (1955). *Aristotle: Parva Naturalia*. Oxford: Clarendon Press.

Rousseau, Jean-Jacques, traduzido por Moura, M. L. (2001). Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens - 1754. In *Edições Ridendo Castigat Mores*. Acedido em 2 de Janeiro de 2012 em <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/desigualdade.pdf>.

Rowe, J. & Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, nº 4811 (237), pp. 143-149.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, nº 37 (4), pp. 433-440.

Russell, B. (1972). *A Conquista da Felicidade*. Lisboa: Guimarães Editores.

Russell, B. (2002). *O Elogio ao Ócio*. Rio de Janeiro: Sextante.

Russell, D., Peplau, L. & Cutrona, C. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 39, pp. 472-480.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, nº 147, pp. 598-611.

Rybczynsky, W. (1986) *Home: A Short History of an Idea*. New York: Viking Press.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 57 (6), pp. 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, nº 6, pp. 286-295.
- Ryff, C. D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 69, pp. 719-727.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, nº 35, pp. 1103-1119.
- S**
- Sagiv, L. & Schwartz, S.H. (2000). Value priorities and subjective well-being: direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, nº 2 (30) pp. 177-198.
- Sandhu, J. (2001). An Integrated Approach to Universal design: Towards Inclusion of all ages, Cultures and Diversity. In: *Universal Design Handbook*. McGraw-Hill.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa [SCML] (2008). *Manual da Qualidade Tipo na Gestão da Qualidade em Lar de Idosos*. Gabinete de Projectos Inovadores, Direcção de Acção Social, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Acedido a 2 de Fevereiro de 2014 em http://www.ipq.pt/backfiles/MGQ_LI.pdf
- Schroots, J. (1996). Theories of aging: Psychological. In Birren, J. (ed.), *Encyclopedia of Gerontology*, Vol.2, São Diego: Academic Press.
- Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, nº 51, (7), pp. 702-714.
- Seligman, M.E.P. (1991). *Helplessness: On Depression, Development and Death* (2ª Ed.). New York: W.H. Freeman, Sena, E. L., et al. (2003). *A influência da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia no processo de viver e envelhecer dos idosos estudantes/integrantes in textos Envelhecimento*, UNATI, nº1 (6). Rio de Janeiro.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, nº 55 (1), pp. 5-14.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In Brink, T. L. (Ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. NY: The Haworth Press, Inc., pp. 165-173.
- Shephard, R. J. (1997). *Aging, Physical Activity, and Health*. Champaign, EUA: Human Kinetics.
- Silva, J. (2003). *Ser Idoso e ter Qualidade de Vida: as Representações de idosos residentes em cidades do Sul de Minas Gerais*. Tese para a Dissertação de Doutoramento. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Silva, E., Martins, F., Bachion, M. & Nakatani, A. (2006). Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. *REME - Revista Mineira de Enferm.*, nº 10, pp. 46-53.
- Silveira, F. L. (2001). As Variações dos Intervalos de Tempo entre as Fases Principais da Lua. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, nº 23 (3), pp. 301-307.

- Silveira Nunes, J. (1979). Abordagem Comportamental de Um Caso de Luto Patológico. *Análise Psicológica*, nº 2 (2), pp. 269-274.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista portuguesa de Pedagogia*, nº 23 (3) ,pp. 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, nº 27, pp. 387-404.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. d. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M., & Oliveira, A. L. (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia Educação e Cultura*, nº 2 (4), pp. 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. d. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M. & Oliveira, A. L. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: factores sociodemográficos e de personalidade. In A. Simões, A. L. Oliveira, C.M. C. Vieira, L. Alcoforado, M. P. Lima e M. F. d. F. G. Gaspar (Eds.), *Modelos e práticas em educação de adultos – Actas das II Jornadas* Coimbra: NAPFA, pp. 301-320.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, nº 24, pp. 201-209.
- Sirgy, M.J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Skinner, B. F. (1978). *O comportamento verbal*. São Paulo: Cultrix.
- Smith, J. & Baltes, P. B. (1999). Trends and profiles of psychological functioning in very old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 197-226.
- Sousa, S. et al. (2012). *As Instituições Particulares de Solidariedade Social num contexto de crise económica*. Lisboa: IPI-Consulting Network Portugal, CNIS e Fundação Millenium BCP.
- Spaccarelli, S. & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, nº 19, pp. 1171-1182.
- Spar, E. J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Spilker, B. (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.
- Spiriduso, W. W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign, EUA: Human Kinetics.
- Sprangers, M., De Regt, E., Andries, F., Van Agt, H., Bijl, R., & De Boer, J. (2000). Witch chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, nº 53 (9), pp. 895-907.
- Springer, K. W., Hauser, R. M. & Freese, J. (2006). Bad news indeed for Ryff's six-factor model of well-being. *Social Science Research*, nº 35, pp. 1120-1131.
- Steel, P.; Schmidt, J. & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, nº 134 (1), pp. 138-161.
- Stones, M. J., & Kozma, A. (1985). Structural relationships among happiness scales: A second order factorial study. *Social Indicators Research*, nº 17, pp. 19-28.
- Stiglitz, J.E., Sen, A. & Fitoussi, Jean-Paul (org.) (2009). *Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress Report.*, Acedido a 12 de Janeiro de 2012, disponível em <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm>.

Suh, E. M. & Koo J. (2008). Comparing subjective well-being across cultures and nations: the "what" and "why" questions. In Eid, M. & Larsen, R. J., *The Science of Subjective Well-Being*. New York: Guildford Press.

T

Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 54, pp. 1031–1039.

Tetens, J. N. (1777). Philosophische Versuche über die menschliche Natur und ihre Entwicklung. In W. Damon, R.M. Learner (Series Ed.) & R.M. Learner (Vol. Ed.). (2006). *Handbook of child psychology: Theoretical Models of Human Development* Vol 1. (6th ed.). New York: Wiley, pp. 572-574.

Hoiberg, D. (ed.) (2007). *The New Encyclopædia Britannica*. Benton Foundation and Encyclopædia Britannica, Inc.

Théis, A. (2001). La resilience dans la littérature scientifique. In M. Manciaux e cols, *La résilience: résister et se construire*, pp.33-44.

Torga, M. (1977). *Novos Contos da Montanha* (7^a Ed.). Coimbra: Edição de Autor.

Trincadeiro, M., Lopes, N. & Marques, S. (2009). Cuidados continuados: Evoluir no cuidar. *Hospitalidade*, nº284, pp. 12-17.

Tupes, E.C., & Christal, R.E. (1961). Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings. Technical Report N° 61-97, Lackland Air Force Base, TX: Personnel Laboratory, Air Force Systems Command, U. S. Air Force.

Tupes, E.C., & Christal, R.E. (1992). Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings. *Journal of Personality*, nº 60, pp. 225-251.

U

Uttal, D. & Perlmutter, M. (1989). Toward a broader conceptualization of development: The role of gains and losses across the life span. *Development Review*, nº 9, pp. 101-132.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division [UN – DESA/PD] (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision*. Press Release.

V

VandenBos, G. (1998). Life-Span developmental perspectives on aging: An introductory overview. In Nordhus, I., VandeenBos, G., Berg, S. & Fromholt, P. (eds.), *Clinical Geropsychology*. Washington: American Psychological Association.

Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative. *Social Indicators Research*, nº 24 (1), pp. 1-34.

Veenhoven, R. (2001). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, nº 1 (1), pp. 1–39.

Veenhoven, R. (2012), *Average happiness in 148 nations 2000-2009*, World Database of Happiness, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands. Acedido a 25 de Novembro de 2012, em http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat/findingreports/RankReport_AverageHappiness.php

Veríssimo, M. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais- Escala da Depressão Geriátrica*. Porto: Universidade do Porto.

- Veríssimo, M. (2001). Efeito do exercício físico na ingestão alimentar dos idosos. *Geriatrics. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, nº 139 (14), pp. 14-23.
- Vézina, J., Cappeliez, P. & Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Paris: Gaetan Morin.
- Vitta, A. (2000). Atividade física e bem-estar na velhice. In Neri., A. L. & Freire, S. A. (Eds.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, pp. 81-89.
- W**
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, nº 98, pp. 219-235.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 54 (6), pp. 1063-1070.
- Weisner, R., Ryan, G. W., Reese, L., Kroesen, K, Bernheimer, L, & Gallimore, R. (2001). Behavior sampling and ethnography: Complementary methods for understanding home-school connections among Latino immigrant families. *Field Methods*, nº 13(1), pp. 20-46.
- Weiss, A.; Bates, T. C. & Luciano, M. (2008). Happiness is a personal(ity) thing: the genetics of personality and well-being in a representative sample. *Psychological Science*, nº 19 (3), pp. 205–210.
- Whitbourne, S. (1987). Personality development in adulthood and old age. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, nº 7, pp. 189-216.
- White M. & Dolan P. (2009). Accounting for the richness of our daily activities. *Psychological Science*, nº 8 (10), pp. 1000-1008.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rational and current Status. *International Journal of Mental Health*, nº 23 (3), pp. 24-56.
- Whoqol Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assessment. Psychological Medicine*, nº 28, pp. 551-558.
- WHOQOL-Old Group (2005). Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Resident*, nº 14 (2), pp. 197-214.
- Wilkinson, P. O. (2001). *O livro ilustrado das religiões: o fascinante universo das crenças e doutrinas que acompanham o homem através dos tempos*. Tradução de Margarida e Flávio Quintiliano. São Paulo: Edição Publifolha.
- Williams, M. A. (2003). Desenvolvimento humano e envelhecimento. In *American College of Sports Medicine. Manual de pesquisa das diretrizes do ACMS para os testes de esforço e sua prescrição* (4ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- World Health Organization - WHO. (2001). *Men, Ageing and Health: Achieving health across the life span*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO. (2002). *Active Ageing, a Policy Framework: A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, T. R. (1986). *The religion of humanity: the impact of Comtean positivism on Victorian Britain*. Cambridge: Cambridge University Press.

X

Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. U. & Mariguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, nº 25, pp. 31-39.

Xenofonte. Tradução de Anna Lia Amaral de Almeida Prado (1999). *Económico*. São Paulo: Martins Fontes Ed.

Y

Yerkes, R. M. (1921). *Psychological examining in the United State Army*. Washington, DC: National Academy of Science.

Yassuda, M. S. (2004). Desempenho da memória e percepção de controlo no envelhecimento saudável. In Néri, A. L. & Yassuda, M. S. (Eds.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, SP: Papyrus, pp. 111-126.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B. & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, n. ° 17, pp. 37-49.

Z

Zagher, M., Pierezan, P. & Claudino, R. (2009). Avaliação da qualidade de vida nos profissionais da saúde, que prestam assistência a pacientes geriátricos. *Revista Digital – Buenos Aires: efdeportes.com*, p. 135.

Zalta, Edward N. (ed.). (2012). Stoicism. In *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Acedido em 12 de Março de 2013 em <http://plato.stanford.edu/entries/stoicism>

Zannon C. & Seidl, E. (2004). Qualidade de vida: Aspectos conceituais e metodológicos. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):580-588. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>, consultado a 2 de Maio de 2013.

Ligações WWW

Action on Elder Abuse: <http://www.elderabuse.org.uk/>

Abbeyfield Houses Society of Canada – A.H.S.C. (2014): www.abbeyfield.ca

Associação Académica de Coimbra – A.A.C. (2013). Projecto “Lado a lado”: www.academica.pt.

Associação de Apoio Domiciliário de Lares e Casas de Repouso de Idosos – A.L.I. (2014 e 2015): www.ali.pt.

Base de Dados do Portugal Contemporâneo – PORDATA (2013/2014): www.pordata.pt

Berlin Aging Study – B.A.S.E. (2012): <https://www.base-berlin.mpg.de/en>

Centro de Cuidados Comunitário de Lillevang (Plejecentret Lillevang) – C.C.C.L. (2014): www.lillevang.furesoe.dk/

Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade – C.N.I.S. (2014): <http://novo.cnis.pt/>

Directorate General for Economic and Financial Affairs – D.G.E.C.F.I.N. (2009). Comissão Europeia. In http://ec.europa.eu/dgs/economy_finance/index_en.htm

European Innovation Partnership on Active and Health Ageing – E.I.P.A.H.A. (2013): www.ageingcoimbra.pt/index.php/pt.

European Social Survey – E.S.S. (2013): www.europeansocialsurvey.org.

European Union – E.U. (2012): <http://ec.europa.eu/archives/ey2012/>

Guarda Nacional Republicana – G.N.R. (2014; 2015). Operação Censos Sénior 2014; Operação Censos Sénior 2015: www.gnr.pt.

- Glacier Circle Senior Community – G.C.S.C. (2014): www.jmh-architect.com/pdf/jmh_energy_gcsc_notes.pdf.
- Global Acting on Aging – G.A.A. (2014): www.globalaging.org.
- Global AgeWatch Index – G.A.W. (2014): www.helpage.org/global-agewatch.
- Happy Planet Index – H.P.I. (2013): www.happyplanetindex.org.
- Healthy Ageing Project –H.A.P. (2013): www.healthyageing.eu.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - I.B.G.E. (2014): <http://www.ibge.gov.br>.
- Instituto para a Segurança Social – ISS (2014c): www4.segsocial.pt
- Lar dos Velhinhos de Piracicaba – L.V.P. (2014): www.lardosvelhinhos.piracicaba.org.br.
- Linha Saúde 24 (Ministério da Saúde) (2014): www.saude24.pt.
- Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées – M.A.R.P.A. (2013): www.marpa.fr.
- Observatoire Français des Conjonctures Économiques (O.F.C.E.) (2013): www.ofce.sciences-po.fr.
- Portal da Diabetes (2013): www.apdt.pt.
- Portal Portugal Sénior (2010): <http://portugalsenior.sapo.pt>.
- Projecto net@vô (2009): <http://www.viver.org>.
- Projecto TIO (Terceira Idade on Line) (1999): www.projectotio.net.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - R.N.C.C.I. (2014): www.rncci.minsaude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx
- Rede de Universidades da Terceira Idade para Seniores – R.U.T.I.S. (2014): www.rutis.org
- Sun City Home Owners Association – S.C.H.O.A. (2014): <http://www.suncityhoa.org/>
- The Rowntree Foundation and Housing Trust – R.F.H.T. (2014): <http://www.jrht.org.uk/communities>
- The Seattle Longitudinal Study – S.L.S. (2005): sharepoint.washington.edu/uwsom/sls
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (Population Division) – U.N.D.E.S.A. /P.D. (2013): www.un.org/en/development/desa/population
- United Nations Development Programme (UNDP) (2014) - Human Development Report 2014: <http://hdr.undp.org/en/data/trends>
- United States Census Bureau [USCB] (2013): www.census.gov/population
- United States Census Bureau [USCB] (2014): <http://www.census.gov/#>
- World Database of Happiness [WDH] (2013): www1.eur.nl/fsw/happiness/

ANEXOS

ANEXOS DO CAPÍTULO I 389

Anexo 1 - Do velho ao idoso: da noção ancestral de <i>velho</i> ao conceito actual de <i>idoso</i>	391
Anexo 1.1 - A representação do <i>velho</i> na Antiguidade Grega	393
Anexo 1.1.1 - O <i>velho</i> e a <i>velhice</i> na perspectiva Platónica e Aristotélica	395
Anexo 1.2 - A representação do <i>velho</i> no Império Romano	396
Anexo 1.3 - A representação do <i>velho</i> a partir da Idade Média	398
Anexo 1.4 - O início da distinção da representação social do <i>velho</i> e do <i>idoso</i>	400
Anexo 1.5 - A exclusão social dos idosos não é nova, nem terminou na actualidade	401
Anexo 2.1 - A Biologia do envelhecimento: a inevitável senescência	402
Anexo 2.2.1 - <i>Coping</i> , Resiliência e Cognição no envelhecimento	405
Anexo 2.2.2 - Ansiedade e Depressão nos idosos	409
Anexo 2.4.1 - O Envelhecimento Saudável como precursor conceptual do bom envelhecimento no advento do Envelhecimento Bem-Sucedido (<i>Successful Aging</i>)	412
Anexo 2.4.2 - O contributo do modelo desenvolvimental do ciclo de vida (<i>Lifespan</i>) para a compreensão do envelhecimento do humano	416
Anexo 2.4.3 - O conceito Envelhecimento Bem-Sucedido na perspectiva do Modelo de Selecção-Optimização-Compensação (SOC)	418
Anexo 2.4.3.1 - Considerações finais sobre o Modelo SOC	427
Anexo 2.4.3.2 - Propostas desenvolvimentais que facilitam o Envelhecimento Bem-Sucedido	428
Anexo 2.4.4 - A contemporaneidade do conceito de Envelhecimento Activo: desafios e possibilidades ...	430
Anexo 2.5.1 - Aspectos da Demografia Mundial	432
Anexo 2.5.2 - O envelhecimento demográfico português: decadência ou reajustamento	435
Anexo 2.5.2.1 - Considerações demográficas sobre Portugal	437

ANEXOS DO CAPÍTULO II 445

Anexo 1.1.4 - As novas abordagens emergentes sobre <i>felicidade</i>	447
Anexo 1.2.1 - Os componentes do Bem-Estar Subjectivo	452
Anexo 1.2.2 - Estruturação conceptual do Bem-Estar Subjectivo	453
Anexo 1.2.3 - A mensuração do Bem-Estar Subjectivo	454
Anexo 1.2.4.1 - A Teoria de Baixo-para-Cima (<i>Bottom-Up Theory</i>)	455
Anexo 1.2.4.2 - A Teoria de Cima-para-Baixo (<i>Top-Down Theory</i>)	456
Anexo 1.2.5.1 - O Modelo dos Cinco Factores ou <i>Five Factors Model</i>	458
Anexo 1.2.5.2 - A influência da Genética no Bem-Estar Subjectivo	462
Anexo 1.2.6 - O Bem-Estar Subjectivo e a Saúde	464
Anexo 1.2.6.1 - A Morbilidade, Sobrevivência e Longevidade e o Bem-Estar Subjectivo	465
Anexo 1.2.7 - A Psicologia Positiva e o Bem-Estar Subjectivo	468

ANEXOS DO CAPÍTULO III 469

Anexo 4a - Aldeia de S. José de Alcalar: do sonho à edificação de um modelo residencial comunitário para pessoas idosas	471
Anexo 4b - Lista de ofertas solidárias para a concretização da Aldeia de S. José de Alcalar	478

ANEXOS DO CAPÍTULO IV 483

Anexo 1.1 - Arizona: a Comunidade de <i>Sun City</i> Arizona	485
Anexo 1.2 - Brasil: a Aldeia para idosos de Piracicaba	489
Anexo 1.5 - Centro de Cuidados de <i>Lillevang</i> , em Farum, na Dinamarca	492
Anexo 1.6 - As <i>Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées</i> , em França	493
Anexo 1.7 - A comunidade de <i>Hartrigg Oaks</i> , em New Earswick, no Reino Unido	494

ANEXOS DO CAPÍTULO V (Instrumentário) 495

ANEXOS DO CAPÍTULO I

O Idoso e o Envelhecimento

ANEXO 1 do Capítulo I

Do velho ao idoso: da noção ancestral de *velho* ao conceito actual de *idoso*.

No imaginário ocidental de matriz Judaico-Cristã o patriarca Matusalém é uma referência da longevidade¹. Porém, há que contextualizar, à época e através das épocas, a interpretação dos acontecimentos históricos de há mais de 2000 anos.

Graças a uma das mais antigas ciências da Humanidade – a Astronomia – o Homem pôde atribuir significação à fascinante continuidade dos dias e das noites e à sucessão das fases da Lua, as quais, por sua vez, estão na origem das noções de *dia* e de *mês*. A ideia de *ano* terá sido menos imediata e menos intuitiva do que se possa supor, tendo provavelmente resultado da passagem da sociedade recolectora para a sociedade agrícola, quando os povos primitivos se aperceberam da tremenda influência do ciclo das estações no sucesso do plantio e nas subsequentes colheitas². Logo, nas sociedades agrícolas, a internalização do conceito de *ano* também não poderia ter ocorrido sem a integração plena das noções de *dia* e de *mês lunar* ou *lunação*, período astronómico natural que ainda hoje utilizado nos calendários modernos.

De regresso à longevidade de Matusalém, podemos teorizar uma interpretação para tentar explicar a narrativa do mito: se forem efectuados cálculos com números astronómicos actuais, portanto cientificamente validados à luz do conhecimento moderno, sabemos que o ciclo lunar (ou *lunação*) corresponde ao tempo transcorrido entre duas luas novas consecutivas, sendo que esse período tem duração média de 29 dias, 12 horas, 44 minutos e 2,9 segundos.

¹ A cronologia dos *Setenta* declara que a vida de Matusalém durou 969 anos, extraordinário mito que tem vindo a suscitar admiração, cepticismo e muito debate ao longo de múltiplas gerações de crentes e de não crentes. Não obstante, a lenda foi tão poderosa que o nome do patriarca é usado como provérbio: sobre uma pessoa que alcançou uma idade incomumente longa, mantendo robustez e bom ânimo, é costumeiro dizer-se que alcançará *a idade de Matusalém*. Contudo e por enquanto, apesar dos contributos da ciência, sabemos que ainda não é possível o corpo humano superar a idade dos 125 anos, mesmo com a intervenção externa sobre o *metabolismo* do organismo, sobre os *danos* resultantes daquele e sobre a concomitante *patologia* inerente àqueles factos indiscutíveis da vida (De Grey & Rae, 2007). Por conseguinte, com todo o respeito pelo simbolismo da linguagem religiosa, parecem maravilhosamente exageradas as descrições feitas acerca da longevidade dos patriarcas que constam nas Escrituras.

² A este respeito, a título de exemplo, podemos citar três celebrações intemporais mas periódicas, entre as muitas conhecidas e mantidas ainda hoje entre nós, como são as celebrações pagãs do Carnaval, de cariz marcadamente orgíaco no dealbar da Primavera ou, então, a Festa da Pinha, característica da povoação de Estoi, a antiga romana Ossónoba, ou ainda a “*Festa dos Maços*”, tão característica das regiões agrícolas de Portugal, especialmente do Sul, onde são evidentes os resquícios das celebrações respeitantes aos rituais de fertilidade herdados dos Celta-ibéricos e da posterior ocupação Romana.

Assim sendo foi possível calcular que as *lunações* aproximam-se do número médio de 29,5305881 dias (Silveira, 2001).

Também graças à Astronomia podemos considerar vários tipos de *ano*. Um deles, o *ano trópico*, quer significar que o período decorrido entre duas passagens consecutivas do Sol pelo ponto vernal é de 365 dias, 05 horas, 48 minutos e 45,3 segundos.

É o conceito de ano trópico que regula o retorno cíclico das estações e que intervém nos calendários solares. Assim, através dos cálculos acima descritos sobre o período de duração média da *lunação* podemos concluir que o ano astronómico *médio* contém 365,24219296 dias (Silveira, 2001). Num mero exercício de cálculo e pura teorização, consideremos que os antigos hebreus, quando descreveram a cronologia dos *Setenta*, se referiam a uma *lunação*³ (i.e., 29,5305881 dias) para significar um *ano* e que isso foi determinado numa época anterior ao moderno *calendário luni-solar* que harmonizou as *lunações* com a Revolução Trópica (ano trópico) do Sol.

No seguimento do cálculo da idade do patriarca Matusalém, expoente da longevidade e foco do nosso exemplo, podemos estimar que aos 969 *anos* descritos nas escrituras poderiam corresponder a pouco mais do que 78 anos já que, com base neste exercício tão-somente teórico sobre a significação do conceito de *ano* relatado nas primitivas escrituras hebraicas, se aquele conceito fosse referente à duração de uma *lunação*, os excepcionais 969 anos atribuídos a Matusalém reduzir-se-iam a 78 anos e 4,2757 meses de idade⁴, longevidade humanamente possível mas que não deixa de ser uma extraordinária e veneranda idade tendo em conta a baixa esperança de vida à época.

Eis-nos pois chegados à constatação de que conceito de *velho* não é novo, sendo tão ou mais antigo quanto o mito de Matusalém, mesmo que tenha sido excepcional à época a idade daquele Patriarca hebreu, já que desde sempre na história da humanidade foi pouco frequente, digamos fora da norma, chegar-se à condição etária de *ancião*.

³ Lembremos que as narrativas orais estiveram na origem dos *Livros* que compõem as *Escrituras* e que estes textos foram alvo de diversas traduções desde o aramaico até ao latim, passando pelo hebraico e o grego. Recordemos também que o hebraico é uma língua pictórica, que se expressa por metáforas e foi bastante adequada para a expressão de Deus com o seu povo e que, além disso, é uma língua pessoal que apela diretamente ao coração e às emoções e não apenas à mente e à razão.

⁴ Se aos 969 *anos* de Matusalém descritos nas escrituras hebraicas corresponderem 969 *lunações*, bastar-nos-ia multiplicar essa cifra com o número médio de dias de uma *lunação* e obteremos um resultado de 28.615,1399 dias de vida (969 x 29,5305881= 28.615,1399). Aqueles dias de vida (28.615,1399) divididos por 365,24219296 dias (correspondente ao moderno ano astronómico *médio*) significarão cerca de 78,3457 anos de vida. Para o correspondente cálculo final, em meses, da suposta idade do patriarca Matusalém teremos que 126,2642 dias divididos por 29,5305881 dias (o valor astronómico médio de uma *lunação*), pelo que o resultado é correspondente a 4,2757 meses.

ANEXO 1.1 do Capítulo I

A representação do velho na Antiguidade Grega

A Guerra de Tróia⁵, segundo o poeta Homero, foi causada pelo rapto da princesa Helena⁶ por Páris⁷. Em síntese, o infortúnio daquela magnífica cidade-estado, e do seu povo, tem início quando o príncipe troiano Páris, numa missão diplomática, visitou Esparta e se apaixonou pela belíssima (e jovem) Rainha Helena, esposa do Rei Menelau. No contexto simbólico da narrativa, o mancebo garboso Páris havia recebido de Deusa Afrodite a recompensa de possuir a mulher mais bela do mundo que era, à época, Helena de Esparta. O rapto de Helena pelo jovem Príncipe Páris enfureceu o Rei Menelau o qual, assim traído pela esposa e vexado na sua meia-idade pelo jovem aliado, repentinamente tornado rival numa guerra pela conquista do amor (ou da posse) da mesma mulher⁸. Consequentemente, como resposta ao ultraje, o Rei Menelau, incapaz de aceitar a desonra e numa demonstração de poder - compensatório - útil aos seus intentos políticos para a expansão territorial, forjou um conjunto de alianças com outros monarcas e constituiu um potente exército para um ataque retaliatório aos troianos: segundo reza a lenda, foram enviados mais de mil navios cheios de soldados para a conquista de Tróia. Entre eles, o navio do nobre aguerrido Ulisses e dos seus camaradas.

Para a narrativa homérica, a velhice parece associada à influência política e à sabedoria e estas qualidades são personificadas pelo Rei de Tróia, Príamo, pai do jovem raptor apaixonado, Páris, cujo acto arrebatado despoletou a sangrenta e ardilosa contenta cujas repercussões ecoam até aos nossos dias. O decorrer dos anos conferira a Príamo a experiência, a arte da retórica e o poder Real, os quais permanecem mesmo que fisicamente debilitado e politicamente enfraquecido pelo acto imoral (porém romântico) do seu filho. Ciente das suas limitações como comandante das tropas troianas, o velho Rei Príamo investe o poder militar no seu filho mais velho, o Príncipe Heitor. Este incorporará o papel do homem adulto robusto que sucede ao velho pai na tomada da dianteira na acção, não só por ser um general talhado para a guerra mas,

⁵ Conflito bélico entre Gregos e Troianos, possivelmente entre 1300 a.C. e 1200 a.C, no final da Idade de Bronze no Mediterrâneo.

⁶ Esposa do lendário Rei Menelau, soberano da Lacedemónia (Esparta).

⁷ Príncipe de Tróia, filho do Rei Príamo.

⁸ Neste aspecto, a simbologia incide não apenas sobre a conquista romântica mas, outrossim, sobre luta geracional pelo domínio e pelo poder através de uma contenda relacional perpétua de alianças, de estratégias, de influências, de moral, de perícia, entre outros aspectos implícitos, que vão muito para além da força bruta ou da cedência emocional aos impulsos.

simultaneamente, como legítimo sucessor e depositário das esperanças familiares (e dos súbditos), naquele momento crítico, cercado e amedrontado perante a adversidade. Contudo, nesta narrativa de Homero não será o Príncipe Heitor o campeão que assegurará a vitória aos troianos. Pelo contrário, ele será derrotado no campo de batalha por outro símbolo da força, da destreza e da astúcia, o protótipo do jovem herói viril, aguerrido e implacável, o (aparentemente) invencível Ulisses. Tal como o velho Rei Príamo foi eclipsado pelo seu herdeiro adulto, também o Príncipe Heitor será superado (e eliminado) por um opositor mais forte, mais ágil, mais aguerrido e mais ardiloso: Ulisses⁹, o rei-guerreiro mais conhecido de toda a epopeia grega.

A narração homérica da Guerra de Tróia contém, em si mesma, um relato sobre os actos impensados dos homens, desde a impulsividade da paixão até à reacção intempestiva à traição, passando pela influência da moral e das cumplicidades sobre a estabilidade das relações e das alianças. A narrativa contém, igualmente, a noção dos limites dos homens e das nações e a constatação das fragilidades, possíveis e ocultas, em todas as situações e nos homens em geral, até naqueles que parecem invencíveis¹⁰. Deste modo, num contexto varonil, guerreiro e ardiloso, foi preciso o vigor físico de Ulisses para derrotar Heitor no campo de batalha e, sequencialmente, a astúcia do herói para vencer uma nação e terminar com o impasse da guerra, dando a vitória aos gregos.

Assim se constata que as complexidades humanas estão implícitas no simbolismo da mitologia grega e representam, por um lado, a exaltação pela glória dos triunfos dos homens e, por outro, as lamentações pela tragédia dos momentos de derrota, mimetizando a própria dinâmica da vida do mais comum dos mortais. Quase sempre auxiliados pelos Deuses, na mitologia grega os humanos são os destinatários do simbolismo divino que justifica múltiplas qualidades e fragilidades, institui as relações de poder e tenta colocar ordem no caos relacional entre o Homem e a Natureza. A este aspecto não escapou o papel estatutário dos indivíduos na sociedade e, logo, dos sujeitos perante as transformações biopsicossociais inerentes ao envelhecimento.

⁹ Rei de Ítaca foi o personagem principal da *Odisseia*, de Homero. Mais comumente conhecido pela denominação latina Ulisses, o nome grego deste herói era Odisseu (ou, em grego *Odysseýs*).

¹⁰ A impenetrável Tróia foi destruída pela estratégia de guerrilha subversiva implícita no enorme *Cavalo de Madeira* ofertado pelos sitiantes aos confiantes e crédulos troianos (cavalo esse que seria oco e estaria recheado de guerreiros ocultos, os quais pela calada da noite saíram do seu esconderijo e abriram as portas da cidade, permitindo aos invasores entrarem, destruindo-a sem dó nem piedade) ou, semelhantemente a fragilidade humana é personificada no invencível Ulisses que foi inesperadamente imobilizado por uma seta certa num ponto vulnerável do seu corpo, um tendão fibroso acima do calcanhar, segundo a nossa interpretação a partir da *Iliada* (Homero, trad. Lourenço, 2005).

ANEXO 1.1.1 do Capítulo I

O velho e a velhice na perspectiva Platónica e Aristotélica

No tratado filosófico “A República”, sobre as virtudes da Ética e da Justiça, Platão faz um rasgado elogio à velhice e ao idoso, o qual livre das necessidades do corpo, é o mais capacitado para comandar a Polis¹¹, tornando-se assim digno do respeito e da obediência dos mais jovens: “Quanto mais se enfraquecem os outros prazeres, os da vida corporal, tanto mais crescem em relação às coisas do espírito, as minhas necessidades e alegria. Os mais idosos devem mandar e os mais jovens devem obedecer.” (Beauvoir, 1990: 135)

Segundo a filosofia platónica, o corpo seria uma aparência ilusória e sem importância para alcançar a verdade e a virtude. Chegado à condição de ancião e durante a velhice, o homem estaria autorizado a desprezar o declínio físico do corpo humano: o conhecimento a verdade, i.e., o caminho que leva à virtude da felicidade do homem, existia na sua alma imortal alimentada pelas suas ideias (Beauvoir, 1990). Porém, se Platão pensava que a agregação corpo com a alma seria um entrave à felicidade na velhice (isto é evidente no axioma *teme a velhice, porque ela nunca vem só*), mais tarde veio a reconhecer que a alma pode explorar o corpo em seu benefício sem, no entanto, ter necessidade dele (Platão, trad. de Pereira, 2007).

Neste pressuposto coincidindo com Platão, a reflexão aristotélica calcula que o homem melhore o seu intelecto até aos cinquenta anos devido à acumulação de experiências. Contudo, ao contrário de Platão, para Aristóteles a longevidade não é um factor de progresso, mas de involução. Ainda que Aristóteles admita que um velho sábio é capaz de suportar com magnanimidade todas as vicissitudes, não deixa de considerar que a saúde do corpo, assim como os bens materiais, são absolutamente necessários ao proveito do espírito (Ross, 1955).

¹¹ Para Platão só pela educação era possível aos homens adquirirem o conhecimento que habilita a governar ou a contribuir para o governo da cidade. Segundo aquele postulado, os estudos deveriam ter início na adolescência e estariam frutificados, plenamente, aos cinquenta anos, idade em que cidadão se tornava um filósofo, estatuto que lhe garantia as condições para governar com inteligência, experiência e clareza na reflexão, as quais que permitem alcançar a verdade necessária para ser um digno guardião da Polis (Platão, trad. de Pereira, 2007).

ANEXO 1.2 do Capítulo I

A representação do velho no Império Romano

Desde a crescente expansão de Roma durante os séculos III e II a.C., a sociedade romana manteve uma grande coesão por ser simultaneamente imperialista, tradicional e conservadora; neste aspecto, as mudanças imprevistas na ordem da sociedade não eram bem vistas. Com efeito, na sua base, o tecido familiar romano era comandado pelo *pater famílias* – termo latino que significa literalmente *pai da família* ou *patriarca da família* – geralmente um homem mais velho o qual, mesmo que fisicamente diminuído pela idade, detinha o direito sobre todas as propriedades e sobre todas as pessoas da família, incluindo conferindo-lhe o poder de decisão sobre a vida ou a morte dos seus familiares e dos seus escravos (Bloch, 1985). A partir de Tibério Graco e de Caio Graco (século II a. C.) o modelo oligárquico das famílias da antiga nobreza etrusco-romana foi posto em causa, tendo daí resultado a decadência e a perda dos poderes do Senado pelo que, em consequência, o estatuto dos velhos foi rebaixado na hierarquia social (Beauvoir, 1990).

Quando escreveu o texto *De Senectude*, Cícero¹², um dos mais relevantes pensadores romanos sobre a velhice e o estatuto dos velhos na sociedade, receava ser executado às ordens do segundo triunvirato¹³ estabelecido na República Romana em 43 a.C. (Cícero, trad. Gomes, 1998). Escrito num tom meditativo e, ao mesmo tempo, de aceitação pacífica da derradeira fase da vida que havia alcançado e que se augurava prestes a findar abruptamente, o *De Senectude* de Cícero não apenas é uma apologia realista das virtudes e contratempos da velhice, mas também faz um enaltecimento à vida que se extingue naturalmente, podendo ser encarado até mesmo como uma reflexão que preparava o próprio autor para a sua morte anunciada¹⁴.

¹² Para os padrões da época, na altura em que escreveu o *De Senectude*, Cícero tinha quase 63 anos e sabia o que era o sofrimento pois perdera a sua amada filha Túlia e ele próprio tinha sofrido vários reveses políticos. Após uma longa e bem-sucedida carreira, tendo sido inclusivamente senador e nomeado cônsul, caiu em desgraça quando apoiou Décimo Júnio Bruto Albino como governador da Gália Cisalpina e apelou ao Senado para declarar Marco António como um inimigo do Estado.

¹³ Triunvirato constituído entre Lépido e os jovens Octávio e Marco António, este tornado adversário de Cícero devido à querela política que se haviam estabelecido então entre ambos grupos políticos rivais

¹⁴ De facto, pouco tempo depois, ao tentar exilar-se na Macedónia, Cícero foi capturado ao deixar a sua *Villa* em Fórmias e assassinado no dia 7 de Dezembro de 43 a.C., a mando do Triunvirato (leia-se: do seu inimigo Marco António) (Cícero, trad. Gomes, 1998).

Em *De Senectude*, Cícero enuncia quatro ideias comuns que levam as pessoas a acharem a idade detestável e desconstrói cada uma delas¹⁵. Nelas denota-se que nem o infortúnio pessoal nem o fracasso político haviam tornado Cícero um homem azedo nem sequer acomodado à velhice. Pelo contrário, Cícero exorta os velhos a que se mantenham activos devendo por isso *combater a idade*, defendendo que as falhas carecem de uma *resistência vigilante*: a velhice, longe de ser um estado de debilidade e inactividade deve ser, pelo contrário, uma época laboriosa em que é importante o empenho em fazer ou planear coisas novas, conforme a natural propensão ao longo da vida. Sem dúvida que, com Cícero, estamos perante um claro exemplo de como os melhores de entre os Romanos encaravam a velhice mas também a morte:

A idade só será respeitada se combater pela sua posição, se mantiver os seus direitos, se fugir à tentação da dependência e se, enquanto a vida durar, afirmar o controlo sobre a esfera própria. Porque assim como aprecio que um jovem albergue nele algo de maduro, assim aprovo um velho que mantenha sinais de juventude. Se for este o seu objectivo, qualquer que seja a idade do seu corpo, nunca será velho de espírito. Da mesma forma que as maçãs, enquanto verdes, só podem ser apanhadas pela força mas, uma vez que estejam maduras, caem por si próprias, assim no caso dos jovens a morte se reveste de violência, mas chega aos velhos quando o tempo é adequado à colheita (Cícero; Gomes, 1998: 35).

¹⁵ 1) À noção de que a muita idade afasta o Homem da vida activa Catão contrapõe que uma mente bem trabalhada pode ser útil a vida toda. Por isso, a procura incessante do conhecimento é sempre útil já que os velhos, através da sabedoria e da experiência, devem estar presentes no debate para conter o furor ideológico dos jovens, tornando assim as decisões mais sensatas.

2) À ideia de que a velhice enfraqueceria o corpo Catão refuta-a através do reconhecimento de que o enfraquecimento do corpo ocorre com a velhice, mas também ocorre em outras diversas fases da vida. Portanto, a velhice não é caracterizada exclusivamente pela doença, pelo que é possível envelhecer com saúde se cuidarmos do nosso corpo e da mente.

3) Face à concepção de que a velhice priva-nos dos melhores prazeres, Catão defende que o prazer sexual é típico dos jovens e, felizmente a velhice perde esse interesse sem saudades: o prazer sexual entorpece os Homens e leva-os às traições e às guerras. Quanto ao prazer de comer muito não é permitido aos velhos, mas é permitido comer pouco e devagar, saboreando um bom vinho ou um bom prato enquanto as conversas são colocadas à mesa.

4) Perante a certeza de que a velhice aproxima-nos da morte, Catão argumenta que se um jovem pode morrer a qualquer momento, então a morte não é um problema da velhice. Não se tem medo da morte se a vida for vivida em plenitude. Além disso, pela lógica de Cícero, traduzida no discurso de Catão, o corpo morre mas a alma é imortal. É por isso que o Homem se preocupa com o que deixa feito no Mundo, para que sua alma permaneça viva na memória das pessoas.

ANEXO 1.3 do Capítulo I

A representação do velho a partir da Idade Média

A reconstrução dos pedaços do Império Romano foi cimentada pela força das armas das elites medievais emergentes, que assim se constituíram como a classe social dominante¹⁶, em que os laços entre os feudatários e os senhores feudais e entre estes e o topo da pirâmide, o Rei, eram vinculados por um rede de alianças e deveres, por sua vez sustentada em relações estratificadas de vassalagem¹⁷ e de servidão¹⁸ (Mattoso,1980).

Sendo a boa condição física essencial ao cumprimento das obrigações feudais, a sua diminuição ou ausência constituía uma redução do estatuto, quer fosse na condição de servo ou na de vassalo. Daqui decorra que na Alta Idade Média (do século V ao X) e também - mas com menor relevância - na Baixa Idade Média (século XI ao XIV), a progressão da velhice levava, portanto, à passagem daquela responsabilidade feudal e, logo, do respectivo usufruto dela decorrente, ao filho (ou ao herdeiro masculino na linhagem de sucessão) mais capaz para prosseguir com tais deveres (Mattoso,1980).

Apesar de no século IV terem sido criados alguns asilos para os mendigos, a Igreja não fez muito pela condição dos velhos nessa época. Na Alta Idade Média, tal como no período clássico primitivo, o vigor e a força dos jovens dominava a importância do estatuto social (Beauvoir, 1990).

Neste contexto, numa mesma casa era usual viverem várias gerações, na maioria das vezes numa só divisão, onde se fazia de tudo: onde se dormia, cozinhava, comia, etc., sendo o conceito de privacidade algo desconhecido. Nomeadamente a família medieval portuguesa incluía não só o casal e uma vasta prole, assim como também os avós, as tias viúvas, primos órfãos e outras criaturas aparentadas. Seria habitual viverem sob o mesmo tecto 10 ou 12 ou mais pessoas pertencentes a várias gerações “(...) uma comunidade complexa, com ramificações múltiplas, cuja função essencial é proteger” (Mattoso, 2011: 447).

¹⁶ A nobreza aristocrática, imediatamente secundada pelo Clero, tendo esta pirâmide social uma base alargada - rude, pobre e braçal -, o povo.

¹⁷ Os vassallos ofereciam fidelidade ao senhor ou suserano em troca de proteção e de uma parte na distribuição da riqueza. As redes de vassalagem eram vastas, sendo o Rei o suserano mais poderoso. Um nobre podia ser vassalo de um suserano e ao mesmo tempo ter vassallos que o servissem (Mattoso,1980).

¹⁸ Os servos da gleba constituíam a maior parte da população camponesa, estando dependentes do senhor para aceder ao uso da terra. Eram obrigados a prestar serviços à nobreza e a pagar-lhes diversos tributos em troca da permissão de morar e de cultivar a terra, além da proteção militar, serviço que muitas vezes também eram obrigados a disponibilizar ao Senhor feudal (Mattoso,1980).

Naquele aspecto particular o autor parece discordar parcialmente do radicalismo de Beauvoir (1990) já que segundo defende, a família medieval portuguesa tudo partilhava: os escassos bens entre si, e as obrigações e as dívidas para com o Senhor Feudal. Se é verdade que cada um tinha de se bastar a si mesmo, recorrendo à força de trabalho, a falta de protecção social colmatava-se com a existência da protecção familiar. Sobretudo no caso dos velhos e dos doentes, a Igreja assumiu o serviço de caridade cristã que prestava “gratuitamente” em troca de géneros ou dotes, sendo frequente os idosos serem acolhidos em mosteiros e, em troca, a família entregar pães, ovos, animais, enfim, o que pudessem dar como oferenda (Mattoso, 1980; 2011).

No final da Alta Idade Média, com a gradual tomada de poder económico dos mercadores e da burguesia das cidades, emergiu o paradigma legalista, em que o contrato regula não apenas a troca de mercadorias, como igualmente o dinheiro em circulação e a posse da propriedade, alteração na dinâmica social que modificou “ (...) nas classes abastadas, a condição dos velhos: através da acumulação de riquezas, eles podem tornar-se poderosos. Há mais preocupação com eles” (Beauvoir, 1990: 175). Note-se que até este período, apenas os Senhores Feudais podiam ser proprietários. A plebe nada tinha de seu, a não ser as miseráveis vestes que envergava e a força de trabalho que podia oferecer em troca da subsistência. No final do Feudalismo já existe a possibilidade de o dinheiro poder ser utilizado para adquirir a propriedade; assim, após os pagamentos de impostos devidos aos Senhores, os camponeses que conseguissem lucrar com os seus negócios podiam adquirir casas e terras.

Recordemos que, com o advento do período Renascentista e até ao final do século XVII, a esperança de vida na Europa era ainda muito baixa, tanto para as crianças como para os velhos; nestes, nas classes populares, eram ainda raros os indivíduos que passavam dos 40 anos de idade e nas classes mais abastadas, onde se incluem a aristocracia e a burguesia, poucos indivíduos chegavam aos 70 anos (Beauvoir, 1990). É durante este período, que em Portugal é fundada a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)¹⁹, Instituição que remonta ao ano de 1498, já no final do século XV. Inicialmente dirigida pelo Frei Miguel Contreiras, confessor da Rainha D. Leonor, regente que se dedicou intensamente aos velhos, aos doentes, aos pobres, aos órfãos, aos prisioneiros e aos artistas quando assumiu o trono de Portugal.

¹⁹ A SCML teve como antecessora a *Irmandade de Invocação a Nossa Senhora da Misericórdia*, destinada a enterrar os mortos, a visitar os presos e a acompanhar os condenados à morte até o local da execução.

ANEXO 1.4 do Capítulo I

O início da distinção da representação social do *velho* e do *idoso*

Desde o final da Baixa Idade Média, passando pelo Renascimento dos séculos XV e XVI, pelo período Barroco do século XVII e até ao Iluminismo do século XVIII²⁰, o movimento de ascensão burguesa foi imparável.

Ao longo daquele percurso os comerciantes burgueses foram alvo de críticas devido à sua essência mercantilista original mas também beneficiaram das transformações ideológicas em curso.

Nesse âmbito, a burguesia associou a imposição da mentalidade legalista, inerente à confiança das relações comerciais, aos valores ideológicos iluministas do século XVIII, os quais podemos sintetizar que circundavam em torno da defesa do *Homem*, da *Liberdade* e do *Progresso*, agora aplicadas à produção e às transações de bens tangíveis e intangíveis, como o trabalho. Esse movimento cultural, mas também aquelas transformações económicas e sociais influenciaram, respectivamente, o advento e a consolidação, a partir de meados do século XVIII e durante todo o século XIX, do Industrialismo e do Capitalismo. Neste contexto, ao longo da Revolução Industrial, a aristocracia foi suplantada económica e politicamente pela burguesia, classe que se tornou mais poderosa do que as velhas classes dominantes.

Daqui decorre uma clarificação do estatuto social associado ao poder económico, independentemente da origem social ou da apologia do vigor e da força: os mais influentes representantes da classe produtiva passam a ser também os indivíduos com mais idade, que tinham acumulado influência e riqueza ao longo dos anos. Paradoxalmente, ainda que os ideais capitalistas enaltecessem o empreendedorismo activo, simbolizado na representação do jovem engenhoso e arrojado, a sociedade de então prezava muito a estabilidade e a segurança dos anos recentes de sucesso económico associados à sabedoria atribuída aos homens mais velhos, estabelecendo-se assim uma *gerontocracia* sustentada, tal como na Grécia clássica e na Roma imperial clássica, na experiência e sabedoria dos negócios, na influência económica e no poder financeiro e político (Beauvoir, 1990).

²⁰ Movimento cultural que também associou o ideal de conhecimento crítico à tarefa do melhoramento do Estado e da Sociedade.

ANEXO 1.5 do Capítulo I

A exclusão social dos idosos não é nova, nem terminou na actualidade

É sem ironia que nos referimos à perpetuação da exclusão social dos idosos; além da maior ou menor subtileza com que os mais velhos são excluídos na contemporaneidade das sociedades modernas, a brutalidade nua e crua ainda é comum nos povos mais primitivos que ainda subsistem no planeta. Neste âmbito, tais práticas são habituais em algumas populações nómadas, existindo relatos em que os mais velhos que estejam dependentes e doentes são tidos como um estorvo para a ligeireza requerida nas migrações sazonais. Com exemplo deste aspecto particular, Marques da Silva (2005) refere alguns casos ainda actuais: i) as tribos *Seriono*, seminómadas de língua Guarani que habitam nas selvas da Bolívia, próximos das fronteiras com o Brasil, para quem a doença e a incapacidade física, bem como a velhice avançada, podem levar ao abandono e mesmo à morte com certa frequência dos velhos tidos como incapazes, devido à constante movimentação da tribo; ii) os índios *Ajore*, que ainda hoje vivem como nómadas nas regiões pantanosas, entre os rios Otuquis e Paraguai, nos confins da Bolívia e do Paraguai, tribo em que os velhos *Ajore*, ou aqueles que devido às circunstâncias ficaram deficientes, são enterrados vivos, por solicitação própria ou mesmo contra a sua vontade (Marques da Silva, 2005). De modo semelhante, os velhos doentes e vítimas de males crónicos eram mortos por misericórdia pelos índios *Creek*, para quem aqueles velhos ou doentes poderiam acabar nas mãos de inimigos e, por isso, sofrer muito mais. No entanto, nesta tribo, os idosos mais saudáveis sempre forem respeitados e mesmo reverenciados por todos os componentes da tribo, pelo menos até deixarem de ser saudáveis (Marques da Silva, 2005).

Por conseguinte, não é despiendo afirmarmos que a erudição cultural e a práxis social estão correlacionadas com o grau de desenvolvimento civilizacional. À medida que aumenta a coesão do tecido social, aumenta a coerência do valor atribuído a todos os seus constituintes - quer sejam os mestres do conhecimento, os detentores do poder, os sujeitos que labutam ou a quaisquer outros elementos humanos dessa sociedade. Tal atribuição de valor está implícito nas representações sociais atribuídas aos seus intervenientes – sejam eles crianças, jovens, adultos ou idosos – na dinâmica de cada comunidade, em cada momento e ao longo da sua história.

ANEXO 2.1 do Capítulo I

A Biologia do envelhecimento: a inevitável senescência.

De um ponto de vista global, ao longo do envelhecimento, são perceptíveis várias alterações no organismo, a vários níveis, entre os quais podemos salientar:

- Ao nível *antropométrico* ocorre o encurtamento progressivo da estatura²¹ devido à compressão das vértebras, ao achatamento dos discos intervertebrais e flexão nos joelhos. A desmineralização óssea (osteopenia / osteoporose) é mais rápida nas mulheres após a menopausa, sendo seguido pelo tendencial incremento da massa gorda entre os 45 e os 50 anos com estabilização por volta dos 70 anos, altura em que geralmente tem início um declínio acentuado da massa corporal magra²² (muscular) até os 80 anos (Berger, 1995; Correia, Espanha & Barreiro, 2000; Moreira, 2001);

- Ao nível *muscular*, entre os 40 e os 50 anos ocorre uma perda de entre 10 a 20% na força muscular, que tende a agravar-se com o decorrer dos anos²³. Como consequência, a sarcopenia (perda de massa muscular, com atrofia) e diminuição da flexibilidade articular, em associação ao declínio neuronal terão implicações no equilíbrio dos indivíduos senescentes (Berger, 1995; Correia *et al.*, 2000; Moreira, 2001);

- Ao nível *cardiovascular* as alterações incidem na diminuição do volume sistólico e na redução da frequência cardíaca máxima, o que provoca a consequente diminuição do débito cardíaco. Ao longo da senescência é comum o incremento da pressão arterial (hipertensão), assim como o aumento dos níveis de ácido láctico e do débito de oxigenação devido à redução da capacidade cardiorrespiratória. Das alterações cardiovasculares decorre a diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e o cérebro e demais sistemas orgânicos, o que tem implicações na diminuição da capacidade de adaptação e de recuperação funcional activa dos indivíduos (Kopiler, 1997; Vitta, 2000; DeGrey & Rae, 2007);

²¹ Há perda de altura de 5% a 6% em relação aos 20 anos, com tendência a piorar com o avanço da idade. Sucede, também, a gradual curvatura dorsal, dos ombros e a inclinação dianteira da cabeça.

²² No processo do envelhecimento, ambos sexos tendem a perder massa magra (muscular) a um ritmo médio de 3 kilos por década, o que leva ao aumento percentual da massa gorda, sendo aos 75 anos quase o dobro dos valores aos 25 anos (Berger, 1995; Correia, Espanha & Barreiro, 2000; Moreira, 2001);

²³ Nas pessoas com idade entre 65 e 79 anos a força das mãos é atenuada em cerca de 16-40% e a força dos braços e das pernas é diminuída em cerca de 50%. O mesmo sucede desde entre os 45 aos 50 anos, com a diminuição na capacidade para manter força estática, com maior índice de fadiga muscular, das quais resultam diferentes graus na deterioração da mobilidade e na capacidade funcional.

- Ao nível neuronal e cerebral, ao longo do tempo é notória a diminuição do número e do tamanho dos neurónios, assim como a diminuição na velocidade das transmissões sinápticas, a redução do fluxo sanguíneo cerebral, e o incremento do tecido conectivo nos neurónios, dos quais resulta diminuição global da actividade cerebral, a diminuição do tempo de resposta dos reflexos, a redução da sensibilidade sensorial, assim como a diminuição da capacidade intelectual e mnésica e a velocidade do movimento funcional.

Neste âmbito, são vários os estudos neuropatológicos e de imagiologia neuronal que comprovaram a dimensão das modificações no cérebro humano envelhecido ao nível da atrofia do cérebro²⁴, do aparecimento de placas senis, da degenerescência neurofibrilar²⁵, da Morte neuronal²⁶, do enrarecimento da arborização dendrítica²⁷, entre outras alterações neuroanatómicas e neurometabólicas (Vézina, Cappeliez & Landreville, 1994; Fontaine, 2000; Yassuda, 2004; Moreira & Oliveira, 2005; Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

- Ao nível pulmonar ocorre o declínio da capacidade vital, da frequência e do volume respiratório (isto é, da capacidade pulmonar de mobilização do ar). Aumenta igualmente o espaço morto anatómico, o que leva agravamento do volume residual (ou seja, do ar retido nos pulmões depois da expiração). Dá-se a diminuição da mobilidade da parede torácica, e a redução gradual do quantitativo de alvéolos funcionais, do que resulta a crescente dificuldade e tolerância ao esforço físico. Em termos gerais, nas pessoas entre os 65 e os 79 anos a capacidade pulmonar é diminuída em aproximadamente 35% (Correia *et al.*, 2000; Moreira, 2001).

²⁴ Implica a perda de peso da matéria cerebral, a diminuição do volume cortical e incremento dos sulcos; julga-se que resulta, sobretudo, das lesões da substância branca (Leucoaraiose) (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

²⁵ No decurso da senescência a neuroplasticidade dendrítica e sináptica parece, respectivamente, menos activa e eficaz, degenerescência da qual parece resultar a redução das capacidades de aprendizagem (Fontaine, 2000).

²⁶ O resultado da morte neuronal traduz-se na crescente dificuldade para efectuar operações mentais relativamente simples, observável nos indivíduos cada vez mais idosos. Pensa-se que a causa reside na necessidade que aqueles têm de recrutar mais sistemas neurais (Yassuda, 2004).

²⁷ Caracterizada pela redução média da quantidade de dendrites neuronais, os autores referem-na na compensação entre zonas cerebrais, já que enquanto umas sofrem degeneração outras áreas parecem crescer. Contudo, este fenómeno não ocorre em todos os senescentes pelo que os autores associam o envelhecimento cerebral normal à compensação dinâmica entre zonas cerebrais e à sua ausência a senilidade (Fontaine, 2000; Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Existem, identicamente, várias outras alterações funcionais no organismo que causam transtornos relevantes no funcionamento geral dos indivíduos senescente tais como perturbações da visão²⁸, da audição (percepção e distinção de sons ambientais e da fala), do paladar (degustação e odor) e no tacto.

Do ponto de vista sistémico, é normal a diminuição da capacidade dos rins e do fígado para eliminar toxinas ou metabolizar substâncias medicamentosas, assim como a redução da capacidade da resposta imunitária do organismo às infecções (Jakobson *et al.*, 2004).

Outro elemento significativo na senescência é a crescente diminuição da tolerância à glicose. Neste âmbito, a glicémia ao jejum é um dos poucos parâmetros que não é significativamente alterado com a idade. Contudo, na população idosa portuguesa, a intolerância à glicose tem sido agravada, paradoxalmente, com a melhoria das condições de vida, nomeadamente por causa do acesso facilitado a determinado tipo de alimentação altamente calórica (isto é, dos maus hábitos alimentares) e, também, devido ao aumento do sedentarismo. Neste sentido, a conjugação daqueles factores, ambientais e da natural senescência, faz com que, em Portugal, a incidência da Diabetes seja muito elevada, particularmente, na população idosa²⁹, sendo um dos factores relevantes para os níveis de morbilidade e sobrevivência e de qualidade de vida nos idosos portugueses.

²⁸ Redução da acuidade visual, encurtamento do campo visual periférico, diminuição da adaptação à claridade ou à escuridão, encurtamento da noção de profundidade e diminuição da identificação cromática.

²⁹ Em Portugal, a prevalência da *Diabetes* ronda os 12% da população, afectando sobretudo os idosos, cuja prevalência na faixa etária dos 60 aos 79 anos é, respectivamente de 30,3% para os homens e de 24,4% para as mulheres (Fonte: Portal da Diabetes, 2013).

ANEXO 2.2.1 do Capítulo I

Coping, Resiliência e Cognição no envelhecimento.

No *Dicionário de Psicologia* sob a direcção conjunta de Doron e Parot (2001), o *coping* é definido por Catherine Chabert do seguinte modo:

Conjunto das estratégias às quais o indivíduo recorre para fazer frente a uma solicitação externa ou interna avaliada como constrangedora. As estratégias para fazer frente a esse tipo de solicitações têm como objectivo restabelecer o controlo da situação considerada como stressante. A forma como o indivíduo avalia a estimulação ameaçadora em função da situação na qual ele se encontra e da actividade na qual está comprometido determina as modalidades às quais ele recorre para controlar a situação. As estratégias utilizadas tanto podem ser cognitivas como comportamentais, ou ambas em simultâneo. As estratégias cognitivas consistem na ponderação do carácter ameaçador da estimulação ou na reavaliação da relação do indivíduo com a ameaça. As estratégias comportamentais manifestam-se por acções destinadas a neutralizar a ameaça e pela modificação do comportamento tendo em conta a nova situação (Chabert, 2001: 188).

As investigações sobre as estratégias de *coping* dizem respeito, geralmente, ao estudo das acções concretas desencadeadas pelos indivíduos para se adaptarem ou ajustarem às situações difíceis que se lhes deparam ao longo da vida. O modo de *coping* ou de *ajustamento* de um indivíduo às problemáticas da vida pode ser considerado seja como um traço de personalidade estável seja como uma resposta ocasional a situações stressantes específicas podendo ser, portanto, variável em função do contexto e da natureza do stress (Arnaut, 2005).

Nesta perspectiva, este conceito procura dar conta dos meios utilizados pelos indivíduos para enfrentar situações problemáticas integrando os aspectos do contexto (meio social e relacional) e as eventuais disposições internas.

Segundo Spar e La Rue são vários os factores que parecem influir na variação do grau de alteração cognitiva de cada indivíduo ao longo da maior idade:

- a) Actividade mental: as tarefas mentalmente estimulantes são correlacionáveis com a melhor execução cognitiva e o menor declínio ao longo do tempo; b) Conhecimentos especializados: os senescentes podem aplicar estratégias de compensação que lhes permitem a manutenção do bom desempenho, embora possam ocorrer algum declínio nas capacidades cognitivas subjacentes; c) Diferenças entre os géneros: a tendência cognitiva ao longo do processo de envelhecimento é idêntica nos dois sexos, porém as mulheres podem patentear défices nas tarefas espaciais quando são mais novas do que os homens, enquanto estes podem revelar défices em tarefas *verbais* numa idade inferior à das mulheres; d) Diferenças raciais e étnicas: foram relatadas, em alguns testes cognitivos, desigualdades no desempenho neste domínio, mais desfavoráveis aos indivíduos não-caucasianos contudo quando o grau de instrução está equiparado entre os grupos estas diferenças são menos evidentes; e) Factores genéticos: foi estimada que perto de 50 % da variabilidade cognitiva nos idosos pode dever-se à carga genética; f) Instrução: grau de instrução parece explicar até 30% da variabilidade cognitiva a partir dos 65 anos; g) Meio sociocultural: os lapsos de memória diários tendem a ser mais negativamente valorizados pelos idosos do que pelos adultos não idosos; h) Personalidade e humor: quanto mais graves forem os sintomas de depressão mais elevada é a relação com a insuficiência percebida pelos idosos no que concerne a aspectos mnésicos assim como aos défices do desempenho funcional; i) Saúde: aos idosos com melhores índices de saúde geral correspondem melhores resultados nos testes cognitivos; j) Treino cognitivo: no que concerne à manutenção das capacidades cognitivas, os idosos cognitivamente sem degeneração patológica da cognição parecem beneficiar da prática e do treino em capacidades intelectivas.

Apesar dos laços conceptuais entre *coping* e resiliência parecerem à primeira vista muito estreitos, é preciso não os confundir. Assim, o *coping* surge como uma forma de resiliência - ou mais precisamente, pode servir para descrever uma certa abordagem do processo de resiliência - a partir de uma abordagem essencialmente comportamental e consciente. Neste sentido, podemos considerar que as estratégias de *coping* associam-se à resiliência se esta for considerada como um processo mais vasto e que pode pôr em acção comportamentos distintos e diferentes do *coping*.

Com efeito, as teorias que tratam da resiliência propõem diferentes abordagens e, consoante os casos, apoiam-se seja sobretudo nas observações comportamentais dos sujeitos e dos mecanismos cognitivos, seja na análise dos processos intrapsíquicos activados pelos indivíduos resilientes (ou famílias). Outras teorias parecem acentuar as características do ambiente relacional e social em que as pessoas se integram.

Por conseguinte, a definição do conceito *resiliência* indica uma diferença assinalável em relação à noção de *coping*, já que a resiliência pressupõe dois processos: o primeiro funda-se nas modalidades de resistência ao stresse ou ao traumatismo, logo, refere-se à capacidade do indivíduo para enfrentar, enquanto o segundo processo tem que ver mais com a capacidade de prosseguir o desenvolvimento e aumentar as suas competências numa situação adversa. Neste sentido, os comportamentos de *coping* têm que ver com as respostas a uma situação determinada, e portanto indicam como é que o sujeito ou o grupo a vai enfrentar num determinado momento enquanto, por seu lado, a resiliência, que é em parte inata e em parte adquirida através de um precioso trabalho de adaptação, inscreve-se ao longo do tempo (Arnaut, 2005).

No que concerne à Resiliência no processo de envelhecimento, com o avanço da idade podem surgir vários traumas: as perdas afectivas e os falecimentos (do cônjuge, de familiares, de amigos) tornam-se cada vez mais frequentes. A privação de utilidade social e a doença também podem causar perturbações graves nos idosos. Assim, o envelhecimento poderia ser considerado como um contexto de risco. Contudo, os idosos reagem de formas muito diferentes a tais situações e alguns parecem desenvolver um comportamento que podemos classificar como resiliente.

Abordar a resiliência do idoso não pode ser idêntica à forma como se considera a resiliência de uma pessoa jovem, porque implica estudar os factores psicológicos individuais e desenvolvimentais associados às manifestações da resiliência dos indivíduos conforme o seu grupo etário. No estudo da resiliência dos idosos, geralmente perpassa a ideia de que ela está associada ao envelhecimento bem-sucedido. Contudo, há que ter em atenção que a compreensão da velhice permanece condicionada por extrapolações não destituídas de idealismo e/ou de estereótipos culturais que introduzem enviesamentos dos quais é necessária precaução.

Apesar do entusiasmo dos últimos anos de investigações na área, a resiliência no idoso permanece difícil de definir e não pode ser reduzida a uma mera abordagem de resultados³⁰.

Segundo Spar e La Rue (2005) existem várias características comuns no declínio cognitivo ao longo do envelhecimento tais como: maior dificuldade em compreender mensagens extensas ou complexas e em recordar e repetir rapidamente nomes ou denominações específicas; o discurso tende a ser mais repetitivo à medida que a idade avança; aumenta a dificuldade nas tarefas de raciocínio que abrangem a análise lógica, assim como mais dificuldade na organização de material abstracto ou desconhecido; ocorre maior lentidão nos aspectos perceptivos, mnésicos e cognitivos bem como nas funções motoras; dá-se o declínio na capacidade de reconhecimento e de reprodução de configurações complexas ou que não sejam habituais; maior dificuldade na selecção de informação ocasional, na divisão da atenção por variadas tarefas ou perda fácil da atenção entre assuntos ou situações.

As modificações cognitivas ao longo dos anos estão associadas ao declínio de três recursos essenciais ao processamento cognitivo: a velocidade a que a informação pode ser processada, a memória de trabalho e as capacidades sensorial e de percepção. Os mesmos investigadores consideram que várias mudanças comportamentais são observáveis ao longo do envelhecimento, por exemplo lentificação do processamento da informação e da resposta, podendo estar relacionadas com alterações neuronais generalizadas, tais como a redução do volume do cérebro e diminuição da densidade da substância branca. Neste âmbito, investigações com RMN revelaram a diminuição do volume do hipocampo, levando à suposição de que a redução do volume do hipocampo estaria relacionada com as alterações da memória ou até com o aumento da probabilidade de demência. Quanto à inteligência, em geral, os autores indicam que tende a manter-se estável ao longo da maior parte da vida, assim como a compreensão, a capacidade de acesso à informação e o vocabulário (Spar & La Rue, 2005).

³⁰ De facto, algumas investigações sobre a resiliência no idoso preocupam-se com o estudo dos traços de personalidade assim como as formas de adaptação e com as estratégias de ajustamento, e tentam especificar os modos de funcionamento que seriam característicos dos idosos considerados resilientes, enquanto outras pesquisas da resiliência no idoso consideram que se trata de uma fase no percurso de vida, de entre todas as fases do desenvolvimento do sujeito. Nesta perspectiva, a resiliência pode ser abordada como um funcionamento estabelecido desde longa data, desde a infância. Assim, há investigações que visam estabelecer a perenidade (ou não) da resiliência, adoptando uma abordagem retrospectiva de maneira a analisar o percurso dos idosos considerados resilientes. O estudo da resiliência no idoso pode dar lugar também a investigações transgeracionais (a transmissão da resiliência) e sobre o impacte geracional do funcionamento resiliente de um progenitor em relação à sua descendência.

ANEXO 2.2.2 do Capítulo I
Ansiedade e Depressão nos idosos

A passagem existencial do Homem no Mundo é frágil, desde o berço ao leito da morte. Cada projecto de vida constrói-se sobre o esforço e a luta constantes, sob a ameaça de, a qualquer momento, a ordem vivencial do existir ser perturbada, o que o pode lançar na angústia, na depressão ou encerrá-lo no delírio ansioso.

A nosologia costuma caracterizar a Ansiedade³¹ como uma resposta psicofisiológica, fundamentalmente adaptativa. Contudo, quando assume um cariz disfuncional e/ou patológico, caracterizada por preocupações de teor irrealista e/ou exageradas sobre as circunstâncias da vida em associação a uma série de sintomas físicos que persistem ao longo de semanas, meses ou anos e que estão presentes na maior parte dos dias, estamos perante a *Ansiedade patológica*³². Do ponto de vista estritamente clínico, tanto o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR)* da American Psychiatric Association (APA) bem como a *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) (OMS, 1997)*, fornecem critérios operacionais que permitem eduzir diagnósticos rigorosos e fiáveis para a Ansiedade, cuja definição podemos sintetizar do seguinte modo: *a ansiedade é um medo penetrante generalizado, associado à apreensão, preocupação e à antecipação de situações assustadoras. Apresenta uma miríade de sintomas e de comportamentos subjectivos. Pode resultar numa síndrome considerada como uma doença ou, pelo menos, como sintomatologia patológica (OMS, 1997; APA, 2002; Fernandes, 2002).*

Quanto à prevalência ao longo do tempo, não existem provas comparativas de que a Ansiedade, o Stresse ou mesmo a Depressão na vida contemporânea sejam mais frequentes ou mais elevadas do que em qualquer outra época.

³¹ A dificuldade em definir a ansiedade advém de que esta resposta parece resultar da interacção entre uma predisposição genética, uma definição delimitada culturalmente e as expectativas dos indivíduos dentro de uma sociedade, bem como do stresse ambiental e social (Headey, Kelley & Wearing, 1993).

³² Não se conhece um ponto absoluto de demarcação que determina quando a ansiedade pode ser considerada patológica e, por isso, deva ser tratada. Existe, isso sim, um conjunto de sinais e sintomas de ansiedade que assumem um cariz irrealista e excessivo, interferem no quotidiano e são percebidos como perturbadores e persistentes, em que o aspecto mais relevante a ter em consideração é o nível de gravidade sintomatológica e o défice funcional resultante. Dessa identificação resulta o diagnóstico da patologia ansiosa e a consequente recomendação do tratamento.

Tal sucede porque, basicamente, aqueles conceitos são relativamente modernos e o trabalho epidemiológico sobre tais assuntos é recente (Ribeiro, 2005).

No que respeita à prevalência por género, as perturbações de Ansiedade parecem ser tão comuns nos homens como nas mulheres; contudo as mulheres recorrem mais à prática clínica³³ apresentando sintomas de Ansiedade, com o dobro da frequência dos homens (APA, 2002). Parece existir uma clara base genética para algumas perturbações ansiosas, pelo que podemos afirmar que algumas pessoas nascem com maior predisposição ansiosa do que outras (Archontaki *et al.*, 2013). Contudo, as pessoas também aprendem a lidar com a Ansiedade provocada pelas situações stressantes enfrentando correctamente as situações que o provocam (Lazarus & Folkman, 1984). Neste sentido, existem factores genéticos, biológicos, de desenvolvimento e ambientais que contribuem para a formação das disfunções da Ansiedade. Todavia, não obstante a multiplicidade de investigações, o problema que ainda permanece está em determinar a forma exacta como aqueles factores interagem e a influência relativa de cada um deles na manifestação da Ansiedade funcional e disfuncional³⁴.

Por conseguinte, podemos considerar que a manifestação ansiosa é suportada por dois componentes: o *traço* (a predisposição constitucional de cada indivíduo ao nível de ansiogénico), e o *estado* (variável que depende da dialética entre os factores situacionais e as múltiplas características biológicas e psico-ambientais individuais).

Relativamente às perturbações Depressivas do Humor, sendo correcto afirmar que os factores de vulnerabilidade para os quadros depressivos incluem uma predisposição genética³⁵ (na qual as variáveis biológicas sugerem que as pessoas são mais susceptíveis ao desenvolvimento de depressões em determinados períodos da sua vida do que noutros), também há que ter em conta que tal predisposição não é por si só determinante (caso não hajam antecedentes de aprendizagem sócio-cultural e não

³³As razões para isto são complexas. Regra geral, é mais aceitável socialmente que as mulheres se queixem sobre si próprias mais do que os homens, dos quais se espera um maior estoicismo. As mulheres tendem a procurar soluções médicas para os sintomas, enquanto os homens tendem a reduzir os níveis de ansiedade por estratégias de substituição por via do uso de substâncias psicoactivas socialmente aceites, por exemplo, bebendo álcool.

³⁴ Pela variabilidade individual, ambiental e cultural trata-se de uma tarefa impraticável no plano absoluto e universalmente generalizável sendo, contudo, exequível através da análise individual de cada sujeito.

³⁵ Tem sido demonstrado que existe uma forte base genética para a herança de doenças depressivas no estudo de gémeos, no qual se verificou que gémeos idênticos separados à nascença apresentam uma elevada coincidência de depressão. Se um dos pais tiver uma história de depressão, os factores de risco são de 10%, sendo maiores se ambos os pais (ou avós ou tios) foram (ou são) afectados (APA, 2002; Archontaki *et al.*, 2013).

surjam determinadas condições ambientais desencadeadoras), já que a essência das situações adversas parece também influenciar o início, a manifestação e a intensidade das Perturbações do Humor (APA, 2002).

Quanto à prevalência, sabe-se que determinados grupos apresentam uma maior tendência para sofrer de depressões graves do que outros. No âmbito da prevalência das depressões graves, os homens e as mulheres são afectados em proporções diferentes³⁶; pensa-se que os factores genéticos em conjugação com as influências sócio-culturais parecem desempenhar nesta prevalência divergente entre géneros um papel relevante (Headey *et al.*, 1993; APA, 2002).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), os critérios de diagnóstico³⁷ padrão da Depressão requerem pelo menos que cinco em nove sintomas³⁸ se manifestem durante um período de duas semanas, representando uma alteração do funcionamento anterior na ausência de uma causa orgânica, reacção de luto ou outra doença mental. Deve estar igualmente presente, pelo menos, um de dois sintomas principais: humor depressivo e perda de interesse. Se estiverem presentes três daqueles sintomas, então é provável que o doente esteja deprimido; a presença de quatro ou mais sintomas já exige um programa de tratamento, psicoterapêutico nas depressões ligeiras a moderadas ou psicoterapêutico e farmacológico no caso da Depressões Graves ou Severas.

Relativamente ao prognóstico, se existirem factores de stresse consideráveis a condicionar a vivência de um indivíduo, será mais difícil tratar a doença depressiva mesmo que exista um mecanismo biológico e sócio-cultural subjacente à capacidade de resistir (Headey *et al.*, 1993). Como suprarreferido, nas perturbações do humor recorrentes é mais frequente que seja uma questão de *traço* do que de *estado*.

³⁶ Se os homens e as mulheres padecem em igualdade de Perturbação Bipolar do tipo I, já a Perturbação Depressiva *major* parece afectar o dobro das mulheres relativamente aos homens (APA, 2002). Contudo, tal como pode acontecer com as Perturbações de Ansiedade, o que pode estar aqui em causa nesta divergência entre géneros pode resultar de um subdiagnóstico dos quadros depressivos nos homens em resultado da tendência do género masculino para ocultar as suas vulnerabilidades por pressão social e por aprendizagens prévias não despidiendas (Headey *et al.*, 1993; APA, 2002).

³⁷ Os conceitos modernos de Depressão evoluíram em finais do século XIX, quando as doenças depressivas foram consideradas perturbações distintas de outras formas de doença mental como a esquizofrenia e a paralisia geral que se verifica na demência (Lopes, 1988). As classificações actuais derivam daquela época, embora se concentrem no extremo grave do espectro.

³⁸ Humor depressivo, Perda de interesse; Perda de peso significativa; Insónia ou hipersónia; Agitação ou inibição psicomotoras; Fadiga ou perda de energia; Sentimentos de culpa excessiva ou desvalorização; Concentração fraca; Pensamentos recorrentes de morte (ideação suicida).

ANEXO 2.4.1 do Capítulo I

O Envelhecimento Saudável como precursor conceptual do bom envelhecimento no advento do Envelhecimento Bem-Sucedido (Successful Aging).

Relativamente à noção de *envelhecimento saudável* (vastamente apropriada na representação pública sobre a significação do que é envelhecer bem) salientaremos dois projectos europeus que permanecem como espaço de debate e de divulgação, um na área do envelhecimento saudável e o segundo no âmbito da integração entre o envelhecimento saudável e o envelhecimento activo:

- i. O *Healthy Ageing Project* (HAP, 2013) persiste como um exemplo interessante que prova como pode ser desenvolvida a perspectiva nocional quanto à compreensão, à abordagem e divulgação do *envelhecimento saudável* de um modo mais integral e multifacetado. Através de uma plataforma digital, onde são divulgadas propostas e conhecimentos relativos a uma vasta diversidade de temas e de factores cruciais para a Saúde, este projecto de divulgação para a promoção da saúde pública dos idosos perdura, actual e persuasivo, longe da óptica unidimensional tradicional sobre a saúde dos mais velhos (HAP, 2013);
- ii. O *European Innovation Partnership on Active and Health Ageing* (EIPAHA), rede de parcerias na qual Portugal é um membro, consiste numa parceria europeia para a inovação no envelhecimento activo e saudável que visa unir os vários parceiros, nacionais e internacionais, com o objectivo geral de, até ao ano 2020, aumentar em cerca de 2 anos a esperança de vida activa dos cidadãos europeus. Esse objectivo geral será implementado através de acções consistentes que incidirão sobre a melhoria da condição de Saúde e da *qualidade de vida* dos cidadãos, em particular, dos idosos, a execução de programas que viabilizem a sustentabilidade dos sistemas de saúde e de acção social e, também, o aumento da inovação e competitividade das indústrias, fomentando oportunidades de negócio e expansão para novos mercados³⁹.

³⁹ Refira-se que, no dia 1 de Julho de 2013, na cerimónia *Reference Sites Star Award*, em Bruxelas, foi atribuído ao Consórcio *Ageing@Coimbra* (representante português da região centro nesta parceria europeia), o estatuto de *Região Europeia de Referência para o Envelhecimento Activo e Saudável*. A Região Centro foi a única região portuguesa com esta distinção, tendo o *Ageing@Coimbra* sido agraciado com duas estrelas (numa escala de uma a três estrelas) e uma menção especial como reconhecimento do trabalho que realiza na Região Centro de Portugal no âmbito da integração do idoso na sociedade e da inovação nos sistemas de saúde e de cuidados adequados às necessidades de uma população envelhecida.

Sob os mais variados ângulos de análise, se hoje em dia a discussão acerca do tema *envelhecimento* parece estar cada vez mais na ordem do dia, nem sempre foi assim. Inclusivamente, a investigação científica acerca do processo de envelhecimento é relativamente nova.

Contudo, seria injusto para muitos percursores da ciência moderna não referir que o interesse pelo conhecimento sobre o desenvolvimento humano, entendido como um processo sequencial que decorre ao longo de toda a vida, preocupou muitos estudiosos desde o século XVIII, como pode ser constatado pela obra do Filósofo, Matemático e Cientista alemão Johannes Nikolaus Tetens, no seu livro “*Philosophische Versuche über die Natur und ihre menschliche Entwicklung (Experiências Filosóficas sobre a Natureza e o Desenvolvimento Humano)* publicado em 1777.

Contudo, temos que salientar que a solidez da Ciência e o Método Científico e, principalmente, o enquadramento cultural até meados do século XX, não eram propícios à implementação de estudos sistemáticos sobre a velhice, pelo que não é surpreendente que, tenha sido comumente aceite pela jovem ciência psicológica a ideia de que a velhice era um sinónimo de declínio. Neste sentido, mesmo durante grande parte do século XX sobressaiu a concepção da decadência intelectual ao longo da vida adulta, com especial incidência na senescência (Miles & Miles, 1932; Lehman, 1953; Yerkes, 1921), pelo que tais pressupostos impossibilitavam a emergência da reflexão sobre a possibilidade do desenvolvimento nas idades mais avançadas, de tal forma estava essa capacidade coartada pelos argumentos teórico-práticos e pelas crenças sociais prevalentes nesse tempo. Neste sentido, no campo da Psicologia do Desenvolvimento a focalização incidu até aos anos 60, principalmente, sobre o crescimento orientado à produtividade e à autonomia, física e cognitiva, inerentes à adultez.

Este panorama começou a mudar como consequência do enorme surto de desenvolvimento sócio-cultural (nos aspectos económico, tecnológico, demográfico, da melhoria das condições de Saúde e da *qualidade de vida*, da liberdade democrática, da emergência dos direitos humanos, especialmente das minorias, etc.) que se evidenciou após a II Grande Guerra Mundial, época em que foram criadas as condições propícias para o estudo psicológico sistemático sobre o envelhecimento. Uma das condições mais favoráveis para essa ruptura gnosiológica proveniente da Psicologia adveio do envelhecimento populacional cada vez mais evidente na segunda metade do séc. XX, particularmente nos países desenvolvidos.

Reforçada pela crescente contestação político-social americana e europeia dos anos 60 e 70, focalizados na liberdade e na defesa dos direitos das minorias (entre os quais estavam os direitos das mulheres e dos idosos), a produção científica psicológica dessa época (constituída por homens e mulheres politicamente conscientes da ruptura tanto com o *status quo* anterior como com as perspectivas teóricas do *establishment* científico) procurou compreender quais os factores responsáveis pela satisfação na meia-idade perante as perdas inerentes ao envelhecimento e, também, entender quais os componentes associados ao sucesso do envelhecimento, isto é, com vigor e êxito. Neste âmbito desenvolvimental, a Psicologia beneficiou do impacto ideológico das produções científicas relativas à velhice e às instituições sociais, originado por muito trabalho sociológico efectuado por vários pensadores e investigadores, entre os quais destacamos Havighurst e Albrecht (1953) que discorreram sobre o *envelhecimento e a acção* e, também, os contributos da *Teoria do desengajamento (disengagement) ao longo do envelhecimento* (Cummings & Henry, 1961).

Foram Rowe e Kahn que, em 1997, propuseram uma enunciação original sobre o *envelhecimento bem-sucedido*, a qual visava atenuar a ênfase até então recorrente, na diferenciação qualificativa do envelhecimento *normal* e *patológico*, particularizando tal diferenciação, no que se refere aos estados não patológicos, entre o envelhecimento *habitual* e o envelhecimento *com sucesso*. Assim, a partir do desenvolvimento do seu modelo, a definição de *envelhecimento bem-sucedido* proposta por Rowe e Kahn (1997) passou a ser fundamentada por 3 componentes interrelacionadas⁴⁰ o que permitiu constituir a noção de *envelhecimento bem-sucedido* como uma definição multidimensional. Na sua fundamentação, Rowe e Kahn (1997) sublinharam a particularidade mutável, i.e., flexível, das características “normais”, logo, inerentes ao envelhecimento humano, o que por sua vez possibilita, do ponto de vista prático, as intervenções não circunscritas à prevenção da enfermidade e/ou apenas centradas na disfuncionalidade patológica. Neste sentido, a perspectiva daqueles autores representou uma evolução gnosiológica (face à abordagem biomédica tradicional do envelhecimento) ao considerar o *envelhecimento bem-sucedido* como um conceito multidimensional e positivo.

⁴⁰ Evitamento da doença e da incapacidade; Maximização das funções cognitivas e físicas; e, o Envolvimento/compromisso com a vida, ou seja, a conservação de actividades produtivas, sociais e inter-relacionais (Rowe & Kahn, 1997).

Contudo, algumas críticas têm sido efectuadas ao *Modelo de Envelhecimento Bem-sucedido* de Rowe e Kahn (1997), nomeadamente a de ter um carácter elitista ao perfilhar pressupostos de êxito dificilmente alcançáveis pela maioria dos idosos (Masoro, 2001). O supracitado modelo também foi alvo de reparos por conter uma perspectiva dicotómica acerca do envelhecimento – Bom/Mau; Sucesso/Fracasso; Tudo/Nada; Doença/Saúde, etc. – ao não levar em consideração a Saúde senescente como um *continuum* variável, quer quanto à alteração ou à conservação das condições circunstanciais de Saúde ou no que respeita à natural variabilidade das funções psicofisiológicas ao longo da vida. Neste sentido, o modelo de Rowe e Kahn (1997) atribuí um carácter normativo e objectivo não só aos critérios de inclusão e de exclusão mas, também, aos resultados expectáveis, subentendendo a sua aplicabilidade universal, ou seja, sem os quais não é possível considerar-se o sucesso no envelhecimento. Neste âmbito, o carácter redutor desta perspectiva resulta de que se existirem fragilidades, mesmo que circunstanciais ou limitadas, entre alguma das três componentes interrelacionadas⁴¹, em particular na dimensão da Saúde, os autores *excluem*, liminarmente, a existência de um *envelhecimento bem-sucedido*.

Objectivamente, as propostas de Rowe e Kahn (1997) parecem descurar a dinâmica natural das componentes psíquicas e físicas subjectivas e a variabilidade entre as pessoas perante o processo de senescência, especialmente no que se refere à Saúde, ao suporem uma determinada “*normalização idealizada*” do que significa *envelhecer com sucesso*.

⁴¹ Evitamento de doença e incapacidade; Maximização das funções cognitivas e físicas; e Conservação de actividades produtivas, sociais e interrelacionais.

ANEXO 2.4.2 do Capítulo I

O contributo do modelo desenvolvimental do ciclo de vida (*Lifespan*) para a compreensão do envelhecimento do humano.

O estudo longitudinal *The Seattle Longitudinal Study*⁴² iniciado por Warner Schaie em 1956, com os primeiros resultados publicados em 1965 e os últimos em 2005, terá sido, provavelmente, uma das maiores contribuições metodológicas para a consolidação do paradigma *Lifespan* para a compreensão psicológica do desenvolvimento humano⁴³. Ao contrário de outras perspectivas, o paradigma *Lifespan* patenteia uma abordagem pluralista, em que o desenvolvimento do indivíduo é analisado a múltiplas dimensões, níveis, tempos e uma perspectiva contextualista, dinâmica e transaccional⁴⁴ (Baltes & Smith, 2004).

Ao agregar e integrar, coerentemente, os contributos de vários autores acerca da articulação entre a Biologia, a Psicologia e as Ciências Sociais sobre o processo de envelhecimento, a base multidisciplinar que Paul Baltes inicialmente concebeu, e que conjuntamente desenvolveu com os contributos subsequentes de Margret Baltes e muitos outros investigadores, permitiu uma visão mais abrangente, adaptativamente dinâmica e multifacetada, de todo o ciclo de vida, com inclusão da fase final.

Desse modo, ao longo dos anos, esta linha de compreensão desenvolvimental tem destacado a natureza ininterrupta do desenvolvimento humano, decorrente da permanente relação entre factores antecedentes e consequentes, entre «*constância e mudança*», em que o envelhecimento é considerado como uma possibilidade desafiante e construtivamente adaptativa.

⁴² O estudo longitudinal de Seattle avaliou as influências desenvolvimentais na inteligência dos adultos, tendo sido realizado ao longo dos anos efectuado por fases de 7 em 7 anos, tendo o último período estudado terminado em 1998.

⁴³ As teorias de Bühler (1935), Erikson (1950) e Jung (1971), assim como o paradigma sociológico do *Life-course* de Havighurst (1951) e de Brim e Wheeler (1966) contribuíram na estruturação dos aspectos, respectivamente, personalísticos e sociológicos do paradigma *Lifespan*. Adicionalmente, no campo sócio-psicológico, as investigações sobre desenvolvimento e envelhecimento efectuadas por Neugarten (1968 e 1969) e os estudos sobre percepções do Bem-Estar ao longo da vida realizados por Chiriboga (1975) foram, similarmente, contributos importantes.

⁴⁴ A Análise Transaccional (AT) é um método psicológico criado em 1958 pelo psiquiatra Eric Berne, que estuda e analisa as trocas de estímulos e respostas, ou as transacções entre indivíduos. Os pressupostos básicos são: 1) Todos nascemos com o potencial para viver, pensar, desfrutar; 2) Todas as doenças são curáveis, desde que se encontre a abordagem adequada. A AT diferencia o carácter (as tendências inatas) e a personalidade (constituída através da Educação e da Sociedade, daquilo que provém do meio externo), enfatizando que cada indivíduo pode modificar os seus sentimentos, pensamentos e escolhas pelo auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal. Esta possibilidade é realçada pelos fundamentos teóricos, propostos por Berne: os estados de ego, transacções, posição existencial e roteiro de vida. Deste modo, defende-se que nem o carácter, nem a personalidade devem coibir a autonomia possível do ser humano.

Tal como Neugarten, Schaie ou Riegel, Paul Baltes coordenou numerosos projectos de investigação na área da Psicologia do desenvolvimento do ciclo de vida, os quais permitiram fundar um modelo psicológico de envelhecimento sustentado por três dimensões desenvolvimentais: o *potencial de desenvolvimento*, a *capacidade adaptativa* e os *limites da capacidade adaptativa* (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1993, 1997, 1999). A partir daquelas três dimensões fundamentais, foi possível à psicologia desenvolvimental do ciclo de vida identificar uma série de características próprias da natureza do processo desenvolvimental do envelhecimento⁴⁵ (Schroots, 1996).

O processo de envelhecimento na óptica da relação entre o *desenvolvimento psicológico*, o *potencial de adaptação* e os *limites de ambos* foi teorizado por Baltes e pelos seus colaboradores (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2004; Baltes *et al.*, 1999). Os autores propuseram uma distinção entre três funções gerais implícitas no desenvolvimento ontogénico, as quais configuram, em simultâneo, três diversas tarefas diferenciadas de adaptação desenvolvimental⁴⁶: *crescimento*, *manutenção* e *regulação das perdas*.

De acordo com Baltes e colaboradores (1999), a relação entre estes três tipos de funções adaptativas (que traduzem o *potencial de desenvolvimento*, a *capacidade adaptativa* e os *limites da capacidade adaptativa*) será alterada conforme a fase do ciclo de vida do indivíduo: “A disponibilização de recursos disponíveis para o crescimento, a primeira destas três tarefas adaptativas, diminui ao longo da idade, enquanto os investimentos para a manutenção e para a regulação das perdas tende a aumentar significativamente com a idade” (Baltes *et al.*, 1999: 477).

⁴⁵ 1) Existem diferenças claras entre o envelhecimento normal, patológico e óptimo, este último definido como um envelhecimento que ocorre sob condições propícias ao desenvolvimento e “favoráveis à idade” sob a perspectiva contextual; 2) o processo do envelhecimento apresenta grande variabilidade inter-individual (é, portanto, heterogéneo); 3) existem muitas capacidades em reserva e que continuam latentes ao longo da velhice; 4) existem perdas associadas ao envelhecimento, quer ao nível das capacidades em reserva quer ao nível da adaptabilidade; 5) a inteligência cristalizada desenvolve o funcionamento mental e pode compensar o declínio da inteligência fluida; 6) à medida que a idade aumenta, o saldo entre os ganhos e as perdas torna-se progressivamente negativo; e 7) durante a velhice o *self* permanece resiliente e mantém a sua integridade. (Schroots, 1996).

⁴⁶ 1) Por *crescimento* entende-se a manifestação de comportamentos progressivamente mais complexos e aperfeiçoados, por via dos quais os indivíduos procuram obter níveis elevados de funcionamento psicológico e/ou de capacidade adaptativa; 2) através da *manutenção*, os indivíduos esperam conservar os níveis de funcionamento psicológico que consideram desejáveis perante um acontecimento de vida significativo que ocorra (também considerado por vários autores como *resiliência*), ou esperam recuperar os níveis em que se encontravam antes das perdas desenvolvimentais significantes; (3) a *regulação das perdas* manifesta-se através de comportamentos organizativos do funcionamento psicológico em «níveis elementares» de adaptação nas circunstâncias em que a manutenção ou a recuperação de «níveis óptimos» anteriores se torna inexequível devido a perdas graves e danos irreversíveis, tanto dos recursos internos como dos externos. (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2004; Baltes *et al.*, 1999).

ANEXO 2.4.3 do Capítulo I

O conceito *Envelhecimento Bem-Sucedido* na perspectiva do *Modelo de Seleção-Optimização-Compensação (SOC)*.

A teorização do *Successful Aging* de Baltes e Baltes (1990) foi progressivamente analisada e melhorada, tanto pelos autores originais como por outros investigadores, nomeadamente em três eixos principais de conceptualização: (1) A avaliação do *saldo* entre os *ganhos* e as *perdas desenvolvimentais*; (2) A aplicação do *modelo SOC* como instrumento para a compreensão do *processo adaptativo* essencial à capacidade para *envelhecer com sucesso*; (3) A influência progressiva das circunstâncias intrínsecas ao envelhecimento na regulação da identidade pessoal.

Vejam, com mais pormenor, cada uma das três componentes de conceptualização do modelo de *envelhecimento bem-sucedido* acima mencionadas.

Fries (1990) define *Successful Aging* como uma maximização de acontecimentos desejáveis e positivos (por exemplo, viver uma longevidade saudável ou sentir satisfação com a vida) e uma minimização de acontecimentos indesejáveis e negativos (por exemplo, o padecimento de uma doença crónica ou a perda irreversível de competências psíquicas). Neste âmbito, Baltes e colaboradores fazem questão de salientar que o envelhecimento está associado ao decurso existencial cujo balanço, entre ganhos e perdas, é tendencialmente negativo. Por outras palavras: a intensidade e a frequência de perdas tende a ser maior à medida que a idade cronológica aumenta: «Por definição, o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida e o envelhecimento não podem ser apenas um “jogo para ganhar”. Em termos de critérios absolutos de capacidade funcional, é inevitável que ocorram perdas» (Baltes & Baltes, 1990: 20).

O aumento das perdas ao longo do ciclo de vida resulta, portanto, do facto da senescência implicar uma tendência corporal, naturalmente biológica, propícia ao aumento das patologias e susceptível à diminuição irreversível da capacidade adaptativa (Lachman & Baltes, 1994), convicção que o próprio Baltes salientou reiteradamente (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 1999, 2003, 2004) ao reformular frequentemente a ideia de que o «(...)envelhecimento saudável e bem-sucedido tem os seus limites.» (Baltes & Smith, 2003: 128).

Chegados até aqui, surge-nos a interrogação: como pode o envelhecimento *ter sucesso* perante um balanço tendencialmente negativo entre ganhos e perdas desenvolvimentais, resultante da progressiva preponderância das perdas sobre os ganhos, predominância crescente da qual as pessoas idosas têm, aliás, consciência? Uma resposta, de natureza ambiental, pode estar no ajustamento material das condições ambientais por forma a lidar com os desafios do envelhecimento, procurando alcançar um ajustamento recíproco entre o indivíduo e o meio onde vive (Lawton, 1983; 1999).

Outra solução pode estar relacionada com os mecanismos de controlo, através de auto-avaliação sobre a modificação dos sistemas de crenças internas decorrentes do envelhecimento personalístico, cuja resposta de controlo adaptativa (face a àquelas modificações) ocorre através da reformulação dos objectivos e das aspirações pessoais (Brandtstadter, Rothermund & Schmitz, 1997).

Uma terceira explicação plausível, oriunda da linha de pensamento da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, vale-se do modelo SOC para argumentar que os indivíduos podem empregar mecanismos de «rearranjo» das suas próprias vidas desde que tal lhes permita potenciar os ganhos e minimizar as perdas, viabilizando assim a possibilidade de concretização adaptativa de um *envelhecimento bem-sucedido* (Baltes & Baltes, 1990; Freund, Li & Baltes, 1999).

O modelo SOC, constituído e aperfeiçoado a partir do trabalho pioneiro de Baltes (1987) e Baltes e Baltes (1990), tem-se constituído como um instrumento poderoso na compreensão dos mecanismos processuais de adaptação ao longo do envelhecimento, sendo igualmente passível de ser aplicado a outros domínios específicos do funcionamento humano, desde o funcionamento cognitivo até à capacidade física, passando adaptação sociocomunitária dos indivíduos, sobretudo a partir da meia-idade e ao longo do processo de envelhecimento (Baltes, 1997; Baltes & Carstensen, 1996; Baltes & Smith, 1999, 2003, 2004; Carstensen & Freund, 1994; Heckhausen & Schulz, 1995; Freund *et al.*, 1999).

É inegável que o *envelhecimento bem-sucedido*, principalmente desde as últimas décadas do século passado, tem sido cada vez mais beneficiado pela utilização de recursos externos resultantes dos notáveis avanços técnico-científicos, além de ter sido, igualmente, potenciado por mudanças substanciais dos paradigmas sociais e políticos, principalmente nos países mais desenvolvidos.

Contudo, no percurso desenvolvimental não são despreciadas as estratégias psicológicas de gestão da vida interna e externa, fundamentais para o entendimento das capacidades adaptativas que viabilizam as possibilidades da existência vital com relativo sucesso biopsicossocial ao longo da senescência. O pensamento subjacente ao modelo SOC sustenta a trajectória existencial humana que envolve, necessariamente, mudanças frequentes nos objectivos de vida assim como na execução activa dos propósitos individuais, requerendo tais modificações estratégias sistemáticas de avaliação e de controlo na distribuição de recursos internos e externos. Deste modo, se até à primeira metade da idade adulta o investimento primário dos recursos tende a ser focalizado nos processos que promovem os ganhos desenvolvimentais, já ao longo da segunda metade da vida os recursos são investidos, de forma cada vez mais intensa, na manutenção dos ganhos antes adquiridos e na restrição ou diminuição das perdas que tendem a ser cada vez mais frequentes e inquietantes, por via do processo, natural e sociocultural, inerente à senescência.

Na perspectiva *Lifespan*, a obtenção de êxito nos múltiplos processos adaptativos inerentes à complexidade do desenvolvimento humano pressupõe a interacção Indivíduo-Ambiente numa relação dialética, nem sempre estável ou benéfica, cuja demanda ambiciona maximizar os ganhos e minimizar as perdas desenvolvimentais (Baltes, 1987; Baltes & Carstensen, 1996; Brandtstadter, 1998).

Segundo os autores, o modelo SOC parece ganhar mais relevância por volta da meia-idade, quando a percepção do envelhecimento, em termos comparativos com os anos dourados da juventude, começa a fazer-se sentir irremediavelmente: «Os adultos na meia-idade apresentam a frequência mais elevada de uso de todos os componentes do modelo SOC.» (Baltes & Smith, 2004:134). Deste modo, compreende-se que, a dada altura da vida, se manifeste uma tendência para o uso desproporcional dos componentes do SOC⁴⁷ a qual resulta, provavelmente, da baixa dos recursos disponíveis que afecta progressivamente a maioria dos indivíduos mais idosos ao longo do seu processo de envelhecimento (Baltes & Carstensen, 1996).

⁴⁷ A partir da meia-idade, à medida que a idade avança mais profundamente no envelhecimento, na generalidade das pessoas, a utilização total do sistema SOC apresenta indícios de um menor uso proporcional entre os componentes. Esta situação é evidente no que concerne à diminuição da frequência com que a maioria dos indivíduos senescentes utiliza a «*selecção escolhida*» ou seja, quando opta em função da sua própria motivação, por seleccionar um dado percurso desenvolvimental entre várias oportunidades disponíveis.

Porém, no modelo SOC existem várias evidências que apontam para uma reciprocidade equilibrante entre o uso dos componentes comportamentais «Seleccção-Optimização-Compensação» e destes com a aquisição de resultados desenvolvimentais benéficos, nomeadamente no que concerne às múltiplas dimensões do Bem-Estar, assim como ao sentido existencial ou à concretização de objectivos pessoais, entre outros. Neste sentido, se as primeiras definições de *envelhecimento bem-sucedido* se centraram na *Satisfação com a Vida* ou na adaptação das pessoas às situações da Vida, Baltes e Baltes (1990), fundamentados na interacção entre os componentes SOC, defenderam uma definição *inclusiva* do *envelhecimento bem-sucedido*. Neste sentido, segundo aqueles autores, a definição integrativa do modelo SOC exigiu uma perspectiva analítica abrangente dos indicadores de cariz objectivo (por exemplo, comportamentos ou capacidades) e subjectivo (por exemplo, crenças ou características de personalidade), através dos quais seria viável a compreensão da variabilidade inter-individual dos idosos, em termos de objectivos pessoais, princípios éticos, características da Saúde, recursos internos e externos disponíveis, autonomia, entre outros.

Por conseguinte, cada caso de envelhecimento bem-sucedido representa um determinado tipo de adaptação individualizada da interconexão entre as componentes do SOC, fruto de uma conjugação fenotípica de factores, tanto próprios da pessoa como ambientais, relativamente aos três componentes estruturais do modelo SOC. Neste sentido, no início da década de 90, Baltes e Baltes (1990) argumentam: «A individualização da estratégia de gestão da vida (SOC) assenta em padrões individuais que podem alternar de acordo com interesses específicos, saúde, preferências e recursos. Em cada caso de envelhecimento bem-sucedido existe uma apropriação criativa, individualizada, e socialmente apropriada, dos mecanismos de selecção, optimização e compensação» (Baltes & Baltes, 1990: 24).

Alguns anos mais tarde, Baltes e Carstensen (1996) reforçam a teorização do *envelhecimento bem-sucedido* como um processo multidimensional, ao defenderem que a perspectiva de *processo* associada ao sucesso adaptativo individual no envelhecimento permite três grandes benefícios:

- 1) A não generalização padronizada da noção de *êxito* devido à *heterogeneidade do envelhecimento* permite prevenir as imprecisões ou os erros de análise que podem ocorrer sempre que aplicam constructos globais (como «sucesso») a grupos diferentes de pessoas;

- 2) A relevância atribuída às características subjectivas das *propriedades funcionais dos comportamentos*, ou seja, dos comportamentos idiossincráticos de ajustamento pragmático implementados pelas pessoas para lidarem com as dificuldades da vida e atingirem os objectivos a que se propuseram, podem vir a ser muito úteis na compreensão e implementação de funções especificamente adaptativas perante quaisquer circunstâncias de vida;

- 3) Consideram os autores que a interacção entre os ganhos e as perdas decorrentes da senescência podem ser mais bem administrada se cada pessoa possuir (ou obtiver) a competência para a utilização dos componentes do modelo SOC (*selecção-optimização-compensação*) como instrumentos adaptativos, úteis para a definição e obtenção dos objectivos, próprios e significantes, passíveis de serem autopropostos ao longo do envelhecimento (Baltes & Carstensen, 1996).

Por sua vez, Freund e Baltes (1998) e Freund *et al.* (1999) complementam o modelo SOC associando-o ao envelhecimento bem-sucedido no âmbito das teorias da acção que analisam os processos que motivam acções humanas voluntárias, mais ou menos complexas. Neste sentido, os autores defendem que o «modelo SOC conceptualiza processos que promovem ganhos (optimização) mas também processos que contrabalançam perdas que ocorrem inevitavelmente no decurso da vida, particularmente na velhice muito avançada (compensação)⁴⁸» (Freund *et al.*, 1999: 402).

Segundo Baltes e Baltes (1990) e Lachman e Baltes (1994), apesar da heterogeneidade existente entre as pessoas quando ao seu percurso desenvolvimental, na maior parte dos casos o *self* dos indivíduos mantém-se resiliente ao longo da velhice.

Se é certo que ao longo da vida podem existir discrepâncias quanto a dimensões como a auto-estima, a auto-eficácia e a satisfação com a vida, são muito menores as diferenças significativas relativamente aos sinais cruciais de avaliação do desenvolvimento psicológico, tais como o sentido de identidade do *self* ou a aptidão para usar estratégias adaptativas de *coping* para lidar com as situações inesperadas, mais ou menos adversas, decorrentes do percurso existencial (Lachman & Baltes, 1994).

⁴⁸ Os autores especificam as interpretações atribuídas aos mecanismos do modelo SOC: 1) A *selecção* está vocacionada para o desenvolvimento, através da qual são definidos objectivos e perspectivados os resultados desejáveis para esse mesmo desenvolvimento, o que pode ocorrer como resultado da *selecção escolhida* ou da *selecção resultante da perda*; 2) A *optimização* resulta numa combinação de factores, e abrange a aquisição, a manutenção e o aperfeiçoamento dos recursos, internos e externos, relevantes para a obtenção de objectivos desejáveis e prevenir a possibilidade da ocorrência de objectivos indesejáveis; 3) A *compensação* é encarada como activação alternativa de respostas funcionais perante as perdas que possam comprometer a obtenção dos objectivos desenvolvimentais desejáveis. Freund *et al.*, 1999.

Pelo exposto, a noção de *envelhecimento bem-sucedido* baseada no modelo SOC parece apontar para processos subjectivos de percepção do *self* que influenciam o modo como o indivíduo que envelhece opera a «*regulação do eu*» ou a «*regulação da identidade pessoal*» em função das ocorrências de vida do dia-a-dia, sejam mais ou menos adversas, com tudo o que isso implica no que respeita às consequências quanto aos indicadores do bem-estar psíquico e em termos da (re)definição de estratégias de autocontrolo e da (re)formulação de objectivos (Baltes & Baltes, 1990).

Tal como antes referimos quanto à acção e ao auto-controlo relativamente ao desenvolvimento ao longo da vida, os objectivos exercem uma função indispensável, nomeadamente na estabilidade psicológica, muito embora o seu papel possa ser ambivalente em função da utilização dos recursos internos e externos e à consequente aplicação às circunstâncias de vida, tão amiúde incontroláveis. Sendo aceitável a ideia de que a determinação individual de objectivos, como um elemento indicativo de qualidade de vida psicológica, atribui sentido existencial à vida (Brandtstadter & Renner, 1990), também parece ser válido o pensamento de que os objectivos podem ser causadores de insatisfação quando passam a ser inatingíveis devido à perda de capacidades ou dos recursos, internos ou externos, necessários para os alcançar.

Por conseguinte, são vários os autores que consideram indispensável ao sucesso, incluindo ao sucesso no envelhecimento, que qualquer pessoa seja capaz de modificar os seus objectivos e os seus níveis de ambição, seja através da reformulação ou da criação ou, até mesmo, da eliminação de objectivos e de desejos que podem ser causas de sofrimento, agindo adaptativamente com objectividade e criatividade, em prol da realização pessoal (Baltes & Baltes, 1990; Brandtstadter & Baltes-Gotz, 1990; Brandtstadter & Rothermund, 2002).

Pelo descrito se compreende a perspectiva de que o reajuste contínuo entre objectivos e recursos de acção constitui-se como uma fonte de resiliência do *self* ao longo do ciclo de vida. De facto, decorre do senso comum o trocadilho estulto que afirma que “*A Vida é feita de altos e baixos*” ou, por outras palavras, a evidência que se exprime pela experiência secular acumulada de que a existência humana é feita de perdas e de ganhos, algo que a ciência também veio a concluir. Naquele sentido, a Vida de qualquer ser humano, salvaguardada a heterogeneidade inter-individual, pode ser descrita através de um rol de resultados desejáveis e de consequências menos agradáveis. Por esta linha de pensamento, a concepção desenvolvimental de

envelhecimento bem-sucedido também carece de ser analisada através da forma como os indivíduos lidam com as diferenças entre os propósitos desejados e as consequências efectivas dos seus percursos de vida:

Em qualquer momento do ciclo de vida – talvez mais na velhice – o bem-estar e a auto-estima dependem não apenas do controlo percebido sobre o desenvolvimento futuro, mas também da disponibilidade para aceitar o próprio passado (o qual é inalterável) e para assumir sem nostalgia nem lamentações os percursos de vida uma vez desejados mas nunca atingidos (Brandtstadter & Rothermund, 2002: 118).

Segundo Lachman e Baltes (1994), os indivíduos idosos tendem a ser mais flexíveis comparativamente às pessoas mais novas, além de serem também eles mais flexíveis em comparação à sua própria juventude, o que lhes dá a capacidade necessária para adaptarem os seus objectivos, pragmaticamente, às circunstâncias reais das suas vidas. Com efeito, tal parece suceder através da utilização de formas de controlo *secundárias*, o que os auxilia à adaptação a determinadas situações que, à primeira vista, parecem ser de todo incontroláveis. Os mesmos autores argumentam ter constatado, através das investigações efectuadas, que os idosos parecem ser capazes da (re)formulação de objectivos com maior facilidade do que os indivíduos mais jovens, apropriando-se mais facilmente de mecanismos de controlo eficazes para lidar com situações aparentemente irreparáveis (Lachman & Baltes, 1994).

Ainda de acordo com Whitbourne (1987), os estilos de identidade do *self* constituem um modelo adequado à compreensão dos mecanismos de adaptação ao envelhecimento, correlacionando a percepção individual do envelhecimento ao impacto sobre o Bem-Estar do idoso. Salvaguardando que não existe um estilo de identidade perfeito para lidar com o envelhecimento, Whitbourne (1987) associa estilos diferentes de identidade do *self* a diferentes estratégias de *coping*. Semelhantemente, o autor faz corresponder perfis de personalidade específicos com diferentes modos de lidar com as mudanças circunstanciais inerentes ao envelhecimento (por exemplo, na degradação da saúde ou no desempenho de papéis sociais), exaltando *definições* do *self* distintas entre si, umas mais expostas à idade cronológica, outras completamente independentes dessa característica temporal (Whitbourne, 1987).

Numa abordagem idêntica, Hertzog e Markus (1999), consideram que o *self* é fundamental para a compreensão da adaptação de cada indivíduo ao processo de envelhecimento. Ao definirem o *self* como um conjunto de estruturas de conhecimento que cada indivíduo possui sobre si mesmo, integrando-as activamente em áreas de conteúdos e limites de tempo, os autores também atribuem ao *self* a função de avaliação e interpretação das experiências. Nesse sentido, o *self* assume, igualmente, a tarefa de motivar e de incentivar o comportamento, de lidar com as emoções e de atribuir sentido existencial à vida (Hertzog & Markus, 1999).

Por conseguinte, tomando como provável, como defendem McCrae e Costa (1990), que a vivência perceptiva não seja perturbada por grandes disrupções à medida que os indivíduos avançam na segunda metade da vida, Hertzog e Markus (1999) argumentam que o *self*, tendo permanecido equilibrado ao longo da primeira metade da idade adulta, se irá conservar semelhantemente estável ao longo da velhice; todavia, salvaguardam os mesmos autores que, mais importante do que idade cronológica, são os traços de personalidade as componentes essenciais para definir e caracterizar o *self* (Hertzog & Markus, 1999). Contudo, alguns autores (Cross & Markus, 1991; Ryff, 1991) consideram, adicionalmente, a existência de um processo multidimensional determinado por variáveis individuais e sociais⁴⁹, cuja inconstância pode resultar daquilo a que alguns denominaram por «*possíveis self*», o que contraria a ideia de um *self* estável ao longo de toda a vida, sobretudo a partir de meados da existência adulta.

Do ponto de vista do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, a utilização das componentes adaptativas de Selecção e de (re)ajustamento da identidade em diferentes *self* instrumentais representa, com pragmatismo adaptativo, o modo como os adultos e os idosos podem ser promotores responsáveis pelo seu próprio desenvolvimento em função das circunstâncias de vida. Nesta perspectiva, Cross e Markus (1991) defendem que a variação adaptativa do *self*, em função das necessidades individuais de ajustamento, pode ser considerada como um recurso psicológico, congruente com a coesão estrutural da personalidade, que explica as modificações circunstanciais ao longo da vida incluídas numa continuidade global personalística. Esta linha de pensamento faz denotar que os *possíveis self* auxiliam o rumo individual perante as necessidades de

⁴⁹ Como observámos anteriormente, a regulação da identidade pessoal na velhice ocorre principalmente através do (re)ajustamento dos propósitos e dos objectivos individuais. Daí decorre que seja plausível a existência de condicionantes idiossincráticas variáveis, i.e., características intra-individuais mutáveis, no processo comportamental selectivo, de modo que este não resultará tão-somente da sucessão de adaptações consequentes à interacção entre o indivíduo e o Ambiente.

mudança ao longo do ciclo de vida, sendo facilitadores da adaptação a outras funções decorrentes de circunstâncias diversas, a perda de estatuto social, o divórcio ou a aposentação⁵⁰. Semelhantemente, segundo Ryff (1991), existe uma inter-relação entre a concepção de *possíveis selves* e as alterações da auto-percepção individual ao longo da idade. Nos estudos transversais ao longo da idade adulta e da velhice⁵¹ sobre a noção de «*self actual*» e de «*self ideal*», após ter constatado que os jovens, os adultos na meia-idade e os idosos têm diferentes visões de si próprios, i.e., que existem diferenças significativas sobre o *self* conforme a idade, Ryff (1991) sustentou que, a redução do influência do «*self ideal*» nos idosos pode ser entendida como uma estratégia de optimização de recursos necessários à obtenção de resultados positivos ao longo da velhice, sendo desse modo, um factor fundamental para o envelhecimento bem-sucedido. Naqueles estudos, a autora também argumentou que a capacidade para manter um funcionamento psicológico positivo ao longo do envelhecimento é indissociável da capacidade de aceitação da complexidade do próprio *self*, sendo esta uma característica essencial para um envelhecimento adaptado e bem ajustado (i.e., bem-sucedido) (Ryff, 1991). Neste âmbito, Ryff parece concordar com a perspectiva de Heckhausen, Dixon e Baltes (1989) que defenderam existir uma correlação entre as crenças subjectivas sobre o envelhecimento e os comportamentos subseqüentemente adoptados pelos indivíduos.

Semelhantemente, Baltes (1987) concluiu que, ao longo do envelhecimento, os indivíduos demonstravam a tendência para uma maior particularização quanto à definição de si próprios ou, por outras palavras, revelavam uma gradual especialização dos *possíveis selves* à medida que envelheciam.

Ainda de acordo com Lachman e Baltes (1994), a regulação da identidade pessoal associada ao *envelhecimento bem-sucedido* implica o recurso à *comparação com os outros*. Os autores defendem que os idosos tentam seleccionar, propositadamente, outras pessoas ou grupos sociais mais propícios para que a comparação possa resguardar a integridade da sua identidade pessoal.

⁵⁰ Por exemplo, o professor universitário de matemática aplicada que se considera como um apreciador de arte e um «artista» bem-sucedido nos seus tempos livres pode, após a aposentação, dedicar-se a actividades relacionadas com o seu *hobbie*, tanto na criação como no estudo, divulgação e comercialização, por exemplo, estabelecendo uma galeria ou uma agremiação de artistas.

⁵¹ Procurando explorar, numa perspectiva transversal, a comparação que as pessoas efectuem entre o «*self actual*» e o «*self ideal*» ao longo da idade adulta e da velhice, Ryff (1991) estudou 308 adultos (jovens, adultos na meia-idade e idosos) relativamente a seis dimensões de bem-estar psicológico, tendo os resultados evidenciado, efectivamente, diferenças de acordo com a idade: os jovens, os adultos na meia-idade e os idosos têm diferentes visões de si próprios.

ANEXO 2.4.3.1 do Capítulo I
Considerações finais sobre o Modelo SOC.

Resumidamente, a estruturação conceptual do modelo SOC defende a existência, ao longo do desenvolvimento humano, de um processo dinâmico suportado através de uma relação de co-equilíbrio entre ganhos e perdas que abrange a interacção entre três sistemas adaptativos fundamentais:

- 1) A **Seleção** ou escolha auto-controlada e hierarquização selectiva dos domínios/metas/resultados/tarefas (particularmente como atitude adaptativa face à escassez de recursos);

- 2) A **Optimização** ou potenciação das possibilidades de acção adaptativa por via do incremento, melhoria ou manutenção dos recursos possíveis/disponíveis necessários para a obtenção de resultados e concretização eficaz nos domínios/metast escolhidos;

- 3) A **Compensação** ou o uso de meios alternativos quando os recursos disponíveis são insuficientes para alcançar os resultados desejados.

Trata-se de uma estratégia adaptativa universal, não só mas também intrínseca ao comportamento humano ao longo do seu desenvolvimento. Contudo, a materialização da plasticidade fenotípica desta estratégia não é uma constante absoluta, dependendo, outrossim, da variabilidade de factores intra-individuais (carácter, personalidade, domínios ou níveis de análise) correlacionados com a fase da vida e, concomitantemente, dos factores sócio-culturais, sobretudo o contexto inter-relacional e social dos indivíduos.

ANEXO 2.4.3.2 do Capítulo I

Propostas desenvolvimentais que facilitam o *Envelhecimento Bem-sucedido*.

Segundo Baltes & Baltes (1990) as estratégias mais relevantes para a promoção de um *envelhecimento bem-sucedido* podem ser substanciadas do seguinte modo:

- **Actividade:** é importante manter e/ou incentivar, ao longo do processo de envelhecimento, as *actividades, tanto físicas, como a cognitiva e relação interpessoal*, por forma a compensar as perdas naturais nestas competências através da manutenção e desenvolvimento das capacidades existentes ou da potenciação de outras competências;

- **Ambiente:** em consequência dos limites individuais de flexibilidade (ou de plasticidade) adaptativa, as pessoas idosos devem procurar estabelecer condições ambientais adequadas, através da organização do habitat ou da selecção de novos espaços funcionais de modo a que o *Ambiente* seja adequado ao estilo de vida, ajustado às condições funcionais e adaptado às capacidades do indivíduo;

- **Auto-controlo:** As estratégias de auto-controlo que facilitam e promovem a gestão do dia-a-dia com base no reajustamento individual à realidade⁵², são fundamentais para a manutenção da resiliência do *self*;

- **Flexibilidade e individualização das soluções:** tomando como verdadeira a heterogeneidade dos indivíduos ao longo processo de envelhecimento, torna-se necessário acautelar a adopção de soluções aparentemente fáceis, simplistas ou generalistas; pelo contrário, são desejáveis *soluções individuais e* socialmente flexíveis, adaptadas a cada pessoa dada a grande variabilidade na ocorrência, duração e intensidade dos percursos individuais ao longo da velhice;

- **Optimismo:** A adopção ou manutenção de uma *perspectiva optimista acerca da Vida*⁵³ pode auxiliar na compensação das perdas naturais ou excepcionais que ocorrem ao longo da existência;

⁵² Neste aspecto, são indesejáveis a cedência da autonomia ou os comportamentos de infantilização que implicam a desresponsabilização e a perda de identidade. A resiliência do *self* ao longo da velhice implica, nomeadamente, a adopção de comportamentos realisticamente funcionais e autónomos face às capacidades individuais, em consonância com os objectivos, propósitos e capacidades das pessoas idosas.

⁵³ A atitude positiva, que parece estar claramente correlacionada com o sentimento de bem-estar em geral, pode ajudar a salientar aspectos positivos de vida que perduram e que podem ser, circunstancialmente desvalorizados, ao mesmo tempo que normaliza as perdas ocorridas como decorrentes de acontecimentos não controláveis, portanto, imprevisíveis e externos, indissociáveis do indivíduo e do seu envelhecimento.

- ***Reajustamento adaptativo***: A flexibilidade adaptativa, ao contrário da rigidez conservadora, é atitude mais eficaz para lidar adaptativamente com as perdas decorrentes do processo de envelhecimento. Para que tal aconteça é necessária a adopção de uma abordagem existencial através do reajustamento estratégico dos recursos, internos e externos. Esse reajustamento adaptativo deve valorizar as *alternativas* que, por sua vez, podem proporcionar um confronto eficaz com a realidade objectiva, reorientando proactivamente a vivência individual, em termos de objectivos e de aspirações, ao longo do envelhecimento;

- ***Viver um estilo de vida saudável***: é muito importante instituir ou preservar um estilo de vida saudável, nomeadamente que tenha em atenção factores básicos como a alimentação equilibrada, o controlo de consumos excessivos, a actividade física regular, a socialização, o repouso, etc., por forma a atenuar a probabilidade da ocorrência das patologias próprias ao processo senescente de envelhecimento (Baltes & Baltes,1990).

ANEXO 2.4.4 do Capítulo I

A contemporaneidade do conceito de *Envelhecimento Activo*: desafios e possibilidades.

Em 2012, a União Europeia, fazendo jus à actual conjuntura demográfica, celebrou o *Ano Europeu dedicado ao Envelhecimento Activo e à Solidariedade entre Gerações* (AEEASG) ⁵⁴ (E.U., 2012).

Através daquela iniciativa europeia, foi tentada uma concertação das iniciativas Institucionais e privadas no sentido de encontrar soluções aos desafios do envelhecimento demográfico e, também, ao perfil das capacidades, expectativas e necessidades dos cidadãos idosos, concomitantemente com a devida atenção à sustentabilidade dos sistemas e mecanismos (formais e informais, nacionais e locais) de protecção social.

Refira-se ainda que a celebração do AEEASG considerou várias dimensões de referência tais como: 1) o reforço das relações familiares; 2) o fortalecimento das relações entre gerações; 3) a valorização do papel social da pessoa idosa através de condições favoráveis à sua participação activa e ao respeito pelos seus direitos; 4) a simplificação do acesso e/ou permanência no mercado de trabalho; 5) a promoção da aprendizagem ao longo da vida; 6) o estímulo ao voluntariado social; 7) a permanência no ambiente residencial e comunitário o mais tempo possível; e, 8) uma mais eficaz prevenção e acompanhamento das situações de risco (E.U., 2012; I.G.F.S.E., 2012).

Também em Portugal a temática do *envelhecimento activo* tem desenvolvido, quer no âmbito governamental ou na sociedade civil, deliberações ou planos nacionais, os quais iremos seguidamente sucintamente enunciar:

⁵⁴ Os objectivos daquela celebração podem ser resumidos em quatro pontos principais: 1) Sensibilizar a opinião pública e a agenda política europeia para a importância do envelhecimento activo nas suas diferentes dimensões, a fim de salientar e reforçar a contribuição das pessoas mais velhas para a sociedade e a para a economia 2) Promover o debate, reforçar a permuta de informações e desenvolver a colaboração mútua entre os Estados-Membros e os intervenientes relevantes da sociedade civil, a fim de impulsionar políticas de envelhecimento activo, de reconhecer e divulgar as boas práticas e, também, de estimular a colaboração e as sinergias entre as partes; 3) Propor um conjunto de compromissos e de acções materiais que possibilitem que todos os parceiros importantes, no plano europeu e nacional, possam produzir soluções, políticas e estratégias de longo prazo que sejam inovadoras, incluindo nelas planos globais de gestão da idade no âmbito do emprego; e, 4) Incrementar actividades que ajudem à luta contra a discriminação por motivo da *maior-idade*, assim como para vencer os estereótipos e obstáculos a ela associados, em particular no que diz respeito à empregabilidade (E.U., 2012; I.G.F.S.E., 2012).

- O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que integrou o Plano Nacional de Saúde entre 2004-2010 (tendo sido renovado para o quinquénio 2012-2016), assentou em três dimensões: a promoção do envelhecimento activo; a melhor adequação dos cuidados de Saúde às pessoas idosas; e promoção de ambientes seguros e propiciadores de autonomia (DGS-PNS, 2012);

- O Programa Turismo Sénior é um programa semanal de férias lúdico-culturais que pretende combater a solidão da população sénior, maior que 55 anos, com menos recursos financeiros e o Programa Saúde e Termalismo Sénior é destinado a pessoas com idade superior a 55 anos que, mediante o pagamento de montantes relativamente baixos, proporciona férias e actividades de lazer com a particularidade adicional de estar focalizado na saúde e no bem-estar através da disponibilização de instalações próprias para tratamentos termais no território nacional (INATEL, 2014).

- O Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio foi instituído pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS), através do Instituto Nacional para a Reabilitação (INR), com base no Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de abril, tendo sido criado o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio, denominado SAPA, que substituiu o então Sistema Supletivo de Prescrição e Financiamento de Ajudas Técnicas e Tecnologias de Apoio (SSPFATTA). Refira-se que actualmente o SAPA pretende facilitar o acesso das pessoas com incapacidade a produtos e equipamentos de que deles necessitam (INR, 2013).

- O *Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHPI)*, foi destinado a pessoas idosas com mais de 65 anos, que usufruíam do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) ou frequentassem um Centro de Dia (EPDI) ou cuja prestação destes serviços estivessem dependentes da qualificação habitacional. Foi implementado pelo MSSS, entre 2007 e 2012, através do Instituto para Segurança Social (ISS) e das parcerias com alguns Municípios. Este Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHPI) apoiava obras ao nível do edificado e financiava a aquisição de equipamento indispensável à vivência das pessoas nas suas próprias habitações. A requalificação habitacional das casas das pessoas idosas seleccionadas no âmbito do PCHPI foi definida no *Manual de Procedimentos do Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas* e esteve dependente da celebração de um Protocolo de Colaboração entre o Instituto da Segurança Social, I.P. e os respectivos Municípios dos idosos candidatos (ISS, 2012).

ANEXO 2.5.1 do Capítulo I

Aspectos da Demografia Mundial

Uma recente projecção da ONU (UN-DESA/PD, 2013), conhecida como a "variante média", antevê uma população próxima dos 11 mil milhões em 2100. Tal estimativa não deixa de ser considerada preocupante, apesar de poder ser interpretada como demasiada elevada ao serem verificadas as taxas de fertilidade em grande parte do mundo desenvolvido, actualmente abaixo do que é necessário para regeneração geracional: a maioria dos países europeus, assim como o Japão, a China e, inclusive, o Brasil, não geram os 2,1 filhos por mulher necessários à renovação populacional.

Acresce ainda que, em alguns dos países em vias de desenvolvimento, apesar das respectivas Taxas de Fertilidade serem maiores do que 2,1, a elevada taxa de mortalidade implica um número considerável de mortes de mulheres no período fértil, o que faz com que as taxas de substituição populacional não sejam realmente elevadas.

No que toca às estimativas mais contemporâneas, têm sido calculadas diferentes esperanças médias de vida⁵⁵ para diferentes regiões conforme o seu nível de desenvolvimento. Enquanto nos países em vias de desenvolvimento a situação parece ser menos preocupante no que concerne à velocidade e continuidade do aumento da *esperança média de vida (emv)* dos seus habitantes, relativamente aos países desenvolvidos e para um horizonte mais curto (2050), estima-se que a esperança média de vida alcance 81 anos (U.N.D.P., 2012).

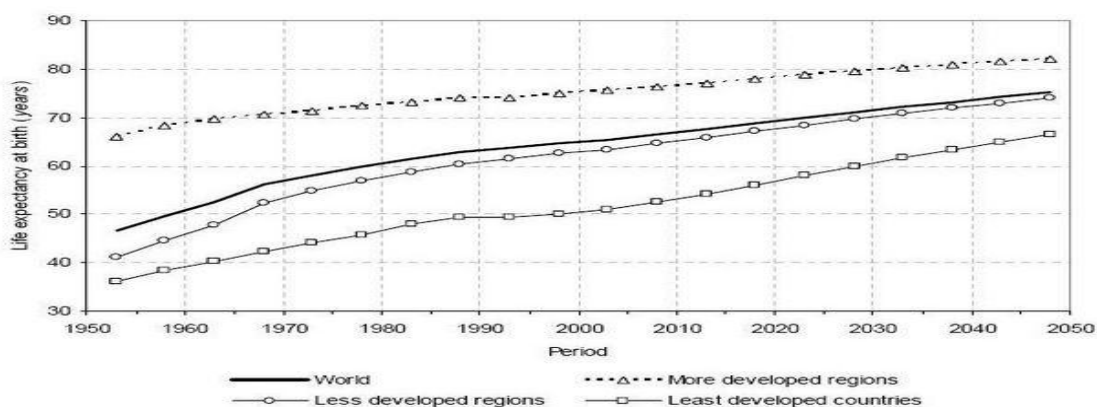


Gráfico: Projecção da emv (em anos). Fonte: Nações Unidas, World Population Prospects (2012).

⁵⁵ Até ao ano de 1900, em média, a *esperança média de vida* da população mundial foi estimada abaixo de 30 anos de idade. O que mais influenciava a baixa esperança de vida não era tanto a alta Taxa de Mortalidade dos adultos mas, principalmente, a alta Taxa de Mortalidade Infantil (a mortalidade dos bebés até 1 ano de vida).

Para a globalidade do planeta, a previsão da ONU é de que a *emv* da população mundial venha a alcançar os 81 anos mas só em 2100; a confirmar-se esta projecção, os ganhos na *emv* seriam de +16 anos ao longo de um século, enquanto no século XX o aumento foi de +35 anos (U.N.D.P., 2009).

Para além da *emv* enquanto referencial populacional, se considerarmos a *longevidade*⁵⁶ importa salientar que apesar de a proporção de pessoas que vivem até aos 100 ser ainda muito pequena, o número tem vindo a aumentar de forma acentuada. No ano 2000, havia cerca de 180 mil centenários em todo o mundo, em 2050, estima-se que venham a ser 3,2 milhões (U.N.D.P., 2012).

Porém, mais recentemente, as alterações económicas e financeiras a nível global parecem influenciar a tendência de desenvolvimento da esperança de vida num conjunto alargado de países, inclusivamente nos países mais desenvolvidos.

Sendo lógica influência na expectativa de vida dos indicadores com ela correlacionados (tais como o acesso a serviços de Saúde, saneamento, educação, cultura e lazer, índices de violência, de criminalidade e de poluição do local onde vive uma população [PNUD, 2013]), parece-nos ser sensato admitir que, em períodos de Crise, a deterioração daquelas variáveis influenciará o aumento das taxas de mortalidade e morbilidade, com influência directa sobre o índice de *emv*.

Portanto, pensamos ser mais comedido afirmar que esperança de vida apenas terá tendência a prolongar-se nos sectores mais favorecidos e/ou protegidos da população, sendo também mais provável nestas classes sociais a ocorrência de mais casos de maior longevidade.

Embora com intensidades diferentes consoante as regiões e os países, o envelhecimento demográfico tem vindo a adquirir uma dimensão mundial. Na Europa foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX que as sociedades começaram a confrontar-se com o que foi classificado como *duplo envelhecimento* (na *base* e no *topo* da pirâmide etária).

⁵⁶ O aumento da longevidade de uma ou algumas pessoas não significa, como antes tivemos a oportunidade de referir, o aumento equivalente da esperança de vida média da população mundial no seu todo. Se a nível dos países desenvolvidos ainda não é possível traçar cenários mais exactos quanto à tendência, podemos, no entanto, traçar um panorama muito provável em que ocorra, com algum dinamismo, o aumento da longevidade (de parcelas da população), mesmo que venha a acontecer uma estagnação da esperança média de vida mundial.

Ao longo da última década, enquanto decorreu um crescimento significativo a múltiplos níveis (financeiro, económico, tecnológico, sócio-cultural, etc.), a esperança de vida da população europeia aumentou a uma média de dois a três meses por ano. Segundo o EUROSTAT (2013) habitam na União Europeia (UE) aproximadamente 87 milhões de pessoas com mais de 65 anos (17,4% da população total), sendo a população de idosos com idades compreendidas entre 65 e 79 anos cerca de 63,6 milhões; a população de muito idosos com mais de 80 anos conta com 23,5 milhões de indivíduos. Em média, a esperança de vida nos países da UE aumentou mais de seis anos nas últimas duas décadas e, por género, as mulheres vivem até aos 81,7 anos e os homens até aos 75,3 anos (EUROSTAT, 2013).

Especificamente nesta medida, Portugal está acima da média comunitária, desta feita em 16º lugar: à nascença, em 2012, a *emv* para ambos sexos foi de 83,97 anos (INE, 2013a).

Na UE e na liderança da *emv*, com 86 anos para as mulheres está a França, e para os homens encontra-se a Suécia com 79,9 anos. No fim da tabela, estão a Bulgária e a Roménia, onde a esperança de vida das mulheres não ultrapassa, respectivamente os 78,2 e os 77,9 anos. Na Lituânia, os homens vivem em média apenas até aos 68,4 (EUROSTAT, 2013).

No quadro do envelhecimento populacional verifica-se que, na UE, 31,1% da população com 65 e mais anos vive só, 48,3% vive em casal e 25,2% vive em família, com ou sem filhos. Países como a Holanda, Alemanha, França, Finlândia e Reino Unido registam um maior número de pessoas a viver sozinhas, por oposição ao Chipre, a Espanha, a Portugal e à Estónia, onde parece existir um papel ainda relativamente importante das famílias na integração social das gerações mais velhas e na prestação de cuidados por parte dos familiares mais novos (EUROSTAT, 2013).

Estes dados relevam para o debate sobre que modelos residenciais de apoio podem e devem ser disponibilizados em função da crescente realidade sociodemográfica, tendo em conta a sustentabilidade dos sistemas de segurança e a consequente qualidade dos serviços que prestam.

ANEXO 2.5.2 do Capítulo I

O envelhecimento demográfico português: a decadência ou o reajustamento?

A seguir apresentam-se os índices de envelhecimento português desde 1961, a nível nacional e por territórios (região do Algarve).

Rácio - %			
Anos	Índice de envelhecimento	Anos	Índice de envelhecimento
1961	27,5	1988	57,9
1962	27,6	1989	61,5
1963	27,8	1990	65,7
1964	27,9	1991	70,0
1965	28,4	1992	73,8
1966	29,1	1993	77,2
1967	29,5	1994	80,5
1968	30,2	1995	84,0
1969	31,1	1996	87,3
1970	32,9	1997	90,5
1971	33,9	1998	93,5
1972	34,0	1999	96,0
1973	34,4	2000	98,8
1974	34,9	2001	101,6
1975	36,8	2002	103,3
1976	38,6	2003	104,7
1977	39,4	2004	106,6
1978	40,5	2005	108,5
1979	42,0	2006	110,4
1980	43,8	2007	112,6
1981	45,4	2008	115,1
1982	46,5	2009	117,8
1983	47,5	2010	121,6
1984	48,5	2011	125,8
1985	50,2	2012	131,1
1986	52,4	2013	133,5
1987	55,0	2014	n.d. ⁵⁷

Tabela sobre os Índices de Envelhecimento, em Portugal, desde 1961 até 2013.

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente. Fonte: PORDATA . Última actualização: 2014-06-16.

⁵⁷ O índice provisório do envelhecimento português para 2014 foi de 136 (INE, 2014; PORDATA 2014).

Territórios	Índice de envelhecimento		
	Anos	2001	2012
Portugal		101,6	131,1 ⁵⁸
Algarve		126,3	127,8
Albufeira		75,9	85,7
Alcoutim		475,7	581,6
Aljezur		249,3	233,6
Castro Marim		203,9	220,4
Faro		110,5	123,0
Lagoa		96,1	116,2
Lagos		114,2	117,8
Loulé		125,3	124,2
Monchique		266,1	377,2
Olhão		104,3	109,0
Portimão		114,8	106,0
São Brás de Alportel		154,0	147,6
Silves		173,2	159,3
Tavira		186,3	183,9
Vila do Bispo		175,7	213,7
Vila Real de Santo António		112,3	123,4

Tabela sobre o Índice de Envelhecimento em Portugal e no Algarve, por concelhos, entre 2001 e 2012.
Fontes/Entidades: Anuário Estatístico da Região Algarve 2012, (INE, 2013b); PORDATA (2014).

⁵⁸ O índice provisório do envelhecimento português para 2014 foi de 136 (INE, 2014; PORDATA 2014).

ANEXO 2.5.2.1 do Capítulo I
Considerações demográficas sobre Portugal

a) As Taxas de mortalidade (infantil e bruta) em Portugal.

Em 1960 a Taxa de mortalidade infantil portuguesa era de 77,5%. Cerca de 40 anos depois, no ano 2000, a mortalidade infantil estava reduzida para 5,5 bebés até um ano de idade, por cada mil habitantes. Actualmente, Portugal tem uma das menores taxas de mortalidade infantil mundiais, cerca de 3,4 óbitos por cada mil nascimentos em 2012 (PORDATA, 2014).

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2013), que analisou a evolução da Taxa de nascimentos e da Taxa de mortalidade entre 2009 e 2012, a mortalidade pós-neonatal (crianças com mais de 28 dias e menos de um ano) aumentou naquele período de comparação, especialmente no Centro e Algarve (exceptuando-se o Alentejo, onde diminuiu). Ocorreram menos mortes fetais nos hospitais mas houve mais mortes nos domicílios.

A análise mais fina dos dados revela-nos que houve menos casos de “morte fetal” nas regiões Norte e Lisboa mas mais no Centro, Alentejo e Algarve. Também a mortalidade neonatal decresceu em 2012 nas regiões Norte e Lisboa (relativamente a 2009) e subiu nas restantes regiões relativamente a 2010. O documento estatístico da DGS (2013) clarifica que, em 2012, deu-se um aumento da taxa de mortalidade sem que tenha existido uma diferença (com qualquer significado estatístico) na respectiva mortalidade infantil global em comparação com o observado no ano anterior ou para 2009.

Relativamente à Taxa de mortalidade bruta, podemos verificar que a mortalidade total da população se mantém praticamente estável desde 1960 com uma ligeira modificação de 10,7 óbitos por mil habitantes para 10,2 ‰ em 2012 (INE & PORDATA, 2013). A evolução das taxas de mortalidade infantil em Portugal entre 1998 e 2009 revela-nos uma diminuição em todas as zonas do país. Os maiores decréscimos registaram-se na Região Autónoma da Madeira (4,1 pontos), bem como no Norte (2,7 pontos), na Região Autónoma dos Açores (2,2 pontos) e no Algarve (2 pontos) (INE, 2013a).

b) O aumento da *Esperança de vida portuguesa*.

A tendência de envelhecimento percebe-se, desde logo, pelo valor muito acentuado da variação da população portuguesa entre 1991 e 2001, quer no que respeita aos grupos etários mais jovens (com uma notória diminuição do contingente nessa faixa etária), quer no que respeita aos grupos etários mais idosos (com um aumento importante do contingente populacional).

Nos finais dos anos 40 do Século XX, a esperança média de vida portuguesa (à nascença) era de 58 anos, evoluindo para 75,5 anos em 1997 e para 78,9 anos em 2008. Em 2012, a esperança de vida aos 65 anos foi estimada em mais 18,97 anos para ambos os sexos (83,97), sendo 17,07 anos para os homens (82,07) e 20,4 anos para as mulheres (85,04). Nos últimos 10 anos a esperança de vida aos 65 anos aumentou 1,72 anos homens e 1,71 anos para as mulheres (INE, 2013a).

Graças à melhoria das condições de vida – alimentação, higiene, condições de habitabilidade e, particularmente, ao Serviço Nacional de Saúde – em Portugal, o valor médio de esperança média de vida à nascença (número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência), em 2013, foi estimado em 80 anos, sendo de 76,91 anos para os homens e de 82,79 anos para as mulheres (INE, 2013a; PORDATA, 2014).

De acordo com os dados do INE (2014), a esperança de vida à nascença da população residente aumentou cerca de três anos na última década, mais 3,36 anos para os homens e 2,58 anos para as mulheres: as mulheres continuam a viver mais anos do que os homens, não obstante a expectativa de vida de homens e de mulheres terem vindo a aproximar-se, com os maiores ganhos a registarem-se na população masculina.

É preciso salientar, que existem incertezas não despidiendas para o cálculo dos indicadores demográficos multidimensionais, sobretudo nas variáveis com natureza inconstante que não seguem uma tendência evolutiva constante e que podem influenciar, por exemplo, a estimativa da esperança média de vida em dado momento para um determinada população: por exemplo, numa época de crise económica, pode ocorrer uma involução na tendência e registar-se uma mortalidade acrescida.

c) A Natalidade e a Fecundidade nacional.

As elevadas taxas de natalidade brutas habitualmente registadas até aos anos 60 do século XX resultavam de múltiplas condicionantes culturais, sociais e económicas. Prevalcia uma elevada incidência da mortalidade infantil, sendo a reduzida esperança média de vida à nascença uma realidade outrora frequente. A maioria das crianças era um potencial de trabalho familiar e um adicional de segurança na velhice. Para a maioria da população, rural e semi-analfabeta, ter filhos não constituía uma despesa do ponto de vista económico, mas sim um investimento familiar, culturalmente reforçado.

O padrão natalista de outrora pode ser também explicado, muito provavelmente, pelos níveis de escolaridade em regra muito mais baixos das mulheres e pela inserção mais tardia no mercado de trabalho, mas igualmente pelo início mais cedo da vida em casal. Naquele contexto, basicamente, a reprodução e a descendência não eram comportamentos racionalizados, mas sim instintiva, social e culturalmente valorizados. Em 1960, as mulheres davam à luz o primeiro bebé, em média, aos 25 anos de idade. Em 2012, a idade média das parturientes pela primeira vez está nos 29,9 anos. Em termos gerais, a maioria dos nascimentos dá-se em mães na faixa etária dos 30 aos 34 anos (PORDATA, 2013).

Mais recentemente, o número de nascimentos em Portugal (a Taxa bruta de natalidade) apresenta um declínio permanente desde 1960, com um período de excepção, entre 1990 e 2000. O número total de nascimentos em 1960 foi de 213.895 bebés, sendo o número total em 2012 de 89.841 bebés. Assim, a taxa bruta de natalidade desceu de 24,1 nados-vivos por mil habitantes em 1960, para 8,5 nados-vivos por mil habitantes em 2012 (PORDATA, 2013). Actualmente, as mulheres portuguesas retardam cada vez mais o nascimento do primeiro, e muitas vezes único filho (Portugal é efectivamente um dos países da Europa com a incidência mais elevada de filhos únicos), principalmente por razões económicas (PORDATA, 2014).

No que respeita à renovação mínima das gerações, desde 1982 que o valor de 2,1 filhos por mulher não é atingido, seguindo uma tendência descendente: o número de filhos por mulher em idade fértil, em 1960 era de 3,20, sendo em 2012 de 1,28. A mesma tendência tem vindo a ocorrer com a Taxa bruta de reprodução, ou seja, o número médio de filhas nascidas vivas de mulheres sobreviventes no final do período reprodutivo atingia 1,56 em 1960, sendo actualmente de 0,62 filhas por mulher (PORDATA, 2014).

d) As Projecções demográficas para Portugal.

Dados recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), de Março de 2014, referem que a população total atingiu um pico em 2011, com 10.562.178 indivíduos residentes, ano a partir do qual começou a decrescer.

Para o período de 2012 a 2060, o INE prevê que a estrutura etária da população portuguesa sofra grandes alterações devido ao forte envelhecimento, à manutenção dos baixos índices de natalidade e à manutenção dos saldos migratórios negativos. Segundo o mesmo relatório (2014) os portugueses serão 8,6 milhões em 2060; a população residente poderá perder cerca de 1,9 milhões de indivíduos entre o ano de 2012 (quando se contaram 10 487 289 de residentes no país) e o ano 2060. Naquele período, o índice de envelhecimento poderá aumentar de 129 para 307 idosos por cada 100 jovens, no cenário central. Este índice poderá atingir 464 idosos por cada 100 jovens no cenário alto, ou aumentar, ainda que menos acentuadamente, para 287 idosos por cada 100 jovens no cenário baixo.

Deste modo, respectivamente para Portugal e para o continente, dos actuais 136 idosos por 100 jovens que se registaram em 2014, em todos os cenários projectivos, vão quase triplicar, entre 2012 e 2060, o número de indivíduos com mais de 65 anos por cada 100 jovens (INE, 2014).

e) A Segmentação da população idosa portuguesa.

Segundo os censos de 2011 o total de população com 65 e mais anos residente em Portugal contava com cerca de 2.010.064 indivíduos, ou seja, os indivíduos estatisticamente considerados como “idosos” representam 19,3% do total de população residente, com a maior parte da sua distribuição nas Regiões do Norte e Centro e na Região da Grande Lisboa (INE, 2013a; PORDATA. 2014).

A distribuição de idosos a viverem sós não é homogénea em todo o território, apresentando diferenças significativas. Em termos absolutos, em 2011 e de acordo com os Censos da População, cerca de 1.205.500 de pessoas com mais de 65 anos viviam sós (1.171.000 no Continente) e 797.900 viviam em companhia exclusiva de outras pessoas idosas (774.000 no Continente), ou seja, cerca de 60% vivendo sós ou em companhia de outros idosos.

No Continente, é na região de Lisboa onde se encontram mais idosos vivendo sós (22,3%), seguindo-se as regiões do Alentejo (21,9%) e Algarve (20,7%).

Em termos de idosos que vivem exclusivamente com outros idosos, é a região do Alentejo onde a percentagem dos mesmos é maior (43,5%), seguindo-se a Região Centro (42,9%) e a Região do Algarve (41,2%) (INE, 2013a).

A distribuição de idosos no espaço do Continente português apresenta todavia realidades diferentes, consoante se trate de grandes centros urbanos, regiões urbanas ou rurais. Com efeito, são os concelhos rurais (com menos de 15 000 habitantes) que apresentam maior peso da população idosa (27,2%) e, pelo contrário, os Concelhos ou Áreas Metropolitanas os que apresentam valores menores – Braga, Grande Porto, Leiria, Aveiro, Península de Setúbal e Grande Lisboa (INE, 2013a).

Salientamos que no distrito de Faro, as médias segmentadas estão em linha com as médias segmentadas para o Continente, facto que fortalece a amostragem que efectuámos no nosso estudo (INE, 2013a; 2013b). A problemática da população idosa que vive sozinha assume diferenças significativas de acordo com a distribuição territorial e, se em valores absolutos, o número será naturalmente maior nos concelhos de maior volume de população, tal não significa que não existam situações muito graves que associam o isolamento do idoso ao isolamento territorial.

f) A demografia portuguesa e a sustentabilidade do Sistema de Segurança Social.

As características demográficas portuguesas têm suscitado uma discussão assinalável, muito motivadas também pelas implicações na sustentabilidade do Sistema de Segurança Social (SSS), tal como foi desenhado e como (ainda) o conhecemos. Com efeito, assistimos a uma desintegração dos pilares em que foi alicerçado, isto é, a menor natalidade significa menos futuros potenciais contribuintes; o aumento da esperança de vida implica o aumento de pensionistas e dependentes do SSS, e a diminuição do Índice de Sustentabilidade Potencial traduz-se em menos indivíduos em idade activa por idoso/pensionista.

O Índice de Sustentabilidade Potencial português (o quociente entre o número de pessoas com idade compreendida entre 15 e 64 anos e o número de pessoas com 65 anos ou mais), em 2012, tinha um rácio de 3,4 activos por cada pensionista. Em termos percentuais, já em 2013, foi calculado que havia cerca de 68,4 pensionistas por cada 100 portugueses em idade de trabalhar. Quando o Sistema de Segurança social foi implementado em Portugal (1971) essa relação percentual era de 41 para 100, com um rácio de 6,4 activos para cada pensionista.

Daqui resulta que o Índice de Sustentabilidade Potencial português, em pouco mais de 40 anos, tenha sofrido uma redução de 48,88% (PORDATA, 2014).

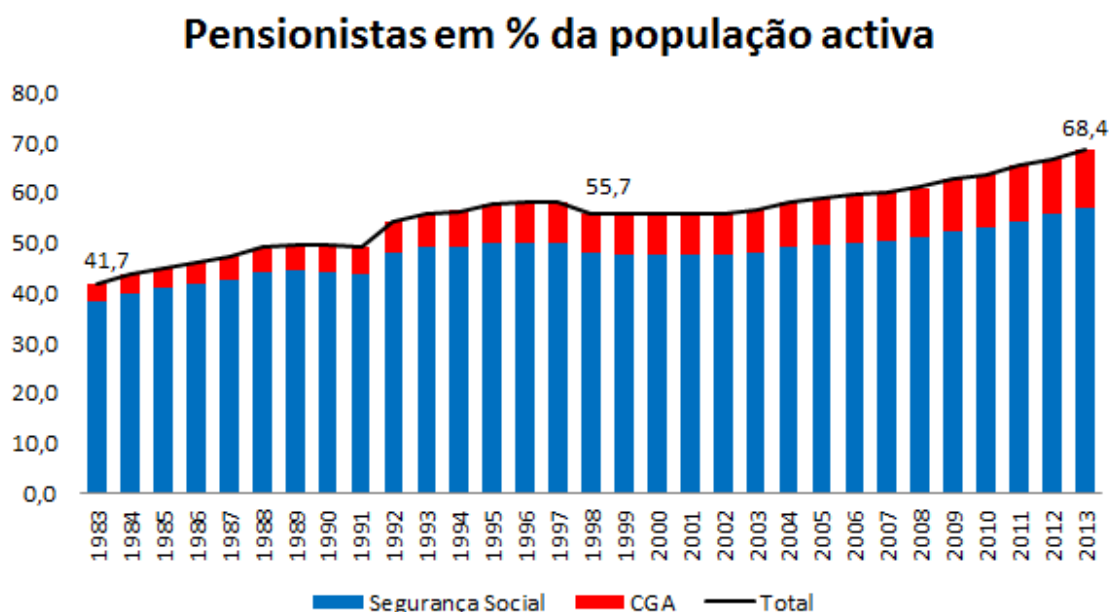


Gráfico sobre a evolução percentual de Pensionistas na população activa. Fonte: PORDATA, 2014.

À medida que a natalidade diminui, o rácio pensionistas/trabalhadores acaba necessariamente por aumentar, o que coloca novos desafios à gestão da Segurança Social.

A estagnação da média de anos da carreira contributiva é uma dificuldade na sustentabilidade económica e do Sistema de Segurança Social. Segundo os dados mais recentes, os pensionistas que em 2011 recebiam reforma de velhice, descontaram, em média, durante 25,6 anos para a Segurança Social, longe daquele que hoje é exigido para a pensão completa (40 anos de serviço) (I.G.F.S.S., 2013).

Não são menos relevantes os recentes dados do Eurostat (2013) que indicam uma Taxa recorde de desemprego jovem: 42,5% na faixa etária entre os 18 e os 35 anos, um número grave em si e para a sustentabilidade do actual Sistema. Acresce que o contingente de trabalho no activo está envelhecido e é remunerado acima da sua produtividade, enquanto o contingente mais jovem, tendencialmente mais dinâmico e produtivo, tende a ser remunerado abaixo da sua produtividade, o que constitui um factor de desmotivação por um lado, e por outro um incentivo à emigração de activos qualificados, agravando os índices de produtividade, a colecta e as prestações sociais e paralelamente contribuindo para a redução da natalidade portuguesa.

O aumento da idade de reforma resultará numa maior proporção de indivíduos mais velhos como força activa (sendo considerada a idade activa entre os 15 e os 64 anos), o que pode vir a influenciar variáveis correlacionadas com a produtividade (motivação, criatividade, absentismo, inovação, etc.). Tal medida poderá também preferir a integração de gerações mais qualificadas na força geral de trabalho, agravando assim a já de si tardia entrada no mercado do trabalho dos activos jovens devido aos cada vez mais longos processos educacionais e técnico-formativos.

São inúmeros os receios que associam o envelhecimento da população à produtividade e, conseqüentemente à sustentabilidade do sistema de Segurança Social. Não é somente a produtividade que parece estar em causa, mas outrossim a evidente necessidade de ser realizada uma profunda mudança no Modelo Social nacional, questionando inclusivamente certos direitos que foram dados como adquiridos, os quais basear-se-iam numa lógica solidária inter-geracional cujo fundamento demográfico actual (e projectivamente, futuro) já não suportará.

O envelhecimento existe, esse facto é inegável e resultado do avanço civilizacional próprio das sociedades contemporâneas. Todavia, pode constituir-se como um problema quando as sociedades não conseguem adaptar-se às novas realidades que elas próprias criaram. Um dos desafios, entre muitos, que agora se coloca, está em como pode ser efectuada a (re)organização das sociedades por forma a majorar o potencial de toda a população, dos mais novos aos mais velhos, ou como podemos criar condições de inclusão na dinâmica social (dentro dos países e entre regiões do mundo, sendo neste caso a questão das migrações e da integração social um tópico não despiciendo para a pujança económica, sustentabilidade dos modelos sociais de apoio e para a renovação demográfica dos países mais desenvolvidos).

ANEXOS DO CAPÍTULO II

O Bem-Estar e a Qualidade de Vida.

ANEXO 1.1.4 do Capítulo II

As novas abordagens emergentes sobre a *felicidade*

1.1.4.a - A Felicidade Interna Bruta (FIB).

O termo *Felicidade Interna Bruta* (FIB) (do inglês *Gross National Happiness* ou GNH) foi atribuído ao IV Monarca do Butão que, em 1972, usou esta denominação como sustentáculo de um compromisso de desenvolvimento económico adaptado à cultura do seu país, de matriz espiritual budista.

Em 2008, Nicolas Sarkozy, então presidente da República Francesa, ordenou que fosse criada uma comissão para estudar a relação entre a *performance* da economia e o progresso social: *Commission Sur la Mesure des Performances Économiques et du Progrès Social* (CMPEPS), copresidida por dois prémios Nobel - Joseph Stiglitz⁵⁹ e pelo professor de economia indiano da Universidade de Harvard Amartya Sen⁶⁰.

Em 2009 a CMPEPS apresentou um relatório com 291 páginas⁶¹ que, dividido em três capítulos, versa fundamentalmente sobre as *Questões clássicas do PIB*, a *Qualidade de Vida* e a *Sustentabilidade do Bem-estar*, no qual são efectuadas doze recomendações principais relevantes para a criação de um novo índice comparável ao PIB, a Felicidade Interna Bruta (FIB) que resulta dos autores considerarem a *felicidade* como uma expressão multidimensional (Stiglitz, Sen & Fitoussi, 2009).

Os membros da CMPEPS (2009) consideraram também no relatório supracitado que a *felicidade* é uma expressão humana associada ao Bem-Estar e complementar ao Bem-Estar Subjectivo⁶², sendo um conceito multidimensional que assenta em dimensões-chave examinadas em simultâneo: Actividades pessoais, incluindo o trabalho; Ambiente (situação actual e conjunturas futuras); Relações sociais; Educação; Padrões económico-financeiros de vida (consumo, rendimento e riqueza); Saúde; Segurança (na vertentes da integridade física e na situação económica); Actividades políticas e Governação (Stiglitz *et al.*, 2009).

⁵⁹ Professor americano da Universidade de Columbia, ex-director do Banco Mundial e laureado em 2001 com o Prémio Nobel de Economia por criar os fundamentos da teoria dos mercados com informações assimétricas.

⁶⁰ Laureado com o Prémio de Ciências Económicas pelas suas contribuições à teoria da decisão social e do "welfare state".

⁶¹ A coordenação do relatório final da CMPEPS (em participaram mais de 30 especialistas de renome mundial) ficou a cargo do Professor Jean-Paul Fitoussi, director de pesquisa do *L'Observatoire Français des Conjonctures Économiques*.

⁶² Vide Secção 1.2 e seguintes do Capítulo II.

Os autores do relatório da CMPEPS salientam também que, para além dos indicadores objectivos de Bem-Estar, deverão ser tidas em consideração as medidas subjectivas da *qualidade de vida*. Nesse sentido, salientam que os sistemas (de medida) mais usados pelos Estados tendem a centrar-se muito mais na produção económica do que no Bem-Estar percebido pelas pessoas⁶³ (Stiglitz & Fitoussi, 2009).

Sendo ponto assente que os modelos tradicionais de desenvolvimento têm como objectivo essencial o crescimento económico, o conceito de FIB encontra sustentação no princípio de que o autêntico progresso de uma sociedade humana sucede quando o aperfeiçoamento espiritual e o enriquecimento material são concomitantes, complementando-se e reforçando-se reciprocamente.

Tal como outros múltiplos valores morais, o conceito de FIB, pela subjectividade que comporta várias dificuldades na objectivação da sua definição, pelo que tem sido mais bem entendido a partir de comparações e de exemplos com outras medidas tradicionais tidas como mais exactas. Deste modo, a FIB tem vindo a ganhar relevância como um conceito de desenvolvimento social criado em contrapartida ao Produto Interno Bruto (PIB) (Happy Planet Index, 2013).

1.1.4.b - A base de dados sobre *felicidade* (World Database of Happiness).

Mais recentemente, a *felicidade*⁶⁴, como componente do Bem-Estar, tem conhecido grande interesse por parte dos investigadores e atenção por parte dos meios de comunicação, especialmente devido à ampla divulgação dos trabalhos de Ruut Veenhoven, um sociólogo Holandês pioneiro e autoridade mundial no estudo científico da *felicidade*. Deste modo, Veenhoven e a sua equipa, criaram e dinamizam a *World Database of Happiness* (WDH), com o objectivo de agregar num mesmo local o maior número⁶⁵ de pesquisas científicas credíveis sobre a *felicidade* (WDH, 2013).

⁶³ Recomendar-se a mudança da ênfase dada ao PIB para medidas que se focalizem mais no Bem-Estar não significa, todavia, que se abdique do primeiro, já que a informação em que se baseia continua a ser relevante e necessária, sobretudo no que diz respeito à monitorização da Economia. Contudo, sendo insuficiente a informação resultante da análise do PIB, é indispensável a obtenção de informação adicional, focalizada no bem-estar sustentado das pessoas (Stiglitz *et al.*, 2009).

⁶⁴ Vide Secção 1.2 e seguintes do Capítulo II.

⁶⁵ Actualmente a WDH, como repositório público sobre felicidade, conta com 7.703 publicações sobre o tema, dos quais 3.811 são relatórios com estudos empíricos elegíveis para arquivamento como bibliografia de referência. Esta base de dados possui também 990 instrumentos de medida sobre a felicidade, 5.649 resultados de inquéritos efectuados em 164 nações sobre amostras populacionais gerais e cerca de 1.774 estudos com resultados publicados sobre 151 amostras populacionais específicas, e conta ainda com 13.064 resultados correlacionais observado em 1.814 estudos, extraídas de 1.261 publicações.

Segundo Veenhoven (1991), actualmente as pessoas nunca viveram tanto tempo nem nunca foram tão felizes. A procura da *felicidade* sempre ocorreu, contudo, actualmente as pessoas são mais responsáveis pela sua própria *felicidade* já que têm mais opções no que concerne à orientação que querem dar às suas vidas, além de estarem mais conscientes e instruídas acerca das oportunidades que viabilizam o ensejo de felicidade (Veenhoven, 2001).

Ainda de acordo com o autor e fundador da WDH, na maioria dos países desenvolvidos a riqueza material tem crescido abundantemente na última metade do século XX e fomentou um aumento da *felicidade* embora, acrescente que, nem sempre se possa encontrar uma relação de causa efeito entre a riqueza material e a *felicidade*, já que, neste sentido, ser mais rico não é sinónimo de *ser mais feliz*. As mesmas causas nem sempre produzem os mesmos efeitos, pelo que não é possível afirmar com toda a certeza o que é que torna as pessoas mais felizes (Veenhoven, 2001).

Por conseguinte, a falta de uma correlação significativa entre os *Níveis de Riqueza* de um país (medida através do PIB *per capita*) e a *felicidade* não impede que, no ranking das nações mais felizes (entre 148 nações, no período 2000 a 2009) elaborado por Veenhoven e a sua equipa, entre os 10 primeiros classificados se encontrem 6 países europeus os quais, para além de registarem elevados valores do PIB *per capita*, são dos países com níveis de satisfação com a vida e de felicidade mais altos entre os 149 avaliados: 1º Costa Rica; 2º Dinamarca; 3º Islândia; 4º Suíça; 5º Finlândia; 6º México; 7º Noruega; 8º Canadá; 9º Panamá; e 10º Suécia (Veenhoven, 2012).

Curiosamente, da totalidade dos países do Grupo dos G7 (um grupo internacional que reúne os sete países mais industrializados e economicamente desenvolvidos do mundo, a que recentemente se juntou a Rússia), nações que assinalam os PIBs *per capita* mais elevados do mundo, somente o Canadá se encontra na 8ª posição entre os 10 primeiros classificados no ranking da felicidade. Os restantes países do G7 ficaram classificados do seguinte modo: 21º Estados Unidos; 29º Alemanha; 32º Reino Unido; 43º Itália; 47º França; 54º Japão (Veenhoven, 2012).

Acrescente-se que Portugal, ficou qualificado em 83º lugar entre a totalidade dos 148 países considerados, e entre os países da UE apenas tem atrás de si a Roménia (84º lugar) e a Hungria (87ª posição), enquanto os *nuestros hermanos* espanhóis ficaram classificados em 26º lugar (Veenhoven, 2012).

1.1.4. c - O *Happy Planet Index* (HPI).

Outra abordagem sistemática à *felicidade* ocorre através do *Happy Planet Index* (HPI) que tem como propósito medir a capacidade que cada país, de entre as 151 nações consideradas, possui para proporcionar um Bem-Estar sustentável aos seus cidadãos. O HPI foi criado, em Julho de 2006, pela *New Economics Foundation*, uma organização não governamental ecológica britânica.

Contudo, o *Happy Planet Index* não se constitui como um instrumento de quantificação para hierarquizar os países mais felizes do mundo, sendo antes uma forma de avaliar a eficiência com que cada Nação converte os seus recursos naturais em vidas longas e felizes para os seus cidadãos. Cada valor atribuído a cada um dos 151 países tem em consideração, por exemplo e entre outros componentes, o nível de *Bem-Estar Subjectivo*⁶⁶, a *esperança média de vida*⁶⁷ e a *pegada ecológica per capita* (HPI, 2013).

1.1.4.d - O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH⁶⁸) é uma medida comparativa utilizada para avaliar, anualmente, o nível de Desenvolvimento Humano dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU); o IDH também é utilizado para a categorização das nações como *Países desenvolvidos* (com desenvolvimento humano muito alto), *Países em Desenvolvimento* (com desenvolvimento humano médio e alto) ou *Países Subdesenvolvidos* (com baixo desenvolvimento humano) (UNDP, 2014).

Desenvolvido em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, o IDH tem vindo a ser utilizado, desde 1993, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo também empregue pelas Organizações Não Governamentais (ONG's) e pelo universo empresarial, para medir o desenvolvimento de regiões, cidades, aldeias, etc. (UNDP, 2013).

Relativamente aos critérios de avaliação, a estatística do IDH é constituído a partir dos dados recolhidos a nível nacional sobre a esperança de vida à nascença, da educação e do PIB *per capita* (como um indicador do padrão de vida).

⁶⁶ Vide Item 1.2 e seguintes do Capítulo II.

⁶⁷ Vide Item 2.5.1.1 do Capítulo I.

⁶⁸ O IDH é um instrumento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e uma das referências base para a elaboração anual do Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH). Ambos foram criados e desenvolvidos, em 1990, pelo professor de economia paquistanês Mahbub ul Haq, tendo como objectivo desviar o foco do desenvolvimento da economia e da contabilidade do rendimento nacional para as políticas centradas nas pessoas (Haq, 1995).

Até 2009, o IDH usava três Dimensões como critérios de avaliação: i) o *Índice de Educação*⁶⁹; ii) a *Dimensão Longevidade*⁷⁰; e, iii) a *Dimensão Rendimento*⁷¹ (UNDP, 2014). A partir do relatório de 2010, o IDH combina três dimensões: i) uma vida longa e saudável: expectativa de vida ao nascer; ii) o acesso ao conhecimento: anos Médios de Estudo e Anos Esperados de Escolaridade; e iii) um padrão de vida decente: *pib per capita (ppc)* (UNDP, 2014).

⁶⁹ Para avaliar a dimensão da educação o cálculo do IDH considera dois indicadores: Taxa de Alfabetização (pessoas com quinze anos ou mais de idade) e a *Taxa de Escolarização* (somatório das pessoas matriculadas em algum curso) (UNDP, 2014).

⁷⁰ A longevidade considera a esperança de vida ao nascimento, sendo um indicador que estima o número de anos que são expectáveis numa pessoa, tendo nascido num determinado local e num determinado ano de referência. A esperança de vida ao nascer sintetiza as condições sociais, de saúde e de salubridade ao considerar as taxas de mortalidade das diferentes faixas etárias. Esta dimensão reflete as condições de saúde e de salubridade do local, já que o cálculo da expectativa de vida é fortemente influenciado pelo número de mortes precoces. Todas as causas de morte são contempladas para chegar ao indicador, tanto as doenças como outras causas externas, tais como a violência e os acidentes.

⁷¹ O rendimento é calculado tendo como base o PIB *per capita* do país. Como existem diferenças significativas de custo de vida entre países, o rendimento é medido através da utilização de um método alternativo à taxa de câmbio para se calcular o poder de compra entre países, denominado como *Paridade do Poder de Compra* (PPC), que elimina essas diferenças. Deste modo, a PPC mede quanto é que uma determinada moeda pode comprar em termos internacionais (normalmente é utilizado como moeda de referência o dólar norte-americano) já que os bens e serviços têm diferentes preços de um país para outro (UNDP, 2014).

ANEXO 1.2.1 do Capítulo II
Os componentes do Bem-Estar Subjectivo.

No dealbar do século XXI, Jens Asendorpf (2004), semelhantemente aos autores supracitados, sugeriu a existência de um primeiro nível em que seria constituído por uma dimensão afectiva a que chamou *Happiness*, assim como a existência de um segundo nível constituído por uma dimensão cognitiva à qual denominou de *Satisfação com a Vida* (ou *Life-satisfaction*); ou seja, com este modelo, um indivíduo poderia pensar ou julgar (cognitivamente) que estava bem mas não se sentir (afectivamente) bem (Asendorpf, 2004).

No que concerne ainda à dimensão afectiva, também para Asendorpf (2004), esta subdividir-se-ia em dois elementos: uma tendência variável para se experimentar sensações positivas (o m.q. afectividade positiva) e uma tendência variável para se experimentar sensações negativas (o m.q. afectividade negativa) (Asendorpf, 2004).

Conquanto à possibilidade de correlação entre os afectos opostos (positivos e negativos) e a sua tradução personalística, foi sugerido ser muito mais expectável que a uma alta afectividade positiva corresponda grande correlação com um alto nível de extroversão enquanto um alto nível de afectividade negativa está em correlação com um alto nível de neuroticismo (Costa & McCrae, 1980).

Ainda no que concerne a aspectos de personalidade, as duas disposições opostas de afecto não se limitam apenas à experiência de sensações afectivas, positivas ou negativas, circunscritas a uma determinada situação; como são tendências *variáveis* podem também ter uma de curto prazo ou uma tendência estável ao longo do tempo (Diener *et al.*, 1999), podendo ser, desse modo, características dos traços de personalidade dos indivíduos (Steel *et al.*, 2008), que se manifestam, consistentemente, em diferentes situações (Asendorpf, 2004).

Neste âmbito, enquanto a *dimensão afectiva* do BES pode ser considerada em termos de *estados* emocionais, que tanto podem ser momentâneos como podem ser examinados em termos de humores ou de tendências de longo prazo se existirem influencias personalísticas, já a *dimensão cognitiva* do BES, representada pela componente *Satisfação com a Vida*, é normalmente considerada uma dimensão duradoura, inclusivamente para toda a vida (Diener *et al.*, 1999; Steel *et al.*, 2008; Asendorpf, 2004).

ANEXO 1.2.2 do Capítulo II
Estruturação conceptual do Bem-Estar Subjectivo

No decurso da dinâmica do debate teórico, vários modelos diferentes têm sido sugeridos. Um modelo Unidimensional foi proposto por Stones e Kozma (1985) e também por Fordyce (1986). Um modelo Bidimensional foi sugerido por Watson e Tellegen (1985), Diener *et al.* (1999) e Sagiv e Schwartz (2000). Por sua vez, Heady e Wearing (1989), Diener *et al.* (1997), McCullough, Heubner e Laughlin (2000) propuseram um modelo Tridimensional⁷². Ainda podemos encontrar uma sistematização teórica Tetradimensional do BES assente na subdivisão dos factores negativos da dimensão afectiva em Ansiedade e Depressão (Heady *et al.*, 1993).

Contudo, mesmo perante as diferentes estruturações teórico-conceptuais, o consenso entre os investigadores assenta no pressuposto de que o BES é um constructo multidimensional composto por duas dimensões estruturais fundamentais: uma *Dimensão Afectiva* e uma *Dimensão Cognitiva*, ambas separadas mas substancialmente correlacionadas (Diener *et al.*, 1999). Por esta lógica, o BES pode ser considerado como uma área alargada de interesse científico, em vez de um único constructo específico (Diener *et al.*, 1999). Enquanto campo de estudo, Diener *et al.* (1997), consideraram três características orientadoras para o estudo do BES: 1) O estudo deve ser abrangente e não focar apenas os estados indesejáveis do Bem-Estar⁷³; 2) O BES resulta da auto-avaliação das experiências internas do indivíduo, sem critérios ou avaliações externas⁷⁴. Segundo os autores supra, a investigação deve incidir sobre os estados de Bem-Estar Subjectivo a longo prazo, não apenas estudar os estados de humor passageiros⁷⁵.

⁷² Neste sentido Sirgy (2002) defende que o BES é considerado como estado afectivo duradouro composto por três componentes: (1) a experiência acumulada de Afecto Positivo em domínios da vida salientes, (2) a experiência acumulada de Afecto Negativo em domínios da vida salientes e (3) a avaliação cognitiva da Satisfação com a Vida global ou em domínios da vida importantes.

⁷³ Nesta perspectiva, todas as diferenças individuais nos níveis de Bem-Estar Positivo são relevantes porque interessa conhecer os factores que distinguem as pessoas pouco felizes, das moderadamente felizes e das muitíssimo felizes (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

⁷⁴ Embora muitos critérios de Saúde Mental resultem de avaliações exteriores, efectuadas por investigadores ou clínicos, o Bem-Estar Subjectivo é medido a partir da auto-avaliação do próprio sujeito (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

⁷⁵ Neste aspecto, é lógico supor que aquilo que pode suscitar sentimentos de Felicidade num dado instante pode não ser o mesmo que produz o Bem-Estar Subjectivo mais duradouro. Apesar de “o humor dos indivíduos possa flutuar em função dos eventos de vida, o investigador do Bem-Estar Subjectivo está interessado no humor ao longo do tempo e não apenas em emoções passageiras” (Diener *et al.*, 1997, citado por Galinha & Ribeiro, 2005: 212).

ANEXO 1.2.3 do Capítulo II
A mensuração do Bem-Estar Subjectivo

De acordo com Albuquerque (2012) um dos problemas com as medições actuais da *Satisfação com a Vida* e da avaliação dos *Afectos* é que são baseadas em instrumentos de auto-avaliação dos próprios indivíduos, com várias limitações: os sujeitos podem mentir, auto-censurarem-se nas respostas porque se sentem embaraçados, preencherem as respostas do modo que julgam que deve ser a resposta esperada ou, pelo menos, não dizer toda a verdade na auto-resposta aos questionários.

Um método de corroborar ou de confirmar se os resultados dos auto-questionários são os mais exactos possíveis pode ocorrer através da obtenção de relatos através de questionários efectuados a outras fontes próximas dos sujeitos alvos do estudo (Albuquerque, 2012). Neste âmbito, os *questionários para as fontes próximas aos sujeitos* são aplicados aos amigos mais chegados e aos familiares mais próximos dos sujeitos. Por sua vez, aquelas pessoas são convidadas a preencher um inquérito ou outra forma de questionário sobre o humor, as emoções e estilo de vida em geral dos sujeitos do estudo. Deste modo, um sujeito pode escrever no seu questionário de auto-resposta que está muito feliz e, no entanto, os amigos do sujeito ou os familiares podem responder que ele está sempre deprimido. Esta seria, obviamente, uma contradição nos resultados que acabaria por levar ao controlo dos resultados imprecisos.

Outro método de obter uma melhor compreensão dos resultados obtidos por auto-avaliação decorre da aplicação do *Experience Sampling Method* (ESM) ou o Método de Amostragem por Experiência (Weisner *et al.*, 2001; Albuquerque, 2012).

Outra terceira medição instrumental para garantir a validade das auto-respostas resulta da aplicação do *The Day Reconstruction Method* (DRM) ou Método Reconstrução Diária (Kahneman *et al.*, 2004), medida em que os sujeitos preenchem um diário das actividades dos dias anteriores. Desta forma, é pedido ao sujeito para descrever cada actividade e fornecer um relatório de como se sentiu, que humor experienciou, bem como todas as emoções que experienciou ao longo do dia (Albuquerque, 2012).

ANEXO 1.2.4.1 do Capítulo II

A Teoria De Baixo para Cima (*Bottom-Up Theory*).

Do ponto de vista da perspectiva da *Teoria de Baixo-para-Cima (Bottom-Up Theory)*, o BES resulta da acumulação de vivências felizes, portanto é influenciado por factores ambientais. As vivências consideradas na linha teórica *Bottom-Up* incluem acontecimentos externos aos indivíduos e, também, factores situacionais e demográficos abrangentes, incluindo a saúde e o estado civil⁷⁶. No entanto, a investigação sugere que os acontecimentos externos parecem ser responsáveis por uma proporção muito menor da variância dos autorrelatos sobre o BES do que os factores associados à personalidade salientados pela abordagem *Top-Down* do BES⁷⁷ (Diener *et al.*, 1999). Neste sentido, emerge o conceito de “*hedonic adaptation*” (adaptação hedonista) como constructo para explicar o impacto limitado de eventos externos sobre BES (Diener, 2000).

Baseado originalmente no conceito de uma *hedonic treadmill*⁷⁸ (*percurso hedonista*), esta teoria propõe que os eventos externos, positivos ou negativos, podem temporariamente aumentar ou diminuir os sentimentos de BES com a condicionante de que, com o passar do tempo, as pessoas tendem a habituar-se às circunstâncias e têm uma tendência para retornar a um BES de “*referência*”, ou seja, reajustarem-se ao seu nível *neutro* da linha de base do BES (Diener, 2000).

Alguns ajustes adicionais a esta teoria têm vindo a demonstrar que os indivíduos não se adaptam a todos os acontecimentos de vida por igual: tendem a adaptar-se rapidamente a algumas eventualidades (por exemplo, internamento hospitalar) ou adaptarem-se mais lentamente a alguns eventos (por exemplo, a morte de um ente querido) ou a não se adaptarem, de todo, a certas ocorrências (por exemplo, ruído excessivo) (Diener, 2000).

⁷⁶ A abordagem de *baixo-para-cima* está baseada na ideia de que há necessidades humanas básicas e universais e que o Bem-Estar das pessoas resulta daquela realização completa. Na sustentação deste ponto de vista, parecem existir provas de que os acontecimentos de vida diários e agradáveis estão associados com o aumento dos afectos positivos assim como os acontecimentos de vida diários desagradáveis ou as contrariedades do dia-a-dia estão associados com o aumento dos afectos negativos.

⁷⁷ As investigações subsequentes demonstraram que, para a maioria dos indivíduos, o nível basilar de BES parece ser, pelo menos, moderadamente positivo, já que a maioria das pessoas tendem a relatar, em geral, que sentem alguma felicidade e tendem a experimentar estados de humor positivos quando não ocorrem acontecimentos adversos.

⁷⁸ Inicialmente, a proposição da existência de uma *hedonic treadmill* sugeria que a maioria das pessoas retornava a um nível neutro de BES (ou seja, nem feliz nem infeliz), à medida que se habituam aos acontecimentos de vida, isto é, as pessoas tendem a ajustar-se através dos mecanismos de adaptação que proporcionam a melhor sobrevivência (psíquica, física, social e cultural) possível.

ANEXO 1.2.4.2 do Capítulo II
A Teoria de Cima-para-Baixo (Top-Down)

Na perspectiva da *Teoria de Cima-para-Baixo (Top-Down)*, tem-se como certo que os recursos globais da personalidade influenciam a forma como cada indivíduo apreende os eventos da sua vida. Neste sentido, entende-se que os indivíduos podem, portanto, possuir uma tendência idiossincrática para perceber e atribuir significado às suas vidas de uma forma consistentemente positiva ou negativa, dependendo das suas características de personalidade estáveis (Asendorpf, 2004; Steel *et al.*, 2008).

Segundo DeNeve (1999), existem três tendências na relação entre a personalidade e o BES: (1) em primeiro lugar, o BES está intimamente ligado aos traços de personalidade associados às tendências emocionais (estabilidade emocional, afectos positivos e tensão ansiosa); (2) em segundo lugar, os traços associados à melhoria do relacionamento social (por exemplo, a confiança ou a afiliação) são importantes para o BES (neste sentido, as pessoas felizes tendem a ter relações fortes e a serem boas em promovê-las); (3) em terceiro lugar, a forma como as pessoas *pensam sobre e explicam* os acontecimentos é importante para o BES, já que a apreciação optimista dos acontecimentos, acompanhada de uma sensação de controlo e de esforços para o enfrentamento pró-activo facilita o BES. Por exemplo, a confiança (em oposição à desconfiança, sendo ambas características ligadas a traços de personalidade e substancialmente relacionadas com o BES) possibilita as atribuições positivas, ao invés de atribuições negativas, sobre si, o mundo e os outros. Por conseguinte, efectuar atribuições positivas e optimistas, em vez de atribuições negativas e pessimistas, facilita Bem-Estar Subjectivo (DeNeve, 1999).

Nos modelos explicativos que seguem a linha teórica *Top-Down* podemos também encontrar a sugestão de que cada indivíduo possui uma predisposição genética para estar *happy* ou *unhappy* (*feliz* ou *infeliz*) e essa predisposição determina o *setpoint* (valor nominal ou ponto de ajuste) do BES para cada pessoa. A tese do *setpoint* implica que uma *baseline* (linha de base) ou o *equilibrium level* (ponto de equilíbrio) do nível de BES de cada indivíduo, sendo uma consequência das características hereditárias e, portanto, quase totalmente pré-determinada no momento do nascimento (Lykken & Tellegen, 1996).

A evidência para aquela predisposição genética deriva da realização de estudos de genética comportamental que demonstraram que a afectividade positiva e negativa dos indivíduos tem uma alta herdabilidade, isto é, um alto grau de correspondência entre o fenótipo comportamental e valor genético (40% e 55%, respectivamente) (Diener *et al.*, 1999).

Vários autores referem que os estudos com gémeos parecem confirmar a teoria do *setpoint*; no entanto, não descartam a possibilidade de que é possível que os indivíduos possam efectuar mudanças a longo prazo no que concerne ao BES (McGue, Bacon & Lykken, 1993; Lykken & Tellegen, 1996).

Todavia, Diener *et al.*, (1999) realçaram que os estudos de hereditariedade podem ser limitados, na medida em que analisam as tendências de longo prazo do BES a partir de amostras de indivíduos pertencentes a uma Sociedade Ocidental moderna, pelo que os resultados obtidos podem não ser generalizáveis a ambientes culturais mais extremos cujas condicionantes externas podem influenciar o BES dos indivíduos e, também, porque as limitações originadas pela focalização ocidental não permitem fornecer indicadores absolutos relativamente às influências genéticas sobre o BES em populações não ocidentais.

Segundo Diener *et al.* (1999) as conclusões sobre as causas e os efeitos da herdabilidade sobre o BES são inconsistentes entre vários estudos apresentados. Isto conduziu a uma tentativa de conciliação entre as perspectivas ambientais e hereditárias através do *Modelo de Equilíbrio Dinâmico (Dynamic Equilibrium Model)*, no qual se propõe que a personalidade está na base das respostas emocionais e que os acontecimentos externos podem afastar, às vezes dramaticamente, os indivíduos daquela linha de base, mesmo que tais movimentos de afastamento tendam a ter uma duração limitada, com a maioria das pessoas a regressar à sua linha de base (Diener *et al.*, 1999).

ANEXO 1.2.5.1 do Capítulo II

O Modelo dos Cinco Factores ou *Five Factors Model*.

O modelo dos Cinco Factores (FFM) foi definido e aperfeiçoado, ao longo de décadas, por vários conjuntos independentes de investigadores⁷⁹ (Atkinson *et al.*, 2000; Allport & Odbert, 1936; Cattell, Marshall & Georgiades, 1957; Norman, 1963; Tupes & Christal, 1961 e 1992).

Os investigadores, a fim de encontrarem os mais relevantes factores subjacentes da personalidade, começaram por estudar os traços de personalidade até então conhecidos e, em seguida, por efectuar a análise factorial de centenas de medidas, entretanto já existentes ou entretanto criadas, de modo a avaliarem aqueles traços (Digman, 1990). Aquelas medidas puderam ser obtidas a partir de questionários de auto-resposta, inventários de personalidade ou da avaliação dos pares e outras medidas objetivas colhidas a partir de situações experimentais.

Subjacentes a cada um dos cinco factores existem, por sua vez, um conjunto de traços de nível primário, também denominadas facetas de personalidade, com elevada correlação entre si (por exemplo, o Factor *Extroversão* contém determinadas facetas de personalidade tais como *afabilidade*, *assertividade*, *a demanda pela excitação*, *cordialidade*, *actividade* e *emoções positivas*) (Matthews, Deary & Whiteman, 2003).

De modo sucinto, podemos enunciar as características mais relevantes em cada um dos cinco factores de personalidade do Modelo FFM do seguinte modo:

- Factor *Abertura à experiência*: traduz-se pelo interesse pela arte, gosto pela aventura, apreço pelas ideias inovadoras; privilegia a imaginação, a curiosidade e variedade nas experiências de vida. Este traço de personalidade é distintivo dos indivíduos imaginativos⁸⁰ relativamente às pessoas mais conservadoras (Atkinson *et al.*, 2000).

⁷⁹ Originalmente, o modelo FFM foi proposto por Ernest Tupes e Raymond Christal em 1961; porém não obteve acolhimento por parte da comunidade académica, até que, em 1990, Digman avançou com uma versão do modelo de cinco factores (ou domínios gerais) de personalidade (Digman, 1990), o qual, mais tarde, Lewis Goldberg veio a desenvolver para um nível mais elevado de organização (Goldberg, 1993).

⁸⁰ Os indivíduos com elevada abertura para a experiência são intelectualmente curiosos, amantes da arte, e sensíveis à beleza. Tendem a ser indivíduos criativos, que prestam mais atenção aos seus sentimentos e a terem opiniões não convencionais ao contrário dos indivíduos com baixo grau de abertura, que tendem a ter interesses mais conservadores e tradicionais, com preferência clara para aquilo que é simples, evidente e óbvio, rejeitando as coisas complexas, confusas e subtis (Atkinson *et al.*, 2000).

- *Factor Escrupulosidade*: é geralmente definido pela tendência para valorizar a auto-disciplina, com enfoque na orientação para os deveres e focalização nos objectivos a alcançar⁸¹.

- *Factor Extroversão*: este traço é representado por emoções positivas e pela tendência para procurar estimulação e a companhia dos outros, e traduz-se por um afinçado envolvimento com o mundo exterior⁸². No funcionamento em grupo, os extrovertidos tendem a ser faladores, assertivos, e gostam de ser o centro das atenções, ao contrário dos introvertidos os quais não demonstram exuberância social nem elevados níveis de actividade. Ao contrário dos extrovertidos, os introvertidos tendem a ser calmos, cautelosos e demonstram pouco interesse pela interacção social alargada⁸³ (Atkinson *et al.*, 2000).

- *Factor Sociabilidade*: pode ser definido como a tendência para ser benevolente e cooperante em vez de desconfiado e antagonista face aos outros⁸⁴. São geralmente pessoas respeitosas, amigáveis, generosas, prestáveis e disponíveis para efectuar compromissos. Os indivíduos sociáveis têm geralmente uma visão optimista da natureza humana, assumindo a crença que as pessoas são basicamente honestas, decentes e dignas de confiança. Pelo contrário, os indivíduos *não-sociáveis* valorizam o interesse próprio acima da boa relação com os outros e, geralmente, não se preocupam com o bem-estar dos outros. Por vezes, o seu cepticismo acerca dos motivos dos outros fá-los sentirem-se desconfiados e serem pouco cooperantes (Atkinson *et al.*, 2000).

- *Factor Neuroticismo*: define-se pela tendência para experimentar emoções negativas, ansiedade, medo excessivo, dúvida, revolta ou depressão. Os indivíduos com um grau elevado de neuroticismo são, geralmente, emocionalmente instáveis, reactivos e vulneráveis ao stresse. Estão mais predispostos a interpretar as situações normais como sendo mais ameaçadoras do que na realidade são, e tendem a catastrofizar as

⁸¹ Este traço de personalidade revela uma predilecção pelo controlo da direcção e intensidade dos impulsos. Está patente nos comportamentos previamente planeados em vez das atitudes ou ações espontâneas (Atkinson *et al.*, 2000).

⁸² Os indivíduos extrovertidos gostam das pessoas e de estar em companhia dos outros. São geralmente percebidos pelos outros como sendo pessoas cheias de energia e de alegria de viver. Tendem a ser indivíduos entusiastas e direccionados para a acção, que naturalmente são os primeiros a dizer “Sim!” ou “Vamos a isso!” perante possibilidades de acção (Atkinson *et al.*, 2000).

⁸³ No entanto, a falta de envolvimento social dos indivíduos introvertidos não significa a existência de patologia mas tão-só a constatação de que necessitam de menos estimulação e de mais tempo sozinhos do que os extrovertidos, podendo, inclusivamente, ser pessoas muito activas e enérgicas, excepto socialmente (Atkinson *et al.*, 2000).

⁸⁴ Este traço de personalidade reflecte as diferenças individuais na interacção social já que os indivíduos sociáveis são geralmente amáveis e valorizam a boa relação com os outros (Atkinson *et al.*, 2000).

pequenas frustrações como sendo grandes dificuldades sem esperança de resolução.

Propensos à ruminação obsessiva, as suas reacções emocionais negativas tendem a persistir por períodos involuntariamente longos, manifestando habitualmente má-disposição geral, sobre tudo e todos⁸⁵.

No outro extremo da escala, os indivíduos com *baixo neuroticismo* não se deixam perturbar facilmente e são menos reactivos emocionalmente. Tendem a ser pessoas calmas, emocionalmente estáveis, e com poucos sentimentos negativos persistentes; todavia, a baixa predominância de sentimentos negativos não significa, por si só, que aquelas pessoas experimentem sentimentos positivos com muita frequência ou intensidade (Atkinson *et al.*, 2000).

Por sua vez, os factores de personalidade *Extroversão*, *Escrupulosidade*, *Neuroticismo* e *Sociabilidade*, parecem estar significativamente relacionados com todas as facetas do BES examinadas (*afecto positivo*, *afecto negativo - felicidade em geral* – e *satisfação com a vida*), tendo igualmente sido concluído que o *Neuroticismo* foi o mais forte preditor do BES e é o mais forte preditor dos afectos negativos (Steel *et al.*, 2008).

Os afectos positivos foram mais fortemente previstos pela *Extroversão*, mas em menor grau pela *Sociabilidade*, e mais fracamente previstos pela *Abertura à experiência*. A Alegria foi mais fortemente prevista por *Extroversão*, e também fortemente prevista pelo *Neuroticismo*, e em menor medida pelos outros três factores: *Abertura à experiência*, *Sociabilidade* e *Escrupulosidade* (Steel *et al.*, 2008).

Os cinco factores (ou domínios gerais ou traços globais) do FFM foram estabelecidos para conter e classificar os traços de personalidade mais conhecidos e é suposto que representem a estrutura básica subjacente a todos os traços de personalidade (O'Connor, 2002).

A dupla Tupes e Cristal (1961; 1992) têm trabalhado, de forma independente e ao longo de décadas, sobre este problema, tendo identificado entre 35 traços de personalidade, os mesmos 5 factores ou domínios gerais (Tupes & Cristal, 1992).

⁸⁵ Os indivíduos em cuja personalidade se destaca o traço do neuroticismo sentem, geralmente, dificuldades com a regulação emocional o que, por sua vez, lhes diminui a capacidade para pensar com objectividade e para tomar decisões pró-activas. Demasiados susceptíveis à ansiedade, outra característica distintiva dos indivíduos com neuroticismo é a dificuldade que sentem em agir de forma apropriada para enfrentar as situações e lidarem com o stresse (Atkinson *et al.*, 2000).

A literatura disponível sobre o modelo dos Cinco Factores (FFM) reconhece que as várias linhas de investigação usaram métodos um tanto ou quanto diferentes para estabelecer os *cinco factores* (ou *domínios gerais* ou *traços globais*) de personalidade do Modelo pelo que, conseqüentemente, a cada conjunto de cinco factores estabelecidos por cada grupo de investigadores corresponderam designações e definições um pouco diferentes entre si. No entanto, todos os cinco factores (ou *domínios gerais* ou *traços globais*) do FFM, resultantes das quatro linhas de investigação foram considerados altamente inter-correlacionados assim como factorial e analiticamente alinhados entre si (Carnivez & Allen, 2005; Conn & Rieke, 1994; Cattell, 1996; Grucza & Goldberg, 2007).

Em suma e em geral para os autores: cada um dos cinco factores (ou domínios gerais ou traços globais) de personalidade do modelo FFM contém dois aspectos personalísticos intermédios, correlacionados entre si, os quais, cada um deles, reflecte um nível de personalidade abaixo dos domínios gerais mas acima das muitas facetas que também compõem cada um dos cinco traços. Para finalizarmos, refira-se que os aspectos personalísticos intermédios do *FFM Model* estão classificados da seguinte forma: 1) *Intelecto* e *Abertura* no factor *Abertura à experiência*; 2) *Diligência* e *Ordem* no factor *Escrupulosidade*; 3) *Entusiasmo* e *Assertividade* no factor *Extroversão*; 4) *Compaixão* e *Polidez* no factor *Sociabilidade*; 4) *Volatilidade* e *Retirada* no factor *Neuroticismo* (DeYoung, Quilty & Peterson, 2007).

ANEXO 1.2.5.2 do Capítulo II

A influência da Genética no Bem-Estar Subjectivo.

Se, por um lado, as investigações coordenadas por Weiss, Bates e Luciano (2008) sugeriram que no BES é incerta a relação entre a genética e alguns traços de personalidade, especialmente naqueles traços que reflectem a estabilidade emocional (baixo *Neuroticismo*) e actividade física e social (alta *Extroversão*) e constrangimento (alta *Escrupulosidade*), não é menos certo, por outro lado, que outros estudos parecem assegurar que outros traços de personalidade, já identificados como fortemente relacionados com o BES, podem ter fortes características hereditárias⁸⁶.

No artigo “*Pursuing Happiness: The architecture of sustainable change*”, Lyubomirsky (2005) defendeu que a mudança das circunstâncias externas tende a ter uma influência temporária na *Happiness* (aqui entendida como agremiação das componentes afectivas e cognitivas do BES), enquanto o engajamento intencional dos indivíduos em actividades (mentais e/ou físicas) aumenta significativamente os níveis *afectivos* e perceptivos, e pode levar à manutenção duradora dessa melhoria no BES.

Em resumo e por exclusão de partes, aqueles valores deixam perto de 40% da variância para a *actividade intencional*, suportando a proposta de Lyubomirsky de que os *esforços volitivos* oferecem um caminho promissor para um possível aumento longitudinal nos níveis de *Happiness* os quais se traduzem no aumento da dimensão subjectiva do Bem-Estar (Lyubomirsky, 2005).

Consequentemente, de acordo com Sonja Lyubomirsky, o que determina a *Happiness* (i.e., uma noção mista de satisfação afectiva e cognitiva) é a combinação da *genética* com as *actividades intencionais* e as *circunstâncias externas* da vida (Lyubomirsky, 2007), ou seja por palavras da autora “(...) changing one’s intentional activities may provide a happiness-boosting potential that is at least as large as, and probably much larger than, changing one’s circumstances” (Lyubomirsky, 2005: 116).

⁸⁶ Tal como constatamos no Modelo dos Cinco Factores (FFM) e na *Teoria de Cima-para-Baixo* (Top-Down), o BES parece estar associado a traços de personalidade entre os quais existem alguns com antecedentes hereditários de cariz genético.

Para além do estudo da correlação entre os factores de hereditariedade e o BES (tido como componente hedónico do Bem-Estar), outros autores avaliaram a relação entre a genética e o Bem-Estar Psicológico (desta feita, tido como componente eudaimónica do Bem-Estar). Neste sentido, o estudo de Archontaki *et al.* (2013)⁸⁷, utilizou os 42 itens da *Ryff Psychological Well-Being Scale*, (Ryff, 1989), instrumento que avalia a *Auto-aceitação*, *Crescimento pessoal*, *Domínio ambiental*, *Propósito na vida*, *Relações positivas com os outros e a Volição (autonomia)*.

Os resultados demonstraram que também nesta componente (eudaimónica) do Bem-Estar foram observadas influências genéticas substanciais em todos os seis componentes de *Bem-Estar Psicológico* considerados.

No entanto, as tentativas de homogeneizar os seis factores estudados integrando-os como um único mecanismo psicológico comum resultou num ajustamento não significativo dos resultados. O estudo daqueles seis factores apoiou a existência de cinco efeitos genéticos distintos no *Bem-Estar Psicológico*; contudo, os efeitos do *Ambiente*, apesar de fracos, revelaram algum significado no Bem-Estar dos gémeos estudados.

Por conseguinte, também o estudo sobre as influências genéticas no *Bem-Estar Psicológico* (BEP) levado a cabo por Archontaki *et al.*, (2013), concluiu que os resultados indicavam que o BEP parecia fortemente influenciado pelas características genéticas que parecem influir sobre o *auto-controle*, e por outros quatro mecanismos biológicos subjacentes que possibilitam as capacidades psicológicas de *volição*, da *acção*, do *crescimento pessoal* e das *relações sociais positivas* (Archontaki *et al.*, 2013).

⁸⁷ Através de um *design* clássico de estudos com gémeos, os autores desenvolveram uma investigação para decompor a variação comportamental em componentes genéticos e ambientais implementadas a grupos múltiplos, constituindo um quadro de modelagem de equações estruturais multivariada. Os sujeitos da amostra foram 837 pares de gémeos adultos norte-americanos da amostra nacionalmente representativa MIDUS II (Midlife In The United States – a *National Longitudinal Study of Health & Well-being*).

ANEXO 1.2.6 do Capítulo II
O Bem-Estar Subjectivo e a Saúde

De acordo com Okun *et al.* (1984) a meta-análise indica que as *auto-avaliações* sobre os níveis gerais de Saúde estavam mais fortemente relacionadas com o BES do que as avaliações médicas sobre os níveis de Saúde dos mesmos indivíduos.

Segundo Diener & Chan (1984) existem dados suficientes que apontam para que a relação entre Saúde e o BES seja bidirecional, existindo evidências de que bom BES contribui para a melhoria da dimensão Saúde.

Os estudos também indicam que a existência de níveis clinicamente significativos de Depressão pode ser um preditor de mais baixos níveis de Saúde a longo prazo, influenciando, em consequência, os níveis de mortalidade (Diener & Chan, 1984).

Complementarmente, a revisão dos estudos longitudinais revelou que a avaliação sobre os constructos de base do BES, tais como o *optimismo* e o *afecto positivo*, podia prever bons níveis gerais do estado de Saúde a longo prazo e, inclusive, a redução da probabilidade de mortalidade (Diener, 2008).

Na literatura disponível são vários os estudos (Okun *et al.*, 1984; Lyubomirsky, 2001; Meneses, 2005) que indicam que as emoções positivas e optimismo possuem um impacto benéfico na saúde cardiovascular e no funcionamento do sistema imunológico. Sobre aquele aspecto, inclusive na medicina cardiovascular, reconhece-se que as alterações do humor estão associadas com as alterações na resposta autoimune e cardiovascular, existindo evidências de que as intervenções que forem eficazes na melhoria do BES podem ter efeitos benéficos sobre múltiplos aspectos da saúde mental e física. Por exemplo, a meditação e o treino regular do relaxamento, são considerados importantes para aumentar o afecto positivo e reduzir a pressão arterial (Diener, 2008).

Outro exemplo, que remete à meditação e ao treino do relaxamento, consiste em frequentar a Igreja. Neste aspecto religioso, Howard Mumford Jones (1953) mostrou que as crenças religiosas e a prática de um culto numa igreja suscitam sentimentos de pertença e de BES. Segundo o autor, a meditação religiosa tem o poder de incrementar o bom saldo dos afectos, podendo melhorar a *auto-confiança* e reduzir a Ansiedade, o que propicia o aumento dos níveis de Bem-Estar (Jones, 1953).

ANEXO 1.2.6.1 do Capítulo II

A Morbidade, Sobrevivência e Longevidade e o Bem-Estar Subjectivo

A) A *Morbidade* e o Bem-Estar Subjectivo.

A Morbidade, no sentido restrito do termo, refere-se à possibilidade de um indivíduo sadio desenvolver uma doença, como uma gripe, um tumor ou doença psíquica.

De um estudo longitudinal de 30 anos descrito por Diener (2008) obtiveram-se resultados significativos acerca da relação entre o BES e os níveis de Morbidade, já que aos sujeitos que apresentavam níveis mais elevados de emoções positivas corresponderam taxas mais baixas de doenças ou de problemas de saúde fisiológica e, também, menores taxas de mortalidade, nomeadamente as decorrentes de doenças cardíacas, suicídio, acidentes, homicídios, doenças mentais, dependência de drogas e doença hepática relacionada com o alcoolismo (Diener, 2008).

Relativamente à influência do BES na saúde psicofisiológica, os resultados daquele estudo longitudinal mostraram que os participantes com Depressão clínica, ou seja, os sujeitos diagnosticados com perturbação depressiva, possuíam baixos níveis de emoções positivas e altos níveis de emoções negativas e tinham mais probabilidade de vir a sofrer um ataque cardíaco ou de sofrer uma recorrência cardíaca quando comparados com os sujeitos com elevados níveis de afectos positivos, no estudo considerados como sendo pessoas *felizes* que, momentaneamente, passavam por uma crise depressiva (Diener, 2008).

B) A *Sobrevivência* e o Bem-Estar Subjectivo.

Por sua vez, o termo *Sobrevivência* é geralmente utilizado em Saúde para descrever o que acontece a um paciente depois de já ter contraído ou desenvolvido uma doença grave. Segundo Diener & Biswas-Diener (2008), embora os bons níveis de *afectividade*, como componente do BES, tenham uma influência directa na potenciação ou manutenção da Saúde, no que concerne à *Sobrevivência*, tal influência benéfica pode não acontecer necessariamente. Neste sentido, a *Sobrevivência* pode ser a única área da Saúde em que os resultados sugerem que o BES pode ser, por vezes, prejudicial. Porém, não é claro exactamente porquê que os resultados da investigação sugerem um efeito perverso do BES sobre a *Sobrevivência*.

Diener e Biswas-Diener, em 2008, apresentam-nos uma explicação razoável: é possível que pessoas *satisfeitas* com a Vida ou *optimistas ou afectivamente positivas* não valorizem os sintomas da doença, levando-as, em regra, a desvalorizar o carácter negativo dos seus sintomas o que, conseqüentemente, as pode levar a que negligenciem o tratamento ou adoptem práticas de tratamento inadequadas (Diener & Biswas-Diener, 2008). Ainda quanto ao efeito perverso da BES sobre a *Sobrevivência*, os autores sugerem que as pessoas com elevados níveis de BES que venham a padecer com doenças graves podem ser mais propensas a optar por viver o resto dos seus dias (numa perspectiva realista e de resignação face à inevitável e universal vitória final da morte sobre a vida) sem tratamentos dolorosos ou invasivos (Diener & Biswas-Diener, 2008).

c) *A Longevidade* e o Bem-Estar Subjectivo.

A relação entre o BES e a *Longevidade* também foi estabelecida por vários autores, dos quais destacamos os estudos de Danner, Snowdon e Friesen (2001) e de Pressman e Cohen (2005 e 2012), os quais iremos descrever sucintamente, não sem antes lembrarmos que o conceito de *Longevidade* em Saúde, no sentido estrito do termo, define-se pela duração da vida de um indivíduo para além da média expectável para a sua espécie e é medida pela idade cronológica do indivíduo até ao momento da sua morte (*British Medical Association Encyclopedia*, 2013).

Determinados a encontrar uma ligação entre a *Happiness* (entendida como uma conjugação entre a satisfação afectiva e cognitiva sobre a vida) e a *Longevidade*, Danner, Snowdon e Friesen convenceram 180 freiras católicas a colaborarem, como sujeitos participantes, num estudo⁸⁸ sobre *Happiness* e *Longevidade*. Os resultados deste estudo demonstrou que as freiras se consideravam como contentes ou positivas na sua maneira de ser (portanto, como traço de personalidade) e que habitualmente utilizavam uma linguagem positiva viviam, em média, mais 10 anos do que as freiras consideradas desafortunadas ou negativas na sua maneira de ser e que habitualmente utilizavam uma linguagem negativa para se exprimirem (Danner *et al.*, 2001).

⁸⁸ A preferência pela escolha de Freiras neste estudo ficou a dever-se ao facto de, como indivíduos, as aquelas religiosas viverem, no dia-a-dia, um tipo de existência muito semelhante entre si, o que permitia eliminar muitas variáveis parasitas que poderiam estar presentes noutras amostras o que, doutro modo, poderia levar a resultados imprecisos. Tais variáveis parasitas, que pela escolha da população da amostra foram evitadas, poderiam ser o uso de drogas, o abuso de álcool, a dieta, comportamentos sexuais de risco, etc. Uma vez que existem poucas diferenças entre as freiras, esta amostra ofereceu a melhor opção para combinar um ambiente de laboratório controlado (Danner *et al.*, 2001).

No mesmo sentido experimental os anteriores autores, Sarah Pressman (University of Kansas) e Sheldon Cohen (Carnegie Mellon University) efectuaram conjuntamente, em 2005, com revisão final em 2012, um estudo de acompanhamento de 88 psicólogos famosos para determinar se seriam obtidos resultados semelhantes à pesquisa efectuada por Danner *et al.* em 2001.

Para o efeito, Pressman e Cohen (2012), avaliaram a percentagem de palavras com conotação emocional na escrita de 88 psicólogos⁸⁹: por um lado, os resultados demonstraram que o uso de palavras emocionais com mais activação positiva (por exemplo: *animado, vigoroso, atencioso, bem-humorado*) foi associado ao aumento da *Longevidade* dos indivíduos que mais frequentemente as utilizavam nas suas produções escritas; Por outro lado, a utilização de termos negativos (por exemplo: *raiva, medo, inactivo, fraco*) e de terminologia positiva mas não-activa (por exemplo: *pacífico, calmo*) não foram relacionados com maior *Longevidade*⁹⁰ (Pressman & Cohen, 2012).

Por conseguinte, os resultados desta investigação com psicólogos demonstraram que os psicólogos positivos ou satisfeitos viviam, em média, mais 6 anos ou mais, enquanto os psicólogos que foram considerados negativos ou infelizes viviam, em média, 5 anos menos, pelo que se concluiu que, na escrita, diferentes tipos de emoções têm diferentes correlações com a longevidade e que diferentes valências de activação emocional têm resultados diferentes na Saúde e na longevidade dos indivíduos (Pressman & Cohen, 2012).

⁸⁹ A partir da análise da utilização das expressões emocionais na escrita, foram calculadas e categorizadas por valências (positiva ou negativa) e por categorias de activação (por exemplo: *excitado, ansioso, etc.*) ou a não-activação (por exemplo: *calmo, apático, etc.*), tendo como base as escalas de análise das emoções e modelos de categorização de emoções já existentes (Pressman & Cohen, 2012).

⁹⁰ A associação de emoções positivas activadas com a longevidade também foi considerada independente da utilização de palavras indicativas de integração social, do optimismo e a outras categorias de afecto ou de activação (Pressman & Cohen, 2012).

ANEXO 1.2.7 do Capítulo II

A Psicologia Positiva e o Bem-Estar Subjectivo.

Segundo Galinha e Pais Ribeiro (2005c), foi Martin Seligman que, em 1998, enquanto presidente da American Psychological Association (APA), declarou que a prática da Psicologia estava incompleta porque “(...) a Psicologia Clínica ainda trabalha, essencialmente, no sentido de trazer os indivíduos de um estado doente, negativo, para um estado neutral normal; de um estado “menos cinco” da Saúde Mental para um nível zero” (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c: 219).

A compreensão das diferenças individuais relativas ao BES (que geralmente incluem a personalidade, a motivação, a inteligência, competências, o quociente de inteligência, o auto-conceito, a auto-eficácia, apenas para citarmos alguns) tem sido fundamental na Psicologia Positiva, particularmente a questão “Porquê que algumas pessoas são mais felizes que outras?”.

A Psicologia Positiva, como movimento emergente da Psicologia, tem estudado as causas que subjazem a que algumas pessoas continuem a ser felizes mesmo perante a adversidade, enquanto outras são cronicamente infelizes, sejam quais forem as circunstâncias de vida pelas quais passem. Além disso, a Psicologia Positiva tem vindo a investigar como as pessoas podem melhorar o seu nível de BES e manter essa melhoria a longo prazo, em vez de retornar ao ponto de partida (Lyubomirsky, 2001).

Por conseguinte, o BES tem ganho cada vez mais relevância como o conceito chave para a Psicologia Positiva desde que a Ciência Psicológica alargou o seu interesse para o estudo dos *aspectos positivos* do desenvolvimento, da manutenção e/ou da melhoria da boa saúde emocional e cognitiva, além da compreensão dos factores de prevenção da patologia mental.

ANEXOS DO CAPÍTULO III

O Espaço Ambiental e o Envelhecimento.

ANEXO 4a

Aldeia de S. José de Alcalar: do sonho à edificação de um modelo residencial comunitário para pessoas idosas.

Após ter recebido vários apoios institucionais e particulares à ideia da construção de uma aldeia para pessoas idosas, o Padre Domingos Costa procurou pedir o terreno à população numa circular a toda a população, escrita no dia 15 de Outubro de 1987 e afixada nos cafés e casas comerciais dos vários sítios da Freguesia da Mexilhoeira Grande, a qual transcrevemos na íntegra:

Uma carta-circular à População da Mexilhoeira Grande

Caros paroquianos e habitantes da Mexilhoeira Grande!

Como toda a gente sabe, a nossa freguesia tem beneficiado, nos últimos anos, de obras sociais que muito honram a nossa terra e fazem a inveja de muitas outras freguesias... Isto tem-se devido à colaboração, cada vez maior, da população e também à cada vez maior interligação Paróquia/Centro Paroquial – Junta de Freguesia e Câmara municipal de Portimão. Prova disto é, por exemplo, a actual construção do posto médico da Mexilhoeira grande, a inaugurar brevemente.

Há vários anos que tenho um sonho: o da construção de um Lar de Idosos, em aldeamento algarvio, pelas seguintes razões:

- O actual Lar de Idosos da Mexilhoeira Grande é demasiado pequeno, está sempre cheio e não dispõe das melhores condições para o alojamento de idosos, por não ter sido construído expressamente para isso;
- Há constantemente pedidos, vindos de todos os lados, que não podem ser satisfeitos, por falta de lugar;
- Não temos podido acolher gente acamada, por falta de condições.

As pessoas e as entidades a quem tenho revelado este sonho têm-no acolhido com o maior entusiasmo e têm-se mostrado dispostas a dar a sua maior e melhor colaboração: Junta de freguesia, Câmara Municipal de Portimão...

Pretende-se a construção de 20 a 30 casas de cinco-seis pessoas/cada: umas casas com quartos individuais, para pessoas que nunca tivessem casado, ou que tivessem enviuvado há muito tempo, dado que tais pessoas têm, de modo geral, grandes dificuldades em viver com outras: passariam a viver sós (nos seus quartos), como antes e acompanhadas (as refeições, o ambiente...); Outras casas com quartos de duas camas para casais ou pessoas que se pudessem escolher livremente (ambiente familiar);

Outras casas talvez em regime de pequenas camaratas, para a admissão de doentes/idosos acamados; A construção de casas/salas de trabalho, para ocupação de tempos livres; A construção de casas/salas para ginástica e outros exercícios de recuperação; A construção de refeitório, lavandaria, capela, gabinetes médicos; A existência de terreno suficiente possibilitaria o trabalho numa horta ou jardins, a criação de galinhas e outros animais, o que muito concorreria para a animação do ambiente e ocupação de tempos livres.

Tal Lar de Idosos teria estruturas para o apoio ao domicílio, nos sítios da freguesia: distribuição de refeições, lavagem da roupa, etc. Este Lar de Idosos pretende apenas solucionar os casos sem solução; não pretende, de modo nenhum, substituir a família, na protecção à terceira idade, nem, muito menos, arrancar os idosos ao seu meio ambiente. Para tudo isto precisávamos de um terreno com a área de cerca de cinco hectares (=50.000 metros quadrados).

Quem quer ligar o seu nome a este projecto, único no Algarve, oferecendo o terreno (ou vendendo-o por um preço especialíssimo)? Quem conhece e está disposto a abordar pessoas, proprietárias de terrenos, nestas condições?

Agradecemos desde já a generosidade dos possíveis doadores e a colaboração de todos.”
(Costa, 2000: 15-17).

Após a repercussão desta carta na população e nas entidades locais, foi possível angariar o terreno e múltiplas ofertas em dinheiro, bens e serviços, para que a obra se concretizasse. Apresentamos a seguir rol de algumas dessas dádivas mais relevantes:

Lista de ofertas solidárias para a concretização da Aldeia de S. José de Alcalar:

- Do terreno: D. Maria Nunes da Glória e D. Natália Maria da Glória Martins de Arez;
- Do Projecto de arquitectura: Arq.º Martim Afonso Pacheco Gracias e Arq.º João Paulo da Silva Nunes;
- Do Projecto e trabalho de electricidade: Eng.º António Nobre;
- Do Projecto dos Vitrais das Bem-aventuranças da Capela: D. Fátima Ventura;
- Do Projecto da Cruz da Capela: Arq.º António Noronha;
- Do Projecto do aquecimento central: Eng.º Burguete;
- Do Projecto da fonte luminosa e do auditório: Arlindo Arez;
- Do Projecto de estabilidade: Eng.º Rui Manuel da Conceição Rochate;
- Da conduta de abastecimento de água (500 metros de vala e tubos): Urbanitécnica;
- Do Projecto da rede exterior de telefones e respectivos tubos: Portugal Telecom;
- Do Projecto de urbanização e ajardinamento: Rega-Top;
- Da elevação dos cabos de alta tensão que atravessa a aldeia: EDP;
- Da imagem de S. José da Capela: Maria Palmira Mendes de Morais Pinto Duarte;
- Dos bancos da Capela: Sr. Paul Gehrke e D. Lonia Gehrke;
- Da angariação de fundo pelo Sr. Hans Eisenbach;
- Do elo de ligação entre a Paróquia da Mexilhoeira Grande e as Paróquias alemãs de Santo Alberto Magno e Liebfrauen: Sr Max Rupprecht e a D. Rita Rupprecht;
- Da Imagem da S.^a da Paz (átrio da entrada), da lamparina do Sacrário e de 19 mesas e 38 bancos articuláveis e seu transporte desde Langen/Alemanha: Família Kolping (langen/Hassen/Alemanha);
- Do trabalho de retroescavadora, do ramal da água, da calçada e seu assentamento, no átrio de entrada e na capela: Câmara Municipal de Portimão;
- De várias cargas de betão: Concretope (Odiáxere);
- De 10 camas articuladas, 10 colchões articulados e 10 cadeiras de rodas: Fundação Montagut-Bivar (Portimão);
- De 80 milhões de escudos: Centro Regional de Segurança Social do Algarve;

- De 2 milhões e 500 mil escudos: Associação dos Cônjuges dos Diplomatas Portugueses;
- De 2 milhões de escudos: Sr. Celestino Barata Baptista (Parchal);
- De 2 milhões de escudos: Por indicação de D. Suzel Maria Nunes Boto Furtado (1996) e D. Rosa Varela (1997), premiadas nos sorteios de Natal da Cooperativa de Supermercados Alisuper;
- De 423 mil escudos: Serra e Mar Residents Association (Mexilhoeira Grande);
- De 400 mil escudos: Junta de Freguesia da Mexilhoeira Grande;
- De um subsídio anual, fruto do ofertório das Missas de um fim-de-semana de Verão, desde 1997, através do Pároco Johannes Krats das Paróquias de S.º Alberto Magno e Liebfrauen (Langen/Hessen/Alemanha);
- De subsídios ocasionais: Dioceses Católicas alemãs de Colónia, Mogúncia e Rottenburg/Stuttgart;
- De ajudas esporádicas: Igrejas evangélicas e Anglicana do Algarve.

Além dos donativos de pessoas particulares e generosidade de instituições e empresas, também colaboraram com a sua arte/mão-de-obra e outros bens móveis e imóveis as seguintes pessoas e empresas:

- Os três irmãos pedreiros, que levantaram praticamente toda a obra: mestres Alberto Rosa Mariano, Antero do Carmo Mariano e José Joaquim Rosa Mariano;
- Os dois Serventes de Pedreiro: Sr. Jesuíno Manuel da Palma e Sr. José António Duarte Glória;
- ALGARLUZ: instalação eléctrica do aquecimento central;
- Acácio da Silva Carreira: perfurações e captação de água;
- António Prudêncio Nascimento: moldes em madeira para arcos;
- APTIDÃO, Lda.: montagem de lareiras;
- Arlindo Arez: carpintaria;
- Basílio Veríssimo Gonçalves: muro em pedra típica da região;
- CARRILHO & ALMEIDA, Lda.: montagem da cozinha e lavandaria;

- Castelo Branco Ribeiro: esferovite;
- CERÂMICA DO LIZ, S.A.: materiais de construção;
- CHAGAS, S.A.: ferro e outros materiais de construção;
- CODIMEL: material eléctrico;
- CONCRETOPE: betão armado;
- CONSTRUGÁS, Lda.: instalação da rede de gás;
- CORTICEIRA AMORIM Lda. (Algarve): corticite;
- CUROCA: ferro;
- ELECTEL, Lda.: Instalação da iluminação do exterior;
- FÁBRICA CERÂMICA VALADARES, S.A.: materiais de construção;
- FÁBRICA CERÂMICA VIÚVA LAMEGO, Lda.: azulejos;
- GLÓRIA & SILVESTRE, Lda.: ferragens;
- HANDY: estrutura de ferro para a dispensa;
- HÉDER HORTA, Lda.: montagem do salão de cabeleireiro;
- IMAAL - Indústria de Mármore do Algarve, S.A.: mármore;
- INSTALADORA DO ESTORIL, Lda.: aquecimento central;
- J. ALVES MENDES – VITRAIS DE ARTE, Lda.: vitrais da Capela;
- JOÃO COSTA, Lda.: Ligação do furo de rega e do repuxo;
- João Manuel Alemão: instalações eléctricas;
- João Manuel da Silva Costa: carpintaria de cofragem;
- JODIME: material eléctrico;
- JOMAL METALOMECÂNICA: serralharia;
- JOSÉ CAETANO POUCOCHINHO, Lda.: materiais de construção;
- José Francisco Albino Gamboa: pinturas;
- José Gualberto Marreiros Coelho: carpintaria de cofragem;
- JOSÉ JACINTO ROCHA & BENTES, Lda.: materiais de construção;
- José Manuel A. Jesus & António M.P.S. Freitas: canalização;

- José Manuel Ricardo: assentamento de telhados;
- José Manuel Rosado Ildfonso: materiais de construção;
- José M. Serraguça: estores;
- JÚLIO & JÚLIO, Lda.: madeira de cofragem;
- LEANDRO & AREZ, Lda.: carpintaria;
- Maria Margarida Bárbara Barradas Correia: polimento da calçada;
- MACORELI: materiais de construção;
- Manuel Duarte: Pinturas;
- Manuel Inácio Gonçalves Rosa: moldagem de ferro;
- MARMOLAGOS: mármore;
- MOBILPAÇOS: mobiliário;
- NEOLUX, Lda.: iluminação a néon da Capela;
- NICOBA, Lda.: artigos sanitários;
- Pedro Gonçalves Rosa: moldagem de ferro;
- PETROGAL, S.A.: Instalação do depósito e fornecimento de gás;
- PORTESPAÇO: equipamento de escritório;
- PORTUGAL TELECOM: fornecimento/montagem da rede telefónica digital;
- RAMINHOS & RAMINHOS, Lda.: materiais de construção;
- REGA-TOP: urbanização e ajardinamento do espaço exterior;
- ROBIALAC: tintas;
- R.T.L.: equipamento de enfermaria;
- SIMCONSTRÓI, Lda.: material e trabalho de isolamento e pintura;
- SILANTO, Lda.: materiais de construção;
- SILMADEIRAS: persianas;
- SOLMATE: material de canalização;
- SOTUL - Sociedade Portimonense de Plásticos, Lda.: material em P.V.C;
- SOALGOZ: material pré-esforçado;

- URBANITÉCNICA: material e mão-de-obra de urbanização;
- VIDREIRA ALGARVIA, Lda.: vidros. (Costa, D.M., 2000: 20 e 21).

Segundo descreve o Padre Domingos Costa:

(...) a lista de solidariedade em que se pretende destacar simbolicamente apenas alguns dos muitos gestos, sem pretender esgotar a lista nem, de modo nenhum, distinguir benfeitores (...) contém centenas/milhares de anónimos em todos aqueles cujos donativos - de modo anónimo - foram sendo ajuntados ao longo de vários anos (desde Janeiro de 1989); aqueles que, como “Amigos”, mensalmente ou anualmente deram/dão o seu donativo; todos os que ofereceram a força do seu trabalho (Costa, D.M., 2000: 68-70).

Lançada a primeira pedra a 1 de Maio de 1989, a construção da Aldeia de S. José de Alcalar foi iniciada no dia 16 de Maio de 1989, tendo a obra sido efectuada por administração directa. No dia 1 de Maio de 1992 foi inaugurado o Bloco de Serviços Centrais, significando a finalização da 1ª das 3 fases da obra. A inauguração do primeiro núcleo habitacional, constituído por 26 moradias (a 2º fase da obra), ocorreu no dia 1 de Maio de 1995, tendo os primeiros habitantes ocupado aquelas moradias no dia 29 de Maio. Um ano depois, a 1 de Maio de 1996, foi inaugurado o Centro de Convívio constituído pelo Bar, Minimercado e Auditório. O início da admissão dos moradores ao 2º núcleo de moradias ocorreu no dia 1 de Julho de 1999. A Inauguração final da Aldeia de S. José de Alcalar deu-se a 1 de Maio de 2000, onze anos após o início do lançamento da primeira pedra (Costa, 2000).

Ao longo dos onze anos da edificação e fase de acabamentos, a construção da Aldeia de S. José de Alcalar foi sendo concretizada conforme as linhas gerais previstas no projecto, tendo sido aperfeiçoada – tal como sucede em praticamente todas as obras – com novos ajustes e outras melhorias, alterações essas que envolveram disponibilidades privadas e institucionais, assim como directamente a população da freguesia e outras pessoas das mais variadas proveniências, nacional e internacional.

ANEXO 4b

Lista de ofertas solidárias para a concretização da Aldeia de S. José de Alcalar:

- Do terreno: D. Maria Nunes da Glória e D. Natália Maria da Glória Martins de Arez;
- Do Projecto de arquitectura: Arq.º Martim Afonso Pacheco Gracias e Arq.º João Paulo da Silva Nunes;
- Do Projecto e trabalho de electricidade: Eng.º António Nobre;
- Do Projecto dos Vitrais das Bem-aventuranças da Capela: D. Fátima Ventura;
- Do Projecto da Cruz da Capela: Arq.º António Noronha;
- Do Projecto do aquecimento central: Eng.º Burguete;
- Do Projecto da fonte luminosa e do auditório: Arlindo Arez;
- Do Projecto de estabilidade: Eng.º Rui Manuel da Conceição Rochate;
- Da conduta de abastecimento de água (500 metros de vala e tubos): Urbanitécnica;
- Do Projecto da rede exterior de telefones e respectivos tubos: Portugal Telecom;
- Do Projecto de urbanização e ajardinamento: Rega-Top;
- Da elevação dos cabos de alta tensão que atravessa a aldeia: EDP;
- Da imagem de S. José da Capela: Maria Palmira Mendes de Morais Pinto Duarte;
- Dos bancos da Capela: Sr. Paul Gehrke e D. Lonia Gehrke;
- Da angariação de fundo pelo Sr. Hans Eisenbach;
- Do elo de ligação entre a Paróquia da Mexilhoeira Grande e as Paróquias alemães de Santo Alberto Magno e Liebfrauen: Sr Max Rupprecht e a D. Rita Rupprecht;
- Da Imagem da S.^a da Paz (átrio da entrada), da lamparina do Sacrário e de 19 mesas e 38 bancos articuláveis e seu transporte desde Langen/Alemanha: Família Kolping (langen/Hassen/Alemanha);
- Do trabalho de retroescavadora, do ramal da água, da calçada e seu assentamento, no átrio de entrada e na capela: Câmara Municipal de Portimão;

- De várias cargas de betão: Concretope (Odiáxere);
- De 10 camas articuladas, 10 colchões articulados e 10 cadeiras de rodas: Fundação Montagut-Bivar (Portimão);
- De 80 milhões de escudos: Centro Regional de Segurança Social do Algarve;
- De 2 milhões e 500 mil escudos: Associação dos Cônjuges dos Diplomatas Portugueses;
- De 2 milhões de escudos: Sr. Celestino Barata Baptista (Parchal);
- De 2 milhões de escudos: Por indicação de D. Suzel Maria Nunes Boto Furtado (1996) e D. Rosa Varela (1997), premiadas nos sorteios de Natal da Cooperativa de Supermercados Alisuper;
- De 423 mil escudos: Serra e Mar Residents Association (Mexilhoeira Grande);
- De 400 mil escudos: Junta de Freguesia da Mexilhoeira Grande;
- De um subsídio anual, fruto do ofertório das Missas de um fim-de-semana de Verão, desde 1997, através do Pároco Johannes Krats das Paróquias de S.º Alberto Magno e Liebfraunen (Langen/Hessen/Alemanha);
- De subsídios ocasionais: Dioceses Católicas alemãs de Colónia, Mogúncia e Rottenburg/Stuttgart;
- De ajudas esporádicas: Igrejas evangélicas e Anglicana do Algarve.

Além dos donativos de pessoas particulares e generosidade de instituições e empresas, também colaboraram com a sua arte/mão-de-obra e outros bens móveis e imóveis as seguintes pessoas e empresas:

- Os três irmãos pedreiros, que levantaram praticamente toda a obra: mestres Alberto Rosa Mariano, Antero do Carmo Mariano e José Joaquim Rosa Mariano;
- Os dois Serventes de Pedreiro: Sr. Jesuíno Manuel da Palma e Sr. José António Duarte Glória;

- ALGARLUZ: instalação eléctrica do aquecimento central;
- Acácio da Silva Carreira: perfurações e captação de água;
- António Prudêncio Nascimento: moldes em madeira para arcos;
- APTIDÃO, Lda.: montagem de lareiras;
- Arlindo Arez: carpintaria;
- Basílio Veríssimo Gonçalves: muro em pedra típica da região;
- CARRILHO & ALMEIDA, Lda.: montagem da cozinha e lavandaria;
- Castelo Branco Ribeiro: esferovite;
- CERÂMICA DO LIZ, S.A.: materiais de construção;
- CHAGAS, S.A.: ferro e outros materiais de construção;
- CODIMEL: material eléctrico;
- CONCRETOPE: betão armado;
- CONSTRUGÁS, Lda.: instalação da rede de gás;
- CORTICEIRA AMORIM Lda. (Algarve): corticite;
- CUROCA: ferro;
- ELECTEL, Lda.: Instalação da iluminação do exterior;
- FÁBRICA CERÂMICA VALADARES, S.A.: materiais de construção;
- FÁBRICA CERÂMICA VIÚVA LAMEGO, Lda.: azulejos;
- GLÓRIA & SILVESTRE, Lda.: ferragens;
- HANDY: estrutura de ferro para a dispensa;
- HÉDER HORTA, Lda.: montagem do salão de cabeleireiro;
- IMAAL - Indústria de Mármore do Algarve, S.A.: mármore;
- INSTALADORA DO ESTORIL, Lda.: aquecimento central;
- J. ALVES MENDES – VITRAIS DE ARTE, Lda.: vitrais da Capela;
- JOÃO COSTA, Lda.: Ligação do furo de rega e do repuxo;

- João Manuel Alemão: instalações eléctricas;
- João Manuel da Silva Costa: carpintaria de cofragem;
- JODIME: material eléctrico;
- JOMAL METALOMECÂNICA: serralharia;
- JOSÉ CAETANO POUCOCHINHO, Lda.: materiais de construção;
- José Francisco Albino Gamboa: pinturas;
- José Gualberto Marreiros Coelho: carpintaria de cofragem;
- JOSÉ JACINTO ROCHA & BENTES, Lda.: materiais de construção;
- José Manuel A. Jesus & António M.P.S. Freitas: canalização;
- José Manuel Ricardo: assentamento de telhados;
- José Manuel Rosado Idefonso: materiais de construção;
- José M. Serraguça: estores;
- JÚLIO & JÚLIO, Lda.: madeira de cofragem;
- LEANDRO & AREZ, Lda.: carpintaria;
- Maria Margarida Bárbara Barradas Correia: polimento da calçada;
- MACORELI: materiais de construção;
- Manuel Duarte: Pinturas;
- Manuel Inácio Gonçalves Rosa: moldagem de ferro;
- MARMOLAGOS: mármore;
- MOBILPAÇOS: mobiliário;
- NEOLUX, Lda.: iluminação a néon da Capela;
- NICOBA, Lda.: artigos sanitários;
- Pedro Gonçalves Rosa: moldagem de ferro;
- PETROGAL, S.A.: Instalação do depósito e fornecimento de gás;
- PORTESPAÇO: equipamento de escritório;

- PORTUGAL TELECOM: fornecimento/montagem da rede telefónica digital;
- RAMINHOS & RAMINHOS, Lda.: materiais de construção;
- REGA-TOP: urbanização e ajardinamento do espaço exterior;
- ROBIALAC: tintas;
- R.T.L.: equipamento de enfermaria;
- SIMCONSTRÓI, Lda.: material e trabalho de isolamento e pintura;
- SILANTO, Lda.: materiais de construção;
- SILMADEIRAS: persianas;
- SOLMATE: material de canalização;
- SOTUL - Sociedade Portimonense de Plásticos, Lda.: material em P.V.C;
- SOALGOZ: material pré-esforçado;
- URBANITÉCNICA: material e mão-de-obra de urbanização;
- VIDREIRA ALGARVIA, Lda.: vidros. (Costa, D.M., 2000)

ANEXOS DO CAPÍTULO IV

O APOIO COMUNITÁRIO AOS IDOSOS: - EXEMPLOS RESIDENCIAIS INTERNACIONAIS E ASPECTOS DA CONJUNTURA PORTUGUESA.

ANEXO 1.1

Arizona: a Comunidade de *Sun City Arizona*

O projecto iniciado por Del Webb de residências para idosos aposentados foi, ao início e ainda durante os primeiros trabalhos do início das obras, apelidada de "*Retirement Community Marinette*". Contudo, ainda durante a construção das residências foi lançado um concurso promocional a nível nacional para baptizar a nova comunidade, tendo o nome de "*Sun City*" (Cidade do Sol) sido escolhido apenas um mês antes da inauguração do empreendimento. Embora Del Webb acreditasse na sua *visão*, à época existiam muitas dúvidas sobre a forma como o projecto seria recebido pelo público-alvo. Era “esperado que a inauguração de comunidade de *Sun City* atraísse uns meros 10 mil visitantes; em vez disso, estima-se que cerca de 100 mil pessoas tenham comparecido na inauguração de *Sun City* a 1 de Janeiro de 1960” (Freeman & Sanberg, 1984). Um número surpreendente de 237 casas, ainda em projecto, foram vendidas em três dias, e o fervor do público pelo conceito trouxe a cobertura jornalística nacional: *Sun City Arizona* foi um sucesso imediato que cresceu rapidamente com uma intensa procura por parte de séniores activos desejosos para se tornarem residentes da comunidade. A primeira fase das casas esgotou rapidamente e a empresa apressou-se a marcar uma nova fase e outra logo depois. Até o final de 1960 cerca de 2.000 casas tinham sido vendidas. A comunidade foi “anunciada como *a cidade com mais rápido crescimento do Arizona* uns meros 59 dias depois ter sido inaugurada, com a maioria das habitações construídas entre 1960 e 1979 (Freeman & Sanberg, 1984).

No ano 2000 população de *Sun City Arizona* eram 38.309, daí resulta que entre o ano 2000 e o ano 2010 tenha havido um decréscimo populacional de -2,1% (USCB, 2010). Este decréscimo, a manter-se, poderá significar que à sombra das suas palmeiras e campos de golfe, *Sun City Arizona* pode estar destinada a se tornar uma cidade com cada vez menos habitantes e mais longevos a menos que abra as suas portas a população mais jovem e mais diversificada. (USCB, 2014)

Entre 2007 e 2011, a percentagem de habitantes (residentes e não residentes) com mais de 25 anos com graus académicos equivalentes ao Ensino Secundário completo ou ensino superior era de 90,6%. A predominância étnica, sempre considerada como relevante pela *intelligentia* americana, foi estratificada da seguinte forma: 94,4% de caucasianos; 2,8% de latinos ou hispânicos; 1,4% de negros (USCB, 2014).

Entre 2007 e 2011, 83,2% habitantes detinham a posse da propriedade onde residiam e os restantes 16,8% eram (total ou parcialmente) arrendatários das unidades habitacionais onde residiam. Cerca de 12,4% do total das unidades habitacionais pertenciam a prédios com mais de uma residência. As restantes 87,6% casas eram moradias unifamiliares. Ainda segundo os dados mais recentes, entre 2007 e 2011, 87,5% dos habitantes de *Sun City* viviam na mesma residência há mais de um ano (USCB, 2014).

Planeada e organizada como uma verdadeira cidade, *Sun City Arizona* rege-se por regulamentos supervisionados pela SCHOA, condições e restrições essas que são definidas pela própria comunidade. Primeiro e antes de mais, é uma comunidade para aposentados daí a justificação para a limitação mínima de 55 anos para os proprietários das residências; no entanto, caso o cônjuge seja mais novo do que 55 anos e venha a herdar (por falecimento do proprietário) a casa de habitação do casal, é permitida a sua permanência na residência, na condição de que o próximo proprietário (caso decida vender) cumpra o requisito de ser maior de 55 anos (SCHOA, 2014).

Também os visitantes (familiares ou amigos) com idade inferior a 19 anos não poderão permanecer na residência mais do que 90 dias por ano. Existem excepções permitidas pelos regulamentos mas não será permitido uma percentagem dos residentes das casas com o mínimo de 55 anos baixe menos do que 80% do total. A aplicação destas regras é efectuada a partir de reclamações, vistorias e recolha de depoimentos servindo o propósito de algumas destas regulamentações etárias para manter na comunidade a predominância da faixa etária superior a 55 anos (SCHOA, 2014).

Os proprietários das casas de *Sun City* devem segurar-se da boa manutenção ou renovação das suas residências. As normas de construção em *Sun City* exigem que as casas tenham, no mínimo, 75 metros quadrados de área útil e ser edificadas com materiais adequados às normas de construção. Apenas é permitida uma estrutura residencial por cada lote de terreno e os requisitos prévios de edificação estão claramente definidos no regimento interno da comunidade. Os muros e as cercas são permitidos ao longo da frente de um imóvel desde que não exceda 60 centímetros de altura, mas se o material for ferro forjado pode ir até aos três metros de altura. Na parte de trás e nas laterais da propriedade, o limite de altura é de seis metros de cercas ou

sebes. Os lotes de terrenos que fazem fronteira com um campo de golfe estão sob exigências especiais para manter a vista panorâmica (SCHOA, 2014).

Os proprietários estão autorizados a estacionar os seus veículos (automóveis, autocaravanas ou caravanas, reboques, barcos, motocicletas e carros de golfe) nas calçadas dos seus logradouros, assim como nos telheiros ou garagens das suas residências por qualquer período de tempo. No entanto, aqueles veículos estão impedidos de ser estacionados por mais de 72 horas nas vias públicas ou qualquer parte de um lote, exceto como o descrito acima. A *Sun City Home Owners Association* (SCHOA) reserva-se o direito de rebocar veículos que violem os regulamentos, a expensas dos proprietários (SCHOA, 2014).

Outro aspecto da organização da comunidade prende-se com as regras estabelecidas sobre o lixo doméstico e outros resíduos, que devem ser confinados em recipientes próprios, ocultos ou dissimulados, excepto nos dias de recolha. Os jardins e logradouros devem ser limpos de ervas daninhas e mantidos numa forma atraente; qualquer alteração num lote que possa ser considerada como uma perturbação da ordem pública ou dos direitos privados da vizinhança origina um aviso de até 30 dias aos proprietários para corrigirem o problema (SCHOA, 2014).

A média estimada de rendimento por agregado familiar em *Sun City* em 2011 era 36.117 dólares, enquanto o rendimento *per capita* era de 27.786 dólares. Se compararmos o rendimento médio familiar que, em 2000, atingia o valor de \$32.505 (USCB, 2010) verificamos que é diminuto o acréscimo nominal do rendimento médio familiar dos residentes de *Sun City Arizona* pelo que o rendimento real disponível diminui significativamente, entre 2000 e 2011, face à taxa cumulativa de inflação de 30,6% apurada naquele período; àquela taxa de inflação, o rendimento médio familiar ajustado em 2011 teria que alcançar \$42,464.09⁹¹. É possível que a expansão especulativa imobiliária que decorreu intensamente nos EUA até 2005 e a subsequente crise financeira do *subprime*⁹², a maior dos últimos oitenta anos, tenha sido uma das principais causas da diminuição do valor das propriedades em *Sun City Arizona* e, também, pode ter contribuído para o decréscimo populacional de -2,1% verificado naquela comunidade (USCB, 2014).

⁹¹ www.usinflationcalculator.com

⁹² A maior e mais profunda crise económica, financeira e social desde a *Grande Depressão* desencadeada pela crise de 1929.

Entre o primeiro trimestre de 2007 e o último trimestre de 2011, a negociação de casas em *Sun City Arizona* manteve-se relativamente instável, oscilando entre as 750 e as 300 moradias por trimestre. O valor de mercado das propriedades terá sido fortemente prejudicado pelas dificuldades de financiamento do sistema bancário americano, pelas garantias que podem ser prestadas pelos investidores e pelo desequilíbrio entre a sobre oferta e a baixa procura. Alguns sinais de uma ténue recuperação iniciada em 2012 estão ainda longe dos valores das propriedades de antes da crise que se iniciou em 2006⁹³. Aqueles factores não são provavelmente despidiendos na taxa de residentes abaixo da linha de pobreza que, entre 2000 e 2011 aumentou de 4, 6% para 7% da população, ou seja subindo quase mais de 65% nesse grupo social (USCB, 2014).

No apoio aos mais necessitados e aos menos independentes, em *Sun City Arizona* existem mais de 30 organizações e empresas especializadas que prestam uma vasta gama de serviços de assistência às pessoas e às residências. Desde o apoio domiciliário ocasional, passando pelos cuidados residenciais permanentes, até acolhimento para doentes neurodegenerativos ou em perda de autonomia funcional. Neste âmbito, em 2012, a comunidade de *Sun City Arizona* contabilizou 562 idosos internados em casas de acolhimento para séniores dependentes e 105 idosos em lares de cuidados continuados para doentes neurodegenerativos⁹⁴. Mesmo após o revés financeiro, social e económico sofrido pelos EUA em meados do início da primeira década do século, é inegável o sucesso do modelo *Sun City* ao longo dos últimos 50 anos. Ao longo dessas décadas, foram edificadas mais de 50 comunidades para séniores activos, distribuídas por 20 Estados Norte Americanos.

⁹³ www.city-data.com.

⁹⁴ *Idem*.

ANEXO 1.2

Brasil: a Aldeia para idosos de Piracicaba

Em Agosto de 2006 o Lar de Velhinhos de Piracicaba celebrou os 100 anos de existência. O Lar dos Velhinhos funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. O trabalho não começa numa determinada hora já que nos pavilhões onde estão os residentes dependentes os turnos são ininterruptos, sem intervalos⁹⁵.

A Cantina, gerida por voluntárias residentes nos chalés, funciona seis dias por semana, adquirindo no comércio e disponibilizando dentro do Lar, pequenos itens de consumo para os residentes que assim podem, eles mesmos, comprar próximo das suas residências ou alojamentos, os itens de que necessitam ou que apreciam.

Nos intervalos das refeições, se o dia for frio os residentes podem sentar-se ao sol nas zonas de lazer; caso contrário, existem muitas sombras, tanto nas zonas arborizadas como nas varandas. Também é possível aos residentes exercitarem-se através de caminhadas diárias pelas alamedas existentes nos 15 hectares da propriedade. Os acamados são posicionados de maneira a receberem a necessária rústia de sol.

O visionamento televisivo, a leitura de jornais, assim como locais de afixação informação de interesse geral, estão disponíveis em diversos lugares dentro e fora dos pavilhões dos utentes dependentes. Existem também locais próprios para o convívio lúdico (jogos de mesa e snooker), além de uma sala de biblioteca, espaço onde se organizam e oferecem um variado leque de opções para os que encontram prazer na leitura, assim como as aulas de dança e de exercício físico, o baile-forró, as audições de

⁹⁵ Às 5 da manhã, na cozinha, as panelas já estão com água ou leite para ferver, e é aceso o forno que coze os pãezinhos. Às 6:30 é dada a missa na Capela. A cantina inicia a actividade às 7:00 com os pequenos-almoços e a venda de produtos variados (café, gelados, pilhas, doces, refrigerantes, produtos de higiene, barbeadores, fruta, cigarros, etc.); também serve como espaço de convívio, já que está equipada com mesas e cadeiras na área de cafetaria e de mercearia. Às 7 horas também começa a limpeza nos pavilhões, os banhos nos utentes acamados e a primeira troca de fraldas - geralmente, são efectuadas em média, cinco mudas individuais por dia. Os medicamentos são administrados durante o período da manhã até às 10 horas; contudo, sempre que for necessário a medicação também é administrada em qualquer horário, inclusive de madrugada, seguindo a prescrição médica. Antes do almoço, servido a partir das 10:30, todos os utentes estão higienizados e preparados para a principal refeição. Os residentes impossibilitados de ir ao refeitório são servidos nos seus aposentos. A base da alimentação é o arroz, feijão, carne e verduras, acompanhados de refrescos, doces ou alguma fruta. O cardápio é variado e duas vezes por semana inclui massas, geralmente macarrão ou lasanha, e também frango ou peixe. O refeitório, a partir das 11 horas, é aberto também aos moradores dos chalés que preferirem adquirir um almoço por preço módico ao invés de cozinhar nas suas moradias. Das 13:00 às 13:30, o lanche da tarde - café com leite, pão com manteiga, sumo ou fruta - fica à disposição de todos nos refeitórios ou nos aposentos. O jantar, servido das 16:00 às 17:00, é semelhante ao almoço, com a diferença de também ser servida sopa de legumes, macarrão ou canja de galinha. Às 19 horas, é servido o lanche da noite, a última refeição do dia. Entretanto, se algum residente necessitar de alguma refeição fora de horas ou alguma outra ajuda, basta solicitar aos funcionários dos turnos da noite.

discos, a projecção de filmes e outras formas de lazer e cultura para os idosos acontecem regularmente com auxílio dos voluntários, internos⁹⁶ e externos.

Garantidas as necessidades básicas (tecto, alimentação, higiene e saúde), o Lar dos Velinhos de Piracicaba procura fazer com que os residentes possam, dentro de suas limitações, usar o tempo de maneira activa e prazerosa. Além das opções de distracção permanentemente à disposição, o Lar promove a participação dos moradores em diversas actividades internas e externas: cursos de dança e de ginástica, idas ao teatro e ao cinema, passeios e pequenas temporadas (geralmente aos fins-de-semana) na colónia de férias da Instituição, em Praia Grande, uma estância balnear no município da Microrregião de Santos, na Região Metropolitana da Baixada Santista, onde existem alojamentos simples mas acolhedores. Nas "saídas", o Lar providencia o transporte com o seu autocarro próprio, doado ao Lar por benfeitores.

Todos os sábados de manhã os sócios do *Clube do Vinil* encontram-se junto à cafetaria do Lar, para escutarem e dançarem escolhidas por si para aquela ocasião. Às quintas-feiras à tarde, o Conjunto Recordar (um conjunto musical local) que, com acordeão, guitarra e percussão, transforma o refeitório principal num animado salão de baile. Quinzenalmente, durante as tardes de segunda-feira, casais do *Rotary Clube de Piracicaba* promovem, também no refeitório do Lar, um bingo em que os residentes podem participar. No mês de junho, já é tradicional a festa *junina* (uma festa semelhante às nossas festas dos Santos populares) para os residentes, com dois dias animados por músicos e artistas voluntários e regados pelas bebidas e guloseimas típicas, preparadas também pela generosidade dos voluntários. Para além disso, acontecem em paralelo várias outras actividades de serviço ou de assistência, proporcionadas por funcionários ou voluntários. O Padre, as freiras, a assistente social, o médico, a enfermeira, a fisioterapeuta, o dentista, a costureira, a cabeleireira, o barbeiro, a manicura e outros especialistas estão à disposição dos residentes, a maioria daqueles como voluntários. A qualquer hora do dia ou da noite, existem sempre funcionários disponíveis para eventuais urgências que requeiram levar um morador até os Serviços de Saúde da cidade.

⁹⁶ Um número significativo de residentes participa, por sua iniciativa, no trabalho comunitário, por exemplo na recolha de folhas caídas nos pátios, na cozinha, na pintura de paredes baixas, no tratamento de aves e muitas vezes acompanhando os habitantes, física ou mentalmente, menos aptos. Além disso, todos os residentes com as devidas condições físicas e mentais podem sair e entrar livremente no Lar, todos os dias, das 6 da manhã às 18 horas. Neste sentido, em função da sua disposição ou vontade, durante os horários acima referidos, os habitantes desta Aldeia-lar fazem do seu tempo o que desejarem.

O trabalho de apoio também é diário, na lavandaria, no dispensário, no fraldário e na limpeza geral. Uma equipa de manutenção procura atender todas as necessidades dos pavilhões, dos chalés e da infraestrutura desta Aldeia-lar brasileira.

A orçamentação da despesa de funcionamento do *Lar dos Velinhos de Piracicaba* (dados de 2008), necessária para manter mais de 400 idosos bem atendidos, é da ordem de 340 mil reais (cerca de 97 mil euros ao câmbio actual) e as receitas fixas (contribuição dos residentes com recursos, a ajuda regular dos associados, as subvenções municipais, estaduais e federais, o arrendamento de imóveis e de espaço de propaganda) representam pouco mais de 200 mil reais (aproximadamente 57 mil euros ao câmbio actual).

ANEXO 1.5

Centro de Cuidados de *Lillevang*, em Farum, na Dinamarca

No Centro de Cuidados de *Lillevang*, tal como sucede em geral na Dinamarca, com base no princípio da livre-escolha, os cuidados aos idosos seguem um modelo de *cliente-fornecedor*, onde não só a qualidade geral, como também outros aspectos muito específicos das tarefas de cuidados são decididas por uma unidade de avaliação específica dos Municípios. Estes cuidados são prestados fundamentalmente pelas autarquias locais⁹⁷, sendo gratuito o apoio domiciliário, totalmente financiado pelos impostos (G.A.A., 2014).

Durante os últimos dez anos, o número de trabalhadores dos cuidados a idosos na Dinamarca tem sido relativamente estável (entre 110 000 a 125 000). Neste sector existem trabalhadores qualificados e não qualificados, contudo a percentagem de trabalhadores qualificados tem aumentado substancialmente desde 2004. A maioria dos municípios não permite que os funcionários não qualificados prestem cuidados pessoais, tendo daí resultado, na última década⁹⁸, a profissionalização graças à qual quase todos os trabalhadores que trabalham com cuidados de higiene pessoal receberam formação profissional maioria dos trabalhadores nesta área de prestação de serviços são formados como auxiliares⁹⁹ ou como assistentes de cuidados a idosos¹⁰⁰.

Em geral, o modelo Dinamarquês de cuidados a idosos não-dependentes é um modelo generoso, tendo beneficiado dele, em 2012, cerca de 25% dos dinamarqueses com mais de 65 anos de idade.

⁹⁷ Na prestação de cuidados aos idosos dinamarqueses, as autoridades municipais podem optar entre dois modelos distintos: *outsourcing* por concurso ou contratos por ajuste directo a preço fixo; a maioria dos municípios opta pelo regime de preço fixo tendo, porém, os utentes o direito a escolher entre os prestadores que tenham sido credenciados pelo município. Em ambos os casos, as responsabilidades pela prestação dos serviços de cuidados e pelo respectivo pagamento são dos municípios, assim como também são as autoridades locais que fazem a avaliação sobre o tipo e quantidade de cuidados prestados a cada utente. Actualmente, a oferta privada dos cuidados aos idosos na Dinamarca de cuidados ronda os 20% do total (EUROSTAT, 2013).

⁹⁸ Tais mudanças ocorreram porque: (i) os parceiros sociais estão envolvidos no programa de formação profissional; (ii) as diferenças salariais são bastante pequenas entre os empregados qualificados e não qualificados, devido ao nível do salário mínimo na Dinamarca; e, (iii) os municípios esperam menos erros e exigem um nível de qualidade superior e estão mais preocupados por poderem ser responsabilizados pública e judicialmente caso hajam casos de maus tratos a idosos sob sua responsabilidade (G.A.A., 2014).

⁹⁹ Os auxiliares de cuidados a idosos recebem formação com uma duração de pouco mais de um ano.

¹⁰⁰ Os assistentes de cuidados a idosos recebem formação com uma duração de ano e meio.

ANEXO 1.6

As Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées, em França.

Cada Casa Comunitária MARPA responde a uma demanda social e solidária da região. A construção de cada comunidade residencial deste género é o resultado de um projeto iniciado pela Comuna¹⁰¹ em colaboração com a MSA (Mutualité Sociale Agricole). Antes do desenvolvimento de uma casa comunitária deste género, os habitantes são sempre consultados para garantir que a *Maison d'Accueil Rural pour Personnes Âgées* corresponde às necessidades dos idosos da Comuna ou do Cantão¹⁰².

A vocação social de cada MARPA, desde a sua génese até à organização gestonária, é administrada por um centro comunal ou inter-comunal vocacionado para a acção social ou por associações sem fins lucrativos (equivalentes às portuguesas I.P.S.S. ou ONG's), cujo campo de acção incide totalmente no âmbito da economia social. Desde que cumpram os requisitos elegíveis, os moradores de mais baixos rendimentos podem beneficiar da assistência financeira complementar para o alojamento, prestada pelo Estado Francês. Além disso, se o Conselho Geral autorizar cada MARPA pode receber ajuda adicional da Assistência Social Francesa de modo a facilitar o alojamento dos moradores de baixos rendimentos (MARPA, 2013).

¹⁰¹ Comuna francesa é a unidade básica de organização territorial da França. As outras subdivisões territoriais são: o Cantão, o Arrondissement, o Departamento e a Região (wikipedia.org).

¹⁰² Idem.

ANEXO 1.7

A comunidade de *Hartrigg Oaks*, em New Earswick, no Reino Unido

Fundada em 1902 pelo filantropo Joseph Rowntree, a aldeia de New Earswick foi originalmente destinada a ser uma comunidade interclassista, tanto destinada a operários como a outras profissões mais diferenciadas e não a ser apenas um bairro para arrendatários de baixos rendimentos.

O apoio residencial é gradual em função das necessidades específicas de cada residente e está substanciado na concepção de que os idosos não sendo completamente independentes nas actividades de vida diária (mesmo com pequenas ajudas de amigos ou de familiares) todavia também não estão ainda num grau de dependência tal que necessitem de ser institucionalizados no centro de cuidados continuados. Trata-se de um tipo de apoio domiciliário personalizado que permite que as pessoas idosas maximizem a sua independência, privacidade, a tomada de decisão e a participação em actividades, a sua dignidade, as suas escolhas e preferências (T.R.F.H.T., 2014).

Por seu lado, a unidade de cuidados continuados *The Oaks Care Center* tem 42 quartos espaçosos em suíte com duches de acesso facilitado e a maioria dos quartos possui uma porta de correr com acesso a uma varanda ou pátio. Além de ter nas suas próprias instalações de apoio e convívio (que incluem sala de estar, sala de actividades, sala de jantar e jardim de rosas), *The Oaks Care Center* está localizado para facilitar o acesso aos equipamentos principais da comunidade de *Hartrigg Oaks*. A média de idade dos internados é de 88 anos (T.R.F.H.T., 2014).

Os residentes de *Hartrigg Oaks* pagam três tipos de taxas base para habitar na comunidade (*The Residence Fee*).

A primeira das taxas base é uma *Taxa de Residência (The Residence Fee)* que abrange a compra ou arrendamento de um *bungalow* ou de um apartamento ou, quando necessário, uma suíte no *The Oaks Care Center*. Para o pagamento dessa Taxa de Residência existem três modalidades possíveis. Numa das opções a taxa é paga anualmente e está sujeita a aumentos anuais; nas duas restantes modalidades, a taxa de residência é paga de uma só vez.

ANEXOS CAPÍTULO V

INSTRUMENTÁRIO

ANEXO 3.1 - World Health Organization Quality of Life Assessment Questionnaire.

WHOQOL – BREF



Organização Mundial de Saúde



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados Transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1	Idade		anos	A2	Data de Nascimento	____/____/____	
A2	Sexo		Masculino	A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	
			Feminino			Sabe ler e/ou escrever	
A5	Profissão						
A6.1	Freguesia						
A6.2	Concelho						
A6.3	Distrito						
A7	Estado civil	Solteiro(a)				1º - 4º anos	
		Casado(a)				5º - 6º anos	
		União de facto				7º - 9º anos	
		Separado(a)				10º - 12º anos	
		Divorciado(a)				Estudos Universitários	
		Viúvo(a)				Formação pós-graduada	

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta externa Sem tratamento

1. Auto-administrado

C. Forma de administração do questionário 2. Assistido pelo entrevistador

3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

Obrigado pela sua ajuda!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Má	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa Nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito Nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Má	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa Nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar a si próprio(a)]	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que usa?	1	2	3	4	5

A pergunta seguinte refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas semanas.

		Nada	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 3.2 - World Health Organization Quality of Life Assessment Questionnaire Old-Pt.

Qualidade de Vida em Idosos – Portugal

Localidade: _____ **Idade:** _____

Sexo: Feminino / Masculino

Estado Civil: Solteiro(a) / Casado(a) / União de Facto / Divorciado(a) / Viúvo(a)

Tem filhos: Não / Sim | Quantos? ____

Tem netos? Não / Sim | Quantos? ____

Escolaridade:

Analfabeto / Ensino Básico / Ensino Secundário / Ensino Superior

Profissão: Trabalhador no activo: Não / Sim.

Se sim, qual é a sua actividade profissional?

Está reformado: Não / Sim.

Qual a sua actividade profissional anterior?

Habitação

Sua casa é: Própria / Alugada / Cedida / Outros: _____

Com quem mora: Sozinho(a) / Com companheiro(a) / Com filhos / Outros

Se escolheu “Outros” especifique _____

No caso de precisar caso de auxílio imediato, tem a quem recorrer Não Sim

Se sim, a quem pode recorrer se precisar de auxílio imediato? _____

Saúde

Sofre de alguma doença crônica? Sim. Qual? _____ Não

Que sistema de saúde utiliza habitualmente? Público / Privado

Como classifica o atendimento do sistema que utiliza?

Ótimo / Bom / Razoável / Mau / Péssimo



WHOQOL-Old

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NÃO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário procura conhecer os seus pensamentos e sentimentos sobre certos aspectos de sua qualidade de vida e aborda questões que podem ser importantes para si enquanto membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada ou, na dúvida, a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que **tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

Preocupa-se com os acontecimentos futuros?

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do algarismo que melhor descreve o seu nível de preocupação em relação ao seu futuro nas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se se tivesse preocupado “bastante” com o seu futuro, ou o número 1 se não se tivesse preocupado “Nada” com o futuro.

A seguir vamos dar início ao questionário

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e **desenhe um círculo à volta do algarismo** da escala para cada pergunta que lhe parece ser a melhor resposta.

As perguntas são para responder tendo em conta **até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.**

- Old_01. **A perda dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afecta a sua vida diária?**

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

- Old_02. **A perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto, afecta a sua capacidade de participar em actividades?**

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

- Old_03. **Tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?**

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

- Old_04. **Até que ponto sente que controla o seu futuro?**

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

- Old_05. **Sente que as pessoas à sua volta respeitam a sua liberdade?**

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

- Old_06. **Sente-se preocupado pela forma como poderá morrer?**

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

- Old_07. **Tem medo de não poder controlar a sua morte?**

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

- Old_08. **Tem medo de morrer?**

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

- Old_09. **Tem medo de sofrer fisicamente antes de morrer?**

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

- Old_10. **O funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afecta a sua capacidade de interagir com as outras pessoas?**

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1		3	4	5

- Old_11. **Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?**

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

- Old_12. **Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem tido para continuar a alcançar outras realizações na sua vida?**

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

- Old_13. **Sente que recebeu o reconhecimento que merecia na sua vida?**

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

- Old_14. **Sente-se suficientemente ocupado(a) diariamente?**

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

- Old_15. **Até que ponto está satisfeito(a) com o que conseguiu alcançar na sua vida?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

- Old_16. **Até que ponto está satisfeito(a) com a forma como utiliza o seu tempo?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

- Old_17. **Até que ponto está satisfeito(a) com o seu nível geral de actividade?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

- Old_18. **Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades para participar em actividades na sua comunidade?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

- Old_19. **Até que ponto está feliz com as coisas que pode esperar ainda do seu futuro?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

- Old_20. **Como avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?**

Muito mau	Mau	Nem mau Nem Bom	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se a qualquer **relacionamento íntimo ou muito próximo** que possa ter. Por favor, responda a estas perguntas tendo em conta que se referem a um companheiro(a) ou a uma outra pessoa próxima com a qual pode partilhar a sua intimidade, mais do que com qualquer outra pessoa.

- Old_21. **Existe um sentimento de companheirismo na sua vida?**

Nada	Pouco	Nem muito nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

- Old_22. **Sente que existe amor na sua vida?**

Nada	Pouco	Nem muito nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

• Old_23. **Tem oportunidade para amar?**

Nada	Pouco	Nem muito nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

• Old_24. **Tem oportunidade para ser amado(a)?**

Nada	Pouco	Nem muito nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Quer deixar algum comentário ao questionário que acabou de responder?

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 3.3

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS21).

Depression, Anxiety & Stress Scale (DASS 21) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Adaptada e validada para a população portuguesa por Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

EADS-21

Para cada uma das frases que vai ler seguidamente assinale com uma cruz (X) o algarismo que melhor indica até que ponto cada uma das frases se aplica a si **durante a última semana**.

Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo com a seguinte escala:

0 = Não se aplicou nada a mim

1 = Aplicou-se a mim algumas vezes

2 = Aplicou-se a mim muitas vezes

3 = Aplicou-se a mim a maior parte do tempo

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Senti a minha boca seca..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Senti dificuldades em respirar (por exemplo respirar de modo
excessivamente rápido ou falta de ar na ausência de exercício físico)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Tive muita dificuldade em ter iniciativa para fazer coisas..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Reagi em demasia a determinadas situações..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Senti-me trémulo(a) (por exemplo sem forças nas pernas)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer
figura ridícula..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

11. Senti-me agitado(a).....	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.....	0	1	2	3
13. Senti-me triste e deprimido(a).....	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação ao que me impediu de terminar o que estava a fazer.....	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.....	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.....	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.....	0	1	2	3
18. Senti que estava demasiado susceptível ou irritável.....	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico (aumentos no ritmo cardíaco ou falta de batimentos).....	0	1	2	3
20. Senti-me assustado(a) sem ter uma boa razão para isso.....	0	1	2	3
21. Senti que não vale a pena viver.....	0	1	2	3

ANEXO 3.4 - Positive and Negative Affect Schedule PANAS I e PANAS II.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS - I)

[Versão portuguesa de Galinha & Ribeiro, 2005a]

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções.

Considere as suas respostas na medida em que sente habitualmente, ou seja em média, cada uma das emoções.

Leia cada palavra e escreva o algarismo correspondente à resposta adequada no espaço a seguir à palavra.

1 = Nada ou Muito Ligeiramente

2 = Um Pouco

3 = Moderadamente

4 = Bastante

5 = Extremamente

Interessado(a) ____

Orgulhoso(a) ____

Perturbado(a) ____

Irritado(a) ____

Excitado(a) ____

Encantado(a) ____

Atormentado(a) ____

Remorsos ____

Agradavelmente surpreendido(a) ____

Inspirado(a) ____

Culpado(a) ____

Nervoso(a) ____

Assustado(a) ____

Determinado(a) ____

Caloroso(a) ____

Trémulo(a) ____

Repulsa ____

Activo(a) ____

Entusiasmado(a) ____

Amedrontado(a) ____

Obrigado pela sua participação!

Data: ____/____/____

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS - II)

(Versão portuguesa de Galinha e Ribeiro [2005b])

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e escreva o algarismo correspondente à resposta adequada no espaço a seguir à palavra indicada.

Considere as suas respostas na medida em que sentiu cada uma das emoções **durante as últimas quatro semanas.**

6- *Nada ou Muito Ligeiramente*

7- *Um Pouco*

8- *Moderadamente*

9- *Bastante*

10- *Extremamente*

Interessado(a) _____

Orgulhoso(a) _____

Perturbado(a) _____

Irritado(a) _____

Excitado(a) _____

Encantado(a) _____

Atormentado(a) _____

Remorsos _____

Agradavelmente surpreendido(a) _____

Inspirado(a) _____

Culpado(a) _____

Nervoso(a) _____

Assustado(a) _____

Determinado(a) _____

Caloroso(a) _____

Trémulo(a) _____

Repulsa _____

Activo(a) _____

Entusiasmado(a) _____

Amedrontado(a) _____

Obrigado pela sua participação!

Data: ____/____/____

ANEXO 3.5 - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).

Escala de Satisfação com a Vida

Satisfaction With Life Scale - SWLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffins, 1985)
(Versão Portuguesa de Neto, Barros e Barros [1990])

Encontrará a seguir cinco afirmações com as quais poderá concordar ou discordar. Utilizando a escala de **1 a 7** abaixo indicada, refira o seu grau de acordo com cada frase, **fazendo um círculo** em redor do algarismo apropriado. Procure ser sincero(a) nas respostas que vai dar.

A escala de 7 pontos tem a seguinte correspondência:

- 1= Totalmente em desacordo
- 2= Em desacordo
- 3= Mais ou menos em desacordo
- 4= Nem de acordo nem em desacordo
- 5= Mais ou menos de acordo
- 6= De acordo
- 7= Totalmente de acordo

As frases para analisar são as seguintes:

1 - *Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais* 1 2 3 4 5 6 7

2 - *As minhas condições de vida são excelentes* 1 2 3 4 5 6 7

3 - *Estou satisfeita/o com a minha vida* 1 2 3 4 5 6 7

4 - *Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida* 1 2 3 4 5 6 7

5 - *Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria quase nada* 1 2 3 4 5 6 7

Obrigado pela sua participação!

Data: ____/ ____/ _____

ANEXO 3.6 – Escala sobre a Felicidade.

Escala sobre a Felicidade

(Barros, 2001)

Este questionário pretende conhecer o que pensam as pessoas a respeito de si mesmas e da vida. O questionário é anónimo.

Responda sinceramente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Todas as respostas são boas, desde que sinceras.

Instruções:

Faça um círculo (só um círculo por cada frase) em volta do algarismo que melhor corresponda à sua situação (evitando, se possível, o número intermédio), conforme a seguinte correspondência:

- 1 = Totalmente em desacordo (*absolutamente não*)
- 2 = Bastante em desacordo (*não*)
- 3 = Nem de acordo nem em desacordo (*mais ou menos*)
- 4 = Bastante de acordo (*sim*)
- 5 = Totalmente de acordo (*absolutamente sim*)

1. Sinto-me bem comigo mesmo(a) 1 2 3 4 5

2. Tenho um bom conceito de mim mesmo(a) 1 2 3 4 5

3. Aceito-me como sou 1 2 3 4 5

4. Relaciono-me bem com as outras pessoas 1 2 3 4 5

5. Faço amigos facilmente 1 2 3 4 5

6. Gosto de me sentir livre 1 2 3 4 5

7. Controlo o ambiente em que vivo 1 2 3 4 5

8. Aceito o meu passado 1 2 3 4 5
9. Sei viver o momento presente 1 2 3 4 5
10. Tenho projectos para o futuro 1 2 3 4 5
11. Espero evoluir cada vez mais 1 2 3 4 5
12. Sinto-me uma pessoa feliz 1 2 3 4 5
13. Luto pelo meu bem-estar 1 2 3 4 5
14. Considero-me uma pessoa alegre 1 2 3 4 5
15. Sinto-me satisfeito com a vida 1 2 3 4 5
16. Tenho conseguido atingir os meus objectivos 1 2 3 4 5
17. Considero-me uma pessoa cheia de esperança 1 2 3 4 5
18. Tenho bastante sentido de humor 1 2 3 4 5

Obrigado pela sua participação!

Data: ____/____/ _____

A cotação é efectuada pelo somatório das pontuações das respostas dadas nos 18 itens, podendo variar entre 18 (mínimo de *felicidade*) e 90 (máximo de *felicidade*).

ANEXO 3.7.1 – Dados de Identificação Sóciodemográfica.

A	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO Dados Sócio/Demográficos
----------	---

A1. Sexo	
<input type="checkbox"/>	1. Feminino 2. Masculino
A2. Idade	
_____ anos	
A3. Estado Civil	
<input type="checkbox"/>	1.Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Separado(a)/Divorciado(a). 5. União de Facto
A4. Nível de Escolaridade	
<input type="checkbox"/>	1.Nunca frequentou a escola 2.Não completou o Ensino Primário 3. Ensino Primário 4.Ensino Preparatório 5.Ensino Secundário 6.Ensino profissional 7.Ensino Universitário
A5. Naturalidade (Concelho)	

A6. Residência (Concelho)	

B	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO Caracterização Sócio/Económica do Idoso
----------	--

B1. Refira os seus familiares mais directos	
	Cônjuge <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> n.º ___ Netos <input type="checkbox"/> n.º ___ Irmãos <input type="checkbox"/> n.º ___ Sobrinhos <input type="checkbox"/> n.º ___ Outros <input type="checkbox"/> especificar _____) n.º _____
B2. Se tem filhos na (residência)	
	Na mesma Freguesia n.º _____ No mesmo Concelho n.º _____ No mesmo Distrito n.º _____ Na mesma casa n.º _____
B3. Com quem vive actualmente?	
<input type="checkbox"/>	1. Vive só 2. Irmãos 3. Cônjuge 4. Sobrinhos/Parentes próximos 5. Filhos 6. Vizinhos/amigos 7. Genros/Noras 8. Netos 9. Outros (especificar _____)
Como é a sua relação com as pessoas que estão mais próximas de si? _____ _____	
(codificar resposta)	
<input type="checkbox"/>	Existem frequentemente discussões que resultam em agressões físicas entre os membros da família / da casa.
<input type="checkbox"/>	Existem frequentemente discussões que resultam em agressões verbais entre os membros da família / da casa.
<input type="checkbox"/>	Poucas vezes existem discussões entre os membros da família / da casa.
<input type="checkbox"/>	Não há evidência de conflito entre as pessoas mais próximas, existindo um clima de estabilidade entre os membros da família / da casa.

ANEXO 3.7.2 – Caracterização Sócio/Económica do Idoso.

B	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO Caracterização Sócio/Económica do Idoso
	Tem conhecimento de que alguém próximo de si, consuma álcool em excesso ou drogas?
	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? Álcool <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/>
B4. Quantas pessoas vivem na mesma casa?	
_____ pessoas	
B5. No caso de precisar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?	

B6. Origem dos rendimentos (Valor aproximado) <small>(Per capita: Rendimentos do agregado familiar – considerado como as pessoas que vivem na mesma habitação (Ver respostas B3 e B4) (Se não tiver rendimentos colocar 0€)</small>	
Grau de parentesco	
<input type="checkbox"/> Própria pessoa	
	Pensão de reforma _____ €
	Pensão social _____ €
	Rendimentos próprios _____ €
	Trabalho _____ €
	Subsídios _____ €
	Seguros _____ €
	Outro (especificar _____) Montante (aproximado) _____ €
<input type="checkbox"/> Cônjuge	
	Pensão de reforma _____ €
	Pensão social _____ €
	Rendimentos próprios _____ €
	Trabalho _____ €
	Subsídios _____ €
	Seguros _____ €
	Outro (especificar _____) Montante (aproximado) _____ €
<input type="checkbox"/> Filhos	
	Pensão de reforma _____ €
	Pensão social _____ €
	Rendimentos próprios _____ €
	Trabalho _____ €
	Subsídios _____ €
	Seguros _____ €
	Outro (especificar _____) Montante (aproximado) _____ €
<input type="checkbox"/> Outros	
	Pensão de reforma _____ €
	Pensão social _____ €
	Rendimentos próprios _____ €
	Trabalho _____ €
	Subsídios _____ €
	Seguros _____ €
	Outro (especificar _____) Montante (aproximado) _____ €
<input type="checkbox"/> Outros	
	Pensão de reforma _____ €
	Pensão social _____ €
	Rendimentos próprios _____ €
	Trabalho _____ €
	Subsídios _____ €
	Seguros _____ €
	Outro (especificar _____) Montante (aproximado) _____ €

ANEXO 3.7.3 - Situação Habitacional.

C	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO Situação Habitacional
C.1 Localização	
<input type="checkbox"/>	1. Localizada na povoação 2. Isolada
C.2 Tipo de habitação	
<input type="checkbox"/>	1. Casa unifamiliar 2. Apartamento/andar 3. Parte de casa 4. Alojamento colectivo e casas de dormidas 5. Barracas 6. Tendas/rulotes 7. Sem Abrigo 8. Outras _____
C.3 Regime de Ocupação	
<input type="checkbox"/>	1. Própria 2. Arrendada 3. Cedida com a presença dos locatários ou donos da casa 4. Cedida sem a presença dos locatários ou donos da casa 5. "Ocupada" 6. Outra _____
C.4 Ano de construção	
<input type="checkbox"/>	1. Antes de 1901 2. 1901 a 1950 3. 1951 a 1980 4. 1981 a 2000 5. Depois de 2000
C.5 Número de divisões	
<input type="checkbox"/>	1. Até 2 divisões 2. 3 divisões 3. 4 divisões 4. 5 divisões 5. Mais de 5 divisões
C.6 Número de divisões	
<input type="checkbox"/> Electricidade <input type="checkbox"/> Ar condicionado <input type="checkbox"/> Instalação de gás <input type="checkbox"/> Frigorífico <input type="checkbox"/> Água Canalizada <input type="checkbox"/> Fogão <input type="checkbox"/> Água quente <input type="checkbox"/> Televisor <input type="checkbox"/> Aquecimento <input type="checkbox"/> Máquina de lavar a roupa <input type="checkbox"/> Telefone	
C.7 Condições de Acessibilidade	
<input type="checkbox"/> Barreiras arquitectónicas <input type="checkbox"/> Outros problemas de acessibilidade Quais? _____	

Anexo 3.7.4.1 - Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody.

D	Avaliação Funcional Actividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969)
D1a Capacidade para usar o telefone	
<input type="checkbox"/> 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria, procura e marca números, etc.	
<input type="checkbox"/> 2 Marca alguns números que conhece bem.	
<input type="checkbox"/> 3 Atende o telefone mas não marca números.	
<input type="checkbox"/> 4 Não usa o telefone.	
D1b Fazer compras	
<input type="checkbox"/> 1 Faz as compras que necessita sozinho.	
<input type="checkbox"/> 2 Compra sozinho pequenas coisas.	
<input type="checkbox"/> 3 Necessita de ser acompanhado para qualquer compra.	
<input type="checkbox"/> 4 Incapaz de fazer compras.	
D1c Preparar refeições	
<input type="checkbox"/> 1 Planeia, prepara e serve refeições adequadamente, sozinho.	
<input type="checkbox"/> 2 Prepara refeições adequadamente se possuir ingredientes necessários.	
<input type="checkbox"/> 3 Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada.	
<input type="checkbox"/> 4 Necessita de refeições preparadas e servidas.	
D1d Cuidar da casa	
<input type="checkbox"/> 1 Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”).	
<input type="checkbox"/> 2 Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama.	
<input type="checkbox"/> 3 Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza.	
<input type="checkbox"/> 4 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas.	
<input type="checkbox"/> 5 Não participa em nenhuma tarefa doméstica.	
D1e Lavar a Roupa	
<input type="checkbox"/> 1 Lava toda a sua roupa.	
<input type="checkbox"/> 2 Lava pequenas peças de roupa.	
<input type="checkbox"/> 3 É incapaz de lavar a sua roupa.	
D1f Modo de transporte	
<input type="checkbox"/> 1 Desloca-se em transportes públicos ou em viatura própria.	
<input type="checkbox"/> 2 Não usa transportes públicos, excepto táxi.	
<input type="checkbox"/> 3 Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado.	
<input type="checkbox"/> 4 Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outros.	
<input type="checkbox"/> 5 Incapaz de se deslocar.	
D1g Responsabilidade pela própria medicação	
<input type="checkbox"/> 1 Toma a medicação nas doses e horas correctas.	
<input type="checkbox"/> 2 Toma a medicação se preparada e separada por outros.	
<input type="checkbox"/> 3 É incapaz de tomar a medicação.	
D1h Habilidade para lidar com o dinheiro	
<input type="checkbox"/> 1 Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda.	
<input type="checkbox"/> 2 Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores.	
<input type="checkbox"/> 3 Incapaz de lidar com dinheiro.	

Nesta versão o índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte:

- 8 pontos – *Independente*;
- 9 a 20 pontos - *Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda*;
- > 20 pontos - *Severamente dependente, necessita de muita ajuda*.

ANEXO 3.7.4.2 - Escala de Atividades de Vida Diária – Índice de Katz.

D₁

Avaliação Funcional

Escala de Atividades de Vida Diária – Índice de Katz (Katz et al., 1963)

D2a Lavar-se

- 1 Toma banho sem necessidade de qualquer ajuda.
- 2 Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo.
- 3 Precisa de ajuda para lavar mais do que parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho.

D2b Vestir-se

- 1 Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda.
- 2 Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos.
- 3 Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo.

D2c Utilizar a sanita

- 1 Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem qualquer ajuda.
- 2 Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite.
- 3 Não consegue utilizar a sanita.

D2d Mobilizar-se

- 1 Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda.
- 2 Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda.
- 3 Não se levanta da cama.

D2e Ser continente

- 1 Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas.
- 2 Tem incontinência ocasional.
- 3 É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância.

D2f Alimentar-se

- 1 Come sem qualquer ajuda.
- 2 Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão.
- 3 Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou via endovenosa

O primeiro passo na avaliação da EAVD implica a transposição da escala de três situações identificadas na observação/entrevista para uma classificação do tipo **independente/dependente**, usando as definições mais adiante propostas por Katz *et al.* (1963):

- **1. Lavar-se:** *Independente:* Lava-se inteiramente sozinho ou requer ajuda unicamente nalguma zona concreta (p. exemplo as costas); *Dependente:* Necessita de ajuda para lavar-se em mais do que uma zona do corpo ou para entrar ou sair da banheira ou do duche.
- **2. Vestir-se:** *Independente:* escolhe a roupa, veste-se sozinho e consegue despir-se (exclui-se apertar os sapatos ou vestir as meias); *Dependente:* Não se veste sozinho ou veste-se parcialmente.
- **3. Utilizar a sanita:** *Independente:* Vai sozinho ao WC, veste-se sozinho e limpa-se sem ajuda; *Dependente:* Precisa ajuda para ir ao WC e/ou para vestir-se e/ou limpar-se.
- **4. Mobilizar-se:** *Independente:* Levanta-se e senta-se/ deita-se na cadeira/cama sozinho ou transfere-se sozinho da cadeira para a cama ou vice-versa; *Dependente:* Necessita de ajuda para levantar-se e/ou para sentar-se/deitar-se na cadeira/cama. Necessita de ajuda para transferir-se da cama para a cadeira ou vice-versa.
- **5. Ser continente:** *Independente:* Controle completo da micção e defecação; *Dependente:* Incontinência parcial ou total da micção ou da defecação.
- **6. Alimentar-se:** *Independente:* Come sozinho, leva sozinho os alimentos desde o prato até à boca (exclui-se cortar os alimentos); *Dependente:* Necessita de ajuda para comer, não come sozinho ou requer alimentação assistida.

Em termos de **avaliação global** e tendo em conta as seis funções que a seguir se descrevem, são considerados, em cada um dos oito grupos (Katz *et al.*, 1963):

- **A** - Independente em alimentar-se, ser continente, mobilizar-se, utilizar a sanita, vestir-se e lavar-se; **B**- Independente em todas as funções, excepto uma; **C** – Independente em todas as funções excepto lavar-se e outra função; **D** – Independente em todas as funções excepto lavar-se, vestir-se e outra função; **E** – Independente em todas as funções excepto lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, e outra função; **F** – Independente em todas as funções excepto lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se e outra função; **G** – Dependente em todas as funções; **Outra** – Dependente em pelo menos duas funções, mas não classificável como C, D, E ou F.

Em 1976, Katz e Akpom apresentaram uma versão modificada da escala original onde a categoria “outra” foi eliminada sendo que a classificação dá-se pelo número de funções nas quais o indivíduo avaliado como *independente* / *dependente* (Duarte *et al.*, 2007).

No sistema de classificação simplificado (Katz e Akpom, 1976) somam-se o número de actividades em que o indivíduo é dependente, numa escala de 0 a 6:

- Obtenção de 0 pontos = Independente em todas;
- Obtenção de 1 pontos = Independente em todas excepto uma;
- Obtenção de 2 pontos = Independente em todas excepto duas;
- Obtenção de 3 pontos = Independente em três e dependente em três;
- Obtenção de 4 pontos = Independente em duas e dependente em quatro;
- Obtenção de 5 pontos = Independente em uma e dependente em cinco;
- Obtenção de 6 pontos = Dependente em todas as funções.

Com este método foi estabelecido o ponto de corte **2**; se a pessoa idosa obtiver a pontuação final de 0 ou 1 é considerada *independente*; caso a pontuação final seja ≥ 2 é considerada *dependente*. Esta forma de pontuação dicotomizada permitiu o tratamento estatístico dos dados (Mendes, 2008).

ANEXO 3.7.5 - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS 15).

Escala de Depressão Geriátrica	
Geriatric Depression Scale: Short Form (GDS 15) (Yesavage <i>et al.</i> , 1983)	
1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3. Sente a sua vida vazia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
6. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
12. Sente-se inútil?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
14. Sente que para si não há esperança?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o(a) senhor(a)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

A **cotação** GDS 15 deve ter em consideração o sentido da resposta a cada item questionado. Atribuir-se-á **1 ponto** à resposta **SIM** dos Itens **2,3,4,6,8,9,10,12,14** e **15**; Por sua vez, atribuir-se-á **1 ponto** às respostas **NÃO** dos Itens: **1, 5,7, 11** e **13**.

Classificação para os resultados: Pontuação de 0 a 5 = *indivíduo sem depressão*; Pontuação > 5 = *indivíduo com depressão*. Se a soma das pontuações for 0 a 5 indica *ausência de depressão*; de 6 a 8 indica *depressão ligeira*, de 9 a 11 indica *depressão moderada* e de 12 a 15 indica *depressão severa* (Cardoso & Martín, 2007).

ANEXO 3.7.6 - Short Portable Mental Status Questionnaire.

Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer
(SPMSQ) (Pfeiffer, 1975)

1. Qual é a data de hoje? ____ / ____ / _____ (dia / mês / ano)
2. Que dia da semana é hoje? _____
3. Qual é o nome deste lugar? _____
4. Qual é o seu número de telefone? _____
- 4a. Qual é a sua morada? _____
5. Quantos anos tem? _____
6. Em que data nasceu? _____
7. Quem é o actual Presidente da República? _____
8. Quem foi o Presidente anterior? _____
9. Qual é o nome completo da sua mãe? _____
10. Subtraia 3 de 20 e continue a subtrair menos 3 em cada número, até ao mais baixo _____

Cotação:

- De 0 a 2 erros: *Função intelectual intacta;*
- De 3 a 4 erros: *Deterioração intelectual baixa;*
- De 5 a 7 erros: *Deterioração intelectual moderada;*
- De 8 a 10 erros: *Deterioração intelectual grave.*

No caso da pessoa idosa ser analfabeta deve-se permitir mais um erro, sendo aqui incluídas as pessoas idosas que liam e escreviam mas não possuíam o 1º ciclo do ensino básico ou equivalente.

ANEXO 3.7.7 - Indicadores de Risco Geriátrico.

INDICADORES DE RISCO GERIÁTRICO

a. Polifarmácia

Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento?
(incluindo medicamentos de venda-livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)

b. Quedas

Teve alguma queda nos últimos 6 meses? **Sim** **Não**
Tem medo de cair? **Sim** **Não**
Se *Sim*, deixou de fazer alguma das suas actividades habituais por esse medo? **Sim** **Não**

c. Incontinência urinária

Alguma vez teve perda de urina inesperada? **Sim** **Não**
Se *Sim*, perante a vontade súbita de urinar conseguiu chegar a tempo ao W.C.? **Sim** **Não**
Alguma vez teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço? **Sim** **Não**

d. Obstipação

Tem problemas de obstipação (“intestino preso”)? **Sim** **Não**

e. Distúrbios sensoriais

Acha ou sente que tem algum problema de audição? **Sim** **Não**
Resultado do *Teste do Sussurro* **Sim** **Não**
Acha ou sente que tem algum problema de visão? **Sim** **Não**
Resultado *Teste de Jaeger* **Sim** **Não**

f. Distúrbios do sono

Sente-se sonolento durante o dia? **Sim** **Não**
Está satisfeito com o seu sono? **Sim** **Não**

a) Polifarmácia – Avalia a presença/ausência de polifarmácia nos idosos através de duas questões relativas ao número de medicamentos que tomam. As pessoas idosas que respondem estar a tomar 5 ou mais medicamentos são classificadas “*em risco*” todas as que tomam menos de 5 são classificadas em “*não risco*”.

b) Quedas – Avalia a presença/ausência de risco de queda através de duas questões dicotómicas (Sim/Não). Classifica as pessoas idosas como “*Em risco*” e “*Sem risco*”. A resposta positiva a uma das questões considera a existência de risco de queda.

c) Incontinência urinária - Avalia a presença/ausência e tipo de incontinência urinária a partir de três questões dicotômicas (Sim/Não). Classifica as pessoas como “*Em risco*” e “*Sem risco*” e “*Incontinência de esforço*” e “*Incontinência controle*”. A resposta positiva a qualquer uma das questões implica a existência de incontinência.

d) Obstipação Avalia a presença/ausência de obstipação nos idosos através de uma questão dicotômica (Sim/Não). Classifica os idosos como “*Em risco*” e “*Sem risco*”. A resposta positiva à questão implica a existência de obstipação.

e) Distúrbios Sensoriais - Avaliação da existência de distúrbios de audição e visão através de uma questão dicotômica para cada uma das dimensões. Classifica os idosos como “*Em risco*” e “*Sem risco*”. A resposta positiva às questões implica a existência de distúrbio de audição ou visão.

f) Distúrbios de Sono - Avaliação da existência de distúrbios de sono através de duas questões dicotômicas (sim/não). A resposta positiva numa das questões classifica a pessoa idosa “*Em Risco*”; por sua vez, a resposta negativa nas duas questões classifica-a “*Sem Risco*”.

ANEXO 3.7.8

Índice de Comorbilidade de Charlson.

Índice de Comorbilidade de Charlson

(Charlson *et al.*, 1987)

- Enfarte do Miocárdio
- Insuficiência cardíaca
- Doença Arterial Periférica
- Doença Cerebrovascular
- Demência
- Doença Respiratória Crónica
- Doença do Tecido Conjuntivo
- Úlcera Gastroduodenal
- Hepatopatia Crónica Leve
- Diabetes
- Hemiplegia
- Insuficiência Renal Crónica Moderada/Severa
- Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo
- Tumor ou Neoplasia Sólida
- Leucemia
- Linfoma
- Hepatopatia Crónica Moderada/Severa
- Tumor ou Neoplasia
- SIDA definida
- _____

Cotação do Índice de Comorbidade de Charlson:

- Enfarte do miocárdio: 1 ponto;
- Insuficiência cardíaca: 1 ponto;
- Doença arterial periférica: 1 ponto;
- Doença cerebrovascular: 1 ponto;
- Pacientes com demência: 1 ponto;
- Doença respiratória crônica: 1 ponto;
- Doença do tecido conjuntivo: 1 ponto;
- Úlcera péptica: 1 ponto;
- Doença hepática crônica ligeira: 1 ponto;
- Diabetes: 1 ponto;
- Hemiplegia: 2 pontos;
- Insuficiência renal crônica moderada / grave: 2 pontos;
- Diabetes com lesão em órgãos-alvo: 2 pontos;
- Tumor sólido ou neoplasia: 2 pontos;
- Leucemia: 2 pontos;
- Linfoma: 2 pontos;
- Doença hepática crônica moderada / grave: 3 pontos;
- Neoplasia tumor metastático ou sólidos: 6 pontos;
- SIDA: 6 pontos.

Índice de Comorbidade (soma total) = _____

As taxas de mortalidade a 1 ano para as diferentes pontuações são: "0 pontos"=12% mortalidade a um ano; "1-2 pontos"=26% mortalidade a um ano; "3-4 pontos"= 52% mortalidade a um ano, e ">5 pontos"= 85% mortalidade a um ano.

Nos segmentos etários altos (> 50 anos), a previsão de mortalidade deve ser corrigido pelo factor idade, conforme descrito no artigo original (Charlson *et al.*, 1987). Esta correcção é feita através da adição ao índice de um ponto por cada década a partir dos 50 anos de idade (por exemplo, 50 anos = 1 ponto, 60 = 2, 70 anos = 3, 80 = 4, 90 anos = 5, etc.).

Assim, um paciente com 40 anos (0 pontos pelo factor idade) com uma comorbidade de 1 irá ter um índice de comorbidade fixa de 1 pontos (i.e., ausência de *comorbidade alta*) enquanto um paciente de 80 anos (4 pontos obtidos a partir do factor idade) com uma comorbidade de 2, terá uma taxa fixa de comorbidade de 6 pontos (i.e., uma *comorbidade alta*). Há que ter em atenção a limitação de que a mortalidade dos pacientes com SIDA hoje em dia não é a mesma que quando o índice foi publicado.

Calculador on line:

<http://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-de-avaliadores-pronosticos/indice-de-comorbilidad-de-charlson-cci.html>

ANEXO 3.7.9

Questionário Breve de Rastreamento de Abuso (QBRA)

- | | |
|--|---|
| 1. Neste último ano algumas das pessoas que estão próximas de si gritou sem razão? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si tem usado o seu dinheiro sem ser da sua vontade? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si o empurrou ou bateu? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |

- *Abuso Verbal*: Neste último ano, alguma das pessoas que estão próximas de si gritou consigo sem razão? Sim = 1, Não = 0;

- *Abuso económico*: Neste último ano, alguma das pessoas que estão próximas de si tem usado o seu dinheiro sem ser da sua vontade? Sim = 1, Não = 0;

- *Abuso físico*: Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si o empurrou ou bateu-lhe? Sim = 1, Não = 0;

Conforme o resultado obtido a partir dos Indicadores de Abuso, podemos classificar o idoso como “mal tratado” ou “sem risco de maus-tratos”.

Neste caso o ponto de corte é a existência de uma resposta positiva em qualquer um dos *Indicadores de Abuso*.