



# Conferência Internacional Sobre Envelhecimento

Lisboa, 14 de Outubro de 2011

**Livro de Actas**  
*Conference Proceedings*



FACULDADE DE  
CIÊNCIAS  
MÉDICAS  
UNIVERSIDADE  
NOVA DE LISBOA



Fundação D. Pedro IV  
Instituição Particular de Solidariedade Social





# Conferência Internacional Sobre Envelhecimento

Lisboa, 14 de Outubro de 2011

**Livro de Actas**  
*Conference Proceedings*



**Fundação D. Pedro IV**  
Instituição Particular de Solidariedade Social

CISE, Lisboa 2012  
Publicação Anual  
Edições Fundação D. Pedro IV



<b>Introdução</b> .....	1
<b>Agradecimento</b> .....	3
<b>Sessão de Abertura</b>	
<b>Professora Doutora Amália Botelho</b> <i>Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa</i> .....	7
<b>Monsenhor Vítor Feytor Pinto</b> <i>Patriarcado de Lisboa</i> .....	7
<b>Professor Doutor Miguel Oliveira Correia</b> <i>Reitoria da Universidade Nova de Lisboa</i> .....	8
<b>Engenheiro Vasco do Canto Moniz</b> <i>Fundação D. Pedro IV</i> .....	9
<b>Comunicações</b>	
<b>Problemas de Saúde Prevalentes numa Sociedade em Envelhecimento</b> <i>Moderadora Professora Doutora Amália Botelho</i> .....	13
Genetics of Coronary Heart Disease Professor Doutor Ulf de Faire .....	15
<b>Doenças Cardiovasculares e Envelhecimento</b>	
Comentador: Professor Catedrático João Gorjão Clara .....	21
Geografia da Doença Cardiovascular em Portugal Continental: enfarte agudo do miocárdio - Padrões e Sazonalidade .....	23
Mestre Ricardo Almendra, Professora Catedrática Paula Santana, Doutorando João Vasconcelos	
Estudo Nutricional versus Perda Ponderal e perímetro geminal em População Idosa .....	35
Dra. Marisa França, Dra. Marta Gouveia, Dra. Marisa Cebola, Professor Doutor Lino Mendes	
<b>Demência e Envelhecimento</b>	
Comentador: Professor Doutor Miguel Viana Baptista .....	47
Supporting staff caring for institutionalised people with dementia: a psycho-educational approach .....	49
Mestre Ana Barbosa, Doutora Daniela Figueiredo, Doutora Joana Cruz, Doutora Aida Marques, Doutorando Álvaro Mendes, Professora Doutora Lília Sousa	
Estruturas residenciais para Idosos em Portugal Continental: uma caracterização institucional segundo a abordagem centrada na Pessoa .....	59
Doutoranda Patrícia Paquete, Mestre Cláudia Silva	



**Fragilidade e Envelhecimento**

- Comentador: Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo.....71
- Cuidados de Saúde Mental na população Idosa - Programas integrados de assistência.....73  
Dra. Bárbara Lopes, Professora Doutora Graça Cardoso
- Envelhecimento e Condições de Saúde: caracterização dos perfis de dependência dos Idosos Portugueses.....79  
Professora Doutora Dália Nogueira, Professora Catedrática E. Reis

**Trabalho e Reforma numa Sociedade em Envelhecimento**

**Moderadora Professora Catedrática Ana Alexandre Fernandes**.....95

- Work and retirement in an Ageing Society.....97  
Professor Doutor Chris Phillipson

**A Sustentabilidade do Estado Social**.....107

Comentadora: Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes

- O Envelhecimento em Portugal nos últimos Vinte Anos (1990 - 2009).....109  
Doutorando Alexandre Adôa, Professor Doutor Jaime Fonseca

- A Discriminação de género como entrave ao sistema de bem-estar social brasileiro - comparação com a situação portuguesa.....121  
Doutoranda Andréia Maciel, Professora Doutora Maria Filomena Mendes

**Trabalho e Reforma**.....137

Comentador: Professor Doutor Fernando Ribeiro Mendes

- Representações da Reforma e Envelhecimento Activo.....139  
Professor Doutor Pedro Moura Ferreira, Mestranda Paula Jerónimo, Professor Doutor Manuel Villaverde cabral,  
Professor Doutor Pedro Alcântara da Silva

- Vulnerabilidade em saúde decorrente da vivência da passagem à reforma.....151  
Professora Doutora Helena Loureiro

- A passagem à reforma: um estudo exploratório sobre mulheres profissionalizadas na sociedade portuguesa.....163  
Mestre Rita Pisani Burnay

**Promoção da Inclusão Social**.....179

Comentador: Professor Doutor António Fonseca

- Tipologia de modos de vida na reforma e identidade(s) do reformado.....181  
Doutoranda Joana Guedes

- Sou velho e agora? Solidão e depressão no Idoso institucionalizado e não institucionalizado.....189  
Mestre Sara Ribeiro, Professor Doutor Milton Madeira

**Sessão de Encerramento****Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida**

**Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa**.....207



## Introdução / Introduction

A CISE - Conferência Internacional Sobre Envelhecimento - organizada pela Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa e pela Fundação D. Pedro IV, tem como principal objectivo fomentar a interacção entre a investigação, as políticas públicas e as práticas na temática do Envelhecimento com uma perspectiva internacional comparada.

Considerando os desafios do envelhecimento global e a necessidade de respostas adequadas, a organização da CISE, sob a coordenação científica da Faculdade de Ciências Médicas, escolheu como grandes temáticas os *Problemas de Saúde Prevalentes numa Sociedade em Envelhecimento* e o *Trabalho e Reforma numa Sociedade em Envelhecimento*.

Nesta edição de 2011, destacamos o convite internacional à apresentação de Comunicações. Com esta estrutura, cremos que a CISE promoverá a partilha alargada de conhecimentos e de práticas nacionais e europeias, bem como de resultados de Investigações efectuadas no domínio das grandes temáticas desta Conferência entre Doutorandos, Investigadores e Professores de renome.

The CISE - International Conference on Ageing (*Conferência Internacional Sobre Envelhecimento*) is an annual conference organized by the *Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa* (Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon) and *Fundação D. Pedro IV* (D. Pedro IV Foundation) with the purpose to strengthen interaction among research, public policies and best practices on an international comparative perspective.

Facing the challenges of ageing and the increasing need for responses, the Organizing Committee, under the scientific coordination of the Faculty of Medical Sciences, has chosen *Prevalent Health Problems in an Ageing Society* and *Work and Retirement in an Ageing Society*, as the main themes for the Conference.

In this edition we highlight the international Call for Papers. With this format we hope that this Conference will promote not only the exchange of expertise and best practices between professionals, but also the excellent opportunity for generating discussion through the exchange of knowledge reporting current advanced research results, related to the Conference themes, among international and national advanced students, researchers and well-established Professors.



## Agradecimento

O principal objectivo da Conferência Internacional Sobre Envelhecimento 2011 é a cooperação internacional para os estudos avançados, investigação e partilha de boas práticas no âmbito do envelhecimento. Neste contexto, a edição de 2011 integrou um convite à apresentação de Comunicações no domínio das grandes temáticas dos *Problemas de Saúde Prevalentes numa Sociedade em Envelhecimento*, e *Trabalho e Reforma numa Sociedade em Envelhecimento*.

A Faculdade de Ciências Médicas e a Fundação D. Pedro IV vêm por este meio agradecer pelo interesse e qualidade das propostas de resumo apresentada por todos os proponentes, contudo, por razões de logística da Conferência, não nos foi possível proporcionar a apresentação de todas as propostas. Na expectativa de alargarmos o calendário da CISE na próxima edição, esperamos proporcionar mais espaço de debate a um maior número de comunicações.

Com o nosso agradecimento, referenciamos abaixo todos os contributos apresentados na preparação da Conferência:

*Ana Margarida Molhinho Advinha, "Avaliação da capacidade cognitiva e funcional do Idoso na gestão da sua terapêutica", Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa*

*Ana Teresa Toledo Costa, "Necessidades dos Idosos do Concelho da Praia da Vitória, Ilha Terceira em Cuidados Continuados Domiciliários", Centro de Saúde da Praia da Vitória*

*Carlos Laranjeira, "O idoso demente e seus cuidadores: verdade, cartel ou quimera?", Escola Superior Saúde Jean Piaget de Viseu*

*Eliana Andreia Pires Calixto; Maria Helena Martins, "Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados", Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve*

*Fernando Pereira, "Factores de sustentabilidade e de insustentabilidade do sistema de apoio aos idosos em zonas desfavorecidas"; Instituto Politécnico de Bragança - Centro de Investigação e Intervenção Educativas da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto*

*Gicele Brito Ferreira; José Alberto Araújo, "Promoção da Inclusão Social: O Empoderamento que inclui os Velhos da Floresta", Faculdade de Serviço Social do Campus de Marajó, Breves-Pará*

*Glauca da Silva Destro de Oliveira, "A discussão do Estado brasileiro sobre idoso e as diretrizes da ONU", Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas*

*Helena Atalaia; D. Nogueira; A. Vieira; S. Garcia, "Identificação de Factores de Risco para as Quedas nos Idosos a Frequentar Centros de Dia", Escola Superior de Saúde de Alcoitão*

*Helen Barbosa Raiz Engler; Nanci Soares, "Envelhecimento Ativo - um estudo da Universidade Aberta da Terceira Idade no Brasil", Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UNESP - Campus de Franca*

*Isabella Q. Alvim; Beltrina Côrte, "Um olhar sobre a (frágil/potencial)idade humana", Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*

*Joana Sebastião; Filomena Borges; Marisa Cebola; Lino Mendes, "Avaliação do estado nutricional de idosos internados no Serviço de Medicina e Especialidades Médicas do HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida", Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, Serviço de Nutrição e Dietética - HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida*

*Juliana Presotto Pereira Netto; Nanci Soares; Edna Maria Campanhol, "A efetivação de políticas públicas para a inclusão social do Idoso", Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UNESP - Campus de Franca.*

*Luciana Helena Mussi; Beltrina Côrte, "Os Caminhos da Transformação através do Mito de Deméter", Pontifícia Universidade Católica de São Paulo Brasil*

*Mafalda Duarte, Constança Paúl, "Fragilidade nas pessoas idosas (em contexto clínico)", Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosas, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar*



*Maria Aparecida Mello, "Velhice e Espiritualidade na perspectiva da psicologia analítica ", Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil*

*Maria Irene Bugalho de Carvalho, "Envelhecimento e cuidados domiciliários: (A) simetrias de inclusão social", Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa*

*Maria Isabel Lage, "Avaliação funcional do Idoso: um elemento fundamental para um plano racional de cuidados e utilização de recursos", Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho*

*Marisa Cebola; M. França, C. Fernandes, J. Sebastião, C. Sousa, M. Gouveia, L. Geada, Filomena Borges; L Mendes" Mini Nutritional Assessment and Food Intake assessment at hospital admission in Elderly Population, Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa*

*Marisa Cebola; M. França, C. Fernandes, J. Sebastião, C. Sousa, M. Gouveia, L. Geada, Filomena Borges; L Mendes, "Mini Nutritional Assessment at Hospital and Geriatrics Home Care", Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa*

*Patrícia Grelha, "Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes. Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida", Faculdade de Medicina de Lisboa*

*Paulo Almeida Pereira, "A percepção dos responsáveis por lares de idosos sobre o sentimento de abandono do idoso institucionalizado e os factores relacionados com esse sentimento", Universidade Católica Portuguesa, Pólo de Viseu -Centro Regional das Beiras*

*Paulo Ferreira Pinto; Cristina Arreguy-Sena; Paulo Roberto de Castro Villela; Jorge Roberto Perrou de Lima, "Quedas e Atividade física: incidência em idosos brasileiros", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Educação Física e Desportos da UFJF/ Juiz de Fora/ Minas Gerais/ Brasil.*

*Rosângela Rahal Polati; Teresa de Jesus Turiani Oliveira, "Arteterapia e enfermagem: A interdisciplinaridade no cuidar de idosos em tratamento hemodialítico", Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil*

*V. Pinheira; N. Cordeiro; I. Carvalho, "Validação Inter-Cultural da Versão Portuguesa da Edmonton Frail Scale", Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias / UNIFAL .*



## Sessão de Abertura

### Professora Doutora Amália Botelho

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Exmo. Senhor Vice-Reitor da Universidade Nova de Lisboa, em representação do Magnífico Reitor, Exmo. Monsenhor Feytor Pinto, na qualidade de Presidente da Pastoral da Saúde, Exmo. Senhor Engenheiro Vasco Canto Moniz, presidente da Fundação D. Pedro IV, Exmos. participantes da 2ª Conferência Internacional sobre Envelhecimento, CISE 2011, efectuada ao abrigo da parceria entre a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e a Fundação D. Pedro IV.

É com muita satisfação que a 2ª CISE tem agora início. A sua estruturação respeita os empenhos e directrizes das duas instituições que a organizaram, no que diz respeito ao envelhecimento humano, com particular atenção à dimensão integral do Homem, focada nas vertentes biológica e não biológica.

Os trabalhos de que iremos participar são-nos relatados pelos seus investigadores, e são predominantemente de pesquisas conducentes às suas teses de doutoramento. Temos, assim, o privilégio de acompanhar as suas opções e achados e enriquecer-nos com essa experiência. Espero que se sintam compelidos a participar, de modo a que possamos chegar ao fim desta jornada com a reflexão que planeámos proporcionar-vos.

Vamos, então, dar início aos trabalhos da manhã, que constam de uma conferência e três conjuntos temáticos de apresentações.

Desejo um bom dia de trabalho para todos.

Amália Botelho

### Monsenhor Vítor Feytor Pinto

Patriarcado de Lisboa

- *Magnífico Vice-Reitor da Universidade Nova de Lisboa, Prof. Doutor Miguel de Oliveira Correia*

- *Senhora Professora Amália Botelho, Sub-diretora da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa*

- *Senhor Engenheiro Vasco do Canto Moniz, Presidente da Fundação D. Pedro IV*

É uma honra para mim, como podem imaginar, ter sido o Senhor Patriarca a pedir para o representar na abertura desta Conferência Internacional. Eu penso que esta Conferência Internacional é de uma oportunidade extraordinária face ao que o envelhecimento implica para o futuro. Nós não podemos ficar apenas em tempos de reflexão, temos que efetivamente avançar para uma ação específica nas linhas biológica, psicológica e social.

Acrescentaria apenas três notas simples.

A primeira, é que foi publicado há cerca de um ano em Portugal, um livro de Anselm Grün que tem o título *A sublime arte de envelhecer*. É muito interessante porque supera radicalmente os assistencialismos, e desafia a procurarmos colaborar intensamente num envelhecimento ativo, sem o qual a pessoa humana perde a dignidade, a alegria de

viver, e até o sentido da vida. Por isso mesmo, conseguimos com os nossos trabalhos abrir as portas a um envelhecimento ativo que torna sublime a arte de envelhecer. Penso que é um desafio muito grande, para os cientistas que trabalham na dupla vertente biológica e social este tema tão apaixonante.

A segunda nota, essa muito própria no trabalho que nós em Igreja organizamos, é dar atenção à espiritualidade. De facto, hoje em dia em muitas universidades, sobretudo nos Estados Unidos da América, debate-se muito a importância da dimensão terapêutica da própria espiritualidade. A espiritualidade é uma componente importante precisamente no tratamento e na recuperação das pessoas doentes, sobretudo na idade mais avançada da vida, e é por isso que é extremamente importante darmos atenção à espiritualidade.

Mas, darmos atenção à espiritualidade não é darmos importância à religião. É mais do que isso, porque a espiritualidade tem três componentes:

A componente importantíssima da cultura: as pessoas não podem prescindir dos valores culturais essenciais ao seu desenvolvimento, com os quais se enriquecem ao longo da vida;

A componente das relações: nós sabemos que o drama maior das pessoas com mais idade, em termos sociais, é a solidão. Por isso é fundamental integrar as relações humanas como elemento importante da espiritualidade vivida.

A componente da transcendência é muito importante também: não é exclusivamente de natureza religiosa, mesmo considerando o valor de cada religião: esta é a razão pela qual se fala tanto de gerontotranscendência, isto é a capacidade que o idoso tem, de se libertar de si próprio pré dispondo-se para uma religião privilegiada com o Deus em que acredita.

É dentro desta perspectiva que posso dar a notícia que a Igreja Católica está em colaboração com todas as outras confissões religiosas em Portugal, para que toda a assistência que é feita quer nos hospitais, quer fora deles, a pessoas mais débeis, respeite profundamente a opção religiosa de cada um. É neste contexto que o diálogo ecuménico e o diálogo inter-religioso, também para esta fase muito avançada da vida, se torna extremamente importante.

Termo cumprimentando uma vez mais a mesa, agradecendo em nome do Senhor Patriarca o convite que lhe foi feito, e dizendo, finalmente, que estamos à porta do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo. Penso que esta Conferência Internacional pode ser, entre nós, o ponto de partida para um ano verdadeiramente diferente, fonte de felicidade para as pessoas com mais idade, tornando-as úteis para a sociedade.

Muito Obrigado.

## **Professor Doutor Miguel Oliveira Correia**

Reitoria da Universidade Nova de Lisboa

Sra. Subdiretora Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Amália Botelho, é com imenso gosto, que em nome do Magnífico Reitor, aqui me encontro para a felicitar pela organização desta Conferência Internacional sobre Envelhecimento.

Não podia, porém, deixar de dirigir algumas palavras ao Sr. Presidente da Fundação D. Pedro IV, pela forma generosa como, na sequência do Protocolo estabelecido com a Universidade Nova, está a fomentar no âmbito de uma instituição de Solidariedade Social a vertente biológica da saúde, não apenas na perspetiva médica, mas a dimensão sociológica e humana.

Se me é permitido realçar a afirmação do Monsenhor Feytor Pinto, a dimensão Espiritual não no contexto dos credos religiosos mas sim no diálogo ecuménico de entreaajuda e partilha.

É para mim muito gratificante, dirigir-me a todos e pedir-vos que no decorrer dos trabalhos, sejam discutidas a dimensão Biológica, Sociológica e Espiritual. Estas dimensões deveram ser analisadas de forma objetiva, sincera e humilde, a fim de encontrar algumas soluções ou caminhos para as múltiplas facetas do Envelhecimento.

Quero uma vez mais felicitar a Sra. Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Amália Botelho e a agradecer à Fundação D. Pedro IV (na pessoa do Engenheiro Vasco do Canto Moniz) toda a ajuda concedida.

Desejo a todos o maior sucesso nas reflexões e trabalhos a apresentar nesta Conferência Internacional.

Muito obrigado.

- Magnífico Vice-Reitor da Universidade Nova de Lisboa, Prof. Doutor Miguel de Oliveira Correia

- Exma. Sub-directora da Faculdade de Ciências Médicas, Prof. Doutora Amália Botelho

- Senhores Professores;

- Minhas Senhoras e Meus Senhores;

Bem-vindos à 2.ª edição da Conferência Internacional Sobre Envelhecimento.

No ano de 2010, cientes da importância da cooperação na sociedade civil, a Faculdade de Ciências Médicas e a Fundação D. Pedro IV estabeleceram a Conferência Internacional Sobre Envelhecimento, na sua primeira edição, uma iniciativa que pretende abordar as diversas facetas de um complexo fenómeno dos nossos dias, que condicionará decisivamente a vida em sociedade.

Com a participação de conferencistas de renome da Universidade de Sheffield, de Marselha, de Worcester, bem como da Universidade Nova de Lisboa, Universidade do Porto e da Universidade Católica Portuguesa, julgamos ter iniciado um caminho para a participação na procura do conhecimento científico numa questão de reconhecida multidimensionalidade, entre as quais as áreas biológica, neurológica e social sobre que nos propusemos reflectir.

Sendo o propósito da Conferência Internacional Sobre Envelhecimento promover a cooperação internacional para a investigação e partilha de boas práticas no âmbito do envelhecimento, na edição deste ano o convite à apresentação de Comunicações situou-se no domínio dos **Problemas de Saúde Prevalentes numa Sociedade em Envelhecimento**, e sobre **Trabalho e Reforma numa Sociedade em Envelhecimento**.

Das trinta e sete propostas de investigadores nacionais e internacionais que nos foram enviadas, apresentamos hoje treze projectos de investigação seleccionados que acreditamos poderão ser úteis a um futuro trabalho em rede de âmbito nacional.

Num contexto de criação de sinergias, com a combinação das respectivas competências e capitais de saberes, a Fundação assume-se tão só como um recurso para a criação das respostas públicas e do sector social aos problemas multidimensionais do envelhecimento, na expressão global que é a sua.

## Sociedade em envelhecimento: dos Problemas de Saúde Prevalentes ao Trabalho e Reforma

Como é sabido, a implementação das boas práticas para um envelhecimento activo tem um contexto multidimensional, se se procura de facto garantir a qualidade de vida e bem-estar da Pessoa Idosa.

Muito embora as doenças cardiovasculares sejam a principal causa de morte, internamento hospitalar e incapacidade na população de meia-idade e idosa na Europa (Perdigão et al, 2011: 394, Piçarra, et al, 2011)<sup>2</sup>, paralelamente ao decréscimo da taxa de mortalidade cardiovascular e ao aumento dos valores da esperança de média de vida, deparamo-nos com o fenómeno do aumento de doenças degenerativas, tais como a demência.

Considerando que este fenómeno obriga a reflectir sobre as consequências do aumento da esperança média de vida no que respeita a possíveis estados prolongados de doença, dependência e fragilidade, levanta também a necessidade da (re) centragem do focus das políticas públicas e respectivas medidas no apoio às Pessoas Idosas e seus Cuidadores em fase de vida caracterizada por grandes dependências.

Por outro lado, permanecer activo, saudável e participativo até ou mesmo na velhice é uma realidade actual e futura para a maioria dos cidadãos Europeus. Todavia, perante os desafios do envelhecimento demográfico, com as suas consequências de âmbito social, cultural, económico, organizacional, a sua exequibilidade dependerá da capacidade de resposta e da adequação das sociedades e das suas economias à mudança demográfica.

A fim de compreender a amplitude destes desafios, no que respeita à população, assistiremos a um aumento da percentagem de pessoas idosas, mas também a uma redução dos mais novos. Como resultado destas tendências demográficas na União Europeia em 2060 (European Commission, 2009:20; 21; 262)<sup>3</sup>:

- 12% da população terá mais de 80 anos (em 2010 representam 5%);
- 30% da população europeia terá mais de 65 anos (em 2010 representam 17%);
- 50% da população europeia terá mais de 50 anos.

Os impactos expectáveis do fenómeno do envelhecimento demográfico não só assumirão especial importância na sustentabilidade financeira do modelo actual de Estado Social, como na necessidade de compreender de forma aprofundada e completa a *velhice e a reforma*, que não raras vezes são socialmente representadas, mas também

<sup>1</sup> Perdigão, Carlos; Rocha, Evangelista; Duarte, João Sequeira; Santos, Ana; Macedo, Ana. (2011). "Prevalência, caracterização e distribuição dos principais factores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise do Estudo AMÁLIA", *Revista Portuguesa Cardiologia* 2011; 30 (04): 393-432.

<sup>2</sup> Piçarra, Bruno Cordeiro; Santos, Ana Rita; Celeiro, Margarida; Bento; Ângela; Dionísio, Pedro; Semedo, Pedro; Fernandes, Renato; Caeiro, Agostinho; Soares, Rui; Trinca, Manuel; Jara, António", *Revista Portuguesa Cardiologia* 2011; 30 (04): 379-392.

<sup>3</sup> European Commission. (2009). *The 2009 Ageing Report — Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, disponível em [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication14992\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf), 2 Outubro 2011

vividas, pela exclusão social, solidão e doença.

Neste contexto, o conhecimento da *oferta* de competências, das percepções sociais sobre as competências e dos itinerários pós-reforma, bem como das alternativas de (re)enquadramento no tecido activo, assumem um papel de grande importância no processo de planeamento e tomada de decisão em matéria de políticas públicas, que estão muito para além da política de saúde.

As consequências da falta ou inadequação de medidas de políticas públicas promotoras de um envelhecimento activo, designadamente no âmbito da participação e capacitação da força de trabalho pós-reforma são multidimensionais. Às potenciais consequências negativas na Pessoa Idosa – pela falta ou desaproveitamento das capacidades adquiridas ao longo da vida –, adicionam-se os efeitos negativos na sociedade por desperdício de capital humano e valor económico.

No actual contexto de envelhecimento demográfico a OCDE (2006)<sup>4</sup> adverte para a necessidade de avaliação das políticas sociais e de emprego, bem como das atitudes e práticas encorajadoras do trabalho numa idade mais avançada, face às consequências económicas e sociais. Se não forem implementadas medidas promotoras de emprego à medida que as pessoas envelhecem e da alteração dos padrões actuais de reforma, o rácio de Pessoas Idosas inactivas por Pessoa activa aumentará **de 38%** (calculada no ano 2000 para a zona OCDE) **para 70%** em 2050 (OCDE, 2006:9).

Neste cenário é de referir também a importância da eliminação dos desincentivos ao trabalho e obstáculos à empregabilidade dos *activos mais velhos*, que contribuem para a saída antecipada do mercado de trabalho (OCDE, 2006:9-10).

A fim de evitar esta realidade actual, a OCDE (2006) recomenda três grandes vectores estratégicos:

- **Incentivos fiscais** à continuidade no trabalho e, caso existam, eliminação de medidas de reforma antecipada;
- **A adaptação das remunerações e das práticas de emprego** como incentivos à manutenção e/ou emprego dos *activos mais velhos*;
- **Desenvolvimento de outras medidas** de empregabilidade dos *activos mais velhos*.

Com esta abordagem é a sociedade – nos seus diversos estádios etários – que beneficiará da capacidade dos indivíduos, à medida que envelhecem, continuarem a participar no domínio do trabalho formal, informal e voluntário (WHO, 2002:45-53).

Como previsto pela OCDE (2006), neste cenário é igualmente determinante para a sustentabilidade das sociedades em envelhecimento o desenvolvimento de políticas públicas e práticas de emprego *age-friendly* com a co-actuação do Estado, das empresas e da Sociedade Civil, com destaque nesta última para as Organizações Não Governamentais (ONG's).

Muito Obrigado.

---

<sup>4</sup> OCDE (2006). *Live longer, Work longer*, disponível em [http://www.monitoringris.org/documents/strat\\_reg/live\\_longer\\_work\\_longer.pdf](http://www.monitoringris.org/documents/strat_reg/live_longer_work_longer.pdf), 2 Outubro 2011





*PROBLEMAS DE SAÚDE PREVALENTES NUMA SOCIEDADE EM ENVELHECIMENTO*

**MODERADORA | CHAIRMAN**  
PROFESSORA DOUTORA AMÁLIA BOTELHO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



# Genetics of Coronary Disease

Professor Doutor Ulf de Faire

Karolinska Institutet, Division of Cardiovascular Epidemiology, Estocolmo - Suécia

## Resumo / Abstract

Coronary heart disease (CHD) is the leading cause of death in elderly people in most industrialized countries. It runs in families suggesting the influence of both environmental and genetic factors for disease outcome. Long-term follow-up studies on more than 10 000 Swedish twin pairs have shown that death from CHD, particularly at earlier ages, are clearly related to genetic factors. The influence of genetic factors decreases over age but is still of significance up to the age of 75. Likewise, calculations of heritabilities on Swedish twins for various clinical manifestations of CHD like death from CHD, myocardial infarction and angina pectoris suggest that genetic factors explain about 40-60 % of the total phenotypic variances and the rest is mainly attributed to non-shared environmental influences. The search for specific genes behind CHD applying genome-wide analyses (GWA) and meta-analyses of such studies have advanced our knowledge at the molecular level with identification of about 20-25 new chromosomal loci related to CHD risk. It is however still puzzling that these loci only explain 10-15 % of the heritability for CHD. Furthermore, identified loci and their genes are generally not related to common pathways/risk factors. So, despite the rapid molecular-genetic progression over recent years a lot remains to be delineated.

We need to know more about the influences of gene.-environmental interactions, the influence of rare alleles and how genes act on the early development of atherosclerosis. Therefore, new approaches have to be taken utilizing pooled large samples for analyses of interactions, whole-genome sequencings and application of bioimaging techniques for better phenotypings. We also need to link genomic data to those of proteomics and metabolomics to fully understand the clinical relevance of our genes.

## Comunicação / Paper

### *Quantitative genetic data*

It is known since long that coronary heart diseases (CHD) run in families. Long-term follow up of 10 502 twin pairs from the Swedish Twin Registry shows a significantly increased risk to die from CHD once your twin partner already had died from CHD (1). This was particularly evident among MZ pairs at younger ages where the relative hazards to die from CHD was 8,1 (95% CI 2.7-24.5) among men who's partner had died before 55 years of age and 15.0 (95% CI 7,1-31.9) among women who's partner had died before 65 years of age (PP2). Calculations of heritabilities for death from CHD on Swedish Twin data yielded heritabilities of about 60% for men and 40% for women (PP3)(2). Similar heritability estimates were obtained for other manifestations of CHD as myocardial infarction (MI) and angina pectoris (AP)( 3,4). Most of the remaining phenotypic variations could be attributed to non-shared environmental influences (PP4)(2). It is noteworthy that genetic effects for death from CHD are of significance up to the age of 75 and not thereafter (1). The genetic influences behind CHD are partly transmitted through genetic effects of traditional risk factors as of serum lipids and lipoproteins (PP5)(5). It seems, however, that from calculations of heritabilities for CHD most of the genetic influences behind CHD is mediated outside the traditional risk factors and pathways ( 2-4).

*From quantitative genetics to susceptibility genes*

So, quantitative genetics learned us that a large part of the genetic influences contained in the heritability estimates has to be found outside that of the common pathways. The first attempts to identify susceptibility genes were based on data from quantitative genetics and knowledge on mechanisms behind atherogenesis, thrombogenesis, physiology of the cardiovascular system, risk factors etc. The advancements of molecular biology techniques as that of PCR-methods made it possible to identify single nucleotide polymorphisms (SNP). This enabled the search for functionally relevant susceptibility genes behind CHD. Initially, the so called candidate gene approach was applied on various patient materials and matched controls (PP6). A large number of association studies were published, the results of many of them, however, difficult to interpret. This was mainly due to the fact that individual SNPs only capture small genetic effects and that the influences of gene-environmental (G x E) influences are overlooked in simple association studies (PP7). Also, most previous association studies were underpowered and ascertainment of the phenotypes under study varied a lot. It became clear that better and larger clinical materials were needed including thousands of cases and controls (PP8). Furthermore, the inclusion of haplotypes sometimes captured the genetic effects better than for single SNPs. It also turned out that due to population variations in allele frequencies and phenotypes multiple replications were needed to confirm and establish initial findings.

### *The search for susceptibility genes*

Eric J Topol summarized nicely the efforts put into the association studies performed on candidate genes during the first 10 years of molecular genetics, up to 2005.(PP9)(6). Promising genetic associations some of which were replicated were noted for genes within apolipoprotein metabolism as apoE, ABC A1, APO A1 and LCAT/low HDL, within endothelial integrity as Connexin 37, within arterial inflammation as LTA, the Leukotriene cascade and Ox40 Ligand, and within thrombosis for example the PAI-1 4G/5G variants. The problem, however, were that the clinical significance of these genetic variants was low with relative risks (RR) in the order of 1,1- 1,4. Calculations of population attributable risks for any of them indicated that they had limited impact (6). In our lab we concentrated our efforts on investigating two populations, the Stockholm Epidemiology Program (SHEEP), a case control study on MI-patients, 45-70 years of age at MI occurrence and age-sex-matched population controls on which DNA and biobank materials were available (about 1300 MI-cases and 1500 controls) and subsets of the Swedish Twin Registry (DNA is available on about 12 000 twin subjects). An own example of the search for possible susceptibility genes regards the identification of TNFSF4 encoding Ox40 Ligand as a gene that could influence atherosclerosis susceptibility (7). Possible SNPs were first identified in animal models and were then shown to be significantly associated with MI risk in patients with premature MI particularly in women (PP10). The findings were confirmed and replicated in the SHEEP-study. As noted from Table 8 the RR-values obtained on replication (SHEEP) suggested fairly modest relations for carriers of the G allele of rs 3850641. This study clearly illustrates the problem with small genetic effects and the need for sufficiently large clinical samples. A way to increase power is to utilize pooled data from several clinical studies. In collaborations with Prof. John Danesh at University of Cambridge, UK, meta-analyses have been undertaken on genetic variants of genes like apoE and lipoprotein lipase (8,9). By this technique it was possible to reliably show protective effects for CHD risk in epsilon2 carriers of the ApoE gene as compared with epsilon3/epsilon3 genotypes by the use of 37 000 CHD cases and 82 000 controls including SHEEP data.

### *Genome wide association studies (GWAs).*

With the development of techniques for simultaneous determination of a large number of SNPs through chip techniques a more detailed analyses of chromosomal regions was possible. The first GWAs were published in 2007 and then followed by several other publications. In an update by Mälarstig and Hamsten in 2010 the results of the first phase of GWAs indicate that 12 novel loci had been identified as being of potential interest (PP11)(10). Besides the well known locus for LpA (11) the 9p21 locus could be replicated in all of the GWAs published. The 9p21 locus with average odds ratios (OD) of 1.24 (95% CI 1.20 – 1.29) for CHD risk. The nearest genes to this locus was CDKN2A, CDKN2B, ANRIL and MTAP. Interestingly, the effects of these genes near the loci identified are not directly related to well known risk factors and their functions are still not fully known.

Through several international genetic consortia data from all pertinent GWAs have been used in various meta-analyses as that from the CARDIOGRAM and Coronary Artery Disease (C4D) consortia. The CARDIOGRAM consortium performed a meta analysis of 14 GWAs with 22 233 coronary artery disease (CAD) cases and 64 762 controls of European descent. Replications were done in additional 56 682 cases including those of SHEEP (12)The analyses confirmed the association of 10 out of 12 previously reported loci and in addition 13 new loci were identified of which 3 were associated with common risk factors and 5 of the new loci were associated with various other diseases (PP12). The ODs for the new loci varied between 1.06 to 1.17 (PP13). The C4D consortium on 15 420 CAD cases and 15 062 controls in the discovery phase and 21 408 cases and 19 185 controls in the replication phase (incl. those from SHEEP) identified 5 new loci associated with CAD (PP14). The nearby genes and presumed functions were related to functions and pathways outside those of the common risk factors like monocytes, matrix-and metalloproteinases, G-protein receptors (PP15)(13). Our previous predictions from quantitative genetics on genetic influences mediated outside the common risk factors have been confirmed by the different GWAs. In another large meta analysis on loci for blood lipids containing 46 GWAs in > 100 000 Europeans and additional mappings of 15 000 Asians, 9 000 South Asians and 8 000 African Americans 95 loci for blood lipids were identified (PP16,17)(14). Of these 95 loci, 59 were new. Some of the SNPs were located near known lipid regulators as CYP7A4, NPC1L1 and SCARB1 (PP18). Several of the loci were also related to CAD. Three novel genes were validated (SALNT2, PPP1R3B and TT39B) which might be used for identifying novel drugs for treatment. Based upon the loci identified for CAD and blood lipids calculations of attributable proportions for risk suggest that the confirmed loci for CAD may only explain about 10% of the heritability for CAD/CHD and similarly

the loci for blood lipids about 15 % of the total phenotypic variations for blood lipids. So, despite these efforts to unravel the molecular genetic pathways for CAD and lipid variations a lot remains to be done to fully understand the genetic links to CHD.

### *The missing heritability*

The unbiased search for new loci through GWAs clearly illustrates that still most of the heritabilities for CAD/CHD and phenotypic variations of blood lipids are unexplained (PP19)(15). This seems to be the case for most complex diseases (PP20) The findings of the missing heritabilities have been lively discussed. It is likely that new research strategies in searching for rare and low frequency variants and structural variants are needed (PP21,22). This requires strategies to apply as yet expensive techniques like exome sequencings or preferably whole genome sequencings. Other approaches are most likely needed as well to assess the impact of interactions, G x E and G x G. The sample sizes also have to be increased and similarly improvements made on phenotypings. Reliable methods for early detection of atherosclerotic plaques like bioimaging techniques have to be established and used on sufficiently large samples. Furthermore, much larger cohorts than of today have to be initiated.

### REFERENCES

1. Marenberg M.E., Risch N., Berkman L.F., Floderus B., de Faire U. Genetic susceptibility to death from coronary heart disease in a study of twins. *N Engl J Med* 1994. 330: 1041-6.
2. Zdravkovic S., Wienke A., Pedersen N.L., Marenberg M.E., Yashin A.I., de Faire U. Genetic influences on CHD-death and the impact of known risk factors: comparison of two frailty models. *Behav Genet* 2004. 34: 585-92.
3. Zdravkovic S., Wienke A., Pedersen N.L., de Faire U. Genetic susceptibility of myocardial infarction. *Twin Res Hum Genet* 2007. 10: 848-52.
4. Zdravkovic S., Wienke A., Pedersen N.L., de Faire U. Genetic influences on angina pectoris and its impact on coronary heart disease. *Eur J Hum Genet* 2007. 15: 872-7.
5. Heller D.A., de Faire U., Pedersen N.L., Dahlen G., McClearn G.E. Genetic and environmental influences on serum lipid levels in twins. *N Engl J Med* 1993. 328: 1150-6.
6. Topol EJ, Smith J, Plow EF, Wang QK. Genetic susceptibility to myocardial infarction and coronary artery disease. *Hum Mol Genet.* 2006;15 Spec No 2:R117-23.
7. Wang X., Ria M., Kelmenson P.M., Eriksson P., Higgins D.C., Samnegard A., Petros C., Rollins J., Bennett AM., Wiman B., de Faire U., Wennberg C., Olsson PG., Ishii N., Sugamura K., Hamsten A., Forsman-Semb., Lagercrantz J., Paigen B. Positional identification of TNFSF4, encoding OX40 ligand, as a gene that influences atherosclerosis susceptibility. *Nat Genet* 2005. 37: 365-72.
8. Bennett A.M., Di Angelantonio E., Ye Z., Wensley F., Dahlin A., Ahlbom A., Keavney B., Collins R., Wiman B., de Faire U., Danesh J. Association of apolipoprotein E genotypes with lipid levels and coronary risk. *JAMA* 2007. 298: 1300-11.
9. Sagoo G.S., Tatt I., Salanti G., Butterworth A.S., Sarwar N., van Maarle M., Jukema JW., Wiman B., Kastelein JJ., Bennett AM., de Faire U., Danesh J., Higgins JP. Seven lipoprotein lipase gene polymorphisms, lipid fractions, and coronary disease: a HuGE association review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2008. 168: 1233-46.
10. Mälarstig A, Hamsten A. Genetics of atherothrombosis and thrombophilia. *Curr Atheroscler Rep.* 2010;12:159-66.
11. Clarke R, Peden JF, Hopewell JC, Kyriakou T, Goel A, Heath SC, Parish S, Barlera S, Franzosi MG, Rust S, Bennett D, Silveira A, Malarstig A, Green FR, Lathrop M, Gigante B, Leander K, de Faire U, Seedorf U, Hamsten A, Collins R, Watkins H, Farrall M, PROCARDIS consortium. Genetic variants associated with Lp(a) lipoprotein level and coronary disease. *N Engl J Med* 2009; 361: 2518-28.
12. Schunkert H, König IR, Kathiresan S, Reilly MP, Assimes TL, Holm H, Preuss M, Stewart AF, Barbalic M, Gieger C, Absher D, Aherrahrou Z, Allayee H, Altshuler D, Anand SS, Andersen K, Anderson JL, Ardissino D, Ball SG, Balmforth AJ, Barnes TA, Becker DM, Becker LC, Berger K, Bis JC, Boekholdt SM, Boerwinkle E, Braund PS, Brown MJ, Burnett MS, Buyschaert I, Cardiogenics, Carlquist JF, Chen L, Cichon S, Codd V, Davies RW, Dedoussis G, Dehghan A, Demissie S, Devaney JM, Diemert P, Do R, Doering A, Eifert S, Mokhtari NE, Ellis SG, Elosua R, Engert JC, Epstein SE, de Faire U, Fischer M, Folsom AR, Freyer J, Gigante B, Girelli D, Grefarsdottir S, Gudnason V, Gulcher JR, Halperin E, Hammond N, Hazen SL, Hofman A, Horne BD, Illig T, Ibarren C, Jones GT, Jukema JW, Kaiser MA, Kaplan LM, Kastelein JJ, Khaw KT, Knowles JW, Kolovou G, Kong A, Laaksonen R, Lambrechts D, Leander K, Lettre G, Li M, Lieb W, Loley C, Lotery AJ, Mannucci PM, Maouche S, Martinelli N, McKeown PP, Meisinger C, Meitinger T, Melander O, Merlini PA, Mooser V, Morgan T, Mühleisen TW, Muhlestein JB, Münzel T, Musunuru K, Nahrstaedt J, Nelson CP, Nöthen MM, Olivieri O, Patel RS, Patterson CC, Peters A, Peyvandi F, Qu L, Quyyumi AA, Rader DJ, Rallidis LS, Rice C, Rosendaal FR, Rubin D, Salomaa V, Sampietro ML, Sandhu MS, Schadt E, Schäfer A, Schillert A, Schreiber S, Schrezenmeier J, Schwartz SM, Siscovick DS, Sivananthan M, Sivapalaratnam S, Smith A, Smith TB, Snoop JD, Soranzo N, Spertus JA, Stark K, Stirrups K, Stoll M, Tang WH, Tennstedt S, Thorgeirsson G, Thorleifsson G, Tomaszewski M, Uitterlinden AG, van Rij AM, Voight BF, Wareham NJ, Wells GA, Wichmann HE, Wild PS, Willenborg C, Wittman JC, Wright BJ, Ye S, Zeller T, Ziegler A, Cambien F, Goodall AH, Cupples LA, Quertermous T, März W, Hengstenberg C, Blankenberg S, Ouwehand WH, Hall AS, Deloukas P, Thompson JR, Stefansson K, Roberts R, Thorsteinsdottir U, O'Donnell CJ, McPherson R, Erd-

- mann J; the CARDIoGRAM Consortium, Samani NJ. Large-scale association analysis identifies 13 new susceptibility loci for coronary artery disease. Nat Genet. 2011 Mar 6. [Epub ahead of print]
13. The Coronary Artery Disease (C4D) Genetics Consortium; Steering and Writing committee, A Peden JF, Hopewell JC, Saleheen D, Chambers JC, Hager J, Soranzo N, Collins R, Danesh J, Elliott P, Farrall M, Stirrups K, Zhang W, Hamsten A, Parish S, Lathrop M, Watkins H Chair, Clarke R, Deloukas P, Kooner JS; Statistical genetics and bioinformatics, Goel A, Ongen H, Strawbridge RJ, Heath S, Mälarstig A, Helgadottir A, Ohrvik J, Murtaza M, Potter S, Hunt SE; Genotyping, Delepine M, Jalilzadeh S, Axelsson T, Syvanen AC, Gwilliam R, Bumpstead S, Gray E, Edkins S; Expression QTL analyses, Folkersen L, Kyriakou T, Franco-Cereceda A, Gabrielsen A, Seedorf U; the MuTHER consortium, Eriksson P; Discovery cohorts, Offer A, Bowman L, Sleight P, Armitage J, Peto R, Abecasis G, Ahmed N, Caulfield M, Donnelly P, Froguel P, Kooner AS, McCarthy MI, Samani NJ, Scott J, Sehmi J, Silveira A, Hellénus ML, van 't Hooft FM, Olsson G, Rust S, Assmann G, Barlera S, Tognoni G, Franzosi MG, Linksted P, Green FR, Rasheed A, Zaidi M, Shah N, Samuel M, Mallick NH, Azhar M, Zaman KS, Samad A, Ishaq M, Gardezi AR, Memon FU, Frossard PM; Replication cohorts, Spector T, Peltonen L, Nieminen MS, Sinisalo J, Salomaa V, Ripatti S, Bennett D, Leander K, Gigante B, de Faire U, Pietri S, Gori F, Marchioli R, Sivapalaratnam S, Kastelein JJ, Trip MD, Theodoraki EV, Dedoussis GV, Engert JC, Yusuf S, Anand SS. A genome-wide association study in Europeans and South Asians identifies five new loci for coronary artery disease. Nat Genet. 2011 Mar 6. [Epub ahead of print]
  14. Teslovich TM, Musunuru K, Smith AV, Edmondson AC, Stylianou IM, Koseki M, Pirruccello JP, Ripatti S, Chasman DI, Willer CJ, Johansen CT, Fouchier SW, Isaacs A, Peloso GM, Barbalic M, Ricketts SL, Bis JC, Aulchenko YS, Thorleifsson G, Feitosa MF, Chambers J, Orho-Melander M, Melander O, Johnson T, Li X, Guo X, Li M, Shin Cho Y, Jin Go M, Jin Kim Y, Lee JY, Park T, Kim K, Sim X, Tzee-Hee Ong R, Croteau-Chonka DC, Lange LA, Smith JD, Song K, Hua Zhao J, Yuan X, Luan J, Lamina C, Ziegler A, Zhang W, Zee RY, Wright AF, Witteman JC, Wilson JF, Willemssen G, Wichmann HE, Whitfield JB, Waterworth DM, Wareham NJ, Waeber G, Vollenweider P, Voight BF, Vitart V, Uitterlinden AG, Uda M, Tuomilehto J, Thompson JR, Tanaka T, Surakka I, Stringham HM, Spector TD, Soranzo N, Smit JH, Sinisalo J, Silander K, Sijbrands EJ, Scuteri A, Scott J, Schlessinger D, Sanna S, Salomaa V, Saharinen J, Sabatti C, Ruukonen A, Rudan I, Rose LM, Roberts R, Rieder M, Psaty BM, Pramstaller PP, Pichler I, Perola M, Penninx BW, Pedersen NL, Pattaro C, Parker AN, Pare G, Oostra BA, O'Donnell CJ, Nieminen MS, Nickerson DA, Montgomery GW, Meitinger T, McPherson R, McCarthy MI, McArdle W, Masson D, Martin NG, Marroni F, Mangino M, Magnusson PK, Lucas G, Luben R, Loos RJ, Lokki ML, Lettre G, Langenberg C, Launer LJ, Lakatta EG, Laaksonen R, Kyvik KO, Kronenberg F, König IR, Khaw KT, Kaprio J, Kaplan LM, Johansson A, Jarvelin MR, Janssens AC, Ingelsson E, Igl W, Kees Hovingh G, Hottenga JJ, Hofman A, Hicks AA, Hengstenberg C, Heid IM, Hayward C, Havulinna AS, Hastie ND, Harris TB, Haritunians T, Hall AS, Gyllenstein U, Guiducci C, Groop LC, Gonzalez E, Gieger C, Freimer NB, Ferrucci L, Erdmann J, Elliott P, Ejebe KG, Döring A, Dominiczak AF, Demissie S, Deloukas P, de Geus EJ, de Faire U, Crawford G, Collins FS, Chen YD, Caulfield MJ, Campbell H, Burtt NP, Bonnycastle LL, Boomsma DI, Boekholdt SM, Bergman RN, Barroso I, Bandinelli S, Ballantyne CM, Assimes TL, Quertermous T, Altshuler D, Seielstad M, Wong TY, Tai ES, Feranil AB, Kuzawa CW, Adair LS, Taylor HA Jr, Borecki IB, Gabriel SB, Wilson JG, Holm H, Thorsteinsdottir U, Gudnason V, Krauss RM, Mohike KL, Ordovas JM, Munroe PB, Kooner JS, Tall AR, Hegele RA, Kastelein JJ, Schadt EE, Rotter JI, Boerwinkle E, Strachan DP, Mooser V, Stefansson K, Reilly MP, Samani NJ, Schunkert H, Cupples LA, Sandhu MS, Ridker PM, Rader DJ, van Duijn CM, Peltonen L, Abecasis GR, Boehnke M, Kathiresan S. Biological, clinical and population relevance of 95 loci for blood lipids. Nature 2010Aug 5; 466(7307):707-13.
  15. Manolio TA, Collins FS, Cox NJ, Goldstein DB; Hindorff LA; Hunter DJ, McCarthy MI, Ramos EM, Cardon LR; Chakravarti A, Cho JH, Guttmacher AE, Kong A, Kruglyak L, Mardis E, Rotimi CN, Slatkin M, Valle D, Wittmore AS, Boehnke M, Clark AG, Eichler EE, Gibson G, Haines JL, Mackay TF, McCarroll SA, Visscher PM. Finding the missing heritability of complex diseases. Nature 2009;461:747-53.

## Nota Biográfica / Biographical Note

Ulf de Faire é Professor de Epidemiologia Cardiovascular no *Institute of Environmental Medicine* (organização de investigação interdisciplinar na área temática da Medicina Ambiental) no Karolinska Institutet, institutos promotores de investigação internacional no domínio da toxicologia, medicina ambiental e epidemiologia.

A sua actividade de investigação tem sido conduzida no domínio do estudo dos mecanismos e factores envolvidos no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, nomeadamente *coronary heart disease* and the *underlying vascular atherosclerosis*. A estratégia de investigação é baseada na combinação de métodos epidemiológicos com métodos clínicos e técnicas laboratoriais, com ênfase na identificação de *novel biomarkers*, designadamente genéticos e inflamatórios.

Neste contexto, Ulf de Faire tem participado em vários estudos epidemiológicos, nomeadamente the *Stockholm Heart Epidemiology Program* (SHEEP), cujo grupo de investigação participa em vários projectos de investigação internacionais, nomeadamente IMPROVE (UdF partner) and CVD IMMUNE (UdF Deputy Co-ordinator).

Ulf de Faire publicou cerca de 350 artigos originais com referee internacional no domínio de investigação cardiovascular, com especial enfoque no estudo dos mecanismos e factores de risco para as doenças cardiovasculares e arterioesclerose. Constituem como principais áreas de interesse o estudo do background genético das doenças coronárias, segundo a combinação das abordagens quantitativa e molecular, bem como a exploração de *novel inflam-*

*matory biomarkers*. Ulf de Faire é ainda *Editor-in-Chief for Journal of Internal Medicine* (JIM, IF 5,92). Número total de citações de acordo com o ISI: 19 500, .H-index 62.

## **Contactos / Contacts**

Address: Box 210, SE-171 77 Stockholm,  
Visiting address: Nobels väg 13, Karolinska Institutet  
Work: +46 8 524 874 80  
Fax: +46 8 31 39 61  
E-mail: Ulf.defaire@ki.se



## *Doenças Cardiovasculares e Envelhecimento*

*Comentador / Paper Discussant*

*Professor Catedrático João Gorjão Clara*

*Unidade Universitária de Geriatria - Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa*



# Geografia da Doença Cardiovascular em Portugal Continental: enfarte agudo do miocárdio - padrões e sazonalidade

**Mestre Ricardo Almendra**

**Professora Catedrática Paula Santana**

**Doutorando João Vasconcelos**

*Universidade de Coimbra | Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa*

## Resumo / Abstract

Actualmente, a doença cardiovascular é uma das principais causas de morte e de morbilidade na Europa e no Mundo. Em alguns países da União Europeia (UE) a mortalidade por doença coronária representa cerca de 65% de toda a mortalidade. De acordo com a WHO (2011), em 2030 morrerão 23,6 milhões de pessoas devido a alguma forma da doença cardiovascular, este aumento será mais evidente nos países mediterrâneos.

A doença cardiovascular é frequentemente associada à população envelhecida, de facto, segundo o American Heart Association, a idade é considerada o principal factor de risco daqueles que não são passíveis de intervenção. Segundo a mesma fonte, mais de 83% dos óbitos por doenças coronárias ocorrem em indivíduos com 65 ou mais anos. As doenças cardiovasculares são também uma importante causa de incapacidade, limitando a morbilidade e degradando a qualidade de vida dos idosos (NIA 2005).

Os efeitos da doença cardiovascular não se distribuem de forma equitativa ao longo do ano. Evidências científicas apontam para um aumento da mortalidade e da morbilidade durante o período frio (Eurowinter 1997).

É sabido que com a exposição ao frio, o corpo humano aumenta a frequência cardíaca e a vasoconstrição, enquanto a frequência respiratória diminui significativamente (De Lorenzo et al. 1999; Freire 1996; Wilson, 2010). Em casos extremos, alguns órgãos vitais podem deixar de funcionar em perfeitas condições e pode dar-se a morte. (Keatinge 1986; Keatinge 2002).

Ao contrário do espectável, é nos países do Sul da Europa, com períodos de frio menos intensos que os países do Norte, que se verificam maiores valores de morbilidade e de mortalidade associadas ao frio (Healy 2003). Esta situação deve-se a diferentes graus de resiliência ao frio e a condições de habitação e de protecção completamente díspares (Hajat, Kovats, and Lachowycz 2007).

Neste sentido, e conseqüentemente, serão as populações mais fragilizadas as mais vulneráveis a situações de risco devido a exposição ao frio. Conjugam-se aqui, portanto, vários determinantes de ordem social, biológica, económica, entre outras, que vão acentuar os de ordem ambiental.

O aumento da esperança média de vida traduziu-se no crescimento da população idosa, esta realidade é mais evidente nos países do chamado mundo ocidental que se caracterizam por estruturas etárias cada vez mais envelhecidas. As populações idosas são fisicamente, e por vezes socialmente, mais frágeis e mais vulneráveis a condições adversas.

Esta conjugação de factores de risco com aspectos relacionados com a privação material e/ou isolamento, traduz-se num excesso de mortalidade e de morbilidade durante o período frio, que se torna mais evidente nas análises realizadas à população com 65 e mais anos. Deste modo, considera-se que neste grupo populacional existe uma dupla vertente da vulnerabilidade. Se por um lado, os factores de risco não modificáveis concentram-se na população envelhecida, por outro, a capacidade de mitigação de alguns factores modificáveis, como seja, por exemplo a exposição ao frio, parece ser mais limitada. Note-se que em 2000 sensivelmente 45% dos agregados familiares com idosos não tinham nenhuma espécie de aquecimento do ar (INE 2002), o que revela uma percentagem importante de pessoas sem protecção efectiva contra o frio nas suas habitações.

De modo a estudar a geografia e a sazonalidade da doença cardiovascular optou-se por analisar apenas os internamentos hospitalares por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), consideraram-se os episódios de internamento em hospitais públicos do SNS de residentes em Portugal Continental, cuja entrada nos serviços hospitalares se deu no quinquénio de 2003 a 2007. Os episódios considerados na análise referem-se a eventos de internamento, e não a indivíduos que foram hospitalizados (uma vez que um indivíduo poderá ser internado por múltiplas ocasiões), com o diagnóstico principal de internamento de EAM (CID 9: 410).

No presente estudo foi possível observar que em Portugal a sazonalidade dos internamentos por enfarte do miocárdio é bastante acentuada, em especial na população idosa, onde os internamentos durante o inverno são significativamente mais elevados no que no resto do ano.

## 1 - Introdução:

Actualmente, a doença cardiovascular é uma das principais causas de morte e de morbilidade na Europa e no Mundo. Em alguns países da União Europeia (UE) a mortalidade por doença coronária representa cerca de 65% de toda a mortalidade. De acordo com a WHO (2011), em 2030 morrerão 23,6 milhões de pessoas devido a alguma forma da doença cardiovascular, este aumento será mais evidente nos países mediterrâneos.

A doença cardiovascular é frequentemente associada à população envelhecida, de facto, segundo a *"American Heart Association"*, a idade é considerada o principal factor de risco daqueles que não são passíveis de intervenção. Segundo a mesma fonte, mais de 83% dos óbitos por doenças coronárias ocorrem em indivíduos com 65 ou mais anos. As doenças cardiovasculares são também uma importante causa de incapacidade, limitando a morbilidade e degradando a qualidade de vida dos idosos (NIA 2005).

Os efeitos da doença cardiovascular não se distribuem de forma equitativa ao longo do ano. Evidências científicas apontam para um aumento da mortalidade e da morbilidade durante o período frio (Eurowinter 1997).

É sabido que com a exposição ao frio, o corpo humano aumenta a frequência cardíaca e a vasoconstrição, enquanto a frequência respiratória diminui significativamente (De Lorenzo et al. 1999; Freire 1996). Em casos extremos, alguns órgãos vitais podem deixar de funcionar em perfeitas condições e pode dar-se a morte (Keatinge 1986; Keatinge 2002).

Pretende-se analisar a relação entre doença cardiovascular e o envelhecimento através da morbilidade hospitalar por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). Neste sentido, é objectivo deste estudo identificar e analisar a sazonalidade da morbilidade hospitalar por EAM, o excesso de internamentos hospitalares por EAM associados ao frio e identificar territórios em Portugal Continental e populações de risco.

## 2 - Estado da Arte:

### 2.1 - Envelhecimento e Doenças cardiovasculares

A evolução demográfica que se verificou na Europa pauta-se, entre outros aspectos, por um aumento da esperança média de vida. Esta crescente longevidade traduziu-se no aumento, relativo e absoluto, da população idosa que pela primeira vez adquire um peso tão determinante na construção da pirâmide etária Europeia (Barreto 2005; Lutz and Goldstein 2004).

Com o envelhecimento verifica-se uma diminuição progressiva das aptidões e das capacidades físicas e mentais (Oliveira et al. 2010). Os idosos são mais frágeis fisicamente e, em muitos casos, encontram-se socialmente desprotegidos. Segundo Havenith (2001), no Reino Unido 41% da população idosa (com 65 ou mais anos) refere que o seu estilo de vida é limitado por alguma doença ou incapacidade.

A doença cardiovascular, que é frequentemente associada à população envelhecida, é uma das principais causas de morte e de morbilidade na Europa e no Mundo. Em alguns países da UE a mortalidade por doença coronária representa cerca de 65% de toda a mortalidade. Segundo a *"American Heart Association"*, a idade é considerada o principal factor de risco daqueles que não são passíveis de intervenção. Segundo a mesma fonte, mais de 83% dos óbitos por doenças coronárias ocorrem em indivíduos com 65 ou mais anos. As doenças cardiovasculares são também uma importante causa de incapacidade, limitando a mobilidade e degradando a qualidade de vida de toda a população e, especificamente, dos idosos (NIA 2005).

### 2.2 - Exposição ao frio e doença cardiovascular

Com o agravar da exposição ao frio, o corpo humano aumenta a contracção dos vasos sanguíneos, perde a capacidade motora, em especial a coordenação de movimentos das mãos e pernas. A pulsação e a frequência respiratória diminuem significativamente, mas em compensação a frequência cardíaca aumenta, representando um esforço cardíaco acrescido. Alguns órgãos vitais podem deixar de funcionar em perfeitas condições e pode dar-se a morte. Para além destes aspectos, alguns estudos têm referido que a necessidade de oxigenação do miocárdio é maior quando o corpo regista um arrefecimento, em especial na população idosa desencadeando assim um risco de complicações cardíacas associadas a sensação de frio (Wilson et al., 2010).

Para além dos factores acima mencionados, a própria composição e densidade do sangue pode variar de acordo com oscilações térmicas. Isto é, com o início da sudação, as trocas de água (por via da evaporação) conduzem a uma perda de sal e água no corpo, o que provoca o aumento da concentração de glóbulos vermelhos e brancos, de plaquetas e de colesterol plasmático no sangue. Estas variações da densidade e composição sanguínea diminuem a fluidez do fluxo e aumentam a probabilidade de formação de coágulos, uma vez que podem aumentar a concentração do sangue em cerca de 10% e a sua viscosidade em 20% (Keatinge et al., 1986; Keatinge, 2002).

Em suma, a exposição ao frio faz com que o coração fique sujeito a um esforço suplementar, o que pode aumentar

a probabilidade de ocorrência de episódios de doença coronária como angina de peito, ou enfarte agudo do miocárdio (De Lorenzo et al. 1999; Pell and Cobbe 1999).

### 2.3 - Sazonalidade nas doenças cardiovasculares

O excesso de mortalidade relacionado com o frio foi já referido há cerca de 150 anos em jornais de medicina, no entanto, ainda hoje em dia é observada uma sazonalidade na mortalidade, podendo em alguns países europeus variar entre 5% e 30% (Healy 2003).

Ao contrário do espectável, é nos países do Sul da Europa, com períodos de frio menos intensos que os países do Norte, que se verificam maiores valores de morbilidade e de mortalidade associadas ao frio (Healy 2003). Estima-se que o aumento da mortalidade por cada grau que a temperatura desce abaixo dos 18 graus °C seja superior nas regiões mais amenas que nas mais frias (Eurowinter 1997). Esta situação deve-se a diferentes graus de resiliência ao frio e a condições de habitação e de protecção completamente díspares (Hajat et al. 2007). Segundo Lorenzo et al (1999), os indivíduos mais familiarizados e adaptados a condições de frio conseguem apresentar respostas mais eficazes a temperaturas extremas.

A maior parte deste excesso de mortalidade durante o Inverno está associada a doenças do foro respiratório e cardiovascular. De facto, a incidência da doença cardiovascular não se distribui de forma equitativa ao longo do ano. Evidências científicas apontam para um aumento da mortalidade e da morbilidade por doenças do foro cardíaco durante o período frio (Eurowinter 1997). Na maior parte dos países é possível encontrar bem patente uma sazonalidade na doença coronária, registando-se um aumento durante o período frio e um decréscimo quando as temperaturas são mais elevadas. (Gerber et al. 2006). A incidência da doença cardiovascular aumenta à medida que os termómetros registam temperaturas mais baixas, tanto a mortalidade como os internamentos hospitalares revelam um acréscimo durante os meses mais frios, em alguns Invernos registaram-se valores de mortalidade cerca de 70% superiores do que aqueles encontrados no período estival (Heller et al. 1984). Danet et al (1999) conseguiram estabelecer uma relação entre a diminuição da temperatura e o aumento dos acidentes coronários, onde uma diminuição média de 10°C na temperatura estaria associada a um aumento de 13% em todos os acidentes coronários e a um aumento de 11% nas taxas de mortalidade por acidente coronário.

### 2.4 - Idosos, uma população em risco

As populações mais idosas, em virtude da sua fragilidade física e social e psicológica (Oliveira et al. 2010), encontram-se vulneráveis a situações de frio intenso, conjugando vários determinantes de ordem social, biológica, económica, entre outras, que vão acentuar os de ordem ambiental.

Se, por um lado, há uma concentração de factores de risco não modificáveis na população envelhecida, por outro, a capacidade de mitigação de alguns factores modificáveis, como por exemplo, a exposição ao frio, parece ser mais limitada. Note-se que em Portugal, no ano de 2000, sensivelmente 45% dos agregados familiares com idosos não tinham nenhuma espécie de aquecimento do ar (INE 2002), o que revela uma percentagem importante de pessoas sem protecção efectiva contra o frio nas suas habitações.

Esta conjugação de factores de risco traduz-se num excesso de mortalidade e de morbilidade durante o Inverno. Segundo Goodwin (2000), num estudo realizado em Inglaterra e no País de Gales, o excesso de mortalidade por EAM durante o Inverno apresenta uma forte relação com a idade, estando a população com 60 e mais anos em maior risco, no entanto, este risco podia ser mitigado caso fossem tomadas medidas mais eficazes no combate à exposição ao frio interior e exterior (figura 1).

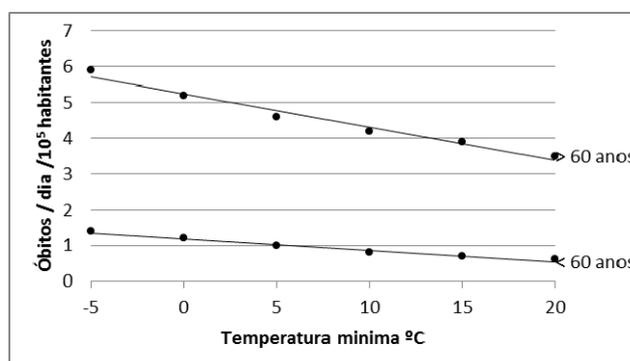


Fig. 1 – Mortalidade diária por EAM em Inglaterra e País de Gales em 1970-71

(Adaptado de Goodwin, 2000)

### 3. - Material e métodos:

#### 3.1 - Material

Os dados demográficos Europeus são provenientes da "Health for All Database" (<http://data.euro.who.int/hfad/>), enquanto a informação relativa à população portuguesa foi consultado no portal *online* do INE (<http://www.ine.pt>).

Os dados sobre as causas de morte encontram-se disponíveis no "European Cardiovascular Disease Statistics, 2008 edition" (Allender et al. 2008).

O estudo da morbilidade por EAM realizou-se através dos episódios de internamento hospitalares em hospitais públicos do SNS, de residentes de Portugal Continental, cuja entrada nos serviços hospitalares se deu no quinquénio de 2003 a 2007, presentes nas bases de dados de altas hospitalares (Administração Central do Sistema de Saúde). Os registos de episódios de internamento estão codificados segundo a CID 9 e foram analisados os internamentos com diagnóstico principal de EAM (cid 9: 410).

#### 3.2 - Métodos

De modo a desenvolver uma análise mais rigorosa procedeu-se à padronização por idades dos internamentos hospitalares segundo o método directo. A Taxa de Internamentos Padronizada (TIP) apresenta-se como uma taxa bruta de internamentos que é ajustada através da população padrão europeia, cuja composição etária é definida e fixa. Esta padronização permite realizar comparações mais correctas entre territórios, principalmente quando as estruturas populacionais são díspares (DGS 2006)

A análise do risco de internamento por EAM desenvolveu-se através de Razões Padronizadas de Internamento (RPI) por EAM, o cálculo das RPI desenvolve-se em três fases. Num primeiro momento calculam-se, para Portugal Continental, as Taxas de Internamento em cada grupo etário, que serão consideradas como taxas de referência. Posteriormente, procede-se à estimativa dos internamentos esperados para cada grupo de idades e para cada NUT tendo em conta a taxa de referência apurada no primeiro momento. Por último, determinam-se as RPI através da relação entre os internamentos esperados e os observados para cada NUT (Santana 2005).

Esta metodologia também tem em conta estruturas etárias com composições diferentes (distingue-se das TIP por comparar os resultados de uma NUT com os observados numa região padrão).

Considerando os possíveis problemas resultantes da influência do acaso na amostra, procedeu-se ao cálculo de Intervalo de Confiança a 95%, segundo o método indicado por Jones e Moon e referido por Santana (2002). Assim, consideram-se quatro classes: 1. RPI superior a 100 e ambos os limites do Intervalo de Confiança também superiores (RPI significativamente aumentada); 2. RPI inferior a 100, tal como os limites do Intervalo de Confiança (RPI significativamente diminuída); 3. RPI é inferior a 100, mas os intervalos de confiança incluem o valor 100 (RPI diminuída, mas não significativamente); 4. RPI é superior a 100, os intervalos de confiança não incluem o valor 100 (RPI aumentada, mas não significativamente).

---

$$1 \quad TIP = \frac{\sum \text{Internamentos}}{\sum \text{População residente}} \times \text{População padrão Europeia}$$

$$2 \quad \text{Taxa de internamento (de referência)} = \frac{\text{Internamentos}}{\text{População residente}}$$

$$3 \quad \text{Internamentos esperados} = \text{Taxa de internamentos de referência} \times \text{População residente}$$

$$4 \quad RPI = \frac{\text{Internamentos observados}}{\text{Internamentos esperados}} \times 100$$

$$5 \quad \text{Intervalo de Confiança máximo: } \frac{\text{Internamentos observados} + 2 \times (\text{Internamentos esperados}) \times 100}{\text{Internamentos esperados}}$$

$$\text{Intervalo de Confiança mínimo: } \frac{\text{Internamentos observados} - 2 \times (\text{Internamentos esperados}) \times 100}{\text{Internamentos esperados}}$$

## 4 - Resultados e discussão

### 4.1 - Envelhecimento e mortalidade por doença cardiovascular

Verifica-se um crescente envelhecimento nos países da UE, em 1990 apenas a Suécia, Reino Unido e a Dinamarca apresentavam mais de 15% de idosos e havia 6 países com menos de 11% (Polónia, Eslováquia, Eslovénia, Roménia, Malta e Lituânia). Num período inferior a duas décadas, em virtude do progresso e da melhoria da condição humana (Oliveira et al. 2010), verificou-se um envelhecimento acentuado da população. Em 2007 eram já 17 países com mais de 15% de idosos, 5 países registaram aumentos relativos superiores a 30% (Eslovénia, Estónia, Letónia, Lituânia e Roménia) (figura 2).

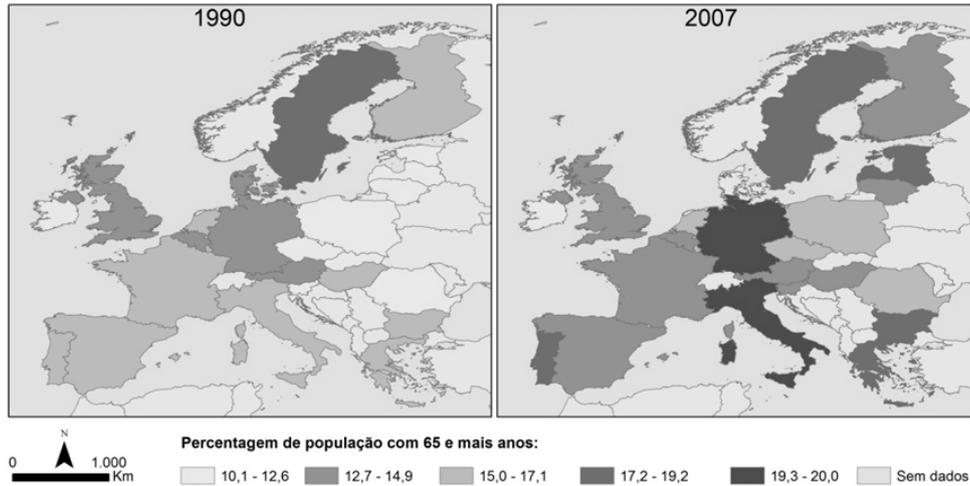


Fig. 2 – Percentagem de idosos na UE (elaborado através de dados da HFA-WHO)

As doenças cardiovasculares apresentam uma forte relação com a idade. Através da análise das causas de morte na UE verifica-se que os tumores malignos são a principal causa de morte para população com menos de 65 anos, representando 35% de todos óbitos; as doenças cardiovasculares são a segunda causa de morte, sendo responsáveis por cerca de um quarto dos óbitos. No entanto, analisando os óbitos registados em idosos, as doenças cardiovasculares quase duplicam de importância, assumindo-se como a principal causa de morte, representando 46% de toda a mortalidade (Figura 3).

Verifica-se que em todos os países da UE a percentagem de óbitos por doenças cardiovasculares é superior nos idosos; Portugal é dos países onde existe maior diferença entre os óbitos por doenças cardiovasculares registados em idosos e registados em adultos e jovens, verificando-se um aumento relativo de cerca de 58% (Figura 4).

Na UE, é também possível verificar que existe um aumento da mortalidade por doença cardiovascular de Oeste para Leste, registando os países de Leste valores muito superiores.

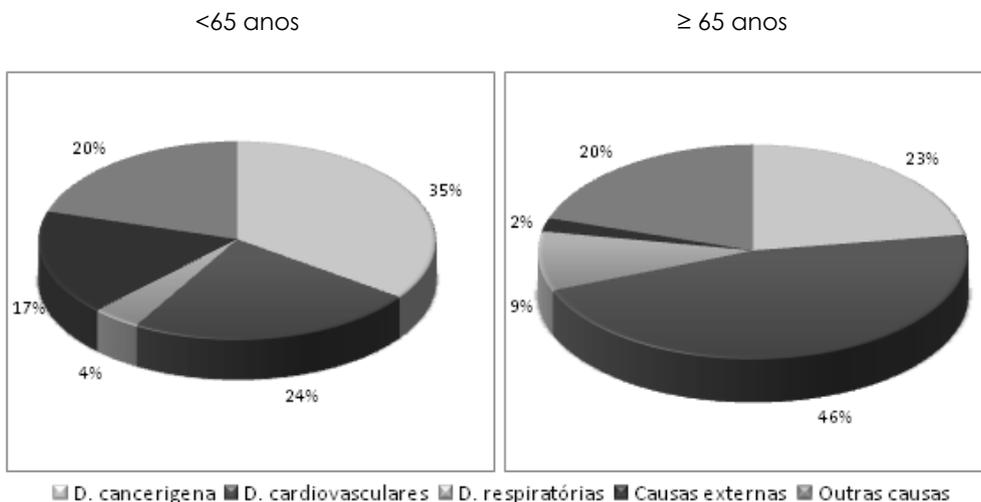
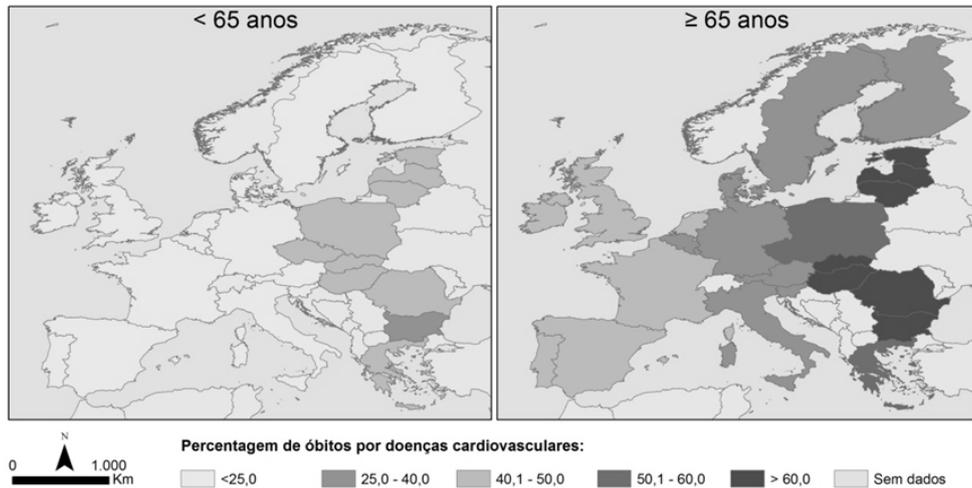


Fig. 3 – Mortalidade por causas na UE (adaptado de Allender et al., 2008)



#### 4.2 - Morbilidade hospitalar em Portugal

São frequentes os estudos que visam, a partir do tratamento de dados de morbilidade hospitalar, estimar a incidência de determinadas doenças crónicas (ARS Norte 2010).

Verificou-se que a morbilidade hospitalar por EAM aumenta com a idade, atingindo o valor máximo na classe etária dos 85 e mais anos. No entanto esta tendência de crescimento não se manifesta do mesmo modo entre homens e mulheres. Os homens atingem taxas de internamento elevadas mais cedo, registando os maiores aumentos entre os 65 e os 74 anos; nas mulheres, por sua vez, apenas após os 64 anos se começa a evidenciar uma curva de crescimento mais acentuada, registando-se os crescimentos mais acentuados entre os 70 e os 74 anos. Na classe etária de 85 e mais anos, a taxa de internamentos apresenta valores mais próximos entre os dois sexos (Figura 5). Acredita-se que esta situação esteja relacionada com as mudanças que se verificam após a menopausa; ao entrar na menopausa, o corpo da mulher produz menos estrogénio o que poderá provocar alterações na tensão arterial e, deste modo, aumentar a probabilidade de vir a sofrer de uma doença do aparelho circulatório (Vitale et al. 2010).

Outros autores (Nicolau et al. 2009; Vasconcelos et al. 2010) haviam já identificado maior risco de internamentos nos homens e nas classes etárias mais elevadas em Portugal.

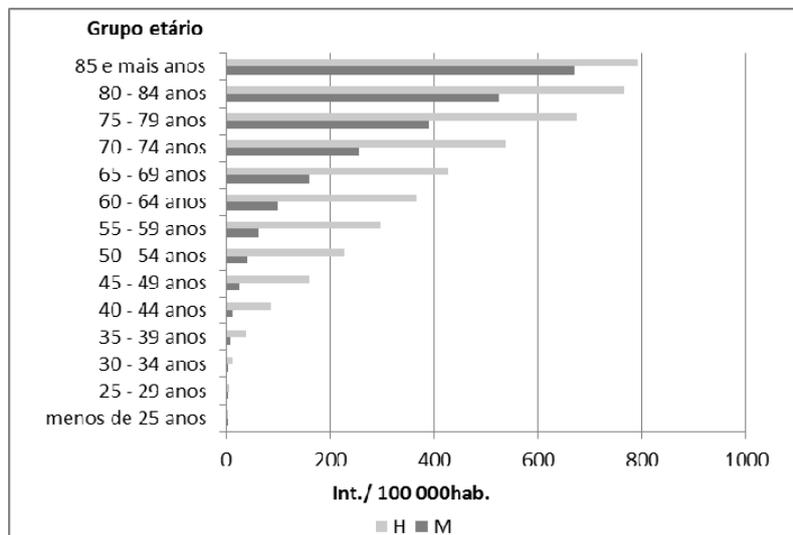


Fig. 5 - Taxa bruta de internamento por EAM por 100 000 habitantes (2003-07) por género e grupo etário (elaborado através de dados da ACSS)

Verifica-se a existência de um padrão marcado na TIP por EAM com valores superiores no litoral e no Sul, tendo sido registados bastantes contrastes entre as regiões com maiores TIP e as regiões com resultados inferiores. Os valores mais elevados registaram-se no Grande Porto, Cova da Beira, Península de Setúbal, Alentejo Central e Baixo Alentejo (onde se regista o valor mais elevado - 110,3 por 100 000 habitantes). Pinhal Litoral e Cova da Beira apresentam-se como excepção a este padrão, o primeiro registando dos valores mais baixos, enquanto Cova da Beira destaca-se no Centro interior por apresentar resultados elevados (Figura 6).

Os resultados obtidos na análise realizada à população com mais de 64 anos apresentam um padrão muito seme-

lhante, havendo apenas ligeiras diferenças em algumas NUT.

Em 2008 a Taxa Bruta de Mortalidade por doença isquémica cardíaca apresentava valores mais elevados no Sul do país, e em particular no Alentejo (ACS 2010), indicando esta área como propensa à doença coronária.



Fig. 6 – TIP por EAM (2003-07) para indivíduos de todas as idades (elaborado através de dados do INE e da ACSS)

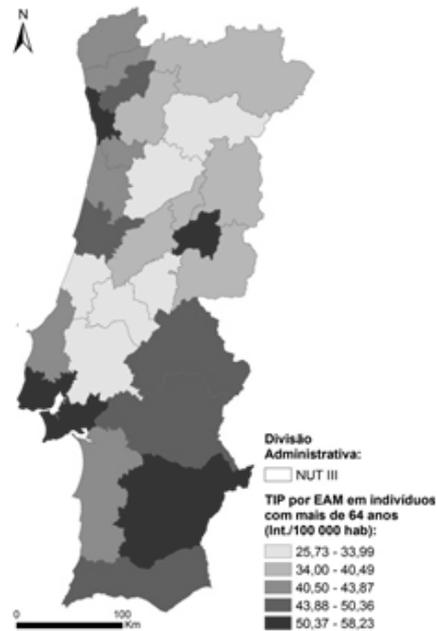


Fig. 7 – TIP por EAM (2003-07) para indivíduos com mais de 64 anos (elaborado através de dados do INE e da ACSS)

#### 4.3 - Sazonalidade dos internamentos por Enfarte Agudo do Miocárdio

Foram considerados como período de Inverno os meses de Novembro a Março; incluíram-se os meses de Novembro e de Março por apresentarem temperaturas baixas, muito próximas às que se fazem sentir nos outros três meses de Inverno.

Durante os meses de Inverno verifica-se um excesso de internamentos por EAM, o pico máximo é registado em Dezembro. Este padrão apresenta a mesma magnitude em ambos os sexos, apesar de os homens apresentarem um aumento absoluto maior, o aumento relativo é semelhante.

Nos idosos verifica-se um padrão semelhante, no entanto, o excesso de internamentos registados durante o Inverno é bastante superior. Neste grupo etário, os Homens apresentam um aumento absoluto e relativo de 25% entre o mês com TIP por EAM superior e o mês com TIP por EAM inferior; nas Mulheres o aumento registado é de 19% (Figura 8).

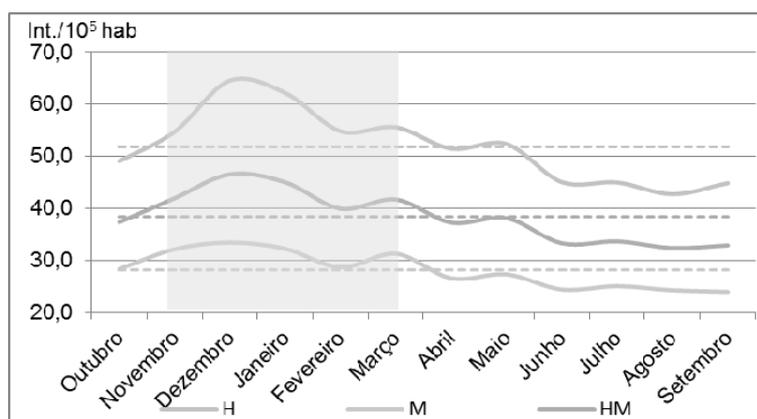


Fig. 8 - TIP por EAM para indivíduos com mais de 64 anos (2003-07) por mês (elaborado através de dados do INE e da ACSS)

A sazonalidade da morbilidade hospitalar por EAM não se manifesta com a mesma intensidade em todas as regiões. O padrão de distribuição das diferenças registadas entre o mês com TIP por EAM máxima e a TIP por EAM mínima mensal revela que o interior do País tende a apresentar valores mais elevados de TIP por EAM associados ao frio. As maiores diferenças registam-se nas NUT da Cova da Beira, Alto Alentejo, Alentejo Central e Baixo Alentejo (Figura 9).

Como verificado anteriormente, o excesso de internamentos no Inverno é superior nos idosos. Desagregando a informação por região essa realidade torna-se mais evidente, uma vez que apenas o Cávado apresenta a TIP máxima

mensal num mês que não é de Inverno. Baixo Alentejo, Alentejo Central, Alto Alentejo, Beira Interior Sul, Serra da Estrela, Dão Lafões, Baixo Vouga, Baixo Mondego e Ave são as NUT que registam maior TIP por EAM associada ao frio em indivíduos idosos (Figura 10).

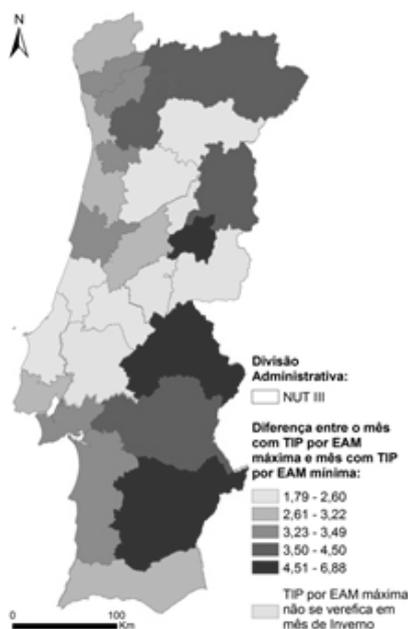


Fig. 9 - Diferença entre o mês com TIP por EAM máxima e a TIP por EAM mínima mensal (2003-07) para indivíduos de todas as idades (elaborado através de dados do INE e da ACSS)

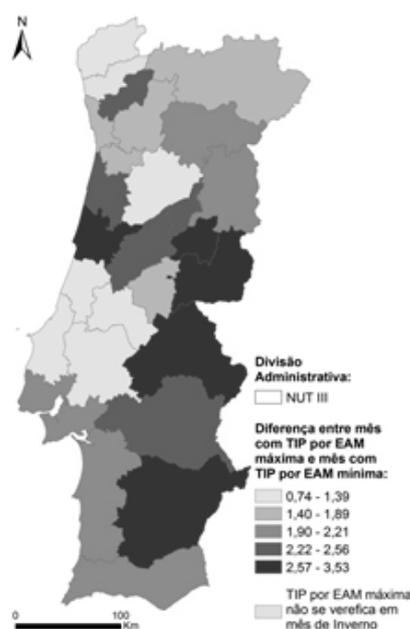


Fig. 10 - Diferença entre o mês com TIP por EAM máxima e a TIP por EAM mínima mensal (2003-07) para indivíduos com mais de 64 anos (elaborado através de dados do INE e da ACSS)

Esta situação poderá estar associada ao frio mais intenso que se faz sentir ou à menor capacidade de adaptar o meio, como sejam as condições de habitação (De Lorenzo et al. 1999; Maheswaran et al. 2004). No Reino Unido desenvolveram-se medidas para combater a mortalidade associada ao frio, tentando mitigar o desconforto térmico que se faz sentir nas habitações através da redução da incapacidade de aquecimento das habitações ou “fuel poverty” e do isolamento mais eficiente das casas (Hajat et al. 2007).

Freire (1996) identificou a existência de sazonalidade por EAM, em Portugal quando analisada a totalidade da população, Nogueira, et al (2009) identificaram um aumento dos internamentos hospitalares por doença isquémica cardíaca durante o Inverno em indivíduos com mais de 74 anos.

#### 4.4 - Risco de internamento

Através da análise das RPI, e do seu intervalo de confiança, torna-se possível identificar NUTs que apresentem diferenças estatisticamente significativas em relação às do Continente português no seu todo. Quando os valores da RPI e os respectivos intervalos de confiança forem superiores a 100 estaremos perante uma região de risco (Santana 2002).

A análise do risco de internamento para indivíduos de todas as idades revela que as NUT do Algarve, Baixo Alentejo, Alentejo Central, Península de Setúbal, Grande Lisboa, Grande Porto e Cova da Beira apresentam valores significativamente superiores aos do Continente. Em sentido contrário, a maior parte das NUT do Norte e Centro do país apresentam um risco de internamento significativamente inferior (Figura 11).

Estas regiões haviam já sido referidas em trabalhos anteriores como potenciais áreas de susceptibilidade à doença coronária. Santana (2002) indicou a região de Lisboa e Vale do Tejo como uma região com elevado risco de morte por doença isquémica cardíaca e as regiões do Alentejo e do Algarve surgiam com a RPI aumentada mas não significativa. Do mesmo modo, Nicolau et al (2009) também destacaram alguns concelhos da região de Lisboa com valores elevados de internamento por doença isquémica cardíaca.

Para os idosos o padrão é semelhante, as NUT do Baixo Alentejo, Alentejo Central, Península de Setúbal, Grande Lisboa, Grande Porto e Cova da Beira continuam a apresentar-se como regiões de elevado risco (Figura 12).

Para perceber qual o comportamento do risco de internamento associado ao período frio aplicou-se a mesma meto-

<sup>6</sup> Considera-se que determinada habitação se encontra em pobreza energética (*fuel poverty* ou *energy poverty*) quando despense mais de 10% do total do seu rendimento em aquecimento da mesma, até atingir um limiar de conforto estandarizado Boardman, Brenda. 2010. *Fixing fuel poverty: challenges and solutions*. London: Earthscan.

dologia apenas para os internamentos registados durante o Inverno.

O risco de internamentos por EAM no Inverno é significativamente superior ao do Continente nas NUT do Alentejo Central, Baixo Alentejo, Península de Setúbal, Grande Lisboa, Cova da Beira e Grande Porto (Figura 13).

A análise da RPI por EAM em indivíduos com mais de 64 anos revela um padrão muito próximo, com as NUT do Alentejo Central, Baixo Alentejo, Península de Setúbal, Grande Lisboa, Cova da Beira e Grande Porto a apresentarem novamente um elevado risco de internamento por EAM. (Figura 14).

O padrão evidenciado na análise das RPI por EAM para o Inverno quer para a população total como para a população com mais de 65 anos, é muito semelhante ao que foi identificado na análise desenvolvida para todos os meses do ano. Ou seja, as regiões que apresentam um maior risco de internamento por EAM registam, simultaneamente, maior susceptibilidade ao frio.

Estes resultados podem relacionar-se com questões comportamentais, mostrando que a capacidade de adaptação, de consciência do perigo e de resiliência ao risco são mais importantes que o frio do Inverno. Podemos apontar ainda diferentes razões que contribuem para este fenómeno: no Alentejo registam-se algumas das amplitudes térmicas mais elevadas; em Lisboa e na Península de Setúbal podem ser factores preponderantes as condições de habitação (barracas, habitações clandestinas). Em virtude da irregular distribuição dos serviços de saúde, existem evidentes diferenças no acesso aos cuidados de saúde, tendo os residentes, por exemplo, em áreas rurais ou suburbanas, uma menor probabilidade de aceder à assistência médica (Santana 2005), o que pode contribuir para a geografia apresentada.

A importância dos comportamentos das populações relativamente ao reconhecimento do risco e às medidas que adoptam para se proteger é referido por vários autores (Hajat et al. 2007; Maheswaran et al. 2004; Vasconcelos et al. 2011).

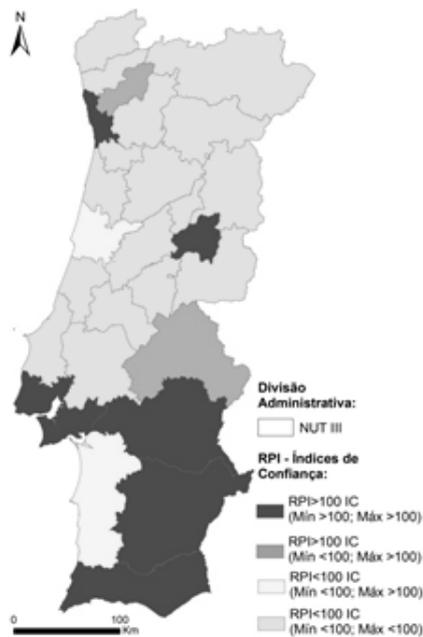


Fig. 11 – RPI por EAM (2003-07) para indivíduos de todas as idades (elaborado através de dados do INE e da ACSS)

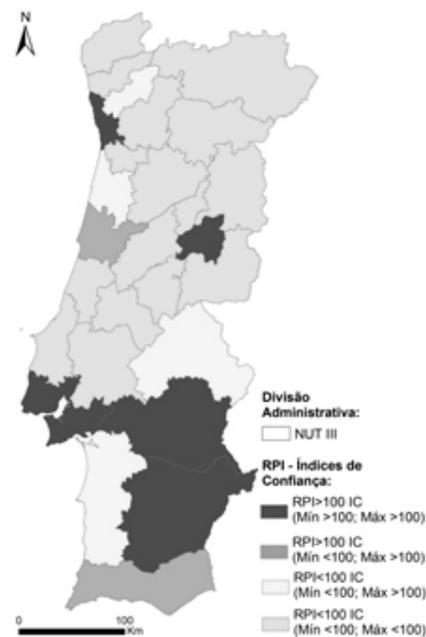


Fig. 12 – RPI por EAM (2003-07) para indivíduos com mais de 64 (elaborado através de dados do INE e da ACSS)

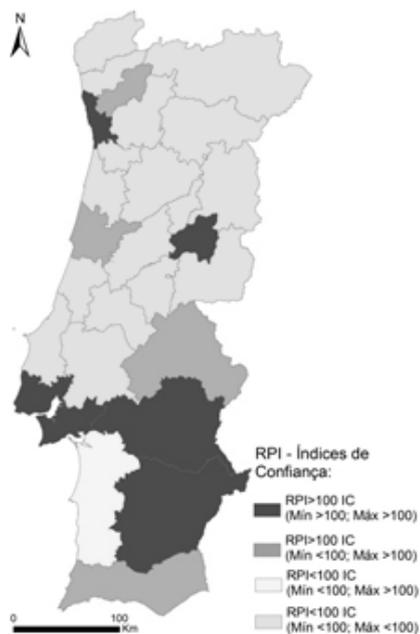


Fig. 13 – RPI por EAM no período de Inverno (2003-07) para indivíduos de todas as idades (elaborado através de dados do INE e da ACSS)

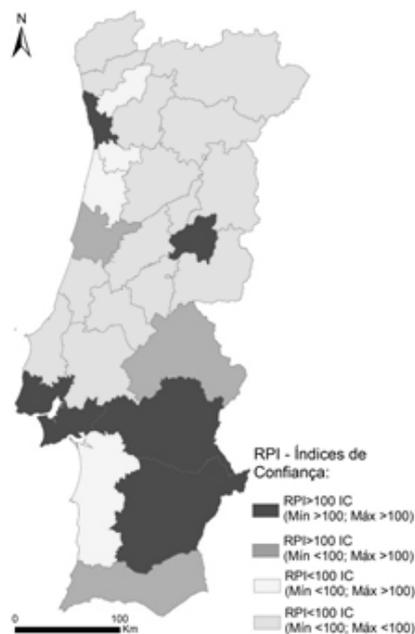


Fig. 14 – RPI por EAM no período de Inverno (2003-07) para indivíduos com mais de 64 anos (elaborado através de dados do INE e da ACSS)

## 5 - Conclusão:

A importância da doença cardiovascular tende a aumentar com a idade, na população com 65 e mais anos cerca de 50% dos óbitos registados na UE devem-se a alguma forma da doença cardiovascular, sendo o envelhecimento considerado o principal factor de risco, de entre aqueles que não pode ser alterado.

A morbidade hospitalar por EAM associada ao frio é evidente em todos os grupos populacionais, mas adquire maior expressão na população idosa. Esta sazonalidade deve-se à maior fragilidade física, psicológica e social que caracteriza este grupo etário.

O excesso de internamentos durante o Inverno tende a ser superior em todo o interior, sendo as regiões do Interior Sul que apresentam um maior risco de internamento.

## BIBLIOGRAFIA

ACS. 2010. *Atlas do Plano Nacional de Saúde*.

Allender, Steven, Peter Scarborough, Viv Peto, Mike Rayner, Jose Leal, Ramon Luengo-Fernandez, and Alastair Gray. 2008. "European Cardiovascular Disease Statistics 2008."

ARS Norte. 2010. "Análise dos internamentos hospitalares na Região Norte, 2007." Porto.

Barreto, João. 2005. "Envelhecimento e qualidade de vida : o desafio actual." *Revista da Faculdade de Letras : Sociologia* 15:13.

Boardman, Brenda. 2010. *Fixing fuel poverty : challenges and solutions*. London: Earthscan.

Danet, S., F. Richard, M. Montaye, S. Beauchant, B. Lemaire, C. Graux, D. Cottel, N. Marecaux, and P. Amouyel. 1999. "Unhealthy effects of atmospheric temperature and pressure on the occurrence of myocardial infarction and coronary deaths. A 10-year survey: the Lille-World Health Organization MONICA project (Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease)." *Circulation* 100:E1-7.

De Lorenzo, F., V. Sharma, M. Scully, and V.V. Kakkar. 1999. "Cold adaptation and the seasonal distribution of acute myocardial infarction." *QJM* 92:747-751.

DGS. 2006. "Risco de Morrer em Portugal 2006." edited by D. d. S. d. E. e. E. d. Saúde: DGS.

Eurowinter. 1997. "Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory disease, and all causes in warm and cold regions of Europe." *The Lancet* 349:1341-1346.

Freire, Elisabete. 1996. "The confort climatology of Portugal, a contribution to human bioclimatology." Universidade de

Londres.

Gerber, Yariv, Steven J. Jacobsen, Jill M. Killian, Susan A. Weston, and Véronique L. Roger. 2006. "Seasonality and Daily Weather Conditions in Relation to Myocardial Infarction and Sudden Cardiac Death in Olmsted County, Minnesota, 1979 to 2002." *Journal of the American College of Cardiology* 48:287-292.

Goodwin, James. 2000. "Cold stress, circulatory illness and the elderly." Pp. 47-60 in *Cutting the cost of cold : affordable warmth for healthier homes*. London ; New York: E & FN Spon.

Hajat, S., R. S. Kovats, and K. Lachowycz. 2007. "Heat-related and cold-related deaths in England and Wales: who is at risk?" *Occupational and Environmental Medicine* 64:93-100.

Havenith, George. 2001. "Temperature regulation and technology." *GERONTECHNOLOGY* 1.

Healy, J. D. 2003. "Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors." *Journal of epidemiology and community health* 57:784-9.

Heller, R. F., S. Chinn, H. D. Pedoe, and G. Rose. 1984. "How well can we predict coronary heart disease? Findings in the United Kingdom Heart Disease Prevention Project." *British medical journal (Clinical research ed.)* 288:1409-11.

INE. 2002. "Inquérito aos Orçamentos Familiares 2000 - Particularidades da população idosa." Pp. 7, edited by I. N. d. Estatística.

Keatinge, W. R. 1986. "Seasonal mortality among elderly people with unrestricted home heating." *Br Med J (Clin Res Ed)* 293:732-3.

Keatinge, W. R. 2002. "Winter mortality and its causes." *Int J Circumpolar Health* 61:292-9.

Lutz, Wolfgang and Joshua R. Goldstein. 2004. "Introduction: How to Deal with Uncertainty in Population Forecasting?" *International Statistical Review* 72:1-4.

Maheswaran, R., D. Chan, P. T. Fryers, C. McManus, and H. McCabe. 2004. "Socio-economic deprivation and excess winter mortality and emergency hospital admissions in the South Yorkshire Coalfields Health Action Zone, UK." *Public Health* 118:167-76.

NIA. 2005. "Aging Hearts and Arteries."

Nicolau, R, A Machado, J Falcão, and M Lira. 2009. *Distribuição dos Internamentos Hospitalares em Portugal Continental: Agregação Geográfica e Determinantes*. Lisboa.

Nogueira, P, E Paixão, and E Rodrigues. 2009. *Sazonalidade e Periodicidades do Internamento Hospitalar em Portugal Continental - 1998 a 2003*. Lisboa: INSA.

Oliveira, Catarina, Manuel Rosa, Anabela Pinto, Maria Botelho, António Morais, and Manuel Veríssimo. 2010. *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Pell, J. P. and S. M. Cobbe. 1999. "Seasonal variations in coronary heart disease." *QJM* 92:689-96.

Santana, Paula. 2002. "A Mortalidade "evitável" em Portugal Continental, 1989 a 1993." *Revista de Estudos Demográficos*.

Santana, Paula. 2005. *Geografias da saúde e do desenvolvimento. Evolução e tendências em Portugal*, Edited by Almedina. Coimbra.

Vasconcelos, J., E. Freire, R. Almendra, and P. Santana. 2010. "Condições climáticas e morbidade/mortalidade: contributos para uma melhoria da habitabilidade e para o planeamento urbano em portugal." in *PLURIS 2010 - The Challenges of Planning in a Web Wide World*. Faro.

Vasconcelos, J., E. Freire, J. Morais, J. R. Machado, and P. Santana. 2011. "The health impacts of poor housing conditions and thermal discomfort." *Procedia Environmental Sciences* 4:158-164.

Vitale, C., M. Fini, G. Speziale, and S. Chierchia. 2010. "Gender differences in the cardiovascular effects of sex hormones." *Fundam Clin Pharmacol* 24:675-85.

Wilson, TE; Gao, Z; Hess, KL; Monahan, KD (2010) - Effect of aging on cardiac function during cold stress in humans. *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 298 (6): R1627-R1633.

WHO. 2011. "Cardiovascular diseases (CVDs)." in *Fact sheet*.

## Contactos / Contacts

Mestre Ricardo Almendra - Universidade de Coimbra, ricardoalmendra85@gmail.com  
Prof. Catedrática Paula Santana - Universidade de Coimbra, paulasantana.coimbra@gmail.com  
Doutorando João Vasconcelos - Instituto Politécnico de Leiria, j.vasconcelos@ipleiria.pt



# Estado Nutricional versus Perda Ponderal e Perímetro Geminal em População Idosa

**Dr.<sup>a</sup> Marisa França**  
**Dr.<sup>a</sup> Marisa Cebola**  
**Dr.<sup>a</sup> Marta Gouveia**  
**Dr. Lino Mendes**

*Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa | Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa | Unidade Dietética e Nutrição, Hospital Doutor Nélio Mendonça | Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa*

## Resumo / Abstract

**Introdução:** O normal processo de envelhecimento engloba várias alterações que têm influência na vida dos idosos e repercussões no seu estado nutricional. As alterações cardiovasculares associadas ao envelhecimento são grandemente influenciadas por factores ambientais tais como hábitos alimentares, tabágicos e exercício físico. Uma nutrição adequada terá implicações favoráveis nos factores de risco das doenças cardiovasculares.

**Objectivo:** Avaliar o estado nutricional dos idosos internados no Serviço de Cardiologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM).

**Material e Métodos:** A avaliação nutricional (AN) foi realizada até às 72h de admissão e incluiu o *Mini Nutritional Assessment*<sup>®</sup> (MNA<sup>®</sup>) e respectivos parâmetros antropométricos nele inseridos.

**Resultados:** O score de MNA<sup>®</sup> revelou que 31,7% (13/41) dos indivíduos estavam bem nutridos, 56,1% (23/41) em risco de desnutrição e 12,2% (5/41) encontravam-se desnutridos. Todos os idosos bem nutridos apresentam um perímetro geminal (PG)  $\geq 31$  cm (13/13), dos idosos em risco de desnutrição, apenas 1/23 apresenta PG  $\leq 31$  cm. Ao relacionar o estado nutricional e o PG verificou-se uma associação estatisticamente significativa,  $p$ -value = 0,035, o que indica que os idosos desnutridos, 3/5 apresentam um PG  $< 31$  cm. Relativamente à relação entre perda ponderal (PP) e AN, 5/23 dos idosos em risco de desnutrição apresentam uma PP superior a 3Kg e 6/23 não refere PP nos últimos três meses. Os idosos que não souberem informar relativamente à PP foram 8/23. Relacionando o estado nutricional com a PP constatou-se a presença de associação estatística,  $p$ -value = 0,031, o que indica que dos idosos desnutridos, 3/5 referem uma PP superior a 3 Kg nos últimos três meses.

**Conclusão:** A maioria dos idosos admitidos no Serviço de Cardiologia encontra-se em risco nutricional. Neste estudo, o perímetro geminal e a perda ponderal nos últimos três meses evidenciaram ser importantes na avaliação nutricional em meio hospitalar, devendo ser complementados com os instrumentos de identificação do risco e AN validados para a população idosa.

## Comunicação / Paper

### Fundamentação teórica

O aumento da esperança de vida e consequente aumento do número de idosos tem originado alterações na distribuição etária da população mundial, prevendo-se que em 2025 existam cerca de 1,2 biliões de indivíduos com 65 ou mais anos, representando novos desafios a nível nutricional<sup>1-4</sup>.

De acordo com os dados de 2009 do Instituto Nacional de Estatística, existem 17,8% de idosos em Portugal, 18,1% em Portugal Continental e 12,9% na Região Autónoma da Madeira (RAM)<sup>5</sup>. Cerca de 68% da população internada no serviço de Cardiologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, em 2009, eram idosos<sup>6</sup>.

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.) onde se inclui o Hospital Dr. Nélio Mendonça é uma unidade integrada de prestação de cuidados de saúde aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais da RAM. Este está localizado na zona poente da cidade do Funchal e é a unidade hospitalar da região que possui serviço de urgência<sup>7</sup>.

### Processo de envelhecimento

#### Alterações fisiológicas

O corpo humano é constituído por células que estão em constante regeneração, numa pessoa idosa o processo de

regeneração celular está diminuído originando a diminuição das funções biológicas e redução nas reservas <sup>4</sup>.

Por volta dos 30 anos de idade termina o período de crescimento e inicia-se o processo de senescência <sup>8</sup>. Este é um processo biológico normal, evidenciando os efeitos da progressão da idade, que envolve um declínio e uma série de alterações bioquímicas e fisiológicas de todo o organismo, em todas as pessoas <sup>2,8,9</sup>.

É importante distinguir entre as alterações normais do envelhecimento e as mudanças originadas por condições patológicas, estas ou situações de disfunção não são parte inevitável do envelhecimento apesar de certas alterações sistêmicas serem derivadas do processo de senescência <sup>8</sup>. Algumas destas alterações tornam-se evidentes por modificarem o aspecto físico ou apresentarem aspectos observáveis nos sistemas corporais. No entanto, ocorrem mudanças menos aparentes que afectam os sistemas internos, como por exemplo, o sistema circulatório <sup>9</sup>.

As modificações no estado nutricional e fisiológico decorrentes do processo de envelhecimento surgem ao nível da redução do peso, altura e redução da massa magra associado a um aumento de massa gorda. Ocorre também uma redistribuição do tecido adiposo com acumulação no tronco e vísceras <sup>10,11</sup>.

As mudanças podem ser físicas, psicológicas ou sociais<sup>12</sup>. Uma alteração num dos campos terá repercussões nos outros dois, quer ao nível das condições de saúde quer de nutrição do idoso. Muitas dessas mudanças são progressivas, originando reduções na capacidade funcional, desde a sensibilidade para os gostos primários até os processos metabólicos do organismo <sup>2,12,13</sup>.

Sendo que o envelhecimento progride em cada pessoa de forma diferente e os aspectos genéticos, patológicos, socioeconómicos e de estilo de vida influenciam o seu desenvolvimento de formas distintas <sup>8,13</sup>.

Alterações músculo- esqueléticas

### Composição corporal

A modificação na composição corporal decorrente do envelhecimento pode influenciar o estado nutricional através do aumento de gordura corporal e da diminuição na massa magra muscular <sup>14,15,16,17</sup>. A reduzida actividade física e taxa metabólica basal originam alterações no tecido muscular <sup>18</sup>. A redistribuição da gordura predispõe a um aumento do risco de enfarte do miocárdio, de diabetes, de hiperlipidemia, de doença cardíaca e de hipertensão <sup>15</sup>.

A perda ponderal está muitas vezes associada e pode contribuir para síndromes de declínio funcional onde se inclui a sarcopenia e a caquexia <sup>14</sup>. A sarcopenia é caracterizada pela perda involuntária de massa muscular, associada ao envelhecimento, que contribui para a diminuição na força e resistência muscular, da função física e aumento do risco de doenças crónicas <sup>8,14,15,17,19,20</sup>. Estas modificações podem ainda ter impacto significativo na qualidade de vida do idoso através do aumento do risco de quedas e alteração nas taxas metabólicas <sup>8,21</sup>. A sarcopenia é detectável à quarta década de vida e o processo acelera-se depois de cerca dos 75 anos <sup>8</sup>.

A caquexia caracteriza-se por um aumento da produção de citocinas, surgindo um processo catabólico que origina uma excessiva perda ponderal, que envolve perda de massa muscular e massa gorda e está frequentemente associada à anorexia <sup>10,22</sup>. A perda ponderal devido à *anorexia do envelhecimento*, resultante da incapacidade de aceder aos alimentos e de limitações físicas ou mecânicas, como a disfagia, pode contribuir para a diminuição da ingestão <sup>4,18,20,23</sup>.

Repercussões sensoriais e do tracto gastrointestinal

### Sentidos

O número reduzido de células nos sistemas (visão, audição, olfacto, paladar e tacto) causam alterações sensoriais. Surge uma diminuição na resposta aos estímulos, os movimentos voluntários não são efectuados tão rapidamente e os músculos tornam-se mais lentos e menos precisos <sup>4</sup>.

Estas alterações podem levar à falta de apetite, a escolhas alimentares inadequadas e a baixa ingestão de nutrientes levando a défices nutricionais <sup>4,8,9,23,24</sup>.

### Cavidade oral

A nutrição pode estar comprometida por pobre saúde oral <sup>8,21</sup>.

A perda de peças dentárias, a higiene inadequada ou a má instalação/utilização das próteses pode causar dificuldades na mastigação e deglutição<sup>16</sup> de determinados alimentos. A carne, o peixe, os frutos e os vegetais, são alimentos evitados pelas pessoas com estes problemas <sup>8,10,23</sup>.

### Tubo digestivo

As alterações gastrointestinais, que se iniciam na boca, podem influenciar negativamente a ingestão alimentar do indivíduo idoso <sup>8,21</sup>.

As alterações que ocorrem no tracto gastrointestinal superior tem um papel importante na percepção das sensações do apetite e no controlo da ingestão alimentar nos idosos <sup>21,23,25</sup>.

As alterações gástricas podem também afectar a habilidade do idoso em se alimentar. A diminuição da mucosa gástrica origina uma diminuição na capacidade para resistir a situações anómalas como cancro, úlceras e infecções

A gastrite origina inflamação, atraso esvaziamento gástrico e desconforto. Tudo isto afecta a biodisponibilidade dos nutrientes e aumenta o risco de desenvolver défices crónicos nutricionais, como a osteoporose <sup>8</sup>.

A disfagia provocada pelo enfraquecimento dos músculos da língua ou da face pode tornar a mastigação e deglutição uma tarefa complexa e perigosa, acarretando uma redução na ingestão alimentar <sup>8,15,23,25</sup>, que está associada à desnutrição <sup>15</sup>.

## Alterações cardiovasculares

### Cardíacas

O desenvolvimento de doenças crónicas associadas à idade pode ser atribuído em parte ao aumento da adiposidade que se verifica frequentemente nos indivíduos com o avanço da idade <sup>26</sup>. Uma ligeira redução no peso pode melhorar os factores de risco associados à doença cardiovascular <sup>17</sup>.

O coração, como outros músculos, perde elasticidade e força contráctil, diminuindo a capacidade de bombear eficazmente <sup>9,13</sup>. As artérias podem tornar-se rígidas e/ou bloqueadas, o que restringe a circulação sanguínea <sup>9</sup>.

As alterações cardíacas originam uma diminuição da frequência cardíaca máxima e do volume sistólico máximo, ocorre uma redução na resposta  $\beta$ -adrenérgica, (menor activação neural e diminuição da densidade dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos) originando uma menor vasodilatação arterial. As paredes do ventrículo esquerdo aumentam a sua espessura e há uma diminuição do relaxamento ventricular <sup>8</sup>.

As alterações cardiovasculares associadas ao envelhecimento são grandemente influenciadas por factores ambientais tais como hábitos alimentares, tabágicos e exercício físico <sup>8</sup>. Uma nutrição adequada terá implicações favoráveis nos factores de risco das doenças cardíacas <sup>27</sup>.

## Aspectos nutricionais

É necessária uma maior consciencialização da importância de uma nutrição adequada, para manter a saúde da população em geral e do seu contributo para recuperarem em situação de doença <sup>2</sup>.

Proteína, energia, vitaminas e minerais são necessários em quantidades adequadas para a regeneração celular, pois são substrato de componentes proteicos como antigéneos, hormonas e enzimas. <sup>16</sup> Para muitos processos anabólicos as vitaminas e minerais servem como cofactores nos ciclos metabólicos que conduzem estes mecanismos fisiológicos <sup>16</sup>. Aquando da presença da desnutrição podem existir manifestações físicas associadas às funções primárias do défice de nutrientes. Os factores associados à nutrição incluem inadequação de nutrientes essenciais particularmente, vitamina B<sub>12</sub>, B<sub>6</sub>, folato e antioxidantes (vitamina C, vitamina E e  $\beta$ -caroteno) <sup>16</sup>. Assim, uma restrição energética prolongada resulta em depleção das reservas de nutrientes levando a um prejuízo nos processos bioquímicos e fisiológicos e subsequentemente a deterioração celular e tecidual, o que pode originar doença crónica <sup>9</sup>.

A *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) define a desnutrição como uma alteração no estado nutricional resultando de uma ingestão alimentar reduzida prejudicando o metabolismo <sup>9,16,19,21</sup>.

A desnutrição aliada ao envelhecimento aumenta o risco de insuficiência cardíaca em resultado da perda de músculo cardíaco, aumenta o risco infecções pela diminuição da imunidade celular, diminui a força muscular, a mobilidade e a gordura subcutânea <sup>2</sup>. Por outro lado, o excesso de peso e a obesidade aumentam o risco de doença coronária, de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, e diabetes mellitus <sup>28-30</sup>.

A desnutrição nos idosos é um problema mundial comum e relevante, associado não apenas ao processo de envelhecimento, mas também a elevada incidência de doenças crónicas, farmacoterapia e circunstâncias sociais desfavorecidas <sup>31-33</sup>. As causas da desnutrição nos idosos são variadas e podem ser divididas em médicas, sociais e fisiológicas <sup>15,23</sup>. As principais causas da desnutrição são a ingestão alimentar inadequada, as alterações nas necessidades nutricionais, a má absorção, a flora bacteriana anormal, a interacção medicamentosa, o alcoolismo, a diminuição do catabolismo, a redução das reservas nutricionais e a menor conversão das vitaminas nas suas formas activas <sup>23,34,35</sup>.

As consequências da desnutrição podem ser profundas e apresentam aspectos claramente observáveis <sup>2,36</sup>. A perda ponderal, com desgaste muscular e perda de gordura subcutânea, tem muitos efeitos físicos, como diminuição da força muscular, da mobilidade e da função imunitária, função cardíaca e respiratória e atraso na cicatrização <sup>2,18,37,38</sup>. Também podem ocorrer efeitos psicológicos, como depressão, apatia, fadiga, debilidade, anorexia e ansiedade, mesmo quando o seu aparecimento não é significativamente anómalo <sup>2</sup>.

A prevalência da desnutrição é estimada em 30-60% em idosos hospitalizados. Grande parte destes doentes está desnutrida quando admitida no hospital e na maioria desenvolvem-na na instituição <sup>9,23,33,37</sup>.

A desnutrição hospitalar leva a doenças prolongadas, complicações clínicas, atraso na recuperação e internamentos prolongados o que se traduz num aumento dos custos económicos dos serviços de saúde, aumento da morbilidade e mortalidade <sup>15,18,23,24,33,34,36,39</sup>.

Diagnosticar o estado nutricional dos idosos e identificar os factores que contribuem para esse diagnóstico é essencial, mas um processo complexo. Esta complexidade surge devido às alterações fisiológicas, patológicas, económicas

e de estilo de vida que ocorrem nestes indivíduos <sup>34,38</sup>.

### Identificação do risco nutricional

As características da doença primária do doente são avaliadas e tratadas rotineiramente (hidratação, pressão arterial, temperatura) tornando-se inaceitável que os problemas nutricionais originando muitos riscos clínicos significativos não sejam identificados e valorizados <sup>37</sup>.

Os resultados do tratamento podem ser avaliados de várias maneiras: <sup>37</sup>

- Melhoria, ou pelo menos, preservação da não deterioração da função mental e física;
- Redução do número ou da gravidade das complicações da doença ou do tratamento;
- Maior recuperação da doença ou diminuição da convalescença;
- Redução do consumo de recursos, como por exemplo, o tempo de internamento e outras prescrições.

A detecção precoce dos utentes em risco é considerada um factor fulcral de forma a prevenir complicações relacionados com a nutrição <sup>40,41</sup>.

Esta é uma componente fundamental da prática dietética e pode ser efectuada para: <sup>2</sup>

- Identificar a existência e o grau de gravidade da nutrição inadequada; <sup>2,18</sup>
- Identificar as pessoas susceptíveis de beneficiarem do apoio nutricional;
- Determinar os objectivos da terapia nutricional e o nível de apoio nutricional necessário;
- Proporcionar uma base a partir da qual o tratamento subsequente possa ser planeado;
- Monitorizar o progresso do apoio nutricional fornecido.

Identificar precocemente idosos em situação de risco nutricional e/ou com ingestão inadequada de nutrientes é essencial, uma vez que a desnutrição tem sérias implicações para a saúde e para a recuperação de doença. Assim, o apoio nutricional para minimizar o risco constitui uma parte essencial dos cuidados de saúde <sup>41</sup>.

### Avaliação nutricional

Não existe uma forma única ou normalizada de avaliar o estado nutricional <sup>2,40</sup>. Este é uma entidade dinâmica que reflecte as necessidades fisiológicas, a ingestão nutricional, a composição e a função do corpo e todos estes aspectos têm que ser considerados e os resultados interpretados em conjunto uns com os outros <sup>2,40</sup>.

A identificação do risco nutricional e AN na admissão hospitalar, até às 72 horas <sup>36,37,42,43</sup> torna-se premente na compreensão da sobrevivência geriátrica, na identificação da desnutrição ou daqueles em risco de desnutrir, de forma a auxiliar os profissionais de saúde numa intervenção nutricional apropriada, que deve ser devidamente monitorizada <sup>23,24,27,31,33,36,37,39</sup>.

O MNA® é uma ferramenta validada para a população idosa, recomendada pela *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) para avaliar a presença de desnutrição ou o risco de desenvolvê-la na admissão hospitalar, nos cuidados continuados, ou na saúde comunitária, a fim de facilitar o suporte nutricional e orientar na adequada intervenção <sup>9,35,37,38,41,44</sup>. Esta é uma ferramenta simples, de fácil aplicação, prática, económica, sensível, específica e não invasiva <sup>9,45,46</sup>.

A aplicação do MNA® realiza-se em duas etapas complementares. A primeira identifica o risco nutricional através de 6 questões que contemplam a ingestão alimentar reduzida e a perda ponderal durante os últimos três meses, a mobilidade, o stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses, os problemas neuropsicológicos e o índice de massa corporal (IMC). Uma pontuação igual ou superior a 12 oferece fortes evidências de que a desnutrição está ausente; uma pontuação igual ou inferior a 11 classifica o doente como em risco de desnutrição sendo necessário avaliação complementar <sup>20,24,44,47,48</sup>.

A segunda é constituída por um conjunto de 18 itens distribuído em quatro sectores que incluem a avaliação antropométrica (IMC, PB, PG, perda ponderal), avaliação global (habitação, farmacoterapia, presença de doenças agudas, distúrbios neurológicos, úlceras de pressão e grau de mobilidade), avaliação dietética (número de refeições diárias completas, consumo de alimentos, ingestão diária de líquidos e autonomia na ingestão) e avaliação subjectiva/individual (auto percepção da sua saúde e do seu estado nutricional). A classificação máxima do MNA® é 30 que corresponde a um estado nutricional ideal, uma pontuação superior a 24 indica um estado nutricional adequado, pontuação entre 17 e 24 indica risco nutricional e um valor inferior a 17 é sinónimo de desnutrição já instalada <sup>31-33,40,49</sup>.

A nutrição tem um papel fundamental na prevenção da saúde e diminuição da progressão da doença <sup>27,29</sup>.

Um bom estado nutricional é essencial para promover uma boa saúde e prevenir patologias nos idosos <sup>29,35</sup>. Um dos aspectos mais desafiadores de promover nutrição nos idosos é a determinação do seu estado nutricional <sup>16,36</sup>. A AN deve ser parte integrante da rotina dos cuidados dos idosos dado que a desnutrição neste grupo etário é uma fonte de preocupação <sup>23,31</sup>.

## Parâmetros antropométricos

Os indicadores antropométricos são usados para avaliar o prognóstico de doenças agudas e crônicas e auxiliar na intervenção adequada nos idosos<sup>32,50</sup>. O envelhecimento influencia muitos dos parâmetros antropométricos, bioquímicos e hematológicos frequentemente utilizados na avaliação do estado nutricional em geriatria<sup>16</sup>.

A antropometria tem sido demonstrada ser um importante indicador na AN e como sendo um método de monitorização da adequação da terapia nutricional<sup>10,16,34</sup>.

A composição corporal pode ser estimada indirectamente pelos parâmetros antropométricos que são não invasivos, fáceis de obter e económicos<sup>11,17,22</sup>.

Para AN, os parâmetros antropométricos mais usados são: peso, altura, perímetros e pregas cutâneas<sup>16,34,51</sup>.

No entanto estes parâmetros apresentam limitações devido às alterações que ocorrem na elasticidade, na hidratação e compressibilidade da pele e do tecido adiposo subcutâneo<sup>16,52</sup>. Estas alterações podem comprometer a exactidão e a precisão do diagnóstico antropométrico daí ser necessário ter em atenção todos os passos de forma a neutralizar ou mitigar os efeitos destas alterações<sup>34</sup>.

### Peso e altura

O peso é o parâmetro antropométrico mais simples e mais utilizado e é uma medida composta pela dimensão corporal total<sup>22</sup>. As principais causas para alteração do peso incluem a perda de água corporal e a perda de peso visceral com redução no tecido muscular<sup>34</sup>.

Uma diminuição progressiva da altura com a idade tem sido atribuída às alterações na integridade da coluna vertebral com alterações posturais: aumento das curvaturas da coluna vertebral, cifose/lordose, e das pernas, podendo causar dificuldades na obtenção do valor da altura<sup>22,24,51-54</sup>.

### IMC

O Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido utilizado com mais frequência como um indicador na avaliação nutricional dos idosos<sup>52,53</sup>. O IMC é calculado dividindo o peso (kg) pelo quadrado da altura (m<sup>2</sup>) e permite classificar o estado ponderal dos indivíduos e também quando idosos<sup>8,16,34</sup>. Tem sido demonstrado como um bom predictor da gordura corporal<sup>16,52</sup>. Este é um importante predictor da mortalidade e do declínio nas actividades da vida diária nos idosos<sup>51,53</sup>. A confiança do uso do IMC é questionada devido à alteração da altura e da composição corporal nos idosos<sup>49,52</sup>.

O intervalo de IMC considerado de normalidade na população idosa é entre 24 e 26,9 kg/m<sup>2</sup>. Um IMC inferior a 22 kg/m<sup>2</sup> pode ser indicativo de desnutrição e um IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup> indicativo de obesidade<sup>55,56</sup>.

## Análise da composição corporal

### Perímetros e pregas cutâneas

Os parâmetros mais aplicados clinicamente de forma a avaliar a massa muscular ou a massa adiposa são os parâmetros antropométricos, particularmente, pregas cutâneas e perímetros, apesar de estes parâmetros apresentarem limitações devido às alterações físicas que ocorrem na composição corporal associada à idade, a sua aplicação na clínica, principalmente de forma longitudinal, fornece informação nutricional relevante<sup>16,34</sup>.

Os parâmetros antropométricos utilizados na zona braquial são frequentemente utilizados na medição da composição corporal para AN por serem rápidos, económicos e não invasivos<sup>52</sup>.

Os perímetros mais utilizados são o braquial (PB) e o geminal (PG)<sup>34</sup>. Estes são alternativas possíveis ao IMC por serem facilmente obtidos e serem parte integrante do MNA<sup>44</sup>.

O PG é considerado um indicador sensível das alterações musculares, nomeadamente da perda de massa magra nos idosos e deve ser utilizado como ferramenta de monitorização destas alterações<sup>34</sup>.

### Parâmetros bioquímicos

Os parâmetros bioquímicos são também utilizados na AN e reflectem a ingestão proteica e as suas reservas corporais<sup>11,24,32,52</sup>.

A albumina é a proteína visceral mais importante produzida pelo fígado e a sua síntese é dependente da ingestão proteica e energética<sup>50,52</sup>. A albumina tem sido usada como marcador da gravidade de doença e de prognóstico<sup>57,58</sup> e como marcador do grau de malnutrição proteica e sobrevivência hospitalar em idosos<sup>22</sup>. Contudo, o doseamento da albumina pode estar diminuída em casos de infecção independentemente do estado nutricional e é directamente influenciada pelo estado de hidratação, daí serem necessárias precauções aquando da sua interpretação<sup>11,52</sup>.

A pré-albumina é também sintetizada no fígado e possui um *turnover* muito rápido, sendo assim mais sensível à alteração do estado nutricional do que a albumina, logo um excelente indicador<sup>11,22,52,57</sup>.

No entanto, quando em estados de infecção, esta proteína entra na síntese de proteínas de fase aguda como a proteína c-reativa (PCR), existindo assim uma relação inversa entre as duas<sup>57</sup>. A baixa concentração de pré-albumina e elevada PCR pode ser sinal indicativo de que o idoso se encontra em risco nutricional<sup>11,22,57</sup>.

Apesar de a nível clínico a albumina ainda ser utilizada como parâmetro de AN, a pré-albumina e as concentrações de PCR são os parâmetros mais sensíveis para esta avaliação <sup>57</sup>.

O objectivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional dos idosos internados no Serviço de Cardiologia do HNM, até às 72 h após internamento, mediante a aplicação do MNA®, relacionando-o com o perímetro geminal (PG) e a perda ponderal (PP).

## **Metodologia**

### **Tipo de estudo**

O presente estudo caracteriza-se como sendo analítico transversal.

### **População – alvo/Amostra**

Todos os idosos internados no Serviço de Cardiologia do HNM no período compreendido entre Abril e Junho de 2010.

### **Critérios de inclusão**

Neste estudo foram incluídos todos os doentes internados no HNM, num período de admissão inferior a 72 horas, no Serviço de Cardiologia, com idade igual ou superior a 65 anos e que manifestaram o seu consentimento após confronto sobre a participação neste estudo.

### **Critérios de exclusão**

Foram excluídos os idosos incapazes de fornecer todos os dados necessários ao preenchimento do MNA® e os idosos que revelaram algum impedimento na obtenção dos parâmetros antropométricos fundamentais ao preenchimento do questionário.

### **Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados foi o MNA® (Guigoz Y et al., 1994)<sup>59</sup>, uma ferramenta desenvolvida e validada, internacional e nacionalmente, para a população em estudo.

## **Procedimentos**

### **Aplicação do MNA®**

A aplicação do MNA® iniciou-se com a realização de todas as questões necessárias ao preenchimento da avaliação inicial correspondente à identificação do risco nutricional. Um *score* igual ou inferior a 11 pontos na parte inicial do MNA® era indicador da necessidade de avaliação complementar com a aplicação do MNA® completo, por possível desnutrição calórico-proteica. Uma pontuação igual ou superior a 12 pontos indicou que o idoso não estava em risco nutricional, não sendo necessária avaliação complementar. O *score* obtido do MNA® indicou o estado nutricional do idoso.

### **Medição do perímetro geminal**

PG foi medido com o auxílio de uma fita de medição de perímetros com a precisão de 1 mm. O idoso foi posicionado com o membro inferior de forma a formar um ângulo de 90° em relação à coxa. Foi colocada a fita de medição de perímetro à volta do membro, na zona de maior volume geminal, e registou-se o valor obtido, evitando a compressão dos tecidos <sup>60-63</sup>. Os valores do PG foram avaliados como superiores ou inferiores a 31 cm. Um valor de PG inferior a 31 cm está associado a presença de desnutrição <sup>64</sup>.

## **Análise estatística de dados**

Os dados foram tratados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows 17.0 (SPSS)*®.

## **Considerações éticas e legais**

A realização deste estudo pressupôs a solicitação de autorização do mesmo à Coordenadora da Unidade de Nutrição e Dietética e ao médico Director do Serviço de Cardiologia.

No desenvolvimento deste estudo foram considerados os aspectos éticos e legais, nomeadamente o Código de Nuremberg (1947) <sup>65</sup>. Cada indivíduo foi devidamente informado e esclarecido relativamente à finalidade da recolha de dados a si respeitante, da confidencialidade e anonimato dos mesmos e foi aceite a decisão de não participação por parte dos inquiridos de acordo com o exposto na Declaração de Helsínquia <sup>66</sup>, na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto <sup>67</sup> e na Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro <sup>68</sup>.

## Resultados

### Caracterização da amostra

#### Sexo

Tendo em conta a amostra, verifica-se uma distribuição homogénea relativamente ao sexo dos idosos, uma vez que 51,2% (21/41) são mulheres enquanto 48,8% (20/41) são homens. A média de idades destes idosos foi de aproximadamente 74,0 anos  $\pm$  5,394 (65-87).

#### Perímetro Geminal (PG)

A maioria dos idosos, 92,7% (38/41), apresentou um valor de PG igual ou superior a 31 cm enquanto 7,3% (3/41) apresentou um valor inferior a 31 cm. A média do valor do PG foi de aproximadamente 34,0 cm  $\pm$  2,519 (28-41).

#### Perda Ponderal (PP)

De acordo com a tabela 1 verifica-se que 41,5% (17/41) dos idosos não apresentaram perda ponderal nos 3 meses prévios à aplicação do MNA®. De salientar que 26,8% (11/41) dos idosos não souberam informar quanto à existência ou não de perda ponderal. Os que apresentam uma perda ponderal superior a 3kg representam 19,5% (8/41) da amostra e 12,2% (5/41) os que apresentam uma perda ponderal entre 1 a 3 kg. Perante estes dados verificamos que 31,7% destes idosos perderam peso nos 3 meses prévios à aplicação do questionário.

### Caracterização do estado nutricional pela aplicação do MNA®

Através da aplicação do MNA® verificou-se que 56,1% (23/41) dos idosos se encontram em risco de desnutrição enquanto 12,2% (5/41) já apresentam desnutrição. É de referir que 31,7% (13/41) destes idosos não se encontram em risco nutricional, tal como apresentado na tabela 2.

### Estado nutricional dos idosos relacionado com o Perímetro Geminal e a Perda Ponderal

#### Relação entre o Perímetro Geminal (PG) e a Avaliação Nutricional (AN)

Todos os idosos sem risco nutricional apresentam PG igual ou superior a 31 cm (13/13), e entre os idosos em risco de desnutrição apenas 1/23 apresenta um valor inferior a 31 cm.

Da relação entre o AN e o PG verificou-se a existência de associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis,  $p=0,035$  em que dos idosos com  $PG \geq 31$  cm, 13/13 não apresenta risco nutricional, e dos restantes, com  $PG < 31$  cm, 1/3 está em risco de desnutrição e 2/3 estão desnutridos. (tabela 3).

#### Relação entre Perda Ponderal (PP) e a Avaliação Nutricional (AN)

Analisando a perda ponderal com a AN é de salientar os seguintes resultados (tabela 4):

- Dos idosos classificados no grupo em risco desnutrição 5/23 apresentam uma perda ponderal superior a 3Kg e 6/23 não refere perda ponderal nos últimos três meses. No entanto, esta ocorrência é muito condicionada pelo facto de se verificar aproximadamente 8/23 dos idosos que não souberam informar relativamente à perda ponderal.
- Entre os idosos classificados como desnutridos, 3/5 referem uma perda ponderal superior a 3Kg nos últimos três meses e os restantes 2/5 não tiveram a perda de peso considerada nesse mesmo período.
- Pela associação significativa entre a presença de perda ponderal igual ou superior a 3 Kg e a classificação nutricional de desnutrido e/ou em risco de desnutrição, é possível concluir que existe associação entre a AN e a perda ponderal nos últimos três meses,  $p=0,031$ .

### Discussão

O processo de envelhecimento associado a modificações nutricionais contribui para a malnutrição em idosos.

Os resultados obtidos neste estudo através da aplicação do MNA® evidenciam desnutrição numa prevalência inferior à referida na literatura para pessoas idosas em geral. Tal poderá dever-se ao facto de serem idosos internados num serviço de cardiologia e apresentarem um IMC predominantemente na categoria de pré-obesidade e obesidade <sup>28,69</sup>.

Outros autores também verificaram uma maior percentagem de idosos em risco de desnutrição comparativamente aos idosos desnutridos, nomeadamente o estudo de *Feldblum I et al*<sup>33</sup>, realizado num serviço de medicina, o estudo de *Oliveira M et. al*<sup>38</sup> num hospital e o estudo de *Thomas DR et al*<sup>70</sup> numa unidade de cuidados continuados.

Dos resultados obtidos neste trabalho pode afirmar-se, que entre 40% e 70% dos idosos da Região Autónoma da Madeira podem estar em risco de desnutrição.

O PG tem sido referido como um indicador sensível das alterações musculares ocorridas entre os idosos <sup>34</sup>.

Neste estudo verifica-se uma associação entre o PG e a AN, ou seja, os idosos com menor PG estão em risco de desnutrição ou desnutridos e idosos com valor superior de PG não estão em risco nutricional, tal como *Portero-McLellan KC et. al*<sup>34</sup> e *Cuervo M et. al*<sup>64</sup> concluíram nos seus estudos.

Estes dados indicam que, dada a correlação positiva entre o PG e AN em pessoas idosas, o PG deve ser considerado um parâmetro simples e eficaz para monitorizar o estado nutricional dos idosos na prática clínica, o que pode ser feito tão precocemente como no primeiro contacto com a intervenção hospitalar.

Ao analisar o parâmetro referente à perda ponderal, os resultados obtidos neste estudo estão de acordo com os de outros autores, como *Oliveira M et. al*<sup>38</sup>, *Cereda E et. al*<sup>40</sup> e *Feldblum I et al*<sup>33</sup>, em que os idosos desnutridos apresentaram uma perda ponderal superior a 3 kg, salientando a existência de associação entre as duas variáveis. No entanto, contrariamente ao verificado no estudo de *Oliveira M et. al*<sup>38</sup> em que os idosos em risco de desnutrição também apresentavam uma perda ponderal superior a 3kg, neste estudo, uma vez que o não saber informar quanto à perda ponderal assumiu elevada prevalência, isso não se verificou.

## Conclusão

A realização deste trabalho permitiu concluir que a maioria dos idosos admitidos no Serviço de Cardiologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça se encontrava em risco nutricional ou desnutrida.

Tal como já foi referenciado noutros estudos, o PG é uma medição antropométrica de fácil obtenção, sensível às alterações musculares, que numa primeira fase pode ser útil na detecção de situações de risco ou de desnutrição já instalada, por ser considerado uma ferramenta complementar na monitorização do estado nutricional dos idosos, tendo este estudo comprovado a vantagem da sua utilização, mesmo que isolada em relação a outras variáveis nutricionais.

Uma perda ponderal resultante do processo de envelhecimento aumenta o risco de desnutrição e está associada a um aumento da mortalidade. A perda ponderal poderá também ser influenciada por alterações no apetite daí ser crucial a identificação e o tratamento da mesma. Neste estudo a perda ponderal comprovou ser uma ferramenta útil na detecção de situações de risco nutricional.

Com este estudo é possível concluir que é imprescindível a incorporação de protocolos de identificação do risco e AN na admissão hospitalar de doentes idosos, bem como a sua monitorização, pois desta forma podem estabelecer-se objectivos de intervenção nutricional, quer em situações de desnutrição já instalada quer em situações de risco nutricional, através do uso de instrumentos validados para esta população.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com a perda ponderal  
**Perda Ponderal nos últimos 3 meses**

Perda de Peso	% (n)
Sem perda	41,5% (n=17)
1 - 3kg	12,2% (n= 5)
>3kg	19,5% (n= 8)
Não sabe	26,8% (n=11)
Total	100% (n=41)

Tabela 2. Caracterização do estado nutricional pela aplicação do MNA®

Estado Nutricional	% (n)
Sem risco nutricional	31,7% (n=13)
Com risco de desnutrição	56,1% (n= 23)
Desnutrido	12,2% (n= 5)
Total	100% (n=41)

Tabela 3. Relação entre o Perímetro Geminal (PG) e Avaliação Nutricional (AN) pelo MNA®

		MNA®			Total
		Sem risco nutricional	Com risco de desnutrição	Desnutrido	
PG	<31 cm	n=0	n=1	n=2	n=3
	≥31 cm	n=13	n=22	n=3	n=38
Total		n=13	n=23	n=5	n=41
<i>p</i> -value 0,035					

Tabela 4. Relação entre a Perda Ponderal (PP) nos últimos 3 meses e Avaliação Nutricional (AN) pelo MNA®

		MNA®			Total
		Sem risco nutricional	Com risco de desnutrição	Desnutrido	
PP nos últimos 3 meses	Sem perda	n=9	n=6	n=2	n=17
	1 -3kg	n=1	n=4	n=0	n=5
	> 3 kg	n=0	n=5	n=3	n=8
	Não sabe	n=3	n=8	n=0	n=11
Total		n=13	n=23	n=5	n=41
<i>p</i> -value 0,031					

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stanner S, Thompson R, Buttriss J, Healthy Ageing: The Role of Nutrition and Lifestyle. British Nutrition Foundation Author. 2009 p.1
2. Thomas B, Bishop J, Manual of dietetic practice. Blackwell Publishing; 4ª ed; 2007; p.83-4, 323-4, 326, 330
3. Murthy RS, Bertolote JM, Epping-Jordan J, Funk M, Prentice T, Saraceno B et al. The world report. Mental health: new understanding, new hope. France: WHO library Cataloguing in Publication Data; 2001. p.98
4. NC Department of Health and Human Services. The Aging Process. [Internet]. 2009 [cited 2010 Apr 12] Available from: <http://www.ncdhhs.gov/aging/manual/ombud/nhsect4.pdf>.
5. Instituto Nacional de Estatística (INE). Estimativas de população residente, Portugal [Internet]. 2010 [cited 2010 Jul 15] Available from: [http://www.ine.pt/xportalmainx-pid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=45&tipoSeleccao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true](http://www.ine.pt/xportalmainx-pid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=45&tipoSeleccao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true)
6. Serviço de Saúde da RAM, E.P.E., Gestão de doentes do Serviço de Estatística e apoio à Investigação do SESARAM. [Internet] 2011 [cited 2011 May 11] Available from: [http://www.sesaram.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=220&Itemid=441&lang=pt.](http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=220&Itemid=441&lang=pt.)
7. Serviço de Saúde da RAM, E.P.E., [Internet] 2011 [cited 2011 August 13] Available from: <http://www.sesaram.pt/>
8. Mahan, Kathleen et al.. Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy. 12th Ed. Nova Iorque: W. B. Saunders Company; 2008, p.290-4, 297-9
9. Bleda MJ, Bolibar I, Parés R, Salvà A. Reliability of the Mini Nutritional Assessment (MNA) in institutionalized elderly people. J Nutr Health Aging 2002; 6(2):134-37.
10. Perissinotto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F, Enzi G, Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. British Journal of Nutrition 2002; 87, 177-186
11. Hrnčiarikova D, Juraskova B, Zadák Z, Hronek M. Present State of Evaluating Malnutrition in the Elderly – Analysing Indicators. Biomed Pap Med Fac Univ Placky Olomouc Czech Repub. 2006; 150 (2): 217-221
12. Mathey MF, Zandstra EH, Graaf C, Staveren WA. Social and physiological factors affecting food intake in elderly subjects: an experimental comparative study. Food Qual Prefer 2000; 11: 397-403.
13. Wisconsin Association of Homes and Services for the Aging. The Normal Aging Process. [Internet]. 2010 [cited 2010

Apr 12] Available from: <http://www.wahsa.org/agingprocess.pdf>.

14. Wallace JI, Schwartz RS. Epidemiology of weight loss in humans with special reference to wasting in the elderly. *International Journal of Cardiology* 85 (2002) 15–21
15. Hickson M, Malnutrition and ageing. *Postgrad Med J* 2006, 86:2-8
16. Chernoff R., *Geriatric Nutrition – The Health Professional’s Handbook*. 3rd ed. Jones and Bartlett Publishers. 2006, p. 15-27, 295-297, 309-310, 427-452.
17. Miller SL, Wolfe SS, The Danger of Weight Loss in the Elderly *The Journal of Nutrition, Health & Aging*© Volume 12, Number 7, 2008
18. Kubrak C, Jensen L, Malnutrition in acute care patients: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies* 44 (2007) 1036–1054
19. Bales CW, Ritchie CS, Sarcopenia, Weight Loss and Nutritional Frailty in the Elderly *Annu. Rev. Nutr.* 2002. 22:309–23
20. Visvanathan R, Under-Nutrition in Older People: A Serious and Growing Global Problem. *J Postgrad Med* 2003; 49: 352-60.
21. Parker B, Chapman I, Food intake and ageing—the role of the gut *Mechanisms of Ageing and Development* 2004; 125:859–866
22. Morley JE, Thomas DR, Wilson MMG. Cachexia: pathophysiology and clinical relevance. *Am J Clin Nutr* 2006; Apr; 83 (4): 735-43.
23. Evans C, Malnutrition in the Elderly: A Multifactorial Failure to Thrive. *The Permanente Journal* 2005; 9(3): 38-42
24. Harris D, Haboubi N, Malnutrition screening in the elderly population. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Volume 98, 2005
25. Culross B. *Gerontology. Nutrition: Meeting the Needs of the Elderly*. [Internet]. Aug/Sept 2008 [cited 2010 Apr 11]. Available from: <http://www.rehabnurse.org/pdf/GeriatricsNutrition.pdf>.
26. Horwich TB, Gregg MD, Fonarow MDC, Hamilton MA, Robb MacLellan W, Woo MA, Tillisch JH, The Relationship Between Obesity and Mortality in Patients With Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology* Vol. 38, No. 3, 2001
27. Dwyer J, Starting down the right path: nutrition connections with chronic diseases of later life. *Am J Clin Nutr* 2006; 83:415S-20S
28. Price RJG, Witham MD, McMurdo MET. Defining the nutritional status and dietary intake of older heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6, 2007; 178–183
29. Shils M, Shike M, Ross AC, Caballero B, Cousins RJ. *Modern Nutrition in Health and Disease*, 2006, 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins
30. Hughes V, Roubenoff, Wood M, Frontera W, Evans W, Singh M. Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly. *Am J Clin Nutr* 2004; 80:475–82.
31. Cuervo M, Ansorena D, Martínez-González M, Garcia A, Astiasarán I, Martínez J, Impact of global and subjective mini nutritional assessment (MNA) questions on the evaluation of the nutritional status: The role of gender and age. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49, 2009; 69-73
32. Christensson L, Unosson M, Ek A-C, Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care *European Journal of Clinical Nutrition* 2002; 56, 810–818
33. Feldblum I. et al, Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status, *Nutrition Journal*. 2007, 6:37
34. Portero-McLellan KC, Staudt C, Silva FRF, Bernardi JLD, Frenhani PB, Mehri VAL. The use of calf circumference measurement as an anthropometric tool to monitor nutritional status in elderly inpatients. *J Nutr Health Aging*. 2010; 14(4): 266-70.
35. Beck AM, Holst M, Rasmussen H, Efficacy of the Mini Nutritional Assessment to predict the risk of developing malnutrition or adverse health outcomes for old people. *The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism* 2008; 3, e102-2107
36. Kelly et al. Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admissions. *QJ Med* 2000; 93:93-98
37. Kondrup J, Allison SP, Ellis M, Vellas B, Plauth M, ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002 *Clinical Nutrition*. 2003. 22(4): 415–421
38. Oliveira M, Fogaça K, Leandro-Merhi V, Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. *Nutrition Journal* 2009; 8:54
39. Lim S, Tong C, Ang E, Lee E, Loke W, Chen Y, Ferguson M, Daniels L, Development and validation of 3-Minute Nutrition Screening (3-MinNS) tool for acute hospital patients in Singapore *Asia Pac J Clin Nutr* 2009; 18 (3):395-403
40. Vellas B, Guigoz Y, Garry J, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, Albaredo JL, The Mini Nutritional Assessment

- (MNA) and Its Use in Grading the Nutritional State of Elderly Patients. 1999; MD Nutrition Vol.15, No.2.
- 41.Cereda E, Valzolgher L., Pedrolli C., Mini nutritional assessment is a good predictor of functional status in institutionalised elderly at risk of malnutrition. *Clinical Nutrition* 2008; 27, 700-705
  - 42.Simko MD, Cowell C, Gilbride JA. *Nutrition Assessment - A comprehensive guide for planning intervention*. 2<sup>nd</sup> ed. USA. ASPEN Publishers; 1995; p. 36,37.
  - 43.Department of health. Achieving the best health and wellbeing for all Victorians. A guide for assessing older people in hospitals. [Internet] Setembro 2004 [cited 2010 Jul 29]. Available from: <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/assessing-older-people.pdf>.
  - 44.Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A Practical tool for Identification of Nutritional Status. *J Nutr Health Aging* 2009; 13(9): 782-788.
  - 45.Tsai A, Ku PY, Population-specific Mini Nutritional Assessment effectively predicts the nutritional state and follow-up mortality of institutionalized elderly Taiwanese regardless of cognitive status *British Journal of Nutrition* 2008; 100, 152-158
  - 46.Berner Y, Assessment tools for nutritional status in the elderly. *IMAJ* 2003; 5:365-367
  - 47.Bauer JM, Virtual Clinical Nutrition University: Nutrition in the elderly, nutritional screening and assessment – Oral refeeding. *Clin Nutr* 2009; 4: 72-76.
  - 48.Persson, M., Brismar, K., Katzarski, K., Nordenström, J. Cederholm, T., Nutritional Status Using Mini Nutritional Assessment and Subjective Global Assessment Predict Mortality in Geriatric Patients. *American Geriatrics Society* 2002
  - 49.Ferreira LS, Nascimento LFC, Marucci MFN; Use Of The Mini Nutritional Assessment Tool In Elderly People From Long-Term Institutions of Southeast of Brazil *The Journal of Nutrition, Health & Aging* Volume 12, Number 3, 2008
  - 50.Sánchez-García S, García-Peña C, Duque-López María X, Juárez-Cedillo T, Cortés-Núñez AR, Reves-Beaman S, Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population. *BMC Public Health* 2007; 7:2
  - 51.Izawa S, Enokia H, Hirakawa Y, Masudaa Y, Iwata M, Hasegawa J, Iguchia A., Kuzuya M. Lack of body weight measurement is associated with mortality and hospitalization in community-dwelling frail elderly. *Clinical Nutrition* 2007; 26, 764-770
  - 52.Morley JE, Thomas DR. *Geriatric Nutrition*. CRC Press. 2007, p. 59-67, 76, 93, 105-109, 250-263, 487-489.
  - 53.Enoki H, Kuzuya M, Masuda Y, Hiralawa Y, Hasegawa J, Akihisalguichi S, Anthropometric measurements of mid-upper arm as a mortality predictor for community-dwelling Japanese elderly: The Nagoya Longitudinal Study of Frail Elderly(NLS-FE) *Clinical Nutrition* 2007; 26,597-604
  - 54.Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985; Feb;33(2):116-20.
  - 55.Nutritional Screening Initiative. *Interventions manual for professionals caring for older Americans*. Washington, DC: Nutritional Screening Initiative. 1992.
  - 56.World health organization: diet nutrition and prevention of chronic diseases. report of a join who/fao expert consultation. 916. geneva 2003. who technical report séries.916
  - 57.Shenkin A, Serum Prealbumin: Is It a Marker of Nutritional Status or of Risk of Malnutrition? *Clinical Chemistry* 2006; 52 (12): 2177-2179.
  - 58.Acuña K, Cruz T, Nutritional assessment of adults and elderly and the nutritional status of the brazilian population. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2004; Jun; 48(3): 345-61
  - 59.Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54:S59-65
  - 60.Lean MEJ, Han TS, Deurenberg P. Predicting body composition by densitometry from simple anthropometric measurements. *Amj Clin Nutr* 1996; 63:4-14
  - 61.Lipschitz, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. *primary care*, 21 (1): 55-67, 1994
  - 62.Ferry M, A nutrição da pessoa idosa: aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais. 2<sup>nd</sup> ed. Loures: Lusociência; 2004. p.126,136-7,139.
  - 63.Frisancho ar. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status *Am J Clin Nutr* 1981; 34-2540-2545
  - 64.Cuervo M, Ansorena D, García A, González Martínez MA, Astiasarán I, Martínez JA. Valoración de la circunferencia de la pantorrilla como indicador de riesgo de desnutrición en personas mayores. *Nutr Hosp*. 2009; 24(1):63-67
  - 65.Office of Human Subjects Research. Regulations and Ethical Guidelines. Directives for Human Experimentation. Nuremberg Code. [internet] [cited 2010 Jul 30] Available from: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/nuremberg.html>
  - 66.Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Relatório e Parecer sobre a Declaração de Helsínquia modificada em Edimburgo. [internet] Outubro 2000. [cited 2010 Jul 30]. Available from: <http://www.republicadireito.com/tabelas/upload/DeclHelsinquiaEdimburgo.pdf>.

67.Direcção-Geral da Política de Justiça. Diário da República - I Serie - A. Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto. Aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano. [internet] [cited 2010 Jul 31]. Available from: [http://www.dgpj.mj.pt/DGPJ/sections/leis-da-justica/livro-v-leis-sobre/pdf2215/l-46-2004/downloadFile/file/L\\_46\\_2004.pdf?nocache=1182268196.46](http://www.dgpj.mj.pt/DGPJ/sections/leis-da-justica/livro-v-leis-sobre/pdf2215/l-46-2004/downloadFile/file/L_46_2004.pdf?nocache=1182268196.46).

68.Direcção-Geral da Política de Justiça. Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro. Lei da Protecção de Dados Pessoais. [internet] [cited 2010 Jul 31]. Available from: [http://www.dgpj.mj.pt/sections/estatisticas-da-justica/legislacao/lei-n-67-98-de-26-de/downloadFile/file/L\\_67\\_1998.pdf?nocache=1253185026.86](http://www.dgpj.mj.pt/sections/estatisticas-da-justica/legislacao/lei-n-67-98-de-26-de/downloadFile/file/L_67_1998.pdf?nocache=1253185026.86).

69.Jardim MN, Costa HM, Kopel L, Lage SG. Nutritional assessment of the critically ill patients with cardiac disease under renal replacement therapy: diagnostic difficulty. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21 (2):124-128;

70.Thomas DR, Zdrowski CD, Wilson MM, Conright KC, Lewis C, Tariq S, Morley JE, Malnutrition in Subacute Care. Am J Clin Nutr 2002; 75:308-13.

## *Contactos / Contacts*

Dr.ª Marisa França - Licenciada em Dietética, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, e-mail: [marisatfranca@gmail.com](mailto:marisatfranca@gmail.com)

Dr.ª Marisa Cebola - Doutoranda da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, e-mail: [mari-sa.cebola@estesl.ipl.pt](mailto:mari-sa.cebola@estesl.ipl.pt)

Dr.ª Marta Gouveia - Licenciada em Dietética, Hospital Nélcio Mendonça, e-mail: [marmargov@hotmail.com](mailto:marmargov@hotmail.com)

Dr. Lino Mendes - Doutorando da Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, e-mail: [lino.mendes@estesl.ipl.pt](mailto:lino.mendes@estesl.ipl.pt)

## *Demência e Envelhecimento*

*Comentador / Paper Discussant*

***Professor Doutor Miguel Viana Baptista***

*Grupo de Estudos Saúde e Envelhecimento - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa*



# *Supporting staff caring for institutionalised people with dementia: a psycho-educational approach*

**Mestre Ana Barbosa**  
**Doutora Daniela Figueiredo**  
**Doutora Joana Cruz**  
**Doutora Alda Marques**  
**Doutorando Álvaro Mendes**  
**Professora Doutora Liliana Sousa**  
*Universidade de Aveiro*

## *Resumo / Abstract*

### **Background**

Caring for people with dementia can be very stressful for direct care staff working in residential facilities, due to residents' challenging behaviours (e.g., delusions, aggression and agitation) and to the insufficient specialized training in dementia care. Despite the association between staff's stress and residents' well-being, the majority of interventions tend to provide staff with education, overlooking the provision of emotional support. Thus, the purpose of this pilot-study was to develop and evaluate a psycho-educational programme (PE) for staff in a residential facility, designed to: i) increase staff knowledge and competences regarding dementia care; and ii) provide staff with coping strategies to manage work-related stress.

### **Methods**

Six staff members of one residential facility of the district of Aveiro (Portugal) participated in 8 psycho-educational sessions of 90 minutes each, held fortnightly, during 4 months. A focus-group interview was held with 5 staff members, 2 weeks after the intervention, aiming to: assess the functional aspects, contents and methodologies of the programme; determine the main benefits and disadvantages from staff participation in the PE; and collect suggestions for the development of future programmes. The interview was video-recorded, transcribed and submitted to content analysis by independent judges.

### **Results**

Participants reported that the programme was well-structured and allowed: i) the acquisition of knowledge and skills on dementia care; ii) the demystification of pre-existing beliefs related to dementia; iii) a higher group cohesion and willingness to share experiences; iv) the acquisition of problem-solving skills related to work demands; and v) the awareness to the importance of their own well-being. The lack of time was highlighted as the major limitation to participate in the programme. Regarding suggestions, regular meetings with all staff to share concerns and difficulties, were emphasised.

### **Conclusion**

Findings highlight the need of interventions that could extend those objectives exclusively targeted to residents' well-being, by also allowing staff to feel supported. Psycho-educational approaches can have a positive impact on staff sense of mastery and self-competency and, therefore, might improve the quality of care and well-being of staff and residents. Further studies, with larger samples and using control groups, are needed in order to investigate the extent of these benefits.

## *Comunicação / Paper*

### **Introduction**

Dementia is one of the leading causes of disability in later life and a strong predictor for care home placement<sup>1</sup>. About two-thirds of people living in residential facilities suffer from dementia, and as many as 90% of them present challenging behaviours (e.g., delusions, aggression and psychomotor agitation)<sup>2</sup>.

Direct care staff are the professionals who provide the most hands-on care to people with dementia and mainly contact with residents' challenging behaviours<sup>3</sup>. Although their central role on residents' care and well-being, they do not always have the skills and knowledge necessary to respond effectively to the needs of people with dementia<sup>4-6</sup>.

Hence, the assistance they provide tends to neglect the residents' psychosocial needs and the use of physical and/or pharmacological restraints are a common procedure<sup>7-9</sup>.

Given this, a growing body of research advocates a *person-centred* approach to dementia care<sup>10,11</sup>. Such concept places the person with dementia at the centre of the care dynamic rather than his/her health condition. Thus, person-centred approaches maintain the individuality of the person with dementia and recognize the social environment as a therapeutic agent, thereby enabling people to communicate and interact with others<sup>10-12</sup>. Ultimately, the quality of care provided to people with dementia improves, which may result in increased residents' well-being<sup>12</sup>.

Motor stimulation (MS) and multisensory stimulation (MSS) have been increasingly used as non-pharmacological approaches to dementia care<sup>12-14</sup>. MS refers to specific exercises to improve mobility<sup>15</sup> and delay the decline of activities of daily living<sup>16</sup>; MSS is an intervention that actively stimulates the senses with no need for higher cognitive processes, and has been shown positive impacts on residents' well-being<sup>12,14,17,18</sup>. These approaches can match the concept of *person-centredness*, as care providers are recommended to incorporate residents' biographies and individual preferences into care provision, promoting an individualised care.

A number of interventions, usually referred as to *training* programmes, have been designed to provide staff with education about dementia and training in the use of these person-centred care approaches<sup>12-14,18,19</sup>. Positive effects on staff knowledge and skills were reported, however, few significant impacts on stress and burnout levels were found<sup>12-14,18,19</sup>. This means that, despite staff well-reported stress and burnout<sup>20-22</sup> and its recognised association with the quality of care provided<sup>23</sup> and residents' well-being<sup>24</sup>, few interventions provided staff with emotional support. It is therefore critical to develop interventions for relieving stress and prevent burnout on staff members.

Thus, the aim of this study was to develop and evaluate a psycho-educational programme (PE) for direct care staff in a residential facility, designed to: i) increase staff knowledge and competences regarding person-centred approaches to dementia care and ii) provide staff with coping strategies to manage work-related stress.

## Methods

For this pilot-study, participants were recruited from a residential facility of the district of Aveiro (Portugal) which housed 51 residents, 21 of those diagnosed with dementia. The facility administrator was first contacted and informed about the purpose and procedures of the research. Consent to participate in the study was obtained. The implementation period lasted between November 2009 and February 2010.

### Participants and recruitment

The service manager was asked to select staff members who maintained direct contact with residents with dementia during daily care provision.

Ten staff members were identified. Potential participants were then individually informed about the purpose of the study and were invited to participate. Nine members agreed to participate. The participation was voluntary and no payments or inducements were offered. Written informed consent was obtained from all participants.

### Intervention: Programme overview

The design of the programme was informed by two main sources: i) a literature review about training programmes for care staff, psycho-educational interventions, stress and burnout in dementia care; ii) staff's needs and expectations: a focus-group interviews with staff were previously conducted in order to collect information about their perceived needs and difficulties and expectations about the intervention. The findings highlighted the staff's needs for information and skills to improve dementia care, as well as competences to manage stress and coping skills<sup>30</sup>.

The programme included 8 psycho-educational group sessions of 90 minutes, held fortnightly. All sessions were conducted by a multidisciplinary team, including a gerontologist and a physiotherapist with experience in person-centred approaches to dementia care, and a psychologist with training in psycho-educational groups. Those embraced the role of facilitators, normalising feelings or thoughts.

Each session comprised an educative and a supportive component (Table 1). The educative component aimed to present basic information on dementia, share communication skills to interact with residents with dementia, and provide competences to increase person-centred approaches to care (e.g., multisensory stimulation and motor stimulation). Several activities were included to facilitate the acquisition of knowledge and skills, such as case-studies, lectures, role-plays or brainstorming. The supportive component intended to help staff to improve: i) self-care competences, ii) emotional management, iii) coping strategies to deal with stress and burnout, and iv) the sense of meaning in their jobs. Participants were encouraged to share their stories, feelings and experiences. With the exception of the last session, there was a moment at the end of the supportive component where relaxation techniques were practised. Home tasks were proposed at the end of each session.

All sessions followed a similar format: i) home task review and participants' reports on the successes and difficulties when performing it; ii) presentation and development of the structure of the session; iii) group relaxation exercise of approximately 10 minutes; iv) proposal of the home task for that week. Handouts with a summary of the most relevant

information were provided to participants.

During that week, each staff member was assisted by a gerontologist and a physiotherapist, while providing morning care – upper-body bathing, dressing and toileting. These professionals helped staff to implement the new skills, clarified doubts and made suggestions to improve the quality of care.

#### Session 1

Participants and facilitators introduced themselves. The educative component started with a brief overview of dementia (e.g., symptoms, progression and treatments) and was led by a physician. At the end, participants had some minutes to raise questions and clarify doubts. Practical questions like how to react and deal with challenging behaviours prevailed. Strategies to stimulate the senses during routine care were also approached during the educative component. Specifically, participants were informed about: the importance of provide individualised sensory stimulation in order to achieve or maintain residents' well-being; and the need to incorporate residents' personal circumstances (e.g., preferences and lifestyle) into daily care. Olfaction was the first of the five senses considered. Main changes on olfaction as a result of dementia, and strategies to stimulate this sense during care were discussed (e.g., being aware of food smells like coffee, vanilla or cinnamon; making use of fragrant oils or creams; placing scented flowers in the facility).

The supportive component aimed to help staff members to identify the positive and negative impacts that emerged from their caregiving experience. The most reported positive impacts were: personal realisation, preparation for possible personal or familiar situations in the future, satisfaction for providing the best possible care and consciousness that the residents have their needs addressed. The most cited negative impact was the *fear of being, one day, in the same situation*. In this session, as a relaxation method, the abdominal breathing was performed<sup>31</sup>. At the end, participants were given the home task of registering their sources of stress and the respective used management strategies, as a way to perceive what situations make them feel stressed.

#### Session two

This and the other remaining sessions began with the group members discussing their degree of success with the task that had been given in the previous session.

Communication was the first topic discussed on the educational component. Participants were elucidated about the main changes in communication of residents with dementia, including verbal and non-verbal communication, and strategies to respond to residents' requests and behaviours (e.g., making eye contact; limiting the number of open-ended questions; speaking clearly and slowly; giving sufficient time for residents to respond). Then, they were asked to narrate episodes where difficulties in communicating with a resident with dementia had emerged and to explain how they managed the situation. The group emphasised the complexity of communicating with residents who are continuously looking for relatives who have died.

The consequences of dementia on the sense of touch and strategies to stimulate it during care provision (e.g., offering different tactile opportunities with blankets, towels or clothing; massaging hands) were discussed with the group.

The supportive component aimed to help carers improving their emotion-management strategies. For this purpose, the game 'six colours to think' was used<sup>32</sup>. The group chose the *lack of time to perform an adequate care* as a situation associated with negative emotions and used the game to test how different thoughts may induce different emotions. At the end, a relaxation technique based on stretching was performed<sup>31</sup>. The home task of this session consisted of giving, to each participant, post-its which they had to fill with positive words or phrases, in order to enhance their positive emotions and improve self-esteem.

#### Session three

The educative component started with a discussion of the main changes on vision associated with dementia, and strategies to stimulate this sense during daily care (e.g., providing visually appealing meals; taking the resident for a walk outside the facility; using vivid colour pictures). Particular emphasis was placed on reality orientation strategies (e.g., calendars, watches and signposts).

In the supportive component, the different forms to communicate with others (passive, aggressive, manipulative and assertive) were presented to the group. It was explained how to communicate in an assertive way using the DESC technique<sup>33</sup>: Describe the facts; Express feelings; Specify the desired changes; explain the Consequences. Then, a role-play was performed to illustrate the use of this technique in a situation in which it is difficult to be assertive. At the end, participants trained a cognitive relaxation technique (guided imagery)<sup>31</sup>. The home task was to utilise the assertive training in at least one situation.

#### Session four

At the educative component, participants were alerted to the main changes that occurred in hearing due to dementia, and then asked to think in strategies to stimulate this sense (e.g., listening to familiar music; reading notices or extracts of a familiar book; avoiding background noise; visiting a green park to hear the birds and the surrounding na-

ture).

The supportive component aimed to help participants to improve their social relationships. Participants were invited to reflect on two questions: *Why is it important to have a social network? What can I do to keep my social network?* They reported that *it is with our social network that we talk, we share joys and sorrows, it is our basis of life*, and recognised that one way to improve their social relationships was by investing, every day, in relationships. In this session, participants performed the progressive muscle technique as a relaxation method<sup>31</sup>. The home task was to contact a person (colleague, friend, neighbour or family member) as a way of activating social network.

#### Session five

The educative component aimed to address and discuss some strategies to stimulate the sense of taste of the residents with dementia during daily activities (e.g., offering seasonal fruit or vegetables; planning menus according to traditional events, as Christmas; offering different cultural meals).

The supportive component aimed to help participants to improve their self-care. A sheet with two circles was distributed. In the first circle, participants were asked to divide the area into different portions (work, family, leisure and time for themselves), depending on the time dedicated to each of them. Then, they were asked to divide the second circle according to what they needed to be happier. After the exercise, participants reported their wish of having more time to spend with their family, more leisure time and more time for themselves. In this session, it was performed the autogenic technique as a relaxation method<sup>31</sup>. The home task was to generate ideas for enjoyable events and engage in one or more pleasant activities.

#### Session six

In the educative component, the group discussed the importance of the active participation of the people with dementia in daily activities. Some strategies to stimulate residents' engagement were shared (e.g., using skills familiar to residents; utilizing remaining functional abilities; dividing activities into simple steps; drawing on past roles and experiences).

The supportive component helped participants to address problems in an active, positive and effective way, using the problem solving technique. This technique consists of six steps: i) identify the problem; ii) explain the problem; iii) create solutions; iv) choose one solution (*dialogue*, reach agreement among colleagues); v) plan the implementation of the solution; vi) evaluate its efficacy<sup>34</sup>. Participants were encouraged to think about the situations of their daily routine that cause most strain. The most commonly referred problem was the unavailability of important resources to perform an adequate care to people living in the residential facility, e.g., the lack of bath chairs. This example was used to train the problem solving technique. In this session, it was performed the Mitchell's relaxation technique<sup>31</sup>. The home task was to practise one of the learnt relaxation techniques.

#### Session seven

The educative component aimed to address the behavioural symptoms that are usually associated with dementia, discuss triggers for challenging behaviours and strategies to avoid them (e.g., distracting; validating feelings; establishing routines).

The goal of the supportive component was to think on the emotions which are associated with the death of residents. The group was divided into two sub-groups: half of the participants were asked to relate their experiences about residents' death and how they coped with it; the other half observed them and then shared what they saw and heard. After that, the roles were inverted. *Accepting the situation* was the most common strategy mentioned to deal with the residents' death. The relaxation technique of this session was similar to the muscle progressive training presented on session four<sup>31</sup>. The group participants were encouraged to bring to the last session an object that symbolised their participation in the programme.

#### Session eight

The last session aimed to clarify the importance of the adjustment of surroundings to create a safe living environment and ensure an increased level of comfort for the residents. Through illustrative examples of environment barriers, participants were asked to document what they observed and what they would possibly do to avoid hazardous situations. Some tips were discussed (e.g., good lighting; written and pictorial signs in significant places around the facility; minimization of obstacles in hallways).

Participants reflected about their participation in the group, described ideas for future (to maintain significant goals for their individual and professional lives) and stressed the desire to put into practice everything they learned. Finally, the end of the sessions was celebrated with a lunch. Photographs of the whole group were taken and delivered to each participant 1 month later.

## Measures

A focus-group interview was conducted 2 weeks after the end of the programme, with 5 participants (1 missed due to health problems), to explore their opinion about: functional aspects, contents and methodologies used in the programme; main benefits and disadvantages; and suggestions to better adjust the programme to their needs.

An interview guide was used. The focus-group interview was conducted by the gerontologist and the physiotherapist at the residential facility and lasted 2 hours. The interview was video-recorded, transcribed and subjected to content analysis by 2 independent judges.

## Results

### Characterisation of participants

Before the beginning of the programme, 3 participants dropped out (1 due to health problems, 1 for personal reasons, 1 because the person quitted her job).

A total of 6 staff elements participated in the study. Participants were all female with an average age of 40 years (SD=11.91), ranging from 22 to 49 years. The academic qualifications of the studied group ranged from primary school (n=2) to higher education (n=2). The average years of work in the institution was 5 years.

### Functional aspects of the programme

The functional aspects of the programme were positively evaluated by the participants. The majority considered the number, frequency and duration of the sessions appropriated, as they were *not overloaded*.

In addition, staff members were asked about the professional competence of facilitators. All participants emphasised the importance of the facilitators' role and agreed that the three experts complemented each other:

*With a lot of knowledge (...) you came well prepared, knew what it was, were one step ahead ... and the psychologist was very sensitive, observer and a reasonable person (...) I noticed many times that he was very supportive!* [G., 51 years old]

Regarding the individualised assistance carried out between sessions, participants emphasised the professionals' competence and the importance of this procedure to establish changes in practice:

*The individualised assistance reminded us what was learnt in previous sessions, we could talk and share any problem we had... it was great! (...) It was always very helpful to have additional opportunities to ask and clarify our doubts.* [C., 27 years old]

### Contents and methodologies

All participants found the programme *well-structured* and emphasised that the educative and supportive components *came well together*.

Overall, the entire topics discussed along the programme were considered very important. Even though, some participants found particularly relevant the multisensory stimulation sessions as they *deal constantly with residents' senses*:

*"I think we have to be always very aware to the senses of our residents. (...) If one is more fragile than others, we must be more aware and think ...This topic was very well developed. Senses are very important in these issues that you brought here!"* [G., 51 years]

One participant highlighted the problem-solving session:

*The session about how to solve problems was also very interesting! It was not directly linked to residents, but to us, and that was interesting. (...) How to react to problems, how to solve them... it was very important.* [G., 51 years old]

Another participant was particularly enthusiastic about the relaxation techniques practised at the end of each session,

because those final minutes were perceived as a break from routine:

*And the final relaxation, we left ready for another day! The last part of the sessions was the best of all (...) helped us to relax in situations of great stress... [C., 27 years old]*

Moreover, all participants agreed that none particular session was useless.

Regarding the methods, materials and strategies used, participants found them adequate. The availability of handouts was highlighted, for the reason that they were written in an *understandable manner, without confusing words and very simple*.

### **Perceived benefits and constraints**

Participants felt that they had increased their understanding about dementia and demonstrated enthusiasm to apply the new knowledge and skills into practice:

*"Knowledge, new knowledge. I have learned a lot with this programme. We learned (...) and put [the acquired knowledge] into practice, which was essential." [C., 27 years old]*

Pre-existing myths often associated with dementia were challenged. The attitudes toward the residents had changed, because participants previously thought that almost nothing could be done with people at advanced stages of dementia. The programme provided staff members with a better idea of what works well with residents, showing that there are strategies, like MSS and MS, they can integrate in the provision of personal care to communicate appropriately with them:

*"Some [strategies] I had already put it into practice but others...I experienced many. It was impressive! We thought they were not able to do nothing, for example Mr. F., and he really does a lot." [C., 27 years old]*

The sessions were helpful in enabling staff members to reflect on their own practice. For example, one participant referred that they had previously used some of the skills approached during the sessions; however, they were not aware of their importance when caring for residents with dementia:

*"Sometimes it was like a 'click'...for some points that you warned we thought 'we really seem to do these things and not reflect in what we are doing'. And you allowed us to reflect." [G., 51 years old]*

The programme also contributed to validate competences. Several participants reported feeling valued, as they identified that the abilities they had acquired during their caregiving experience were recognised as adequate and validated by the facilitators:

*"I think it also helped us to understand whether the things we did and the decisions we took were right or not... now we realize that we acted exactly the way we should. It makes us more certain of our decisions." [P., 45 years old]*

Moreover, the initial resistance to the provision of new care practices, like the application of MS and MSS during the provision of personal care, was dissipated, with one participant reporting that:

*"At the beginning, making a first judgment, I thought it was all very theoretical. It was good, but maybe not to put into practice and (...) I really saw that it could be used in practice." [P., 45 years old]*

Overall, staff members valued the supportive component. The programme was an opportunity to increase the group cohesion and to discuss difficulties and experiences together. It promoted a greater proximity between members and increased feelings of belonging, by allowing the dialogue and confrontation of different perspectives:

*"When we joined, one spoke about a thing, another of another thing (...) and we reflected together." [M., 45 years old]*

years old]

*"Sometimes we meet in the lobby and it is just a 'hello!', but here we had the opportunity to know a little bit more of each other."* [P., 45 years old]

Additionally, the supportive component also contributed to enhance participants' problem-solving skills, by supporting them with solutions to their problems:

*"That part of working with the colleagues, of us to react to a problem...how to solve problems... was very important. Because I had a problem, but in many occasions it was never solved, and I thought that it would not be solved anyway. But I tried and resulted!"* [G., 51 years old]

Participants emphasised the importance of relaxation techniques. These enabled them to understand that caring for themselves could improve their work performance and, therefore, residents' well-being:

*"I think that the moments of relaxation helped us to understand that if we feel happy, we can contribute to the well-being of the elderly."* [G., 51 years old]

In general, residents were perceived as the beneficiaries of staff involvement in the programme:

*All this here is an accomplishment! They do not lose anything...we have been here investing for them!* [G., 51 years old]

Time restraint was perceived as the main obstacle for programme participation. Sessions deprived workers from the little free-time they had to rest.

As for suggestions, different members recommended the inclusion of other conditions besides dementia, as they care for residents with a range of different pathologies:

*I just think that more aspects could have been developed, as it is not just the dementia that exists in these homes!* [G., 51 years old]

Participants stated the wish of having *more of this type of initiatives* and emphasised the need of regular meetings with all staff, to share concerns and difficulties.

## Discussion

Overall, the results suggested that staff members responded positively to the psycho-educational programme. The combination of educational and supportive components revealed to be adequate and helpful to meet participants' needs and expectations.

With regard to the benefits, the PE contributed to increase staff knowledge and skills on dementia and demystify pre-existing beliefs related to dementia care. The topics on practical skills for delivering MS and MSS were noticeably appreciated by staff. Previously to the intervention, participants felt that nothing more could be done with the residents with dementia. However, after the programme, they found that residents at advanced stages of dementia can respond to the MS and MSS and are able to continue communicating and interacting. An additional factor that might explain the relevance attributed to MS and MSS is that these approaches are under staff's control, i.e., they do not require a lot of time and effort to implement them in practice. The emphasis attributed to these topics underline the need of its inclusion in future programmes.

Also, the individualised assistance and orientation given by the facilitators between sessions was emphasised as fundamental to guarantee knowledge and change practice. In the majority of previous interventions, participants acquired new knowledge and skills but encounter difficulties when attempting to transfer them into practice<sup>35</sup>. This study allowed participants to apply what they have learned during sessions, and simultaneously receive feedback and orientation. Such procedure was recommended before<sup>5, 36, 37</sup> due to its potential to increase motivation to change staff's performance and sustain behaviour changes over time.

Unlike previous studies, which have primarily focused on staff educational needs, this research had a broader focus: it also attended to staff's emotional support needs. Concerning this, participants acknowledged that the programme: helped them to feel valued and recognised in their efforts and competences; provided them with new problem-solving skills related to work demands; and increased awareness to the importance of their own well-being. Therefore, interventions leading to perceptions of increased competence and feelings of being attended in emotional needs, such as the programme described in the current study, might enhance staff motivation and engagement in providing adequate care. Moreover, the programme had provided an opportunity for participants to share and listen to their colleagues, enabling group cohesion. Actually, participants reported that they often feel unsupported, and had identified the need of a period during their work-time where they could discuss their problems and share experiences. This finding is in accordance with a previous study, which has shown that over 30% of staff members in residential facilities have not enough opportunities at work to discuss the psychological stress of their job<sup>20</sup>.

As noted earlier<sup>5, 37</sup>, limited time was cited as the main barrier to the implementation of the programme. Insufficient human and financial resources that commonly characterise residential facilities and the limited incentives for staff to attend sessions<sup>37</sup> can explain time constraints. This finding highlights the need to pay more attention to organisational issues, i.e., it is important to extend the focus of interventions beyond the staff and include the entire organisation in order to stimulate and promote change.

In general, findings from this pilot-study suggest that interventions that attend to both educational and supportive needs of staff are a promising approach to improve dementia care in residential facilities. Despite the promising results, the current study presents some limitations. First, staff's participation was voluntary, thus the programme likely attracted individuals who were among the most interested and motivated. Moreover, findings are limited by the inclusion of a single residential facility and a small sample. The authors recommend the development and assessment of similar interventions in larger samples, and the inclusion of further residential facilities and control groups in order to explore the extent of benefits.

## Conclusion

Direct care staff provide the majority of hands-on care to individuals with dementia residing in residential facilities, yet they present insufficient specialized training in dementia care and are poorly supported and valued for their physically and emotionally labour-intensive care<sup>6, 38, 39</sup>. Findings, although preliminary, suggest that psycho-educational approaches can be implemented in residential facilities. This approach might improve staff's sense of mastery and self-competency and, therefore, enhance the quality of care and well-being of both staff and residents.

Providing a high standard of care for people with dementia is becoming an increasingly important issue as societies continue to age. Psycho-educational approaches might be effective in assisting staff to have the necessary tools to provide excellence in care. Further studies, with larger samples, using further residential facilities and having control groups, are needed in order to investigate the extent of these benefits.

## Acknowledgements

This work was supported by Fundação Calouste Gulbenkian.

## REFERENCES

1. Lippa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brahler, E., & Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age & Ageing*, 39(1), 31-38.
2. American Psychiatric Association [APA]. (2007). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA).
3. Gould, E. & Reed, P. (2009). Alzheimer's Association Quality Care Campaign and professional training initiatives: improving hands-on care for people with dementia in the U.S.A. *International Psychogeriatrics*, 21(1), S25-S33.
4. Beer, C., Horner, B., Almeida, O., Scherer, S., Lautenschlager, N., Bretland, N., & Flicker, L. (2010). Dementia in residential care: education intervention trial (DIRECT); protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 11, 1-6.
5. Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 818-841.

6. Moniz-Cook, E., Millington, D., & Silver, M. (1997). Residential care for older people: job satisfaction and psychological health in care staff. *Health and Social Care in the Community*, 5(2), 124-133.
7. Burgio, L. D., Stevens, A., Burgio, K., L., Roth, D. L., Paul, P. & Gerstle, J. (2002). Teaching and maintaining behavior management skills in the nursing home. *The Gerontologist*, 42(4), 487-496.
8. Camp, C., Cohen-Mansfield, J., & Capezuti, E. (2002). Use of nonpharmacologic interventions among nursing home residents with dementia. *Psychiatric Services*, 53(11), 1397-1401.
9. Moniz-Cook, E., Stokes, G. & Agar, S. (2003). Difficult behavior and dementia in nursing homes: Five cases of psychosocial intervention. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 197-208.
10. Brooker, D. J., Woolley, R. J. & Lee, D. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging & Mental Health*, 11(4), 361-370.
11. Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R. & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108.
12. van Weert, J., van Dulmen, A. & Bensing, J. (2008). What factors affect caregiver communication in psychogeriatric care? In A. M. Visser (Ed.) *Alzheimer's Disease: New research*. (pp. 87-117). New York: Nova Science Publishers.
13. Sidani, S., LeClerc, C., & Streiner, D. (2009). Implementation of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia by nursing staff. *International Journal of Older People Nursing*, 4(1), 48-56.
14. van Weert, J., van Dulmen, A., van Spreeuwenberg, P., Ribbe, M., & Bensing, J. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 312-326.
15. Tappen, R., Roach, K., Applegate, E., & Stowell, P. (2000) Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14(4), 196-201.
16. Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A. Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., & Vellas, B. (2007). Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial. *Journal of American Geriatric Society*, 55(2), 158-165.
17. Baillon, S., Diepen, E. van, Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N. & Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy of the agitated behavior of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1047-1052.
18. van Weert, J., van Janssen, B., van Dulmen, A., van Spreeuwenberg, P., Bensing, J., & Ribbe, M. (2006). Nursing assistants' behavior during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hours dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 656-668.
19. Finnema, E., Dröes, R. M., Ettema, T., Ooms, M., Adèr, H., Ribbe, M., & Tilburg, W (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 330-343.
20. Brodaty, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 583-590.
21. Cassidy, E. L., & Sheikh, J. I. (2002). Pre-intervention assessment for disruptive behavior problems: a focus on staff needs. *Aging & Mental Health*, 6(2), 166-171.
22. Duffy, B., Oyebode, J. R. & Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia. The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*, 8(4), 515-541.
23. Redfern, S., Hannan, S., Norman, I. & Martin, F. (2002). Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. *Health and Social Care in the Community*, 10(6): 512-517.
24. Cheung, C. K. & Chow, E. O (2006). Spilling over strain between elders and their caregivers in Hong Kong. *International Journal of Aging and Human Development*, 63(1): 73-93.
25. Brodaty, H., Draper, B., & Low, L.F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 583-590.
26. Cohen-Mansfield, J. (1997). Turnover among nursing home staff: a review. *Nursing Management*, 28(5), 59-64.
27. MacKenzie, C. S., & Peragine, G. (2003). Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5), 291-299.
28. Hébert, R., Levesque, L., Vezina, J., Lavoie, J.P., Ducharme, F., Gendron, C., Preville, M. Voyer, L., & Dubois, M. F. (2003). Efficacy of a Psychoeducative Group Program for Carers of Demented Persons Living at Home: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58(1), S58-67.
29. Ostwald, S. K., Hepburn, K. W., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R. (1999). Reducing Caregiver Burden: A Randomized Psychoeducational Intervention for Caregivers of Persons With Dementia. *Gerontologist*, 39(3), 299-309.

30. Barbosa, A.L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doença*, 12(1), 119-129.
31. Payne, R. A. (2000). *Relaxation Techniques* (2 ed.). London: Churchill Livingstone.
32. de Bono, E. (1985). *Six Thinking Hats*. Library of Congress, New York, USA.
33. Bower, S., & Bower, G. (1991). *Asserting Yourself: A Practical Guide for Positive Change*. United States of America: Da Capo Press.
34. D'Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
35. Ailward, S., Stolee, P., Keat, N., & Johncox, V. (2003). Effectiveness of Continuing Education in Long-Term Care: A Literature Review. *The Gerontologist*, 43(2), 259-271.
36. Levy-Storms, L. (2008). Therapeutic communication training in long-term care institutions: Recommendations for future research. *Patient Education and Counselling*. 73(1), 8-21.
37. Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Wilkinson, A., Warnes, T., McKee, K., Flannery, J., & Stasi, K. (2008). The role of education and training in achieving change in care homes: a literature review. *Journal of Research in Nursing*, 13(5), 411-433.
38. Beck, C., Ortigara, A., Mercer, S., & Shue, V. (1999). Enabling and empowering certified nursing assistants for quality dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 197-212.
39. Zimmerman, S., Williams, C., Reed, P., Boustani, M., Preisser, J., Heck, E., & Sloane, P. (2005). Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia. *The Gerontologist*, 45(S1), 96-105.

Table 1: Psycho-educational sessions for staff

Sessions	Components
Session 1.	Education: Presentations. Information about dementia. Stimulate olfaction. Support: Emotional impact of caregiving. Abdominal breathing (relaxation). Home task.
Session 2.	Education: Review of the home task. Communication in dementia. Stimulate tact. Support: Deal with emotions. Stretching (relaxation). Home task.
Session 3.	Education: Review of home task. Stimulate vision. Support: Assertiveness. Guided imagery (relaxation). Home task.
Session 4.	Education: Review of home task. Stimulate audition. Support: Social support. Progressive muscle technique (relaxation). Home task.
Session 5.	Education: Review of home task. Stimulate taste. Support: Self-care. Autogenic technique (relaxation). Home task.
Session 6.	Education: Review of home task. MS. Support: Problem-solving. Mitchell method (relaxation). Home task.
Session 7.	Education: Review of home task. Challenging behaviours. Support: Cope with grief. Progressive muscle training (relaxation). Home task.
Session 8.	Education: Review of home task. Adjust environment. Celebration and close of the group

Note: MSS= Multi-sensory stimulation; MS= Motor Stimulation

## Contactos / Contacts

Mestre Ana Barbosa - Research fellow at University of Aveiro. E-mail: anabarbosa@ua.pt

Doutora Daniela Figueiredo - Senior lecturer at University of Aveiro. Member of the research unit UniFAI (Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos), University of Porto. E-mail: daniela.figueiredo@ua.pt

Doutora Joana Cruz - Research fellow at University of Aveiro. E-mail: joana.cruz@ua.pt

Doutora Alda Marques - Senior lecturer at University of Aveiro. E-mail: amarques@ua.pt

Doutorando Álvaro Mendes - PhD student at the University of Aveiro. E-mail: alvarofmendes@gmail.com

Prof. Doutora Liliana Sousa - Auxiliary Professor at University of Aveiro. Member of the research unit UniFAI, University of Porto. E-mail: lilianax@ua.pt

# ***Estruturas residenciais para Idosos em Portugal Continental: uma caracterização institucional segundo a abordagem centrada na Pessoa com demência***

**Doutoranda Patrícia Paquete\***

**Mestre Cláudia Silva**

*Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa | Escola Superior de Saúde de Alcoitão*

## ***Resumo / Abstract***

Estima-se que existam em Portugal cerca de 153.000 pessoas com demência (EuroCode, 2009). Do conhecimento empírico sabe-se que grande parte destas pessoas permanecem em casa a ser cuidada por familiares e que a institucionalização só surge numa fase avançada do processo demencial, mas estudos internacionais apontam para uma prevalência de 30% a 50% de pessoas com demência nos lares de idosos (Zimmerman, *et al*, 2003). Sabendo que este número vai continuar a aumentar, é pertinente a realização de estudos que visem aprofundar o conhecimento na área da qualidade de vida e bem-estar das pessoas com demência que residem em instituições. O objetivo deste estudo, que faz parte de uma análise mais alargada, foi contribuir para um maior conhecimento das Estruturas Residenciais para idosos de Portugal Continental, fazendo uma caracterização geral destas instituições segundo os indicadores da Abordagem Centrada na Pessoa com Demência (Kitwood, 1997) e segundo o modelo de Avaliação da Qualidade dos Cuidados (Donabedian, 1988). 93% das instituições participantes refere ter clientes com demência e estes representam 29% da totalidade dos residentes. Grande parte das Instituições não tem fins lucrativos e tem a denominação de Lar de Idoso. Nestas instituições residem 11546 utentes, e destes, 3280, têm um diagnóstico de demência. Em média, cada Instituição tem 44 utentes.

Concluimos neste estudo, que, em Portugal, as pessoas com demência quando são institucionalizadas estão sobretudo em entidades sem fins lucrativos e que representam cerca de um terço de todos os idosos institucionalizados.

It is estimated that in Portugal there are approximately 153,000 people with dementia (EuroCode, 2009). The empirical knowledge tells us that great part of these people remain at home being cared by relatives and that the institutionalization comes only at a late stage of the dementia process, however international studies indicate a prevalence of 30 to 50% of people with dementia in nursing homes.

Knowing that this number will continue to increase, studies that aim to increase the knowledge about quality of life and wellbeing of people with dementia in institutions are urgent. The objective of this study, which is part of a wider analysis, was to contribute to a better knowledge of THE objective of this study, which is part of an enlarged analysis was to contribute to a better knowledge of residential facilities for the elderly in Portugal, by making a general characterization of these institutions according to Person Centered Dementia Care indicators (Kitwood, 1997) and according to Donabedian's model of quality of care evaluation (1988). 93% of the facilities have clients with dementia who represent 29% of all the residents. Most of the Institutions is not-for-profit and has the "nursing home" denomination. In these institutions live 11546 clients, and of these, 3280 have a diagnosis of dementia. On average, in each one live 44 residents.

## ***Comunicação / Paper***

### **Introdução**

O aumento crescente da actividade profissional das mulheres, tradicionalmente prestadores de cuidados informais e o progressivo aumento do número de pessoas idosas contribuíram para uma maior procura das instituições prestadoras de cuidados formais (Gonçalves, 2002).

Face ao aumento da procura, diferentes estruturas residenciais para idosos multiplicaram-se e foram sendo criados

\* De referir que a Doutoranda Patrícia Paquete tem como orientadoras:

Professora Doutora Amália Botelho, Professora Auxiliar na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Professora Catedrática Ana Alexandre Fernandes, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, da Universidade Técnica de Lisboa; CESNOVA, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa

novos Programas - Programa de Alargamento da Rede Equipamentos Sociais PARES (2006) e Redes de apoio - Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados - RCCI (2006), que sustentaram o surgimento de novas respostas.

Apesar da multiplicação destas respostas, não podemos considerar que tenha havido um debate aprofundado sobre cada uma delas, que conceitos teóricos as suportam, que diferenças existem no seu funcionamento, que diferenças existem nos seus objectivos e nas características dos seus potenciais utilizadores.

Perante a multiplicidade de respostas sociais residenciais para idosos, onde devem residir as pessoas com demência quando os cuidados no domicílio já não são suficientes? Mais importante, em que instituições residem, neste momento, as pessoas com demência?

A demência é uma síndrome multifacetada que afecta a cognição, comportamento e a capacidade de desempenho nas actividades de vida diária, (Reimer, 2004). Esta síndrome constitui, actualmente, um dos principais problemas médicos e sociais (APFADA, 2004), afectando sobretudo indivíduos com idade superior a 65 anos. Em Portugal estima-se que existam 153 mil pessoas com algum diagnóstico de demência (Eurocode, 2009) e, de acordo com Zimmerman *et al.* (2003) a prevalência de pessoas com demência em Residências Assistidas é de 30% a 50% e prevê-se que seja ainda mais elevada nos Lares de Idosos tradicionais.

As características da demência e a elevada prevalência desta condição nas respostas residenciais para idosos são factores determinantes para a importância de tentarmos saber onde e como prestar cuidados de qualidade às pessoas com demência.

Os cuidados prestados nos Lares de Idosos são multidimensionais (Unruh, *et al.*, 2004) e compreendem não só os cuidados clínicos mas também os de suporte social e ambiental dos residentes. Igualmente se deve ter em conta o contexto político em que são realizados, a instalação física e as dinâmicas psicossociais da prestação de cuidados (Innes, 2011). No que diz respeito ao contexto político, e a nível internacional, foram concebidos planos e estratégias para a demência (ex. Inglaterra, França e Noruega) sendo que, diversos governos já declaram a demência como uma prioridade nacional e desenvolvem acções que se dirigem às projecções anunciadas de um aumento do número de pessoas com demência e dos custos associados à prestação de cuidados com qualidade (Innes, 2011).

Assim, qualquer modelo de avaliação da qualidade de cuidados prestados às pessoas com demência proposto deverá assentar na premissa de multidimensionalidade, e deverá ser suportado por orientações políticas bem definidas.

Já existem em Portugal Modelos de Avaliação da Qualidade dirigidos às respostas sociais para idosos (ex. ISS, I.P (2005), contudo, nenhum deles se dirige à pessoa com demência, nem é suportado por uma verdadeira política de prestação de cuidados de longa duração.

Um estudo recente conduzido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2004), afirma que as políticas devem ter como objectivo permitir que as pessoas com demência permaneçam em casa pelo mais longo período de tempo possível e que quando a institucionalização se torna inadiável, então recomenda que as estruturas residenciais sejam o mais possível parecidas com a casa.

Nos últimos anos têm surgido diversos estudos que compararam a qualidade de prestação de cuidados a pessoas com demência em Unidades especializadas e não especializadas e os resultados não foram animadores (Reilly *et al.*, 2006), não só os níveis de qualidade são globalmente baixos, como não se encontram diferenças significativas entre os serviços especializados e não especializados em cuidados em demência, apesar de os especializados serem mais dispendiosos. Apesar de existirem algumas orientações no sentido de as instituições serem de pequenas dimensões e de "ar caseiro", o facto de serem ou não especializadas nos cuidados em demência não reúne consenso. No entanto, consenso surge em torno da abordagem centrada na pessoa com demência (Kitwood, 1997) quando nos referimos a como prestar cuidados às pessoas com demência. A abordagem centrada na pessoa tem a sua origem no trabalho desenvolvido por Carl Rogers (Rogers, 1961) na área do *counselling* centrado no cliente. Foi Tom Kitwood, quem primeiro usou o termo centrado na pessoa em relação à pessoa com demência (Kitwood, 1997). Dawn Brooker, em 2004, definiu da seguinte forma os quatro elementos essenciais dos cuidados centrados na pessoa com demência: 1) valorizar a pessoa com demência e aqueles que lhes prestam os cuidados; 2) tratar as pessoas como ser individuais, valorizando a sua história, personalidade, saúde física e mental reconhecendo que os défices neurológicos são influenciados por estes aspectos pessoais; 3) olhar para o mundo segundo da perspectiva da pessoa com demência, reconhecendo que a sua experiência pessoal é válida, sabendo que ser-se empático com essa perspectiva tem um enorme potencial terapêutico; 4) reconhecer que toda a vida humana é baseada nas relações interpessoais e que a pessoa com demência precisa de estar num ambiente social, em relação com o outro, que lhe ofereça oportunidades para o crescimento pessoal. Tom Kitwood (1997) descreveu, as necessidades psicossociais das pessoas com demência, que embora sejam comuns a todos nós, nas pessoas que se encontram num processo de perda, tornam-se mais evidentes. Estas são: a identidade, o vínculo, a ocupação, o conforto e a inclusão (Quadro 1).

Apesar de existirem ainda poucos estudos realizados nesta área, os que existem apontam para os benefícios das abordagens que se dirigem às necessidades psicossociais nos cuidados às pessoas com demência, nomeadamente, na redução da ocorrência de alterações do comportamento (Chenoweth, *et al.*, 2009), redução da utilização de neurolépticos (Fossey, *et al.* 2006) e até na realização de actividades de vida diária, como as refeições num lar, onde foi realizado um estudo etnográfico sobre a experiência subjectiva das refeições de pessoas com demência, em duas instituições (Hung *et al.*, 2010). Donabedian (1988) afirmava que antes de podermos medir a qualidade dos cuidados prestados, temos que saber defini-la, temos que saber o que são cuidados de qualidade. E antes de podermos medir a sua qualidade temos que conhecer o contexto onde estes são prestados e temos que saber a quem são prestados

O objectivo deste estudo foi caracterizar as estruturas residenciais para idosos onde residem pessoas com demência

de Portugal Continental segundo os critérios da Abordagem Centrada na Pessoa com demência. Definimos indicadores dessa mesma abordagem e esperamos num o futuro nos permita operacionalizar algumas premissas básicas deste tipo de abordagem e assim contribuir para uma avaliação mais eficaz da qualidade da prestação de cuidados centrados na pessoa com demência.

Quadro 1 – Indicadores da Abordagem centrada na pessoa com demência					
	Identidade	Vínculo	Ocupação	Conforto	Inclusão
Estrutura	Existência quartos individuais  80% dos quartos individuais  Personalização dos quartos  Identificação das portas dos quartos e WC  Até 30 clientes por Unidade	Staff em número adequado  Treino específico na área da demência  Até 30 clientes por unidade	Existência de espaços apropriados para a realização de actividades	Existência espaço seguro ao ar livre  Até 30 clientes por Unidade	Personalização dos quartos  Identificação das portas dos quartos e WC
Processo	Proposto pelo próprio  Avaliação Inicial  Reavaliações	Sem Horários de Visita	Possibilidade de escolha da actividade a realizar	Plano de cuidados elaborado e revisto de acordo com as reavaliações	Avaliação Inicial  Reavaliações
Resultados	Existência de reavaliações  Reavaliações pelo menos de 3 em 3 meses  Possibilidade de trazer mobília e objectos pessoais para o seu quarto  Rácios adequados que permitam relação personalizada e que permitam ao staff conhecerem a história de cada	Técnico responsável pelo acolhimento  Rácios adequados que permitam relação personalizada	Plano individual de Actividades  Frequência das Actividades  Rácios adequados que permitam relação personalizada	Plano de cuidados elaborado e revisto de acordo com as reavaliações  Rácios adequados que permitam relação personalizada	Rácios adequados que permitam relação personalizada

## Métodos

Para este estudo foi usada a metodologia de construção de questionário. Durante a fase de construção, seleccionamos diversas questões abertas e fechadas agrupadas em secções: Estrutura física, Recursos Humanos, Formação, Processo do Cliente e Actividades, que resultaram da revisão da literatura e de entrevistas exploratórias realizadas a diferentes intervenientes na área da prestação de cuidados a idosos. Após a aplicação de um pré-teste, feito através do envio do questionário a 10 instituições do concelho de Lisboa, permaneceram 39 questões abertas e fechadas com a mesma organização.

Foram enviados 2011 questionários para instituições com estruturas residenciais para idosos de Portugal Continental, este número corresponde à nossa população acessível (Fortin, 2009). Assim foram enviados questionários para todas as instituições que se encontram publicitadas em: Direcção Geral da Segurança Social – Carta Social; Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI); Motores de busca especializados nesta área (lardeidosos.net/socialgest); Páginas amarelas.

Foram critérios de inclusão das instituições terem uma valência residencial para idosos e estarem localizadas em Portugal Continental.

Os questionários foram enviados no período compreendido entre Outubro de 2010 e Abril de 2011.

Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis do questionário utilizando o programa *SPSS statistics* 18.

## Resultados

A taxa de resposta foi de 13%, o que significa que 266 instituições participaram neste estudo.

Os resultados estão apresentados seguindo a organização que nos guiou ao longo do estudo: Estrutura, Processo e Resultados, apesar das fronteiras entre estes três domínios não serem estanques, estes domínios têm sido largamente usados noutros estudos do mesmo âmbito (Reilly *et al.*, 2006). Importa igualmente realçar que o domínio dos Resultados, se refere a resultados intermédios, a práticas que podem conduzir ao bem-estar do indivíduo, os resultados finais de qualquer avaliação da qualidade têm que incluir a avaliação do bem-estar e qualidade de vida dos clientes.

No presente artigo fazemos uma caracterização global das instituições, no que diz respeito à sua localização geográfica, natureza jurídica, especialização de cuidados, número de clientes e prestação de cuidados a pessoas com demência.

Dos indicadores da Abordagem centrada na pessoa com demência (Quadro 1), foram seleccionados para este estudo, e após a caracterização geral da amostra, os seguintes indicadores: 1) horários de visita; 2) quem propõe o cliente para a Instituição; 3) existência de quartos individuais e qual a percentagem desta tipologia na instituição; 4) possibilidade de personalizar os quartos; 5) existência de um espaço ao ar livre onde as pessoas possam andar em segurança; 6) existência de sinalética nas portas dos quartos e casas de banho adequada a pessoas com défices cognitivos.

Quanto à caracterização global das instituições, foram recebidos 266 questionários provenientes de todos os distritos de Portugal Continental, em que 153 Concelhos de Portugal Continental estão representados neste estudo, o que corresponde a 60% da totalidade dos concelhos de Portugal Continental (Quadro 2).

Conforme é possível observar, 207 instituições denominam-se Lar de idosos, oito como Residência e uma como Residência assistida. Participaram neste estudo 18 Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o que representa cerca de 17% das 95 Unidades desta tipologia (Quadro 2).

Cerca de 77,8% da amostra denomina-se Lar de Idoso, 12 instituições denominam-se Casas de Repouso, 18 são Unidades de Longa Duração e Manutenção e 8 são Residências. É possível observar que existe uma grande variedade de denominações, isto, apesar de não estarem consignadas formalmente em qualquer legislação.

Quadro 2 - Caracterização Global das Instituições participantes			
		Instituições	%
<b>Distrito</b>	Aveiro	19	7,1%
	Beja	11	4,1%
	Braga	14	5,3%
	Bragança	8	3,0%
	Castelo Branco	11	4,1%
	Coimbra	17	6,4%
	Évora	8	3,0%
	Faro	19	7,1%
	Guarda	19	7,1%
	Leiria	21	7,9%
	Lisboa	34	12,8%
	Porto	19	7,1%
	Portalegre	12	4,5%
	Santarém	19	7,1%
	Setúbal	8	3,0%
	Viana do Castelo	7	2,6%
	Vila real	9	3,4%
	Viseu	11	4,1%
	<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>100,0%</b>
	<b>Denominação Instituição</b>	Casa de Repouso	12
Clube sénior		1	,4%
Lar		207	77,8%
Lar Residencial		3	1,1%
Residência		8	3,0%
Unidade de Longa e Média Duração e Manutenção		18	6,8%
Associação de Reformados		1	,4%
Complexo Apoio Social Alargado		1	,4%
Residência sénior e unidade de cuidados continuados		1	,4%
Residência Assistida		1	,4%
Estrutura Residencial para idosos		1	,4%
Clube de amizade		1	,4%
Lar Grandes Dependentes		1	,4%
outro não especificado		5	1,9%
Associação de Protecção Social		1	,4%
Centro Social		1	,4%
Não responde		2	,8%
Centro de Vida Assistida		1	,4%
<b>Total</b>		<b>266</b>	<b>100,0%</b>

Quanto à distribuição por distrito das instituições participantes, esta foi bastante homogénea (Quadro 3). O distrito menos representado em termos de percentagem foi o de Viana do Castelo, e o mais representado foi o de Lisboa

**Quadro 3 – Distribuição por distrito e Natureza jurídica, segundo o número de clientes**

Distrito			Número de clientes					Total	
			1-30	31-50	51-70	71-90	91-110		111-350
Aveiro	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	5	6	4			1	16
		Entidade com fins lucrativos	2	1	0			0	3
	<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>7</b>	<b>4</b>			<b>1</b>	<b>19</b>
Beja	Natureza jurídica	Entidade sem fins lucrativos	1	3	1	5			10
		Entidade com fins lucrativos	0	1	0	0			
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>			<b>11</b>
Braga	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	10	0				2	12
		Entidade com fins lucrativos	0	2				0	2
	<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>2</b>				<b>2</b>	<b>14</b>
Bragança	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	4		2	1			7
		Entidade com fins lucrativos	1		0	0			1
	<b>Total</b>		<b>5</b>		<b>2</b>	<b>1</b>			<b>8</b>
Castelo Branco	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	4	2	2	1		1	10
		Entidade com fins lucrativos	1	0	0	0		0	1
	<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>11</b>
Coimbra	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	6	3	1	2			12
		Entidade com fins lucrativos	3	2	0	0			5
	<b>Total</b>		<b>9</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>			<b>17</b>
Évora	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	4	2					6
		Entidade com fins lucrativos	2	0					2
	<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>2</b>					<b>8</b>
Faro	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	7	3	5	1		1	17
		Entidade com fins lucrativos	0	2	0	0		0	2
	<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>19</b>
Guarda	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	12	2	3		1		18
		Entidade com fins lucrativos	0	0	1		0		1
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>2</b>	<b>4</b>		<b>1</b>		<b>19</b>
Leiria	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	3	4	4	1			12
		Entidade com fins lucrativos	9	0	0	0			9
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>			<b>21</b>
Lisboa	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	4	6	9		1	4	24
		Entidade com fins lucrativos	8	1	0		0	0	9
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>7</b>	<b>9</b>		<b>1</b>	<b>4</b>	<b>33</b>
Porto	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	1	5	1	2	3	1	13
		Entidade com fins lucrativos	4	1	0	1	0	0	6
	<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>19</b>
Portalegre	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	5	3	1	1	1		11
		Entidade com fins lucrativos	1	0	0	0	0		1
	<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>12</b>
Santarém	Natureza jurídica	Entidade sem fins lucrativos	5	4	4	1	2		16
		Entidade com fins lucrativos	2	1	0	0	0		3
	<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		<b>19</b>
Setúbal	Natureza jurídica	Entidade sem fins lucrativos	3		0				3
		Entidade com fins lucrativos	4		1				5
	<b>Total</b>		<b>7</b>		<b>1</b>				<b>8</b>
Viana do Castelo	Natureza jurídica	Entidade sem fins lucrativos	2	2		1		1	6
		Entidade com fins lucrativos	1	0		0		0	1
	<b>Total</b>		<b>3</b>	<b>2</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	<b>7</b>
Vila real	Natureza Jurídica	Entidade sem fins lucrativos	6	2	1				9
	<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>				<b>9</b>
Viseu	Natureza jurídica	Entidade sem fins lucrativos	3	4	1	0	1		9
		Entidade com fins lucrativos	1	0	0	1	0		2
	<b>Total</b>		<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>11</b>

Lisboa é o distrito que tem mais instituições com maior número de clientes (4 instituições com número de clientes superior a 111), logo seguido de Braga com 2 instituições onde residem 111-350 utentes.

Évora, é o distrito com instituições com menor capacidade. As Entidades sem fins lucrativos são as que recebem maior número de utentes. A maioria das entidades com fins lucrativos tem entre 3 e 30 utentes.

Nas 266 instituições que responderam ao questionário residem 11546 clientes, e cada instituição tem em média 44 clientes. De realçar o número máximo de residentes numa Instituição é 310 (Quadro 4).

Quadro 4 - Número clientes		
N		265
	Não Respondeu	1
Média		43,57
Mediana		32,00
Moda		30
Desvio Padrão		34,883
Mínimo		3
Máximo		310
<b>Soma</b>		<b>11546</b>

Das 266 Instituições que participaram no estudo, apenas 18 referiram não ter clientes com algum diagnóstico de demência (Quadro 5).

Quadro 5 - Número de Instituições com clientes com demência			
	Não	Sim	Total
Instituições	18	248	266
%	6,8	93,2	100,0

Das Instituições que referiram ter clientes com algum diagnóstico de demência, 18 não souberam referir quantos utentes com demência aí residem. Em 230 Instituições foram referidos 3280 clientes com demência. Em média residem nas instituições 14 utentes com demência. Em média cada instituição tem 28,4% de clientes com algum diagnóstico de demência (Quadro 6).

Quadro 6 - Número de clientes com demência residentes nas Instituições		
N		230
	Não sabe quantos	18
Média		14,26
Mediana		9,00
Moda		5
Desvio Padrão		15,508
Mínimo		1
Máximo		110
<b>Soma</b>		<b>3280</b>

Seguidamente, os dados apresentados referem-se apenas às Instituições que referiram ter clientes com algum diagnóstico de demência, cujo número é de 248 (Quadro 7).

Apenas 20 Instituições participantes consideram que prestam cuidados especializados em alguma área de prestação de cuidados a idosos.

Quadro 7 - Especialização			
	Não	Sim	Total
Instituições	228	20	248
%	91,9	8,1	100,0

Quanto à questão "Quem propõe o cliente para a instituição", de resposta múltipla. Conforme é possível observar no Quadro 8, os clientes das instituições são frequentemente propostos pelas suas famílias, pelos Serviços de Saúde e

pelos Serviços Sociais. O cliente raramente se propõe para ingressar nas instituições, 9% das Instituições referem que o próprio cliente nunca se propõe para a instituição e apenas 3 instituições afirmam que o cliente se propõe sempre.

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre
Família	2,5% (6)	0,8% (2)	68% (164)	28,6% (69)
Próprio	9% (21)	61,5% (144)	28,2% (66)	1,3% (3)
Serviços de Saúde	4,7% (11)	26,7% (63)	62,7% (148)	5,9% (14)
Serviço Sociais	7,3% (17)	36,1% (84)	53,6% (125)	3,0% (7)
Outros	31,4% (16)	47,1% (24)	19,6% (10)	2,0% (1)

Conforme se observa no Quadro 9, 86,3% das instituições da amostra referem ter horário de visitas. A percentagem de instituições que refere ter um horário rígido é de 88,8%. Apenas 11,2% das Instituições referiram que ajusta o horário às necessidades dos visitantes e dos utentes.

	NÃO	SIM	Total
Existência de horário de visitas	13,7% (34)	86,3% (214)	100% (248)
Instituições com horário de visitas rígido	11,2% (24)	88,8% (190)	100% (214)

No Quadro 10 estão representados os resultados de três variáveis relacionadas com a estrutura da instituição: Espaço ao ar livre; identificação das portas dos quartos e casas de banho tendo em conta os défices cognitivos dos clientes e a possibilidade de personalização dos quartos.

19 Instituições referiram não ter um espaço exterior seguro, 118 (47,6% da amostra) referiu que não tem as portas identificadas de forma adequada para quem tem défices cognitivos e, por último, 181 instituições referiram que existe possibilidade de os utentes personalizarem os seus quartos.

	NÃO	SIM	Não respondeu
Espaço ao ar Livre	8,1% (20)	91,5% (227)	0,4% (1)
Identificação porta quartos e WC	47,6% (118)	52,0% (129)	0,4% (1)
Personalização dos quartos	26,6% (66)	73,0% (181)	0,4% (1)

A maioria das Instituições participantes refere ter quartos individuais, contudo existem ainda instituições que não têm esta tipologia de quartos acessíveis aos seus utentes (Quadro 11).

	Não	Sim	Total
Frequência	56	192	248
%	21,1	72,2	93,2

No Quadro 12 encontra-se a percentagem de quartos individuais face ao número total de quartos existente em cada Instituição e observamos que apenas 17 instituições referem que mais de 50% dos seus quartos são individuais. Em 121 Instituições o número de quartos individuais representa até 30% do número total de quartos. É possível afirmar que nas instituições participantes, a grande maioria dos seus quartos é partilhada.

Quadro 12 - Percentagem de Quartos individuais					
	0	1-30%	31%-49%	≥50%	Total
Frequência	56	121	54	17	248
%	21,1	45,5	20,3	6,4	93,2

## Discussão

De acordo com os dados obtidos, a **estrutura residencial “tipo” para idosos, que recebe pessoas com demência em Portugal Continental**, é um Lar de idosos de uma entidade sem fins lucrativos, que tem em média 44 clientes, tem horário de visitas rígido, não tem as portas das casas de banho e dos quartos assinaladas de forma a dar resposta a pessoas com défice cognitivo e tem um espaço ao ar livre seguro e possibilidade de personalização dos quartos, sendo que, apesar de terem quartos individuais, os quartos são quase todos para mais que um utente.

Muitas das Instituições participantes adoptaram denominações que não estão consignadas na lei (p. ex. Casa de Repouso), mas cerca de 78% denomina-se Lar de Idoso, isto apesar de nos novos modelos de avaliação da qualidade (ISS, 2005) não aparecer uma só vez este conceito. Neste novo modelo surge a denominação de Estrutura Residencial para Idosos, que é definida da seguinte forma:

*“A Estrutura Residencial constitui-se como uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento colectivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, activo e plenamente integrado.”*

O contexto referido nesta definição de Residência Assistida surge entre aspas, o que nos leva a crer de que é uma tradução do conceito de “assisted living” que é um conceito sobre o qual subsistem muitas dúvidas, mas onde se prestam cuidados de forma diferente dos que se prestam nos lares de idosos, nomeadamente com características menos institucionais. Pode por isso estar a correr-se o risco de as instituições, que são de facto lares de idosos, estarem a seguir um modelo de avaliação da qualidade que pouco ou nada tem a ver com o seu modelo de prestação de cuidados.

Sabendo-se que, neste momento em Portugal, as pessoas com demência permanecem em casa durante grande parte do seu processo demencial, **como se inicia o seu processo dentro da instituição?** De acordo com os resultados da nossa amostra, a candidatura é quase sempre realizada pela família da pessoa que vai ser institucionalizada. Quem mais propõe os clientes para as estruturas residenciais são os serviços sociais e de saúde e a família, o próprio cliente é o que menos se propõe para a instituição. Este facto pode estar relacionado com o grau de dependência que as pessoas apresentam no momento de entrada para os lares de idosos, Yaffe, *et al* (2002) concluiu num estudo com uma amostra de grandes dimensões que um dos principais motivos para a institucionalização de pessoas idosas é a dependência nas Actividades de Vida Diária, os défices cognitivos graves e alterações de comportamento, são também mencionados como factor de institucionalização de pessoas com demência, sendo assim, quando chega o momento de institucionalizar a pessoa, esta tem já um nível de dependência tal que não lhe permite propor-se ou até escolher o tipo de lar onde gostaria de viver.

De acordo com os nossos resultados, **vivem nas instituições, em média, cerca de 44 utentes**. Estudos como os de Bokhorst, *et al* (2009), concluem que em unidades onde vive um pequeno número de residentes, estes têm maior possibilidade de interacção social e ocupação, quando comparadas com unidades onde vivem mais utentes. Flemming (2010) encontrou uma forte evidência que dá suporte ao facto de unidades onde residem poucos utentes apresentarem melhores resultados, nomeadamente ao nível da independência nas Actividades de Vida Diária.

Encontramos na definição de lar de idoso e na definição de Estrutura Residencial para idosos, as palavras integração e convívio, sendo a integração social do residente, um dos objectivos destas duas estruturas. **A integração social** pressupõe a integração familiar, contudo, 86% das instituições da nossa amostra refere ter horário de visita e destas, 88% refere ter um horário de visitas rígido. Segundo Whitaker (2008), as horas de visita e outras restrições ao envolvimento da família começam a ser abandonadas e as famílias de hoje têm também outras expectativas no que diz respeito ao seu envolvimento no processo de cuidar, contudo, e ainda segundo a mesma autora, nas estruturas residenciais que apresentam um funcionamento institucional, o papel da família é ainda relegado para segundo plano. Existem poucos estudos sobre o impacto que as visitas dos familiares podem ter no residente, nomeadamente ao ní-

vel do seu bem-estar ou saúde, apenas a título de exemplo, temos o estudo de Zimmermann, *et al* (2002) in Gaugler (2010), que encontrou uma associação significativa entre o número de visitas e um menor risco de contrair infecções e de um menor número de hospitalizações por esse motivo.

**As grandes críticas que se encontra na literatura em relação aos lares de idosos tradicionais** são a sua abordagem fortemente medicalizada e baseada estritamente nos cuidados clínicos, com um ambiente quase hospitalar e com grande falta de privacidade (Roos, *et al* 2011). De acordo com Reilly (2006) numa instituição, a percentagem de quartos individuais não deve ser inferior a 80%, igualmente, Calkins (2006) refere dois tipos de factores que realçam a importância de existirem quartos individuais numa instituição, por um lado a preferência dos residentes e por outro, factores clínicos. Quando se refere às preferências dos residentes, a autora, afirma que os residentes quando estão em quartos individuais têm maior privacidade, inclusive quando recebem visitas, têm maior controlo sobre o ambiente onde estão, e não os "obriga" a ser um "observador forçado" de outros. Em termos clínicos, parece haver uma forte evidência ao nível de resultados iatrogenicos, especialmente com os relacionados com as infecções respiratórias, nomeadamente a pneumonia, que surge como uma das principais causas de morte em lares de idosos, e, de acordo com o mesmo estudo, o facto de se estar num quarto privado reduz o risco de contrair uma pneumonia. Igualmente, Zeisel *et al* (2003), se referem ao factor da privacidade como facilitador da melhoria dos comportamentos das pessoas com demência, em conjunto com outros indicadores tratados no nosso estudo, a personalização do espaço e a existência de sinalética adequada às dificuldades cognitivas dos residentes, no mesmo estudo, os autores realçam a importância de a pessoa com demência estar num ambiente compreensível para ela.

## Conclusões

Este estudo permite-nos retirar algumas conclusões em relação ao tipo de instituição que recebe pessoas com demência em Portugal Continental. Apesar de não existirem ainda quaisquer políticas ou uma estratégia nacional que respondam às necessidades específicas destas pessoas e das pessoas que lhes prestam cuidados, neste estudo verificámos que cerca de 1/3 dos clientes das instituições participantes têm algum diagnóstico de demência.

Nesta amostra de 266 instituições foram referidas 3289 pessoas com algum tipo de demência, não esquecendo o dado importante de termos 18 instituições que declararam ter pessoas com algum diagnóstico de demência, mas que não foram capazes de dizer quantas.

Mantemos a palavra instituição porque podemos mostrar que, em Portugal as estruturas residenciais para idosos estão ainda a meio caminho entre a estrutura asilar e a verdadeira estrutura residencial, sobre a qual subsistem algumas dúvidas uma vez que existem ainda poucos estudos que ajudem a suportar alguns dos factores ambientais que uma estrutura residencial deve ter no sentido de dar maior bem-estar aos seus residentes com demência, contudo, aqueles a que tivemos acesso, reforçam a importância de serem unidades com um número reduzido de residentes, que promovam a privacidade e simultaneamente a integração social e que sejam visualmente acessíveis para as pessoas com demência, para que as suas dificuldades cognitivas não sejam "ecoadas", mas sim atenuadas, nomeadamente através de sinalética adequada dos espaços mais importantes, tais como quartos e casas de banho e através de uma concepção simples e promotora da autonomia da pessoa com demência dentro da sua casa – a instituição. Igualmente, lembrámos o papel da família no acompanhamento do utente mesmo após a sua entrada numa estrutura residencial, quando cerca de 90% das instituições participantes tem ainda horário de visita.

Com este estudo, que como já referimos é parte de um estudo mais alargado, pretendemos traçar um perfil das instituições que recebem pessoas com demência, comparando-o com a literatura mais relevante sobre o tema e apontarmos algumas direcções no sentido de uma prestação de cuidados centrados na pessoa com demência, contribuindo para o seu bem-estar.

Acreditamos que, o número de pessoas com demência que temos neste momento nas instituições e o que se espera que venhamos a ter, irá obrigar a que num curto espaço de tempo se tomem medidas, tais como as que foram tomadas noutros países Europeus, através da introdução de um plano nacional para a demência.

## Limitações do estudo e estudos futuros

Os dados obtidos através do envio de questionário não nos permitem esclarecer algumas dúvidas de preenchimento nem validar alguns dados.

Analisámos ainda apenas algumas das variáveis do presente estudo. Numa segunda fase iremos analisar e relacionar todas as variáveis do questionário, sobre indicadores da abordagem centrada na pessoa com demência, com o objectivo de identificar que necessidades psicossociais das pessoas com demência são mais atendidas nas instituições da nossa amostra.

## Bibliografia

- APFADA (2004) *O Silêncio da Memória - O (des) conhecimento da Doença de Alzheimer em Portugal*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Brooker, D. & Duce, L. (2000) Wellbeing in dementia: A comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health*; 4(4):354-358.
- Brooker, D. (2007) *Person - centred dementia care: Making services better*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Chenoweth, L.; King Madeleine T, Jeon, Yun-Hee, Brodaty H., Stein-Parbury J., Norman R., Haas M. & Luscombe G. (2009) Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neuro*; 8: 317-25.
- Department of Health.(2009)*Living well with dementia – A national dementia strategy*. London: Department of Health
- Donabedian, A. (1997) Special article: The quality of care: How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*; 121, 11; ProQuest Nursing Journals pg.1145-1150.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta
- Gaugler, J. E.; Anderson, K. A.; Zarit, S. H. & Pearlin, L. I. (2004) Family involvement in nursing homes: effects on stress and well-being. *Aging and Mental Health*; 8 (1):65-75.
- Gonçalves, C (2002) As pessoas idosas nas famílias institucionais, segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*.34:41-59.
- Hung, L. & Chaudhury, H. (2010) Exploring personhood in dining experiences of residents with dementia in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*; 25, 1-12.
- Instituto da Segurança Social I.P. (2008) Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos.
- Innes, A. (2011) Dementia care environments: Physical design, direct care delivery, and the wider context of care. *Journal of Care Services Management*. Vol.5, (3):125-127.
- Kitwood, T. (1997) the experience of Dementia. *Aging and Mental Health*; 1(1):13-22.
- Kitwood, T. (1997) *Dementia Reconsidered: The Person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Moise, P.; Schwarzinge, M.; Um, M. (2004) *Dementia care in 9 OECD countries: A Comparative Analysis*. Paris: OECD.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. (2008).Dementia plan 2015. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Decreto-lei 101/2006*. Procede à criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados. "Diário da República", Lisboa, I série, 6 Junho 2006.
- Reilly,S.;Abendstern,M.;Hughes,J.;Challis,D.;Venables,D.&Pedersen,I.(2006) Quality in long term care homes for people with dementia: an assessment of specialist. *Aging&Society*.26; 649-668.
- Reimer, M. et al (2004) Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudinal Study of Quality of Life. *JAGS*.52:1085-1092
- Whitaker, A. (2008) Family involvement in the institutional eldercare context: Towards a new understanding. *Journal of Aging Studies*. 23; 158-167.
- Zeisel, J.; Silverstein, N.; Hyde, J.; Levkoff, S. ; Powel Lawton, M.& Holmes, W. (2003) *The Gerontologist*,43 (5),697-711.
- Zimmerman,S.,Sloane,P.,Williams,C.,Reed,P.,Preisser,J.,Eckert,J.,Boustani,M.&Dobbs,D. (2005) *The Gerontologist*, 45,special issue 1,133-146.
- [www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)
- <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/>
- <http://www.lardeidosos.net>
- <http://www.socialgest.pt>
- <http://www.pai.pt/>
- <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

Patrícia Paquete - Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa;  
Investigadora no CESNOVA, [patricia.paquete@fcsh.unl.pt](mailto:patricia.paquete@fcsh.unl.pt).

Cláudia Silva, Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

## *Fragilidade e Envelhecimento*

***Comentador / Paper Discussant***  
***Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo***  
*Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra*



# Cuidados de Saúde Mental na População Idosa - Programas integrados de assistência

**Dr.ª Bárbara Lopes**

**Professora Doutora Graça Cardoso**

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa | Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

## Resumo / Abstract

Desde os anos 40 que o tratamento integrado físico e mental do idoso tem sido um tema importante na medicina. Até 1970, apenas a geriatria se desenvolveu como especialidade, particularmente no Reino Unido. É também neste país que as primeiras experiências de articulação de cuidados acontecem entre geriatras e psiquiatras levando nesse ano à apresentação das primeiras *guidelines* de boas práticas e de colaboração entre as duas especialidades.

O crescimento da fatia da população com idade superior a 65 anos tem aumentado progressivamente com maior expressão nos países desenvolvidos da Europa, Japão e Estados Unidos da América. Internacionalmente, a problemática da gestão custo-efectividade tem vindo a adquirir uma importância crescente nas políticas de saúde e na organização dos serviços de saúde em geral e dos de saúde mental que servem este tipo de população.

Outro aspecto essencial para a compreensão da especificidade deste grupo populacional prende-se com os aspectos de vulnerabilidade que lhe estão associados, não só ao nível da doença física e mental como também ao nível da condições social e económica.

Todos estes aspectos mostram como é premente a introdução de um programa estruturado que integre os cuidados ao doente idoso. A colaboração entre as várias especialidades médicas e a articulação entre os cuidados de saúde com os serviços sociais e instituições da comunidade permite um tratamento holístico e integrado do doente idoso.

Em Portugal, a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental desde 2007 contribuiu para a criação das Unidades de Saúde Mental Comunitárias em todo o país, sendo um dos objectivos principais a introdução de programas de apoio a grupos populacionais especialmente vulneráveis, nomeadamente a doentes idosos. A estruturação dos cuidados continuados psiquiátricos tem também ocupado a actualidade de diversas instituições da saúde e da assistência social, o que revela quão importante é esta problemática.

Assim, tomando em consideração a emergência crescente das Equipas de Saúde Mental Comunitárias em Portugal, torna-se essencial a articulação entre estas e as diversas instituições na comunidade. A intervenção utilizando programas comunitários transversais às Equipas de Saúde Mental Comunitárias e aos Cuidados de Saúde Primários poderá tornar-se o ponto de partida para a integração holística dos cuidados.

## Comunicação / Paper

### Introdução

Ao termo envelhecimento associam-se conceitos como a diminuição da reserva funcional biológica, aumento da susceptibilidade às agressões externas e aumento da morbilidade em geral.

Sabendo que o envelhecimento consiste num processo de degenerescência progressiva e variável dos vários subsistemas vitais, a vulnerabilidade da pessoa idosa está então directamente ligada à incapacidade biológica adquirida ao longo do tempo. Mas não são apenas as incapacidades biológicas que contribuem para a vulnerabilidade do envelhecimento. A fragilidade associada ao défices económicos e sociais neste tipo de população aumenta exponencialmente esta vulnerabilidade.<sup>1,2</sup>

Este tema da vulnerabilidade do envelhecimento ganha relevância especial quando se percebe que a população idosa tem vindo a crescer, sobretudo nos países desenvolvidos. Segundo dados da *World Health Organization* (WHO), no ano 2000 15% da população europeia tinha mais de 65 anos de idade e cerca de 7% mais de 75 anos de idade. Estima-se que no ano 2030 as percentagens sejam de 24% e 12% respectivamente, com um aumento desproporcionado dos diagnósticos não só de demência mas também de depressão, ansiedade, esquizofrenia, abuso de substâncias e *delirium*.<sup>3</sup>

Assim sendo, percebe-se que o envelhecimento da população é o grande desafio da política global do séc. XXI no que respeita a encontrar uma política de distribuição dos recursos económicos e sociais nas instituições de saúde e da segurança social que assegurem um envelhecimento com sucesso.<sup>1,2</sup>

Infelizmente a prioridade associada aos cuidados de saúde mental dos idosos tem sido baixa quando comparada com outras necessidades que competem com esta tais como VIH, cancro ou saúde infantil.

## História

É geralmente consensual que a psicogeriatría deu os seus primeiros passos no Reino Unido no início da década de 40 do século passado com David K. Henderson e Aubrey Lewis que, surpreendidos com o aumento da população idosa nos hospitais psiquiátricos, começaram a pensar e a explorar as necessidades de cuidados de saúde mental neste tipo de população.<sup>4,5</sup>

Antes da Segunda Guerra Mundial pouco interesse havia por este tema e, na maior parte dos casos de doença, tanto física como mental, esta era assumida como uma degeneração senil normal.

O interesse crescente de vários psiquiatras, aliado ao facto de haver um crescimento da especialidade de geriatria, trouxeram contributos para que em 1978 a psicogeriatría se fundasse como subespecialidade do *Royal College of Psychiatrist* e em 1989 se estabelecesse como uma especialidade separada.<sup>5</sup>

Durante bastantes anos, o desenvolvimento da psicogeriatría deu-se de modo totalmente independente do da geriatria.

Um estudo recente da *World Psychiatric Association (WPA)* mostrou que, dos 48 países que foram incluídos no estudo, 40 tinham um qualquer tipo de assistência psicogeriatrica e em 13 a psicogeriatría era considerada como especialidade.<sup>6</sup>

Dados de 2005 da WHO mostram que 51% dos 185 países inquiridos apresentam um programa nacional de cuidados de saúde mental para a população idosa, a maioria dos quais não se situam em África ou no Médio Oriente.<sup>7</sup>

## Políticas de Estruturação de Cuidados de Saúde Mental à população idosa:

### Princípios orientadores

Os princípios orientadores dos cuidados de saúde mental dirigidos à população idosa têm solicitado a atenção de inúmeros políticos de saúde de vários países e sobretudo de entidades internacionais como a WHO ou a WPA. Apesar disso, poucos são os documentos que registam, de uma forma específica, as políticas de estruturação dos cuidados de saúde mental para a população idosa.

Dentro dos documentos que reúnem um consenso entre vários países salientamos o documento conjunto da WHO e WPA de 1999: "Psychiatry of the Elderly – a consensus statement"<sup>8</sup> ; o relatório da *Health Evidence Network, Regional Office for Europe* da WHO: "What is the effectiveness of old-age mental health services?"<sup>3</sup> e o documento de consenso da União Europeia: "Mental Health in Older People"<sup>9</sup>.

### As políticas de saúde mental do idoso em Portugal

Em Portugal, a organização de serviços específicos orientados para a saúde mental deste tipo de população, salvo alguns exemplos pontuais, tem-se limitado à descrição de orientações estratégicas assentes em políticas bem desenhadas para o efeito, mas nunca verdadeiramente implementadas.<sup>1</sup>

Exemplos disso são as orientações do Plano Nacional de Saúde 2004-2010<sup>10</sup>, do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas<sup>11</sup>, do Relatório do Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental no Envelhecimento e Pessoas Idosas<sup>12</sup> e do Plano de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental<sup>13</sup>.

### Os Princípios Genéricos:

Os diversos relatórios internacionais, europeus e nacionais destacam vários temas para a organização de Serviços de Saúde Mental com estratégias específicas para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças mentais na população idosa.

A identificação das necessidades e de respostas a estas necessidades integradas no contexto particular de cada país em geral e de cada região nacional em particular está na base da estruturação destes serviços.

A – Identificação das Necessidades:

#### 1. Definição do contexto:

##### a. Dados demográficos

- i. A identificação dos dados demográficos referentes à população idosa assenta nos Censos Nacionais, sendo que à data de publicação deste artigo temos apenas os dados do ano de 2001. Neste caso, sabe-se à partida que a população europeia e sobretudo a população portuguesa está a envelhecer progressivamente. Dados de 2005 esclarecem que Portugal conta com uma população de cerca de 1 milhão e meio de pessoas com mais de 65 anos de idade.<sup>12</sup>

- b. Dados de prevalência da doença mental nos idosos
  - i. A Demência e a Depressão são de longe os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes neste tipo de população. Dados de 2007 do relatório do *European Collaboration on Dementia* (EuroCoDe), mostravam que Portugal contava já com 153.000 pessoas com Demência.<sup>14</sup> Relativamente aos dados referentes à depressão neste tipo de população, estima-se que mais de 100.000 pessoas possam sofrer desta doença, a maior parte das quais com quadros clínicos mal diagnosticados e insuficientemente tratados.<sup>12</sup>
- 2. Identificação das barreiras ao envelhecimento com sucesso
  - a. A doença mental
    - i. A doença mental, para além dos riscos que só por si acarreta, também pode contribuir para o agravamento da doença física e das suas limitações.<sup>15</sup>
    - ii. A prevenção da depressão e do suicídio torna-se essencial sobretudo em situações de risco como sejam um luto recente, o isolamento ou a perda de funções associadas a doença física aguda ou crónica. As intervenções psicológicas ao nível da Comunidade e dos Cuidados de Saúde Primários podem ter um papel preventivo deste tipo de doenças. A identificação precoce e o tratamento dos quadros clínicos de ansiedade e depressão reduzem conseqüentemente o risco de suicídio.<sup>9</sup>
    - iii. A prevenção das Demências pode evitar uma perda precoce da autonomia. A evidência epidemiológica indica que o tratamento dos factores de risco cérebro-vasculares como a hipertensão, hipercolesterolémia, tabagismo ou *diabetes mellitus*, pode reduzir o risco de demência. Para além disso, um bom nível de actividade física e a integração social poderá reduzir o risco de declínio cognitivo. Outras medidas incluem a redução do consumo de álcool e a prevenção de quedas com traumatismos cranianos, entre outras. A detecção precoce da demência já instalada e o seu tratamento contribui para prolongar o tempo com melhor qualidade de vida.<sup>9</sup>
  - b. As doenças físicas e suas limitações
    - i. A prevenção primária das doenças físicas é uma das estratégias principais para um envelhecimento activo com sucesso. A manutenção da independência funcional e autonomia torna-se prioritária para garantir o envelhecimento com uma qualidade de vida aceitável. A nível geral na sociedade, os programas de educação para a saúde (por ex. alimentação saudável e exercício físico) e ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, a prevenção e identificação precoce dos factores de risco das doenças associadas ao envelhecimento podem ser cruciais, não só para garantir esse nível de autonomia e qualidade de vida, mas também para prevenir o aparecimento de doenças mentais.<sup>9</sup>
  - c. Contexto sócio-económico
    - i. A componente social do idoso pode estar diminuída por situações de isolamento, incapacidade de se deslocar, depressão, perda de um papel activo na sociedade e família, entre outras razões. Neste caso, a integração das pessoas idosas em actividades da comunidade como, por exemplo, nas Universidades da Terceira Idade que, mais do que centros ocupacionais, pode permitir a integração de professores reformados e de idosos que não tiveram oportunidade de ao longo da vida estudar determinados temas de interesse pessoal.
    - ii. Sem dúvida que a população idosa em Portugal se encontra mais vulnerável a situações de pobreza. Neste contexto, a identificação dos casos de risco por parte das estruturas de apoio social da comunidade, associada às estruturas centrais da Segurança Social poderá ter um papel protector para os casos de maior vulnerabilidade.<sup>9</sup>
- 3. Identificação e prevenção do abuso/negligência dos cuidados aos idosos
  - a. Capacitar a comunidade e, principalmente, os cuidadores formais e informais do doente idoso é uma estratégia essencial para prevenir situações de risco relacionadas com o abuso ou negligência dos cuidados aos idosos. Facilitar o acesso aos cuidados de saúde e às estruturas de apoio também poderá evitar a sobrecarga dos cuidadores.<sup>9</sup>
- 4. Identificação das dificuldades dos cuidadores
  - a. As intervenções (psicoeducação, psicoterapia e outras) para apoio e informação aos cuidadores, sobretudo fora das alturas das crises, são eficazes na prevenção da depressão e do desgaste físico e mental destes.<sup>9</sup> As estruturas orientadas para os cuidados de alívio ajudam também os cuidadores em situações críticas ou de risco proporcionando intervalos no cuidar que podem acontecer durante o dia (Centros de Dia/Hospitais de Dia) ou durante períodos de vários dias e noites (residências/lares).<sup>1</sup>
- 5. Identificação das questões éticas e legais
  - a. O apoio jurídico com o intuito de protecção dos direitos de doentes com défices cognitivos mar-

cados é essencial para garantir a gestão e protecção dos seus bens realizando-se através da interdição/inabilitação judicial.<sup>1</sup>

As respostas para as necessidades referidas passam por estratégias integradas entre os campos da **saúde** (com integração de cuidados primários e secundários tanto ao nível hospitalar como na comunidade), da **segurança social**, do **poder local e central**, das **Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)** e outras **Organizações Não Governamentais (ONG)** de cada comunidade.

Como os vários documentos internacionais e nacionais já mencionados apontam, estas estratégias devem incidir directamente em vários aspectos: na promoção do envelhecimento activo com sucesso; na estruturação de políticas integradas de Saúde Mental específicas para a população idosa que usem as estruturas já existentes mas com novos protocolos e *modus operandi*; na estruturação de políticas de protecção social, judicial e económica também específicas para os idosos; na promoção da formação de técnicos (geriatras, psiquiatras, médicos de famílias, equipas comunitárias, enfermeiros comunitários) e na informação da comunidade; no apoio efectivo aos cuidadores e, por fim, na estimulação da investigação nesta área de modo a descobrir quais as estratégias mais eficazes neste tipo de população.

### **Organização de serviços de saúde mental: os cuidados de saúde mental para idosos**

Para fornecer cuidados de qualidade a este tipo de população, um serviço de psiquiatria deve conseguir reunir as seguintes características:

- i. Ser um serviço que preste cuidados integrados ao nível físico, psíquico e social usando estratégias centradas no doente.
- ii. Ser acessível a vários níveis, tentando sempre minimizar as barreiras geográficas, culturais, financeiras, políticas e linguísticas.
- iii. Ser um serviço sensível e atento às necessidades dos utentes.
- iv. Apresentar cuidados personalizáveis, promovendo planos terapêuticos que incluam o doente, a família, os cuidadores e a comunidade.
- v. Assentar em equipas multidisciplinares comunitárias, com múltiplos aportes de técnicos diferentes e com boa articulação entre estas e as outras especialidades, os cuidados de saúde primários e as outras instituições da comunidade.
- vi. Que permita assegurar os cuidados de saúde orientados para a qualidade e com monitorização contínua dessa qualidade.
- vii. Ter capacidade de ser flexível, articulando com as diversas estruturas locais e nacionais de modo a garantir a continuidade de cuidados.<sup>8</sup>

Estas características são fornecidas pelas diferentes componentes existentes num Serviço de Psiquiatria. Neste sentido este deve incluir na sua estrutura Equipas de Saúde Mental Comunitária, Unidades de Internamento, Hospital de Dia, Unidade de Ligação e Apoio Social. Deve ainda articular de forma estreita com estruturas que forneçam cuidados de alívio, cuidados continuados, cuidados primários e de prevenção.

Quanto aos cuidados de saúde mental dirigidos a esta população, uma equipa de psiquiatria comunitária multidisciplinar deve ser capaz de actuar na prevenção, detecção precoce e diagnóstico integrado e compreensivo médico e social, promover um plano terapêutico abrangente, assegurar a continuidade dos cuidados e dar suporte ao indivíduo e aos cuidadores.<sup>8,16,17</sup>

### **Integração dos cuidados – Articulação entre equipas de psiquiatria comunitária e os cuidados de saúde primários**

Os Cuidados de Saúde Primários devem ser a base do sistema de cuidados ao doente idoso, não só porque fornecem cuidados contínuos para as doenças nas diferentes fases de vida, mas também porque estão numa posição privilegiada para a prevenção e detecção precoce dos factores de risco e sinais de alarme, tanto para a doença física como mental. Para além disso têm uma visão sistémica do doente nos vários contextos que o rodeiam.<sup>3,17,18,19,20</sup>

A referenciação e comunicação directa e facilitada entre as equipas de psiquiatria comunitária e os cuidados de saúde primários torna-se essencial para que a acessibilidade aos cuidados secundários seja uma realidade simples, em tempo útil e adequada às necessidades. Neste sentido, mais do que fornecer consultas, as equipas de psiquiatria comunitária devem estabelecer canais de comunicação que permitam a referenciação dos casos graves e a capacitação dos Médicos de Família para a prevenção, detecção precoce e seguimento da doença mental mais leve. A formação dos Médicos de Família nos temas específicos da doença mental do idoso, da interacção entre a doença física e mental e do suporte aos cuidadores deve ser da responsabilidade das equipas de psiquiatria comunitária de

modo a poderem cumprir com os objectivos comuns, acertar estratégias, falar a mesma linguagem e gerir expectativas.

Por fim, o processo de referenciação e seguimento integrado entre os dois tipos de cuidados deve ser claro e solidário, contando com os diversos técnicos (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.), com consequente aproveitamento de recursos e satisfação das duas especialidades.

Assim, urge que se estabeleçam programas práticos transversais que defendam os cuidados integrados na população idosa. Estes devem incluir visitas domiciliárias de avaliação em conjunto, protocolos de actuação nos sinais e sintomas da doença mental no idoso, programas de cooperação com outras estruturas da comunidade, um programa anual de formação dos intervenientes e um sistema de avaliação contínua da qualidade dos cuidados. Todas estas actividades, centradas no doente e cuidadores, têm de estar em concordância com as suas necessidades e devem ser flexíveis e adaptáveis localmente. Só nestas condições os cuidados integrados de saúde mental à população idosa se podem tornar uma realidade eficaz.

## Conclusões

O desenvolvimento de Serviços de Saúde Mental orientados para a população idosa deve seguir as necessidades locais e ser estruturado sobre os pilares mais fortes da comunidade que serve. Um serviço rígido que fornece o mesmo tipo de cuidados a todo o tipo de população, que não comunica com outras especialidades e que não conta com os cuidados de saúde primários e outras estruturas da comunidade é um Serviço condenado a prestar cuidados de má qualidade e desadequados em relação às necessidades da população que serve.

O objectivo principal dos programas de Saúde Mental na comunidade para a população idosa deve ser o de melhorar a qualidade de vida do idoso com doença mental. Este objectivo só se tornará realidade quando os serviços de saúde mental desenvolverem cuidados de qualidade, integrados na comunidade e em colaboração com os vários sistemas em que o doente está integrado, numa atitude centrada no utente.

## BIBLIOGRAFIA

1. FIRMINO, H: Psicogeriatria. Editora: Psiquiatria Clínica. Coimbra 2006.
2. JACOBY R, OPPENHEIMER C: Oxford Textbook of Old Age Psychiatry. .Oxford University Press 2008
3. WHO - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE'S HEALTH EVIDENCE NETWORK (HEN): What is the effectiveness of old-age mental health services? Geneva 2004
4. HILTON C: The origins of old age psychiatry in Britain in the 1940s. *Hist Psychiatry*, 2005 Sep;16(63 Pt 3):267-89.
5. HILTON C, ARIE T: The Development of Old Age Psychiatry in the UK.. In: "Principles and Practice of Geriatric Psychiatry", John Wiley & Sons, Ltd, Chichester. UK, 2010.
6. CAMUS V, KATONA C, DE MENDONÇA LIMA CA ET AL: Teaching and training in old age psychiatry: a general survey of the World Psychiatric Association member societies. *World Psychiatric Association section on old age psychiatry, Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(8):694-9.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Mental Health Atlas 2005. Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva 2005.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Psychiatry of the elderly – a Consensus statement. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva 1996.
9. JANÉ-LLOPIS E, GABILONDO A: Mental Health in Older People. Consensus Paper, European Communities, Luxembourg 2008.
10. MINISTÉRIO DA SAUDE, DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE: Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa 2004.
11. MINISTÉRIO DA SAUDE, DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE: Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Lisboa 2006.
12. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL: Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas: Recomendações. Grupo de Trabalho Sobre Saúde Mental no Envelhecimento e Pessoas Idosas, Lisboa 2005.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE, COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016. Lisboa 2007.
14. ALZHEIMER EUROPE – EUROCODE PROJECT: Dementia in Europe: Yearbook 2007. EU Documents. Luxembourg 2007.

15. KLAUSNER E, ALEXOPOULOS G: The future of psychosocial treatments for elderly people. *Psychiatric Services* 1999;50(9):1198-204.
16. DRAPER B: The effectiveness of old age psychiatry services. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(8):687-703.
17. BANERJEE S, CHAN J: Organization of old age psychiatry services. *Psychiatry* 2008;7(2):49-54.
18. GEHLHAAR E: Service evaluation in old age psychiatry: using the general practitioner's view. *Psychiatric Bulletin* 1988;12: 428-430
19. BARTELS SJ, LEVINE KJ, SHEA D: Community-based long-term care for older persons with severe and persistent mental illness in an era of managed care. *Psychiatric Services* 1999;50(9):1189-97.
20. VAN CITTERS AD, BARTELS SJ: A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatric Services* 2004;55(11):1237-49.

## *Contactos / Contacts*

Dr.ª Bárbara Lopes - Assistente Hospitalar, Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.,  
barbara.p.lopes@gmail.com

Prof. Doutora Graça Cardoso - Directora, Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

# Envelhecimento e Condições de Saúde: caracterização dos perfis de dependência dos Idosos Portugueses.

**Professora Doutora Dália Nogueira**  
**Professora Catedrática E. Reis**

*Escola Superior de Saúde do Alcoitão | Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa*

## Resumo / Abstract

Esta investigação teve como principais objectivos caracterizar o perfil dos idosos portugueses relativamente à incapacidade funcional (motora e cognitiva) e construir um modelo que permita explicar a incapacidade de acordo com um conjunto de variáveis sociodemográficas e de saúde.

As fontes de informação utilizadas foram os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 1987, 1995, 1998 e 2005, o inquérito do Plano Avô (2003) e um inquérito a idosos institucionalizados elaborado no propósito da presente investigação (2006).

No período abrangido pelos INS não se observou uma tendência definida relativamente à evolução da prevalência da incapacidade tendo a Taxa Média de Variação Anual Composta registado um valor negativo entre 1998 e 2005 (- 0.82%).

Dos idosos avaliados pelo INS de 2005, 38% não referem qualquer incapacidade para as Actividades da Vida Diária e os que referem foram distribuídos por três perfis (incapacidade ligeira, incapacidade moderada e incapacidade severa)

A amostra de idosos institucionalizados foi recolhida, por conveniência, em residências de acolhimento permanente de Portugal Continental e para a sua caracterização foi utilizado o Índice de *Barthel* e o *Mini Mental State Examination*. Esta análise revelou que 38% apresentam dependência motora e que 49% revelam deficit cognitivo.

A idade, o sexo, a escolaridade, os rendimentos, um conjunto de doenças crónicas e a autopercepção do estado de saúde são as variáveis que melhor explicam a incapacidade e, no caso dos idosos institucionalizados, o deficit cognitivo apresenta um importante valor explicativo da dependência para as actividades da vida diária.

## Comunicação / Paper

O envelhecimento demográfico, resultante, entre outros factores, do aumento da longevidade deve-se, não só aos progressos da ciência no tratamento, no controlo e na prevenção das doenças, como também à melhoria gradual das condições de vida das populações, sobretudo no melhor acesso à educação e aos cuidados de saúde.

Dado que cada ser é único e geneticamente determinado, o processo de envelhecimento é caracterizado por factores não só intrínsecos mas também extrínsecos ao indivíduo cuja análise deverá ser alicerçada em três dimensões: a dimensão biológica que resulta do aumento da idade cronológica, a dimensão psicológica que resulta da resposta comportamental ao processo biológico e a dimensão social que resulta da interacção entre o organismo e a sua envolvente (Olshansky, Hayflick et al. 2005).

A idade cronológica é um marco importante e fundamental porque reflecte, de uma forma simples, a organização dos acontecimentos (Gibson, Liu et al. 1995). A idade biológica, dado que a capacidade de auto regulação dos mecanismos biológicos diminui com o tempo, dá-nos indicações sobre a saúde dos órgãos e dos sistemas. Por sua vez, a idade psicológica determina as capacidades de adaptação do indivíduo ao seu meio ambiente através da inteligência, dos sentimentos e das motivações, da cognição e da memória e de outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima. Finalmente, a idade sociocultural é caracterizada pelo conjunto de papéis sociais que os indivíduos adoptam relativamente a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem e é avaliada com base em comportamentos, hábitos e outros factores individuais que se reflectem na interacção com o meio (Fonseca 2004).

Do ponto de vista biológico, envelhecer implica perdas funcionais que são, por sua vez, o resultado da diminuição progressiva das funções de todos os órgãos e sistemas. Investigações recentes vieram reforçar a ideia de que a potencialização destas perdas resulta, sobretudo, da sua interacção com os hábitos de vida do indivíduo e com as amenidades do seu meio envolvente (Richard, Besdinde et al. 2004).

Um dos grandes problemas que o envelhecimento representa é a perda de autonomia que resulta, na maioria das vezes, da instalação progressiva de doenças crónicas. O estado de dependência, resultante desta perda, condicio-

na o indivíduo e a sua dinâmica familiar obrigando a uma maior procura de cuidados e de serviços de apoio para a execução das actividades da vida quotidiana.

O processo de envelhecimento é, muitas vezes, analisado através de uma óptica que reflecte as condições crónicas, progressivas e degenerativas desencadeadas a partir de uma série de declínios e falhas do organismo que, inevitavelmente, culminam na morte. Esta visão deixa pouca margem à possibilidade de contornar o irreversível e conseguir o objectivo máximo que é o envelhecimento activo e independente (*successful ageing*) (Richard, Besdinde et al. 2004).

O envelhecimento saudável e com sucesso apresenta determinantes que são consensuais destacando-se, entre eles, a existência de um baixo risco de doença e incapacidade (componente estado de saúde), a manutenção de um nível elevado de funcionamento físico e mental (componente funcional) e o estabelecimento de uma boa relação com a vida (componente de satisfação social com a vida em geral) (Inzitari and Basile 2003; Giles, Metcalf et al. 2004).

As investigações decorrentes do estudo da interacção entre o indivíduo e o meio ambiente, na velhice, tem a sua origem no final da segunda metade da década de 1960 (Izal and Ballesteros 1990). Essas investigações indicavam a ocorrência frequente de doenças assim como um aumento da mortalidade na população idosa em consequência do ingresso num lar. A «hipótese da docilidade do meio ambiente» foi, inicialmente, formulada por Lawton *et al* (1969) para exprimir a associação entre as barreiras do meio e as competências do indivíduo. São várias as dificuldades que o idoso encontra para lidar com as barreiras no seu domicílio, designadamente, entrar e sair de casa, subir e descer escadas, fechar, abrir e passar pelas portas, deslocar-se entre as divisões, aceder aos objectos da casa de banho, tomar banho, entrar e sair do duche ou da banheira, usar cadeira de rodas, aceder e trabalhar com os objectos da cozinha, e preparar as refeições, entre outras tarefas (Crews and Zavotka 2006).

A definição de um perfil de autonomia requer a avaliação das competências funcionais do indivíduo assim como a acessibilidade do seu meio ambiente. As competências funcionais avaliam-se de acordo quer com o desempenho para as Actividades da Vida Diária (AVD) que incluem um conjunto de tarefas tais como tomar banho, vestir, fazer transferências, alimentar-se e os cuidados relacionados com os processos de excreção, quer com o desempenho para as Actividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI) que incluem usar o telefone, cuidar da higiene pessoal, fazer as compras, cuidar da casa e tomar os medicamentos, entre outras (Katz 1983).

As doenças, em especial as doenças crónicas e degenerativas, alteram os níveis de independência funcional para as tarefas tanto para as AVD como AVDI. Para Edwards (2001), as doenças cardiovasculares, a hipertensão, o AVC, a diabetes, a doença oncológica, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), as alterações músculo-esqueléticas, os problemas psíquicos e as dificuldades de visão e de audição são as doenças que se apresentam com maior prevalência no envelhecimento e que maiores perdas de autonomia podem causar. Para Buckley (2001), o declínio funcional abrange alterações da densidade óssea, da força muscular e da resistência às fracturas assim como o declínio das funções cardiovasculares.

Também com o envelhecimento algumas capacidades intelectuais, tais como o tempo de reacção, a velocidade de aprendizagem e a memória, sofrem declínio. Muitas vezes, o declínio da cognição é devido ao desuso e a factores comportamentais e psicológicos mais do que à idade. A falta de recursos socioeconómicos contribui, à semelhança dos outros factores, para um mau estado de saúde e para uma maior dependência funcional (Edwards 2001). Também os níveis de literacia apresentam uma relação positiva com o estado de saúde e com o aparecimento de determinadas doenças (Costa 2005).

A limitação da actividade está, por sua vez, muito relacionada com a autopercepção do estado de saúde. Segundo dados de um estudo realizado na Austrália (AIHW 2000), o grupo de idosos que tinham pior autopercepção do estado de saúde referia níveis de autonomia mais limitados. Neste mesmo estudo, 96% dos indivíduos que usufruíam de cuidados domiciliários apresentavam condições crónicas e 44% da população não institucionalizada tinha uma ou mais doenças crónicas, as quais representavam 78% dos gastos com saúde (AIHW 2000).

autonomia versus dependência

É através da integridade das suas capacidades funcionais que o indivíduo desempenha as tarefas de autocuidado e mantém independência na sua vida quotidiana. A independência funcional está ligada ao desempenho de actividades físicas coordenadas, mais ou menos complexas, que permitem ao indivíduo actuar na sociedade como um membro activo e participativo (Hipponen 2000). Nestas actividades são incluídos tanto os actos motores específicos, como as actividades mais integradas, designadamente a capacidade para manter o desempenho profissional e outros papéis sociais (Suthers 2004).

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crónica e incapacitante, muitos indivíduos mantêm as suas capacidades para a realização das tarefas da vida diária até ao fim do seu ciclo de vida. Para Cornejo-Arias *et al.* (1995), 51% dos indivíduos com 65 e mais anos têm problemas de saúde embora a grande maioria seja independente e activa.

Apesar da ausência de doenças nas idades avançadas ser privilégio de poucos, não é o único indicador do estado de saúde pois a qualidade de vida e o bem-estar podem ser atingidos na velhice, independentemente da presença de alguns problemas de saúde. Na verdade, o que mais está em jogo e o que mais condiciona o bem-estar é a autonomia, enquanto capacidade de determinar e executar os próprios desejos e vontades. Qualquer idoso que seja capaz de gerir a sua própria vida e determinar quando, onde e como se realizarão as suas actividades de lazer, convívio social e de trabalho será considerado uma pessoa saudável.

A capacidade funcional, ligada ao desempenho de papéis sociais, surge como um novo paradigma de saúde com especial relevo nas idades mais avançadas e o envelhecimento saudável é resultante da interacção multidimensional entre a saúde física, a saúde mental, a independência na vida diária, a integração social, o suporte familiar e a independência económica (Kane and Kane 1980; Fillenbaum 1984). O bem-estar (ou saúde no sentido amplo) na velhice, é o resultado de um equilíbrio de forças entre estas várias dimensões, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas elas.

De acordo com estudos de vários autores (Bowling 1993; Bowling, Banister et al. 2002), a autonomia funcional e a capacidade que o indivíduo apresenta para gerir o seu quotidiano são os factores que maior influência têm na sua qualidade de vida. Quase todos os indicadores da função física, assim como da função cognitiva, estão relacionados com a esperança de vida e revelam que os indivíduos com incapacidades severas em cada uma das funções, ou em ambas, apresentam um tempo de vida significativamente mais pequeno, quando comparados com os indivíduos que mantêm ao longo da vida, e por maior período de tempo, ambas as capacidades (Thorslund and Parker 2005).

As consequências das incapacidades motora e cognitiva, apesar de apresentarem diferenças, conduzem a resultados semelhantes. A incapacidade motora determina precocemente a progressão da dependência, uma maior utilização de recursos de saúde e a institucionalização. A incapacidade cognitiva, por sua vez, aumenta o risco de morte prematura, de hospitalização, de necessidade de ajuda domiciliária e de admissão nos lares (Melzer, Gardener et al. 2005).

A incapacidade vai representar o hiato entre os níveis de desempenho do organismo e as solicitações exigidas pelo meio ambiente, de tal modo que ficam comprometidas muitas das tarefas necessárias à sobrevivência. Contudo, estados de saúde similares podem gerar padrões diferentes de incapacidade e desvantagem, consoante a representação e a autopercepção que cada indivíduo tem do seu estado de saúde. As situações de dependência e de incapacidade que estão ligadas a doenças crónicas, físicas ou psíquicas, interagem e potencializam-se com as características psicológicas do indivíduo, o seu suporte social e os factores culturais que o rodeiam (Avlund 2004).

A incapacidade crónica é o principal indicador da dependência e manifesta-se pela impossibilidade de desempenhar uma AVD e ou uma AVDI durante, pelo menos, três meses. O estudo de Melzer *et al.* (2005) vem referir que os níveis de severidade da incapacidade devem ser mensurados através das tarefas que o idoso não é capaz de desempenhar e através dos intervalos em que a ajuda é necessária.

Muitos instrumentos, ao medirem os níveis de incapacidade, utilizam o termo dependência para definir a severidade dado que a determinado nível de incapacidade corresponde um nível de dependência de outrem para executar a tarefa.

Existe alguma unanimidade relativamente aos declínios da prevalência da incapacidade em qualquer um dos níveis de severidade. Muitos autores defendem que se trata de um declínio em todos os coortes (Waidmann and Manton 2000; Jacobozone, Gambois et al. 2001) e outros autores defendem que é apenas nos coortes mais jovens (Crimmins 2004; Freedman, Crimmins et al. 2004; Schoeni, Liang et al. 2006). Os estudos sugerem que a idade em que surgem as incapacidades sofreu um ajuste face ao aumento da longevidade desde o início dos anos 1980 (Waidmann and Manton 2000; Manton 2008), um aumento da esperança de vida sem incapacidade (Crimmins, Hayward et al. 1996; Crimmins 2004) e uma diminuição na limitações físicas tais como levantar pesos moderados, andar pequenas distâncias e subir alguns degraus (Freedman and Martin 1998). Alguns estudos (Jacobozone, Gambois et al. 2001) mostraram ainda que existe tendência para declínio da incapacidade, mas não muito evidente, e que a sua concentração está apenas circunscrita à incapacidade ligeira e moderada.

A identificação dos factores de risco é o ponto de partida para a definição das estratégias de prevenção da incapacidade. Partindo do conhecimento de quais são os efeitos modificadores das doenças, a potencialização da autonomia funcional deve ser conseguida através da aplicação de modelos de saúde e de prevenção da doença construídos especificamente para a velhice (Fried and Bush 1988). Estes modelos devem assentar na prevenção das doenças crónicas e incapacitantes, físicas e psíquicas, assim como na divulgação, junto dos cuidados de saúde primários, de comportamentos que estimulem a manutenção da autonomia (Gill, Robison et al. 1997). Muitos dos resultados obtidos, apoiados nesta prevenção, mostram, por exemplo, que a actividade física prolongada durante todo o ciclo de vida reduz o aparecimento das incapacidades mesmo na presença de doenças crónicas. Relativamente aos coortes de idosos de idades mais avançadas não existe, segundo Heikkinen (2003), evidência de benefícios das estratégias de prevenção.

## Metodologia

A principal questão da investigação encontra-se formulada do seguinte modo:

Considerando que Portugal tem vindo a apresentar um modelo de transição demográfica caracterizado pelo aumento da população idosa relativamente à população jovem e considerando, também, que se assiste a um aumento da esperança de vida, será que as condições de saúde dos idosos portugueses, em especial no que diz respeito à capacidade funcional e à manutenção da autonomia, têm sofrido alterações, ou seja, será que se vive mais tempo e com maior autonomia?

O estudo e a apresentação da informação revestem a forma descritiva dado que caracterizam a população através das variáveis incluídas na análise, e correlacional, na medida em que permitem relacionar um conjunto de variáveis com índices finais de incapacidade construídos a partir da base de dados dos lares e do INS de 2005.

### **Objectivo geral da Investigação**

De acordo com o tema em análise foram definidos os seguintes objectivos de investigação:

- 1) Caracterizar o perfil de autonomia funcional da população portuguesa com 65 e mais anos;
- 2) Analisar a evolução das condições de saúde relacionadas com a incapacidade de longa duração determinando as variáveis que explicam a perda de autonomia.

### **Instrumentos de recolha de dados**

A principal fonte de pesquisa e de análise de dados utilizada nesta investigação são os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) respeitantes aos anos de 1987, 1995, 1998 e 2005 cujos dados foram cedidos pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Para complementar e fundamentar a informação foram utilizadas mais duas bases de dados, designadamente, a que respeita ao estudo do Plano Avô, facultada pelo Instituto de Segurança Social, IP e uma outra, de dados primários, recolhida com o propósito deste estudo, em lares de idosos, e que teve como objectivo caracterizar a população institucionalizada ao nível das suas incapacidades motoras e cognitivas e que adiante se designará por "base de dados dos lares".

O INS é um instrumento de medição de saúde autopercebida que recolhe dados de base populacional, gera estimativas sobre os estados de saúde e de doença da população portuguesa, bem como das respectivas determinantes e que permite, ao mesmo tempo, estudar a sua evolução ao longo do tempo (Dias and Graça 2001).

O Plano Avô foi desenvolvido, no ano 2000, pelo XIV Governo Constitucional e teve como objectivo elaborar uma avaliação integral do sistema nacional de protecção às pessoas idosas. Tratou-se de um estudo de âmbito nacional e teve como alvo a totalidade das instituições vocacionadas para a área social do apoio aos idosos (sabendo quem é quem e onde), as condições físicas em que estas se encontram, assim como a caracterização sumária da população institucionalizada.

No âmbito do objectivo principal do estudo, de avaliar a incapacidade e a situação de dependência dos idosos portugueses e considerando que esta população não estava abrangida pelas fontes de informação relativas aos INS e ao Plano Avô, completou-se a pesquisa com a recolha de uma amostra que abrangesse exclusivamente a população residente em lar e através da qual fosse possível obter a caracterização dos perfis de dependência motora e cognitiva dos idosos institucionalizados de acordo com a aplicação de instrumentos próprios para a avaliação de cada dimensão. Esta análise permitiu adicionar informação à obtida através dos INS, dado que estes inquéritos só abrangem as pessoas residentes no domicílio.

A amostra recolhida por conveniência abrangeu três lares na Região Norte, três lares na Região Centro, cinco lares na Região de Lisboa e Vale do Tejo e dois lares na Região Sul.

### **Análise e discussão de resultados**

Os INS são, actualmente, a única fonte de informação representativa que aborda as questões de saúde e que traça o perfil da saúde dos portugueses. Trata-se de uma avaliação autopercebida que traduz o que cada indivíduo pensa da sua saúde e não o estado de saúde objectivo revelado por indicadores mensuráveis das funções orgânicas.

Salienta-se, no entanto, que a autopercepção do estado de saúde, também designada por avaliação subjectiva de saúde (*self reported health*), é um dos indicadores mais importantes na caracterização individual, sobretudo no que respeita às competências funcionais para realizar as tarefas da vida diária que visam a autonomia e a autodeterminação e que, enquanto indicador subjectivo, pode complementar informações sobre outros dados de saúde mais objectivos tais como a mortalidade e a morbilidade. Segundo Fernandes (2007), é possível estabelecer uma relação de causa efeito entre este indicador de avaliação subjectiva e o estado de saúde do próprio indivíduo.

Um outro aspecto importante relativo às fontes de informação está relacionado com o facto dos INS apenas contemplarem os indivíduos residentes no seu domicílio, não incluindo, portanto, os idosos institucionalizados. Estudos de âmbito europeu (EC 2004; Rohrbasser 2008), que se fundamentaram em inquéritos de saúde realizados em vários países, referem que a exclusão da população institucionalizada nestes estudos de âmbito geral pode impedir a caracterização adequada da saúde da população idosa, já que são excluídos da análise os indivíduos com maiores problemas de saúde e com maiores níveis de dependência.

Uma vez que a investigação tinha como objectivo principal a caracterização do idoso e os seus níveis de autonomia foi, assim, necessário procurar outros dados nacionais que permitissem um maior rigor na caracterização da dependência na população idosa em Portugal. Conhecido um estudo nacional realizado em 2001 sobre idosos institucionalizados, denominado «Plano Avô», solicitou-se a utilização da respectiva base de dados ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Os dados obtidos caracterizaram, sumariamente, o idoso institucionalizado e apontavam para que, da população idosa total, 3% se encontravam institucionalizados, embora, dado que no «Plano Avô» apenas foram identificadas as instituições que se encontravam devidamente registadas na segurança social, se admita que este número possa estar subestimado. Por outro lado, a caracterização do idoso residente em lar, no que respeita à sua autonomia física e cognitiva é muito sumária permitindo, apenas, estabelecer um perfil genérico das suas incapacidades e níveis de dependência.

Atentas estas características da informação disponível, e no sentido de a complementar, procedeu-se à recolha directa de uma amostra cujo objectivo foi estabelecer o perfil de autonomia dos idosos residentes em lares, aplicando instrumentos estandardizados de avaliação da incapacidade.

Através de um conjunto de variáveis, previamente identificadas, foi construído um índice de dependência para a amostra dos idosos residentes em lares e um indicador de incapacidade para o INS de 2005. Em ambas as amostras estes índices finais deram origem a duas variáveis que foram constituídas como variáveis dependentes e utilizadas para análise multivariada.

## Resultados da análise dos INS

Relativamente aos INS, a percentagem de pessoas com 65 e mais anos sobre o total da população inquirida apresentou um aumento de 15.6%, em 1987, para 21.1%, em 2005, o que se encontra perto dos valores apontados pela Eurostat e pela OCDE (Eurostat 2006; OECD 2009).

No que respeita ao estado de saúde, foram analisadas as variáveis que compreendem as doenças crónicas e as incapacidades de longa duração. A estrutura dos quatro inquéritos apresenta diferenças na sua forma e no seu conteúdo, razão pela qual a análise comparativa não foi possível para algumas variáveis.

A autopercção do estado de saúde não integra o INS de 1987 daí só terem sido comparados os últimos três inquéritos no que respeita a esta variável. A maior percentagem de respostas está concentrada no estado de saúde percebido de «razoável» e no «mau». No entanto, verifica-se um aumento percentual importante nas respostas indicadas com «bom» (de 6.5%, em 1998, para 10.7%, em 2005). Para Santana (2005), entre 1995 e 1998, a proporção da população que referia a sua saúde como má passou de 70% para 58%. Em ambos os casos as mulheres avaliavam de forma mais negativa o seu estado de saúde. Para o mesmo autor a população portuguesa tem uma percepção pior do seu estado de saúde do que a média na UE15.

Os quatro inquéritos abordam vários tipos de doenças crónicas tendo sido analisadas as que se encontram no âmbito da investigação ou seja, as que pelas características de risco associado, podem gerar incapacidade. As doenças cardiovasculares, a diabetes, as doenças respiratórias, as doenças do sistema músculo esquelético (que condicionam a dor), a osteoporose, a depressão, os tumores e as doenças da visão, para além da demência, são referidas por vários autores como as doenças de carácter crónico que podem constituir-se como maiores factores de risco para a perda de autonomia (Al Snih, Markides et al. 2001; Edwards 2001; Dunlop, Semanik et al. 2005; Peres, Verret et al. 2005; Inzitari, Carlo et al. 2006). O consumo de tabaco também é referido como um factor de risco, quer para a autopercção do estado de saúde, quer para as alterações posturais e de equilíbrio (AIHW 2000; Santana 2005).

De acordo com os objectivos do estudo, foram analisadas as respostas dos inquiridos, relativas à diabetes, à hipertensão arterial, à dor (a dor persistente é apontada como um preditivo importante nos níveis de incapacidade derivada da sua interferência no sistema músculo-esquelético (Kerns 2006), às doenças reumáticas, à osteoporose, ao AVC, ao glaucoma e retinopatia, aos tumores, às doenças renais, à ansiedade, às feridas, às doenças respiratórias (enfisema), à obesidade, à depressão e ao enfarte. Todas estas doenças crónicas se encontram referidas no INS de 2005 e foram introduzidas num modelo de regressão linear múltipla, em conjunto com outras variáveis para explicar os níveis de severidade da incapacidade. Os resultados finais retiram do modelo (por não apresentarem significância estatística), a hipertensão arterial, as doenças da visão (glaucoma e retinopatia), os tumores, as doenças renais, a depressão, o enfarte, as feridas e a ansiedade.

Dados relativos à hipertensão arterial, à diabetes e à dor estão referenciados nos quatro inquéritos o que permitiu a sua comparação. A hipertensão arterial, sendo uma doença de carácter crónico que não causa, directamente, incapacidade mas que pode apresentar-se como um factor de risco importante das doenças cardiovasculares, surge referenciada por uma elevada percentagem de inquiridos (cerca de 50%) apresentando uma subida considerável, entre o INS de 1987 (43.7%) e o INS de 2005 (50.4%). A idade média na qual os inquiridos referem terem sabido da doença apresenta um aumento muito ligeiro entre 1987 e 2005 (de 58.5 para 58.9 anos). Estes valores podem reflectir dois aspectos: podemos estar perante um aumento progressivo no número de pessoas que sofrem de hipertensão arterial (condicionada por hábitos nocivos para a saúde) e que se encontra em maior risco de doenças cardiovasculares, ou o diagnóstico e o rastreio da doença estão a ser mais precoces. O mesmo se passa com a diabetes que, sendo menos prevalente que a hipertensão arterial, é referenciada por um número crescente de indivíduos ao longo dos quatro inquéritos. A média de idade do aparecimento da doença é ligeiramente superior à da hipertensão arte-

rial, apenas com ligeiras diferenças no período compreendido entre os quatro inquiridos (de 60.3 anos para 61.2 anos).

As «dores nas costas» associadas a alterações posturais e a alterações degenerativas do sistema musculoesquelético e que, por sua vez, condicionam o desempenho das AVD (Inzitari and Basile 2003; Inzitari, Carlo et al. 2006), aparecem referidas por uma elevada percentagem de indivíduos e com um aumento considerável entre o INS de 1995 e o INS de 1998 (entre 56% e 65%). Por sua vez, a idade média de aparecimento da doença é de menos 13 anos no INS de 1998 quando comparada com a do INS de 2005. Relativamente ao INS de 2005, a questão é colocada de uma outra forma avaliando, no entanto, a mesma localização. A percentagem de inquiridos que refere ter dor crónica localizada nas costas é muito inferior no INS de 2005 (8.8%) mas considera-se que o resultado está relacionado com a forma de colocar a questão (dor crónica ou persistente), o que torna os resultados não comparáveis.

O AVC, que está enquadrado nas doenças cerebrovasculares e cujas sequelas representam efeitos importantes na incapacidade (Edwards 2001; Moon 2003), é referido por 6.2 % dos inquiridos no INS de 2005 e a idade média do seu aparecimento é de 67.5 anos.

A avaliação da incapacidade de longa duração engloba um conjunto de competências que estão enquadradas nas AVD e nas AVDI. O INS de 1987 contemplou um número reduzido de variáveis deste âmbito, o INS de 1995 e o INS de 1998 englobam um maior número de variáveis relativas ao estado de autonomia e o INS de 2005 é o mais abrangente, embora retire algumas questões importantes tal como o controlo dos esfíncteres. Em grande parte das escalas de avaliação para o desempenho das AVD e AVDI o controlo dos esfíncteres é sempre considerado como um indicador importante de incapacidade (Mahoney and Barthel 1965; Lawton and Brody 1969; Katz 1983) assim como se considera ser determinante no risco de institucionalização (Richard, Besdinde et al. 2004).

A metodologia do INS de 2005 foi desenhada para não questionar todos os inquiridos até ao fim do questionário, deixando algumas dimensões apenas para ser preenchidas em determinadas semanas, como acontece para a dimensão «incapacidade de longa duração». Neste caso, a amostra fica reduzida, já que mais de metade dos indivíduos não são inquiridos sobre este aspecto, o que também não permite o cruzamento das incapacidades com as variáveis relacionadas com a actividade física e com a autopercepção de qualidade de vida.

A dimensão do questionário relacionada com as incapacidades de longa duração revela que 87 % das situações de incapacidade são motivadas por doença de acordo com a seguinte ordem de importância: o enfarte (38.7%), a osteoporose (16.7%) a depressão (8.1%) os AVC (6.2%) e a obesidade (3.5%).

A avaliação das incapacidades para desempenhar as AVD inclui a abordagem a um conjunto de capacidades e tarefas que estão relacionadas com o quotidiano e que, no seu conjunto, podem estabelecer o perfil de dependência do idoso.

O número de indivíduos que responde afirmativamente à questão «estar sempre acamado» oscila entre 2% a 3%, no período estudado. O aumento verificado pode apontar para um agravamento no número de indivíduos totalmente dependentes. A questão que avalia os inquiridos que estão limitados a uma cadeira revela uma percentagem reduzida de pessoas nestas condições. O INS de 1987 não coloca esta questão que surge, apenas, a partir do INS de 1995 e é comum aos seguintes. Igualmente se observa um aumento na percentagem de indivíduos que se encontra totalmente limitado na sua autonomia e dependente de terceiros, com um ligeiro aumento entre os três INS (entre 0.9% em 1995 e 1.4% em 2005). A limitação dos inquiridos para sair de casa apresenta um aumento tendencial entre os quatro INS, tal como ocorre nas variáveis anteriores (entre 5.7% em 1987 e 6.2% em 2005). As capacidades para levantar e sentar da cama ou da cadeira mantêm-se idênticas (em média, cerca de 75% dos inquiridos consegue fazê-lo sem dificuldade) nos períodos estudados verificando-se maior disparidade entre o INS de 1987 (55% é completamente autónomo) e o de 1995 (77% é completamente autónomo). Os resultados obtidos nas respostas a estas questões revelam um ligeiro aumento de indivíduos totalmente dependentes eventualmente portadores de incapacidade severa. Segundo Jacobzone *et al.* (1998), entre os idosos a residir no domicílio, cerca de 5% a 8% estão completamente dependentes de terceiros para a manutenção dos níveis básicos da vida quotidiana.

As capacidades funcionais para a execução de tarefas do quotidiano estão, por sua vez, ligadas ao desempenho de funções físicas e à sua integração em actividades mais ou menos complexas, desde os movimentos específicos como andar, subir e descer escadas, até às actividades mais integradas que contribuem para o desempenho dos papéis sociais (Suthers 2004). A questão referente à capacidade para «andar» é colocada nos INS, segundo vários níveis de dificuldade. Os dados evidenciam que uma grande percentagem de inquiridos não apresenta qualquer tipo de dificuldade para andar (1ª opção de resposta) existindo uma diferença importante entre os indivíduos que desempenham a tarefa sem ajuda, que oscila entre 53.7%, em 1987, e 75.4%, em 2005.

Do conjunto de todas as capacidades avaliadas, as funções relacionadas com a capacidade de andar são as que apresentam resultados mais positivos ao longo dos quatro inquiridos. No que respeita à actividade relacionada com «subir e descer escadas», igualmente relacionada com a capacidade para andar, a evolução sentida é idêntica à anterior, considerando que a percentagem de respostas dos inquiridos que referem não ter qualquer tipo de dificuldade em executar a tarefa é, no INS de 1987, de 33.5% e no INS de 2005 de 58.3%. As razões pelas quais estas funções apresentam uma evolução positiva, quando comparadas com outras actividades, podem estar relacionadas com uma maior e melhor acessibilidade às cirurgias ao joelho e à anca e a um maior acesso a auxiliares de marcha que representam um contributo importante na independência dos idosos (Fries 1998). Por outro lado, as funções relacionadas com a capacidade do indivíduo se deslocar sempre constituíram um grave problema na perda de autonomia. O estudo de Jagger *et al.* (2001) afirma que as extremidades inferiores apresentam declínio funcional muito antes das extremidades superiores limitando, deste modo, a marcha e a capacidade de o indivíduo se deslocar.

As actividades relacionadas com «utilizar a sanita» e ser capaz de «fazer a higiene diária» estão incluídas em todas as escalas de AVD mais utilizadas (Mahoney and Barthel 1965; Granger, Hamilton et al. 1986). A questão relativa à «utilização da sanita», avaliada nos três últimos inquéritos, mantém-se com uma distribuição percentual que revela um agravamento desta função ente 1995 (85% dos inquiridos não apresentam dificuldades) e 2005 (81% dos inquiridos não apresenta dificuldades). Na higiene diária (lavar as mãos e a cara) a maior parte dos inquiridos (mais de 90%) mantém as capacidades para realizar estas tarefas, ao longo dos três últimos inquéritos, embora com um ligeiro declínio nos que apresentam completa autonomia. O INS de 2005 exclui desta questão os inquiridos que conseguem tomar banho (cerca de 83%) que só é colocada, de forma autónoma, neste último inquérito.

A «hipótese da docilidade do meio ambiente», formulada por Lawton *et al.* (1969) para exprimir a associação entre ambiente e competências, refere que as barreiras na utilização da casa de banho para realizar *a toilette* e fazer a higiene diária fazem parte das grandes dificuldades com as quais o idoso tem de se confrontar. Perante um aumento do número de pessoas que apresentam dificuldades em se deslocar sozinhas à casa de banho, pequenas alterações conseguidas no acesso podem traduzir-se em mais e melhor autonomia (Crews and Zavotka 2006).

A análise dos inquéritos (onde a questão é formulada) para as AVD «vestir e despir» permite observar que os inquiridos se mantêm, na sua maioria, autónomos (entre 86% em 1987 e 74% em 2005) mas a percentagem dos que revelam dificuldades aumenta ao longo dos três últimos inquéritos, o mesmo acontecendo para a variável que avalia a capacidade para «apanhar objectos do chão» (actividade que é fundamental para quem vive sozinho). A capacidade para «pinçar» (apanhar objectos pequenos) só é avaliada no INS de 2005 revelando que cerca de 72% dos inquiridos não tem problemas nesta tarefa.

Os dados apontam para que uma grande percentagem de inquiridos seja autónomo para a alimentação (entre 96% em 1987 e 89% em 2005), no entanto, ao longo dos três últimos inquéritos, aumenta a percentagem dos que se encontram dependentes. O estudo de Jagger, *et al.* (2001) aponta para que a destreza das extremidades superiores sofra um declínio tardio, no entanto, a dependência motora e cognitiva severa podem influenciar a autonomia para «levar os alimentos à boca». De acordo com outros dados, tais como a percentagem de indivíduos acamados e limitados ao espaço de casa, o aumento percentual de indivíduos que não executa esta tarefa autonomamente pode indicar uma maior prevalência de grandes dependentes no período estudado.

A capacidade para executar tarefas de AVDI (utilizar transportes públicos, ir às compras, limpar a casa e preparar refeições) surge apenas discriminada no INS de 2005. Cerca de 75% dos inquiridos é capaz de utilizar os transportes públicos sem qualquer dificuldade embora 25% não o consiga fazer. A existência de sistemas de transportes impede o isolamento social e é um determinante na qualidade de vida (Coughlin 1999).

Cerca de 75% dos inquiridos apresenta completa autonomia para ir às compras sozinho, no entanto, para as tarefas de limpeza da casa, 36% necessita de algum tipo de ajuda. Cerca de 74% dos inquiridos refere não ter problemas para preparar as refeições. Para Crews (2005) muitas destas tarefas podiam ser facilitadas modificando o ambiente de acordo com as capacidades do indivíduo, embora o actual uso de tecnologias simples, como o microondas, tenha conduzido a resultados importantes na manutenção da autonomia e na permanência do idoso na sua casa.

A capacidade auditiva é avaliada nos três últimos INS e os resultados revelam que a percentagem de inquiridos que não apresenta dificuldades em ouvir é de 80%, sendo menor em 1998 (76%) do que nos INS anterior e seguinte. Embora não se constitua como causa de morte, a perda auditiva afecta a forma como as pessoas são capazes de funcionar, tal como acontece com a perda de visão (Richard, Besdinde et al. 2004). Para Edwards (2001) as dificuldades de visão e de audição apresentam acentuada prevalência na velhice e podem causar grandes perdas na autonomia. No caso de a perda ser conjunta (audição e visão) existe um risco duplo de restrição da actividade (Jagger, Spiers et al. 2005).

No que respeita à incapacidade visual, a situação é idêntica à verificada na incapacidade auditiva, embora com maior estabilidade entre os três últimos inquéritos (quase 90% dos idosos não apresenta dificuldades de visão). Os resultados não aparentam declínio na prevalência para as incapacidades de visão apesar das cirurgias às cataratas se terem tornado mais fáceis e acessíveis e de terem contribuído, segundo vários autores, para uma maior independência dos idosos (Fries 1998; Richard, Besdinde et al. 2004).

Como já referido, a questão relativa à capacidade para «controlar os esfíncteres» não é avaliada no INS de 2005. Existe uma diferença importante entre o INS de 1987, em que 76% apresentam controlo perfeito, e o INS de 1995, no qual 87% referem ter esse controlo. Em 1998 a percentagem baixa para 82%.

A questão que avalia a actividade física não se apresenta formulada de modo idêntico nos quatro INS pelo que apenas se descrevem as respostas do INS de 2005. Os dados obtidos revelam que apenas uma pequena percentagem dos inquiridos faz actividade física regular (cerca de 2%). A importância da actividade física é referida por vários autores como tendo um impacto positivo nas condições de saúde em geral, assim como no retardar do aparecimento das incapacidades e nas possibilidades de recuperação (Fries 1998; 2002; Vass, Avlund et al. 2002; Heikkinen 2003; Ofstedal and Herzog 2003; Graciani, Banegas et al. 2004; Dunlop, Semanik et al. 2005).

Relativamente ao rendimento do agregado familiar, a resposta é obtida através da referência do inquirido à letra onde se coloca face aos rendimentos que usufrui. A diferença entre o número de pessoas que auferem rendimentos no primeiro escalão (escalão mais baixo de rendimentos) diminui consideravelmente entre os três primeiros inquéritos e o INS de 2005. Em 1987, mais de 50% dos inquiridos situava-se nos dois primeiros escalões de rendimentos. No INS de 2005 a maior percentagem de inquiridos situa-se no 3º, 4º e 5º escalão, verificando-se uma percentagem muito reduzida no primeiro escalão. A evolução das condições de vida permitiu que muitos idosos viessem a usufruir de melhores rendimentos, no entanto, assiste-se, ainda, a uma elevada vulnerabilidade à pobreza nesta população. As grandes

situações de pobreza em Portugal situam-se nas pessoas idosas, a viver sozinhas e, sobretudo, em meio rural (Branco 2001). Segundo dados do INE (1999), os diferentes tipos de agregados com idosos tiveram níveis de receitas base bastante inferiores aos registados sem idosos, quando comparados com a média nacional.

As questões que se referem à qualidade de vida são apenas colocadas no INS de 2005 e os seus resultados apontam para que a maior percentagem dos inquiridos esteja situada nas respostas entre o «nem boa, nem má» e o «boa». O conceito de satisfação com a vida, o bem estar físico e social e o estado anímico são indicadores que integram o conceito de saúde definido pela OMS (Bowling, Banister et al. 2002).

## Resultados dos inquéritos do Plano Avô

Relativamente à caracterização dos dados do Plano Avô (MTSS and IGMTS 2001), o número total de casos resultou em 46.356 o que representa, aproximadamente, 3% da população idosa total, à data em que o estudo foi realizado, após excluídos da base de dados os indivíduos com menos de 65 anos. De acordo com alguns autores (Rice and Fineman 2004), entre 4% a 5% dos idosos estão institucionalizados e essa percentagem sobe para valores entre os 18% e os 19% na população com mais de 85 anos. Em Portugal existem muitos lares de idosos que, embora não se encontrem devidamente regulamentados, albergam um número elevado de idosos, difícil de quantificar devido à inexistência de registos nacionais.

A idade média dos inquiridos situa-se nos 81 anos e 31% pertencem ao sexo masculino. A sobre representação das mulheres em lares de idosos é referenciada em muitos estudos e está relacionada com a maior mortalidade masculina, com o estado de viuvez nas mulheres e, por sua vez, com uma maior sobrevivência que está ao mesmo tempo relacionada com maior estado de dependência (Quaresma and Gil 2002).

O estado civil predominante é viúvo (mais de metade dos inquiridos) seguido dos estados de solteiro, casado e divorciado, mas com bastante menor representação. A média do número de filhos por inquirido é dois mas a moda é zero. Cerca de 36% dos idosos não tem familiares com quem se relacionar e os que respondem afirmativamente referem, em média, ter um familiar com quem convivem, o que é revelador das suas poucas redes sociais e familiares. Esta situação corrobora a ideia de que o risco de institucionalização está associado, não só a um maior estado de dependência mas, também, à ausência de relações sociais de suporte. Para Davis (1997), o ingresso do idoso numa instituição decorre das suas perdas funcionais e dos seus suportes de ajuda. De um modo geral, as pessoas ingressam em lares à medida que as suas necessidades se tornam demasiado complexas para poderem permanecer em suas casas. Para Batzan (2004), a precariedade social e económica são factores predisponentes para o ingresso num lar. Também no estudo de Kivela (1985) o risco de institucionalização é uma relação dual entre o intrínseco e o extrínseco, ou seja, entre o suporte disponível e os cuidados de que o idoso necessita. O estudo de Kersting (2001) refere que viver acompanhado, ser socialmente activo e ter suporte comunitário reduz o risco de institucionalização.

Para os idosos inquiridos no âmbito do plano Avô, o principal motivo de ida para o lar está centrado na doença, na solidão e na decisão da família. Cerca de 33% respondem que a entrada para o lar foi com o seu acordo, mas só 26% prefere residir no lar. Aos inquiridos foi também perguntado se gostavam de estar no lar, ao que a quase totalidade responde que sim (88%), sendo a razão mais apontada para este facto a garantia de cuidados e a companhia.

A inexistência de escolaridade nos inquiridos é predominante, apesar de 8% dos que não têm escolaridade saberem assinar e 13% saberem ler e escrever. A distribuição da escolaridade por sexo revela que, nos inquiridos sem escolaridade, o número de mulheres é três vezes superior ao dos homens. Os níveis de escolaridade estão de acordo com o perfil da geração de idosos em estudo. De acordo com alguns autores (Barberger-Gateau and Fabrigoule 1997), níveis baixos de desempenho intelectual são factores que expõem o idoso a maior risco de institucionalização. A capacidade para o inquirido estar mentalmente capaz de responder, que fornece um indicador quanto ao seu desempenho cognitivo, não existe em 40% dos inquiridos, o que está de acordo com os estudos que revelam que a incapacidade cognitiva é um problema que causa elevados níveis de dependência sendo, também, um factor determinante na institucionalização (Van Praag, Shubert et al. 2005). Para Tanikake (2005), a institucionalização está relacionada, sobretudo, com a incapacidade mental severa e ainda que se a demência pode predispor à institucionalização, o regime, fechado e sem referentes de ordem emocional ou cognitiva, pode aumentar o nível de dependência e, por sua vez, a demenciação. Segundo Cataldo (2001), o tempo de institucionalização explica cerca de 15% de variação nas incapacidades motora e cognitiva.

No Plano Avô, o grau de dependência física é determinado segundo três níveis de autonomia funcional. Dos inquiridos, mais de 25% são autónomos, 26% são totalmente dependentes e 55% necessitam de ajudas nas tarefas de AVD. Esta avaliação não obedeceu a instrumentos standardizados de avaliação da dependência pelo que os valores obtidos são meramente indicativos.

## Resultados da avaliação de idosos realizados nos lares

A aplicação de instrumentos de avaliação motora e cognitiva a uma amostra de idosos institucionalizados, realizada no âmbito deste estudo, teve como objectivo definir o perfil cognitivo e de dependência para as AVD desta população, de modo a complementar a informação recolhida com as restantes fontes de informação já descritas.

Na amostra inquirida, a idade média dos idosos é de 82 anos, idêntica à do Plano Avô e superior à média da população idosa do INS que ronda os 74 anos. A distribuição por sexos revela, do mesmo modo, a sobre representação feminina nos lares, assim como níveis baixos de escolaridade, também mais prevalentes no sexo feminino.

A aplicação do índice de Barthel revelou um número superior de indivíduos autónomos (62%) face ao encontrado no Plano Avô (25%). Este facto vem confirmar que a forma como os indivíduos são avaliados e os instrumentos de avaliação utilizados podem traduzir resultados diferentes da mesma variável, sobretudo quando recai sobre eles algum grau de subjectividade como é o caso em análise.

A relação entre o score do Índice de Barthel e o sexo revela-se significativa ( $p\text{-value} < 0.001$ ) com resultados inferiores para o sexo feminino. Estes resultados estão de acordo com o argumento de que a maior longevidade das mulheres é, ao mesmo tempo, acompanhada de maiores níveis de dependência (Jacobzone, Cambois et al. 1998; Crimmins 2004).

Para analisar a relação entre o Índice de Barthel e os grupos etários foi aplicado o teste Anova que revelou diferenças de médias significativas entre os grupos sendo os mais idosos os que apresentam maiores níveis de dependência ( $p\text{-value} < 0.001$ ). Foi também calculado o valor do coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis idade e o índice de Barthel que se revelou negativa e significativa ( $r = -0.21$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ). A correlação negativa indica um aumento de dependência com a idade dado que, no índice de Barthel, quanto maior é a pontuação menor é a dependência.

A avaliação do estado mental revela desempenhos cognitivos inferiores aos de autonomia física e, tal como no Plano Avô, verifica-se uma predominância de inquiridos em situação de demência, apontada, a par das decisões familiares, como um dos principais motivos de internamento, o que está de acordo com estudos já citados (Barberger-Gateau and Fabrigoule 1997; Baztan, Gonzalez et al. 2004; Helmer, Peres et al. 2006).

A avaliação cognitiva foi realizada através da aplicação da versão portuguesa do *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Guerreiro and Botelho et al. 1994) que apresenta uma variação entre os 0 (deficit total) e os 30 pontos (sem deficit). Segundo a aferição para a população portuguesa, são considerados sem deficit os indivíduos analfabetos que apresentam um *score* igual ou superior a 16, os indivíduos que possuam até 11 anos de escolaridade com um *score* igual ou superior a 23 e os indivíduos com ensino superior são considerados sem alterações cognitivas se apresentarem um *score* igual ou superior a 28. Os valores encontrados apresentam um mínimo de 0 e um máximo de 30, a média é de 15.2 a moda é 0 e o desvio padrão 10.7 o que revela elevada heterogeneidade nos resultados.

Se apresentarmos um ponto de corte no valor 16, 48.4% dos inquiridos tem deficit cognitivo. No caso do ponto de corte ser no valor 23, a percentagem passa para 68.1%.

Na avaliação cognitiva por grupo etário foi encontrada relação significativa entre os valores do *score* do MMSE, para o grupo etário 65-70 e o grupo 85 e mais anos, entre o grupo 75-79 e o grupo 85 e mais anos e entre o grupo 80-84 e 85 e mais anos ( $p\text{-value} < 0.001$ ).

Analisada a relação entre o sexo e os resultados do MMSE verifica-se que as mulheres apresentam valores mais baixos (média 14.3) do que os homens (média 18.4) e que esses valores apresentam uma relação estatisticamente significativa ( $p\text{-value} < 0.05$ ).

Segundo a distribuição dos *scores* do MMSE por graus de escolaridade, os níveis mais elevados surgem nos inquiridos com escolaridade ao nível do secundário e os valores inferiores surgem nos inquiridos sem escolaridade. A relação estatística entre as variáveis é significativa ( $p\text{-value} < 0.001$ ). O efeito das habilitações literárias no *score* do MMSE é válido para todos os grupos com excepção do grupo de habilitações de nível superior que apenas mostra efeito positivo significativo quando comparado com o grupo sem escolaridade. Esta situação pode indicar que o idoso com maiores habilitações só recorrerá à institucionalização em elevado estado de dependência.

Com a finalidade de identificar as variáveis que mais contribuem para as alterações cognitivas medidas pelo MMSE foi estimado um modelo de regressão linear no qual foram introduzidas, como variável dependente o *score* do MMSE e como variáveis independentes o sexo, a idade, a escolaridade (recodificadas para variáveis *dummy*) e os valores do índice de Barthel.

Os valores obtidos indicam que todas as variáveis, com excepção do sexo, são significativas no modelo, o qual apresenta um  $R^2$  de 0.474 ou seja, o modelo explica 47.4% da variância do *score* do MMSE ( $p\text{-value} < 0.05$ ).

Para estudar os efeitos não só de cada um dos factores mas também o efeito da interacção entre os factores na variável dependente utilizou-se o teste ANOVA a Múltiplos Factores (ANOVA *Nway*). Segundo os dados obtidos, pode concluir-se que a escolaridade ( $p\text{-value} < 0.05$ ) e o Índice de Barthel ( $p\text{-value} < 0.05$ ) apresentam um efeito significativo no *score* cognitivo medido pelo MMSE encontrando-se os grupos etários no limiar de significância ( $p\text{-value} = 0.053$ ). Verifica-se, também, interacção significativa entre o Índice de Barthel e a escolaridade no *score* do MMSE. Para os restantes factores não se verifica interacção ( $p\text{-value} > 0.05$ ).

Foi igualmente utilizado o teste ANOVA a um factor para comparar a média do *score* cognitivo medido pelo MMSE entre os grupos de dependência, medidos pelo Índice de Barthel. A relação estatística mostrou-se significativa ( $p\text{-value} < 0.001$ ).

Na amostra analisada, os dados apontam para uma forte relação entre o *score* cognitivo (MMSE) e o *score* motor (índice de Barthel). Tal como sugere Dunlop *et al.* (2005), existe uma relação importante entre o desempenho motor e o desempenho cognitivo não se sabendo, ao certo, qual dos problemas desencadeia o outro. A correlação entre as duas variáveis indica uma associação razoável e positiva ( $r = 0.614$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ).

Em resumo, a estrutura correlacional dos *scores* do Índice de Barthel e do MMSE foi avaliada por uma Análise em Componentes Principais (ACP) que permitiu a transformação dos dois indicadores numa nova dimensão, resultante da combinação linear das duas variáveis, que só por si retém 80.7% da variância inicial, e que se denominou por Índice de Dependência (ID) (KMO=0.50 e o teste de Bartlett com  $p\text{-value} < 0.001$ ). Esta nova dimensão foi, em seguida, utilizada para análises adicionais. O ID foi utilizado como variável dependente num modelo de regressão linear múltipla no qual foram introduzidas como variáveis dependentes o sexo, a idade, a escolaridade e o diagnóstico clínico principal (recodificadas para variáveis *dummy*). Todas as variáveis, com excepção das doenças reumática e oncológica, se revelaram significativas. O modelo final ajustado é significativo e explica 35.8% da variação do ID ( $p\text{-value} < 0.001$ ).

A análise das bases de dados dos idosos institucionalizados (Plano Avô e base de dados dos lares) são complementares e não divergem, na essência, nos resultados obtidos, tal como não divergem relativamente ao descrito na literatura. O perfil do idoso institucionalizado pode definir-se como tendo em média 80 anos, sendo predominantemente do sexo feminino, apresentando incapacidade motora moderada e incapacidade cognitiva moderada/severa, sendo esta última de maior relevo, em linha com o confirmado por outros estudos (Kivela 1985; Davis 1997; Baztan, Gonzalez *et al.* 2004). Relativamente às razões que motivam o ingresso no lar os resultados ao encontro da opinião de Sauvaget *et al.* (1997) que refere que o suporte social dos idosos institucionalizados é reduzido e a decisão pela institucionalização é desencadeada, sobretudo, pelo estado de demência e pela falta de apoio familiar. De acordo com Kavanagh *et al.* (1999) e Sauvaget *et al.* (1997), a decisão do idoso entrar numa instituição aumenta à medida que a idade avança e a opinião da família (não a do idoso) é a maior determinante nesta decisão, sendo o declínio da função mental um dos factores que mais peso tem na institucionalização.

## Caracterização da incapacidade nos idosos com base no INS de 2005

Caracterizado o perfil do idoso institucionalizado, o desenvolvimento da pesquisa evoluiu no sentido de construir um modelo cujo propósito fosse explicar a incapacidade com base nos dados dos INS, e que estivesse de acordo com estudos já realizados e revistos no âmbito desta investigação. Num primeiro momento foi importante perceber de que modo a incapacidade, entendida no sentido lato, evoluiu no período estudado. Para tal, e dado que a avaliação das incapacidades nos INS não constituem um índice ponderado (como o índice de Barthel p.ex.), o desempenho dos inquiridos para cada uma das tarefas foi analisado de acordo com uma variável dicotómica «executa a tarefa sem ajuda e sem dificuldade» ou, em alternativa, «não executa» ou «executa com dificuldade». A partir desta análise construiu-se uma variável composta, o Indicador Global de Incapacidade (IGI), que representa o somatório de todas as tarefas que os inquiridos realizam ou não realizam. Todas as análises posteriores, feitas com base nas incapacidades recolhidas no INS de 2005, foram elaboradas usando este indicador global. O número de indivíduos que refere não ter qualquer tipo de incapacidade evoluiu de uma forma positiva entre 1987 (25.5%) e 2005 (37.9%), embora a tendência não seja linear já que o valor sobe para 40% em 1995, desce para 34.2% em 1998 subindo, de novo para 37.9% em 2005.

Uma ressalva deverá ser feita nestes indicadores, o número de incapacidades de longa duração avaliadas em 1987 eram substancialmente inferiores às que foram avaliadas nos INS seguintes pelo que estes dados devem ser apreciados de acordo com este pressuposto. No entanto, a existência de uma incapacidade determina, na maior parte das vezes, a existência de outras. O facto da avaliação de algumas actividades estar omissa nos primeiros inquéritos não significa que a análise global não continue a ser possível. Na análise das incapacidades, por ano de inquérito e pela percentagem de inquiridos que não é capaz de realizar a tarefa, verifica-se uma clara melhoria para as funções relacionadas com a marcha (andar e subir e descer escadas) e com o controlo dos esfíncteres, mas os dados sugerem um aumento da percentagem de indivíduos com incapacidade severa (estar acamado e ser dependente na alimentação, por exemplo). Os valores obtidos para a evolução da percentagem de idosos com incapacidade através da análise da Taxa de Variação Média Anual Composta (TVAC) apresentam indicadores que não são lineares e que não permitem obter uma tendência definida, quando comparados os períodos entre os vários inquéritos. Os valores obtidos revelam que, a TVAC para a percentagem de idosos com incapacidade foi de -2.67%, entre 1987 e 1995, de 3.12% entre 1995 e 1998 e, entre 1998 e 2005 de -0.82%.

## Factores explicativos da incapacidade

A concepção de um modelo de análise para explicar as incapacidades foi fundamentada em trabalhos já realizados, que têm procurado identificar os factores que interferem no desencadear da incapacidade crónica e na diminuição da autonomia (Klaassen-van den Berg Jeths and van Langen 1990; Kunkel and Applebaum 1991; Moody 1994; Schulz 2003; Robine and Michel 2004).

No presente estudo foi ajustado um modelo de regressão linear múltipla para o qual se considerou como variável dependente (IGI) o somatório de actividades que os inquiridos não são capazes de realizar. A escolha das variáveis explicativas foi feita com base na revisão de literatura sendo, deste modo, introduzidas no modelo as seguintes variáveis: doenças crónicas, hábitos tabágicos, número de consultas com o médico assistente, sexo, grupo etário, estado matrimonial (*living arrangements*), nível de escolaridade, nível de rendimentos e a autopercepção do estado de saúde.

Relativamente às doenças crónicas sabe-se que, a partir de determinada idade, quase todos os indivíduos apresentam um diagnóstico clínico, eventualmente crónico, que se traduz em incapacidade a qual, mesmo ligeira, condiciona o desempenho das actividades da vida quotidiana. Quanto às consultas com o médico assistente estas revelam de que modo estão a ser exercidas acções preventivas no âmbito da saúde e se o seu efeito se traduz em menor estado de incapacidade e dependência (AIHW 2000).

As diferenças entre homens e mulheres e a forma como prevalece a incapacidade em cada sexo são, igualmente, factores de relevo. Algumas doenças incapacitantes, nas quais se incluem as doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas, a ansiedade e a depressão, contribuem para a incapacidade e para a diminuição de qualidade de vida das mulheres, quando comparadas com os homens (Murtagh and Hubert 2004; Camargos, Perpetuo et al. 2005).

O efeito do estado matrimonial (*living arrangements*) na saúde dos mais velhos tem sido objecto de alguns estudos (Rohrbasser 2008) parecendo consensual a ideia de que as pessoas casadas apresentam vantagens em termos de saúde e que a incapacidade é menos prevalente nos casados do que nos viúvos, solteiros ou divorciados. Contudo, na presente investigação, não foi encontrada relação entre o estado civil (ou o viver conjugalmente com alguém) e o IGI.

O nível de escolaridade, associado aos recursos socioeconómicos, enquanto determinante da saúde e da incapacidade, também tem sido objecto de pesquisa. Para Fernandes (2007), as desigualdades sociais em termos de acesso à educação e a melhores recursos socioeconómicos traduzem-se em formas diferentes de gerir a saúde e vão sendo registadas nos órgãos e nos sistemas. Um estudo realizado por Heikkinen (2003) mostra a importância dos recursos socioeconómicos no desempenho das actividades da vida diária concluindo o autor que melhores recursos correspondem a maior capacidade para o desempenho das tarefas e a maior autonomia. O estudo de Minicuci *et al.* (2005) sugere que os níveis de educação e o acesso à informação se traduzem em menores níveis de dependência sendo esta afirmação corroborada por muitos outros autores (Vaupel, Carey et al. 1998; Waidmann and Manton 2000; Vita, Terry et al. 2003).

Para além destes, os níveis de suporte familiar e as redes sociais assim como a autopercepção do estado de saúde, actuam como factores predisponentes para o agravamento do estado de dependência (Inzitari and Basile 2003; Coppin, Ferrucci et al. 2006).

O modelo final ajustado é significativo e explica 32.4% da variabilidade da variável dependente, IGI ( $p\text{-value} < 0.001$ ).

De salientar que, por não estarem disponíveis, não foram introduzidas no modelo as variáveis que se relacionam com o suporte social e com as barreiras do meio ambiente, que poderiam aumentar a resposta do modelo à variabilidade da variável dependente. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados permite-nos concluir que a idade, a autopercepção do estado de saúde, o sexo, os rendimentos, as habilitações literárias, o número de consultas com o médico assistente, o enfisema, a obesidade, a diabetes, a osteoporose, o reumático, a dor e o AVC são as variáveis que explicam o comportamento da variável dependente (IGI). Não se revelaram significativas, como já referido, algumas doenças crónicas, a ansiedade, a depressão, os hábitos tabágicos e o estado matrimonial.

## Conclusões

Nos próximos anos, os indivíduos que atingirão a velhice serão muito mais numerosos do que nas gerações antecessoras e a denominada geração *babyboom* viverá mais tempo devido ao declínio na mortalidade verificada durante o seu ciclo de vida. Esta nova realidade obriga a que as sociedades se sintam preparadas para reflectir e decidir sobre os sistemas de protecção social, sobre a manutenção da actividade remunerada e a idade da reforma, sobre os meios de subsistência dos idosos e as suas condições de pobreza, sobre o financiamento das pensões e a sustentabilidade das finanças públicas, assim como sobre as formas de responder às necessidades dos mais velhos quer no âmbito social, quer ao nível dos cuidados de saúde, contribuindo, deste modo, para a sua qualidade de vida.

O envelhecimento da população com idades mais avançadas vem exigir, por sua vez, cuidados especiais em consequência das doenças que, em resultado dos constantes progressos da ciência, se tornam cada vez mais crónicas e menos fatais. A sociedade tem procurado dar resposta à população idosa no sentido de lhe providenciar o apoio

necessário à maximização da autonomia e à independência, para que o envelhecimento decorra, o mais tempo possível, no âmbito da família e da comunidade.

Existem várias vertentes de estudo e análise que podem ser exploradas no domínio do envelhecimento. No âmbito desta investigação seleccionou-se a questão da autonomia funcional para a vida independente. Embora muitas pessoas se mantenham em boa saúde após os 65 anos, o risco de incapacidade física ou cognitiva é elevado à medida que o tempo avança. A necessidade de cuidados depende, numa primeira análise, das condições de saúde do indivíduo (geneticamente determinadas ou derivadas dos riscos comportamentais) e das limitações pessoais e ambientais que decorrem dessas condições de saúde. Foi neste sentido que, através da análise das bases de dados dos INS, se caracterizou o perfil de dependência funcional dos idosos portugueses assim com a evolução da prevalência das incapacidades para executar as tarefas da vida diária num período que decorreu entre o primeiro INS, em 1987, e o último INS, realizado em 2005.

A análise das incapacidades permanentes, avaliadas com base nos quatro INS, é complexa quer porque, nos vários inquéritos, a quantidade de questões envolvidas são diferentes, quer porque a forma de as colocar e as metodologias empregues não são, em algumas circunstâncias, semelhantes. Procurou-se estabelecer linhas comuns e encontrar tendências nas questões relacionadas com as actividades para a vida diária entre os quatro INS. Apesar de as tendências na prevalência da incapacidade não revelarem, na sua generalidade, uma clara melhoria, em algumas actividades do dia-a-dia como, por exemplo, nas relacionadas com a marcha (andar, subir e descer escadas), verifica-se uma explícita tendência para um melhor desempenho. É ainda visível um aumento do número de acamados e de indivíduos que não conseguem alimentar-se sozinhos. Se, nas actividades relacionadas com o andar, podemos estar perante um avanço importante da ciência na resposta aos problemas relacionados com os membros inferiores ou perante a diminuição de barreiras que aumentam a docilidade do meio ambiente, no que respeita ao aumento da percentagem de pessoas acamadas (grandes dependentes) poderemos estar perante a evidência de uma maior prevalência da incapacidade severa (indivíduos totalmente dependentes) o que estará de acordo com o aumento do segmento mais velho da população idosa.

Do total da população idosa inquirida no INS de 2005, 37.9% não refere qualquer tipo de incapacidade. A comparação da percentagem de indivíduos com pelo menos uma incapacidade, entre os dois últimos inquéritos, revela um declínio médio de 0.82%, ao ano, o que vai ao encontro das tendências internacionais que revelam decréscimo na prevalência da incapacidade.

Neste sentido importa perceber que variáveis podem ou não ser manipuláveis de forma a potencializar esta tendência. O método estatístico de regressão linear múltipla utilizado indica-nos que certas doenças crónicas, a autopercepção do estado de saúde, o sexo, a idade, a escolaridade e os rendimentos apresentam um efeito significativo com a incapacidade. A autopercepção do estado de saúde e a idade são as variáveis que mais explicam a variação do número de incapacidades, mais ainda que as doenças crónicas.

As limitações culturais e as suas condicionantes socioeconómicas, tais como o nível de rendimentos, desempenham um papel significativo no modelo de análise, o que nos leva a supor que, à medida que se vão diminuindo os níveis de iliteracia, também se verifica uma melhoria das capacidades funcionais. Saliente-se ainda que a incapacidade para reagir perante uma limitação orgânica pode ser diferente em função da energia e dos impulsos existentes em cada indivíduo. Saber em que medida a autopercepção do estado de saúde resulta de aspectos idiossincráticos e/ou de falta de confiança nas instituições e em que medida estes aspectos podem ser modificados, de forma que os portugueses alterem a atitude pessimista face a si próprios, seria, pois, um contributo para a melhoria do nível de incapacidade e dependência.

Relativamente às doenças crónicas observa-se que a dor surge como um factor importante para a incapacidade de realização das actividades e perda de autonomia. Não sendo objectivamente uma doença, é um sintoma cujo controlo pode, eventualmente, ser possível, por via farmacológica, se devidamente seguido pelo médico.

O perfil dos idosos institucionalizados mostra uma prevalência importante de disfunções cognitivas mas revela, também, que muitos idosos institucionalizados se encontram autónomos para as actividades do dia-a-dia.

Pode, igualmente, questionar-se se o processo de institucionalização não estará a ser demasiado precoce dado que muito idosos estão ainda em perfeita autonomia física e sendo também certo que, em alguns casos, as alterações cognitivas podem não advir exclusivamente de problemas orgânicos mas sim da demenciação induzida por envolventes pouco estimulantes e sem referentes afectivos.

Em Portugal as tendências demográficas apontam para uma população mais envelhecida durante as próximas décadas e a relação entre a maior longevidade e o estado de saúde é uma preocupação legítima. Este estudo, através da análise das várias fontes de informação, revela que não existe uma clara tendência na melhoria da saúde dos mais velhos. No entanto, as gerações mais novas, que serão os velhos do futuro, apresentam características diferentes das anteriores gerações de idosos, em termos de algumas determinantes que condicionam o estado de saúde na velhice. Neste sentido, é possível admitir cenários nos quais a maior longevidade será acompanhada por mais saúde e menos necessidade de cuidados.

## BIBLIOGRAFIA

- AIHW (2000). Disability and Ageing. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.
- Aijanseppa, S., I. L. Notkola, et al. (2005). "Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project." J Epidemiol Community Health **59**(5): 413-419.
- Al Snih, S., K. S. Markides, et al. (2001). "Impact of arthritis on disability among older Mexican Americans." Ethn Dis **11**(1): 19-23.
- Avlund, K. (2004). Disability in old age. B. o. d. N. Project. Finland, The Finish Centre for Interdisciplinary Gerontology: 1-46.
- Barberger-Gateau, P. and C. Fabrigoule (1997). "Disability and cognitive impairment in the elderly." Disabil Rehabil **19**(5): 175-193.
- Baztan, J. J., M. Gonzalez, et al. (2004). "[Variables associated with functional recovery and post-discharge institutionalization of elderly cared in an average stay geriatric unit]." Rev Clin Esp **204**(11): 574-582.
- Bowling, A. (1993). "The concepts of successful and positive ageing." Fam Pract **10**(4): 449-453.
- Bowling, A., D. Banister, et al. (2002). "A multidimensional model of the quality of life in older age." Aging Ment Health **6**(4): 355-371.
- Branco, R. G. C. (2001). Demographic, social and economic aspects of older persons in Portugal. European Population Conference, Instituto Nacional de Estatística.
- Camargos, M. C., I. H. Perpetuo, et al. (2005). "[Life expectancy with functional disability in elderly persons in Sao Paulo, Brazil]." Rev Panam Salud Publica **17**(5-6): 379-386.
- Cataldo, J. K. (2001). "The relationship of hardiness and depression to disability in institutionalized older adults." Rehabil Nurs **26**(1): 28-33.
- Coppin, A. K., L. Ferrucci, et al. (2006). "Low socioeconomic status and disability in old age: evidence from the InChianti study for the mediating role of physiological impairments." J Gerontol A Biol Sci Med Sci **61**(1): 86-91.
- Cornejo-Arias, E., E. Medina-Lois, et al. (1995). "[Health status of the population 60 years of age and older in Santiago, Chile, 1993]." Salud Publica Mex **37**(5): 417-423.
- Costa, D. L. (2005). "Causes of improving health and longevity at older ages: a review of the explanations." Genus **LXI**(1): 21-38.
- Coughlin, J. F. (1999) "Technology Needs of Aging Boomers." *Issues in S and T* **16**, 1-10 DOI: [www.issues.org](http://www.issues.org).
- Crews, D. E. and S. Zavotka (2006). "Aging, disability, and frailty: implications for universal design." J Physiol Anthropol **25**(1): 113-118.
- Crimmins, E. M. (2004). "Trends in the health of the elderly." Annu Rev Public Health **25**: 79-98.
- Crimmins, E. M., M. D. Hayward, et al. (1996). "Differentials in active life expectancy in the older population of the United States." J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci **51**(3): S111-120.
- Davis, K. L. (1997). Disablement Process & Risk os Institucionalization. WHO. Geneve.
- Dias, M. C. and M. J. Graça (2001). O Inquérito Nacional de Saúde em Portugal - História, métodos e resultados, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- Dunlop, D. D., P. Semanik, et al. (2005). "Risk factors for functional decline in older adults." Arthritis Rheum **52**(4).
- EC (2004). European Community Household Panel. ECHP. Europe, European Comission.
- Edwards, P. (2001). Health and Ageing. Geneva, WHO.
- Eurostat (2006). Population Statistics. Population and social conditions. Luxembourg, Eurostat.
- Fernandes, A. A. (2007). Demografia. Análise Social. Lisboa, ENSP/UNL, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. **XLII**: 419-443.
- Fillenbaum, G. G. (1984). "The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment." WHO Offset Publ (84): 1-99.
- Fonseca, A. M. (2004). O Envelhecimento, uma abordagem psicológica. Lisboa, Universidade Catolica Editora.
- Freedman, J. A. and L. G. Martin (1998). Trends in Functional Limitation: Are Older Americans Living Longer and Better? C. f. t. S. o. Aging. NY, National Institute of Aging.
- Freedman, V. A., E. Crimmins, et al. (2004). "Resolving inconsistencies in trends in old-age disability: report from a technical working group." Demography **41**(3): 417-441.
- Fried, L. P. and T. L. Bush (1988). "Morbidity as a focus of preventive health care in the elderly." Epidemiol Rev **10**: 48-64.

- Fries, J. F. (1998). "Reducing cumulative lifetime disability: the compression of morbidity." Br J Sports Med **32**(3): 193.
- Fries, J. F. (2002). "Reducing Disability in Older Age." Jama **288**(24): 3164-3165.
- Gibson, D., Z. Liu, et al. (1995). "The changing availability of residential aged care in Australia." Health Policy **31**(3): 211-224.
- Giles, L. C., P. A. Metcalf, et al. (2004). "The effects of social networks on disability in older Australians." J Aging Health **16**(4): 517-538.
- Gill, T. M., J. T. Robison, et al. (1997). "Predictors of recovery in activities of daily living among disabled older persons living in the community." J Gen Intern Med **12**(12): 757-762.
- Graciani, A., J. R. Banegas, et al. (2004). "Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study." Maturitas **48**(4): 381-392.
- Granger, C. V., B. B. Hamilton, et al. (1986). "Advances in functional assessment for medical rehabilitation." Top Geriatr Rehabil **1**(3): 59-74.
- Guerreiro, M. and M. A. Botelho, et al (1994). "Adaptação à população portuguesa do Mini Mental State Examination (MMSE)." Revista Portuguesa de Neurologia **1**(9).
- Heikkinen, E. (2003). What are the main risk factors for disability in old age and how disability is prevented. Health Evidence Network. Copenhagen, WHO.
- Helmer, C., K. Peres, et al. (2006). "Dementia in Subjects Aged 75 Years or Over within the PAQUID Cohort: Prevalence and Burden by Severity." Dement Geriatr Cogn Disord **22**(1): 87-94.
- Hipponen, H. (2000) "Disability and ageing, concept definitions." Include **1**, 1-5.
- INE (1999). As gerações mais idosas. Estudos Demográficos e Sociais. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística. **83**.
- Inzitari, D. and A. M. Basile (2003). "Activities of Daily Living and Global Functioning." Cambridge Journals **15**: 225-229.
- Inzitari, M., A. Carlo, et al. (2006). "Risk and predictors of motor-performance decline in a normally functioning population-based sample of elderly subjects: the Italian Longitudinal Study on Aging." J Am Geriatr Soc **54**(2): 318-324.
- Izal, M. and R. F. Ballesteros (1990). "Modelos ambientales sobre la vejez." Anales de Psicología **6**(2): 181-198.
- Jacobozzone, S., E. Gambois, et al. (2001). The Health of Older Persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing? Labour Market and Social Policy Occasional Papers. Paris, OECD.
- Jacobzone, S., E. Cambois, et al. (1998). Long Term Care to Older People, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons. Maintaining Prosperity in an Ageing Society: the OECD study on the policy implications of ageing. A. W. Papers. Paris, OCDE: 3-57.
- Jagger, C., A. J. Arthur, et al. (2001). "Patterns of onset of disability in activities of daily living with age." J Am Geriatr Soc **49**(4): 404-409.
- Jagger, C., N. Spiers, et al. (2005). "The role of sensory and cognitive function in the onset of activity restriction in older people." Disabil Rehabil **27**(5): 277-283.
- Kane, R. L. and R. A. Kane (1980). "Long-term care: can our society meet the needs of its elderly?" Annu Rev Public Health **1**: 227-253.
- Katz, S. (1983). "Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living." J Am Geriatr Soc **31**(12): 721-727.
- Kavanagh, S. and M. Knapp (1999). "Cognitive disability and direct care costs for elderly people." Br J Psychiatry **174**: 539-546.
- Kerns, R. D. (2006). "Evidence that cognitive decline mediates the relationship between pain and disability in the elderly." Pain Med **7**(1): 1-2.
- Kersting, R. C. (2001). "Impact of social support, diversity, and poverty on nursing home utilization in a nationally representative sample of older Americans." Soc Work Health Care **33**(2): 67-87.
- Kivela, S. L. (1985). "Indicators of permanent institutional care." Prim Care **3**(1): 39-43.
- Klaassen-van den Berg Jeths, A. and J. A. van Langen (1990). "[2 scenarios on extension of life. Various social consequences of a higher life expectancy]." Tijdschr Gerontol Geriatr **21**(5): 217-221.
- Kunkel, S. R. and R. A. Applebaum (1991). Estimating the prevalence of long term care disability for an aging society. Miami, U.S. Department of Health and Human Services.
- Lawton, M. P. and E. M. Brody (1969). "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living." Gerontologist **9**(3): 179-186.
- Mahoney, F. and D. Barthel (1965). "Functional Evaluation: The Barthel Index." Maryland State medical Journal **14**: 61-65.

- Manton, K. (2008). "Declines in Chronic Disability in the Elderly US Population: Risk Factors and Future Dynamics." Annu Rev Public Health **29**: 91-113.
- Melzer, D., E. Gardener, et al. (2005). "Mobility disability in the middle-aged: cross-sectional associations in the English Longitudinal Study of Ageing." Age Ageing **34**(6): 594-602.
- Melzer, D., B. McWhilliams, et al. (2005). "Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study." bmj **318**: 1108-1111.
- Minicuci, N. and Noale (2005). "Influence of level of education on disability free life expectancy by sex: the ILSA study." Exp Gerontol.
- Moody, R. H. (1994). "Four Scenarios for an Aging Society." Questia **24**: 1-4.
- Moon, I. S. (2003). Stroke in OECD countries. Paris, OECD.
- MTSS and IGMTS (2001). Inquérito de Caracterização dos idosos residentes em lar. P. Avô. Lisboa.
- Murtagh, K. N. and H. B. Hubert (2004). "Gender differences in physical disability among an elderly cohort." Am J Public Health **94**(8): 1406-1411.
- OECD (2009). Ratio of population aged 65 and over to the total population. Population and migration -Elderly population - Ageing societies, OECD Factbook 2009.
- Ofstedal, M. B. and A. R. Herzog (2003). "Trends in scores on tests of cognitive ability in the elderly US population: 1993-2000." Journ of Geront Series **58**(6): 338-346.
- Olshansky, S. J., L. Hayflick, et al. (2005). "Position Statement on Human Aging." Quackwatch: 1-11.
- Peres, K., C. Verret, et al. (2005). "The disablement process: factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people." Disabil Rehabil **27**(5): 263-276.
- Quaresma, M. L. and A. P. Gil (2002). "Projecto MERI."
- Rice, D. P. and N. Fineman (2004). "Economic implications of increased longevity in the United States." Annu Rev Public Health **25**: 457-473.
- Richard, W., M. Besdinde, et al. (2004). The Merck Manual of Health and Aging, Merck Research Laboratories.
- Robine, J. M. and J. P. Michel (2004). "Looking forward to a general theory on population aging." J Gerontol A Biol Sci Med Sci **59**(6): M590-597.
- Rohrbasser, J. M. (2008). FELICE, Future Elderly Conditions in Europe. Paris, Desk.
- Santana, P. (2005). Geografias da saúde e do desenvolvimento, evolução e tendências em Portugal. Coimbra, Almedina.
- Sauvaget, C., I. Tsuji, et al. (1997). "Factors related to the desire to enter a nursing home among elderly Japanese." J Epidemiol **7**(2): 77-83.
- Schoeni, R. F., J. Liang, et al. (2006). "Trends in old-age functioning and disability in Japan, 1993-2002." Popul Stud (Camb) **60**(1): 39-53.
- Schulz, E. (2003). Scenarios for Health Care System in an Ageing Society. DIW. Berlin, Comm Inst Econ Res.
- Suthers, K. (2004). The Measurement of Physical Functioning in Older Adult Population. Los Angeles, University of California.
- Tanikake, C. (2005). "[Factors related to the demand of caregivers for institutionalization of disabled persons living at home]." Nippon Koshu Eisei Zasshi **52**(3): 215-225.
- Thorslund, M. and M. G. Parker (2005). "[How do the elderly feel actually? Contradictory research results indicate both improved and impaired health]." Lakartidningen **102**(43): 3119-3124.
- Van Praag, H., T. Shubert, et al. (2005). "Exercise Enhances Learning and Hippocampal Neurogenesis in Aged Mice." The Journal of Neuroscience **25**(38): 8680-8685.
- Vass, M., K. Avlund, et al. (2002). "Preventive home visits to older people in Denmark: methodology of a randomized controlled study." Aging Clin Exp Res **14**(6): 509-515.
- Vaupel, J. W., J. R. Carey, et al. (1998). "Biodemographic trajectories of longevity." Science **280**(5365): 855-860.
- Vita, A. J., B. R. Terry, et al. (2003). "Aging, health risks and cumulative disability " The New England Journal of Medicine **338**(15): 1035-1040.
- Waidmann, T. A. and K. G. Manton (2000). Measuring Trends in Disability Among the Elderly, Duke University.

Prof. Doutora Dália Nogueira - Doutorada pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, [dnogueira@netcabo.pt](mailto:dnogueira@netcabo.pt)

Professora Catedrática E. Reis - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa

*TRABALHO E REFORMA NUMA SOCIEDADE EM ENVELHECIMENTO*

**MODERADORA | CHAIRMAN**

PROFESSORA DOUTORA ANA ALEXANDRE FERNANDES  
INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS, UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA



# *Work and Retirement in an Ageing Society*

**Professor Doutor Chris Phillipson**

Keele University, Reino Unido

## *Resumo / Abstract*

Understanding the place of work and retirement in society are major issues for social and public policy. Western governments have focused on the idea of 'extending working life' in response to the challenges associated with ageing populations. At the same time, economic austerity has itself served to limit further development of retirement, an institution once viewed as a 'triumph' of the 20<sup>th</sup> Century welfare state. Re-thinking ideas about work and retirement are now essential given the various pressures associated with industrial and demographic change, these coming in the context of the range of insecurities and risks posed by globalization. A further requirement will be managing the greater complexity of work and retirement transitions in the 21<sup>st</sup> Century. The reality in many countries of the Global North is for greater fluidity and flexibility in movement across the various life stages from 50 onwards. These raise significant policy issues in relation to securing financial security and social inclusion given a context of increasing labour market volatility. This paper will address the above issues by exploring three main themes:

- **First, how do we understand the key changes affecting work and retirement in the 21<sup>st</sup> Century?**
- **Second, how have national governments and international governmental organisations responded to changes in work and retirement?**
- **Third, what are the social and public policies that need to be adopted to support older workers and further enhance the experience of retirement?**

In respect of the last area, the presentation will focus on four key areas:

- **Policies to support people through multiple work and retirement transitions.**
- **Policies to manage health problems in the workplace.**
- **Policies to remove insecurity at work.**
- **Policies to develop education for an ageing society.**

## *Comunicação / Paper*

### **Introduction**

Understanding the place of work and retirement in society has become a major issue for social and public policy. At a general level, current discussions about the desirability of 'extending working life' confirm what has been an ever-present feature of links between work and retirement, namely that the boundaries between these areas are constantly

evolving, a reflection of prevailing economic conditions, financial expectations, attitudes towards leisure and related factors. At the same time, present debates appear to place on hold further development of retirement, an institution once viewed as a 'triumph' of the 20<sup>th</sup> Century welfare state (Freter et al., 1987). Yet the apparently straightforward idea of compressing retirement through 'extending working life' raises difficult questions such as: Extension for whom? For how long? By what means? For what purpose? And in whose interests? Moreover, an added complication is at what point does 'work' become 'retirement', given the complexity of transitions around this period and the influence of variables such as health factors and family networks influencing behaviour. In short, managing the transition from work to retirement raises difficult and sensitive issues for public policy, one greatly complicated by the impact of global recession on government, communities and not least older workers themselves.

To review some of the issues running through debates in this area, this paper will be divided into five main sections:

- **Section one summarises changing patterns of work and retirement.**
- **Section two reviews factors affecting work and retirement transitions.**
- **Section three reviews social and public policies for the changing environment facing older workers.**

## **WORK AND RETIREMENT IN AGEING SOCIETY: CHANGING PATTERNS OF EMPLOYMENT**

The relationship between work and retirement has, to say the least, been highly volatile over the past 60 years or so. A broad outline can only be presented here<sup>1</sup>, but the fluctuations in policies are important to note – not least for those older workers attempting to make decisions about whether to remain or leave the labour market. A number of developments can be outlined taking the period from the early-1950s to 2010. The first two decades of this period were marked by a strong emphasis on retaining older people in the workplace, a reflection of the need to re-build industries and economies devastated during the Second World War. In the case of the United Kingdom, by 1961, labour force participation rates had reached 97 per cent for men aged 55-59, and 83 per cent for those 60-64 (Laczko and Phillipson, 1991). Paid employment remained the dominant focus in every-day life, with for most working-class people a marked absence of what Peter Stearns (1977:65-66) referred to as an 'active concept of what retirement should be'.

The 1970s and 1980s were to see a radical change of direction in debates about work and retirement. One the one side came the emergence of what came to be defined as 'early exit' (Kohli et al., 1991), with different 'pathways' created to move people out of employment. The context here was the decline affecting major industries across Europe (e.g. steel, mining and shipbuilding), coupled with a global economic crisis (Armstrong et al., 1984), both of these creating mass unemployment and pressure for earlier retirement (Laczko and Phillipson, 1991). Given an excess of younger workers (a consequence of the post-war baby boom), older workers were targeted as a key group to remove from employment. On the other side, it is equally the case that views about the benefits of retirement received greater acknowledgement from the 1970s onwards. Cribier (1981) demonstrated a marked change among French retirees interviewed over the course of the 1970s. The younger cohorts in her research demonstrated an increase in the proportion of people viewing retirement as a desirable goal, with early retirement now seen as especially attractive. This work reflected findings in the USA (e.g. Atchley, 1971; Palmore, 1985) and subsequently in the UK (Phillipson, 1993).

By the 1990s, however, and especially from the mid-point of the decade, emphasis swung back to emphasising the value of older workers. With the move out of economic recession, the pattern of early withdrawal from work went into reverse with increases in economic activity for men and (especially) women in their 50s and 60s. Governments in OECD countries became increasingly concerned about the economic consequences of ageing populations and associated costs of pensions and care services (OECD, 2006). Delaying retirement became a central policy theme, with a shift from early exit/early retirement to identifying pathways into work or helping people to remain at work, combating age discrimination, and encouraging self-employment.

The above trends can be illustrated by reviewing labour participation trends across a range of countries over the period 1983 to 2009 (see Tables 1 and 2). The beginning of this period can be characterised by high rates of unemployment affecting most western economies and accelerating rates of early retirement. For men this is well-illustrated by contrasting the early-80s up to the mid-1990s: the point at which many western economies began to expand. For all the selected countries (with one exception), there were substantial declines in male labour force participation among those 55-64 over the period 1983-1995, with rates starting to fall to around or even below 50 per cent. Women in contrast show modest gains in employment in some countries, albeit from a lower base and reflecting the expansion of part-time work in service-related employment. The period from the mid-1990s to the end of the 2000s demonstrates a contrasting picture. Men show mostly gains in participation, although these are noticeably uneven with substantial gains in Finland and the Netherlands but more modest gains elsewhere and virtually no change in the case of Portugal. In the case of women, reflecting changes in employment patterns over the period, there are substantial gains in labour force participation – especially in the case of Australia, Germany and the Netherlands. For men, though, the contrast between 1983 and 2009 is also instructive: gains there may have been in the period of economic growth but rates in 2009 were still below those in 1983 for many countries; this likely to be maintained given the return to economic recession facing many countries in 2011.

The more favourable employment position for older workers during the 1990s and 2000s reflects a number of influences, including: first, demand factors associated with strong economic growth; second, pressures for continued work-

ing given the move (in many countries) from defined benefit to defined contribution pension schemes<sup>2</sup>; third, closure or restriction of pathways into early retirement (e.g. changes in eligibility tests for disability benefits; initiatives to encourage disability beneficiaries back into the workplace).

The move back into economic recession appears, however, to be having a mixed effect on older workers. To be sure, arguments about extending working life still have the upper hand, spurred on by pressures to reduce public expenditure, anxiety about demographic change, and shrinking workforces. And the reality in many countries – with the introduction of later pension ages – is that many workers now face the need to work well into their 60s and for some even later. Against this, older workers have undoubtedly experienced discriminatory pressures during the recession. In the USA, workers aged 45 years and older form a disproportionate share of the long-term unemployed, albeit with a lower unemployment rate compared with younger workers (Ekerdt, 2010). Similarly, in the UK, the evidence is that once out of employment, those 50 and over find it harder to get back into work in comparison with younger people. A study in 2009 found that fewer than 1 in 5 (18.9 per cent) of those 50 plus in the UK found work within three months compared to more than 40 per cent of 25-34 year olds. Discrimination against older workers will almost certainly have increased during the present recession: research in the USA shows that age discrimination complaints with the Federal Employment Opportunity Commission were up 29 per cent in 2008 compared with 2007 (cited in Ekerdt, 2010). In the 2010s, there is likely to be a mix of pressures to extend working life on the one hand, but with 'exclusionary forces' on the other – especially from employers under pressure to reduce costs in the workplace. And the impact of large-scale unemployment in high as well as low-income countries will create severe restrictions on the opportunities available to older employees. Such challenges are reinforced by the various transitions affecting people moving from work and retirement, the focus of the next section of this paper.

## WORK AND RETIREMENT IN AN AGEING SOCIETY: CHANGING TRANSITIONS

The complexities highlighted by the above changes are reinforced by pressures from first, new forms of work and retirement transitions; second, pressures arising from health transitions in later life, and, third, insecurities in the workplace. In terms of the first of these, it is important to recognise changes in the move from work to retirement. In the 1950s and 1960s, the dominant pattern in many industrial countries (especially in the case of men) was that of a long period of work followed by a relatively short period of retirement, with a brief period of transition between the two. In the 1970s and 1980s, transitions became more complex, with multiple routes out of the workplace, but in a context where 'disengagement' from work was the norm. In the present period, transitions remain complex but reflect personal, health and family issues in addition to those linked with employment (Marshall et al., 2001; Phillipson, 2002). This might be said to be part of the fluidity and diversity associated with what Giddens (1991) and others (e.g. Polivka and Longino, 2006; Rees-Jones et al., 2010) define as a 'post-modern life course'. This 'loosening' in life course boundaries has both potential and limitations for extending working life: potential in that some workers at least will identify with continued employment (in some form) as a valid part of later life; limited in that others will associate this period with other activities – whether leisure-based, or caring for a spouse, or helping other family members (or a mixture of all three). Thus, extending working life becomes as much a question as a desirable objective and one that will have many different answers according to individual circumstances.

Second, not least among the personal issues facing people will be those related to problems associated with poor health and (typically) the onset of long-term conditions. Poor health and disability have been identified in a range of studies as the most important factors 'pushing' people out of employment, although this may not be described as 'retirement', and may not be recognised at the time as a permanent move. Cappellari et al.'s (2005) analysis of British Labour Force Survey (LFS) data found 45 per cent of men aged 50-65 and 41 per cent of women aged 50-60, had experienced a health problem for a year or longer. The association between poor health and early retirement has been examined in a range of quantitative (e.g. Humphrey et al., 2003; McNair et al., 2004; Cappellari et al., 2005) and qualitative (Barnes et al., 2002; Barnes et al., 2004) studies in the UK. Humphrey et al. (2003) examined factors behind labour market participation and withdrawal among those aged 50-69. Among those respondents who had taken early retirement, 49 per cent gave ill-health as one of the reasons, with 53 per cent of men and 44 per cent of women. The lower a person's retirement age, the more likely it was that they would have left because of an illness or disability of some kind; they were also less likely to have an income from a personal pension. Many countries (including the UK) are now moving towards a pension age of 68 or thereabouts, yet few have thought about how to manage the high prevalence of disability affecting people in their 60s. The Marmot Review (2010: 12) in the UK showed that more than three-quarters of the population do not have disability-free life expectancy as far as the age of 68. The Review concluded: 'If society wishes to have a healthy population, working until age 68 years, it is essential to take action to both raise the general level of health and flatten [health inequalities between different groups]'.

Third, Ekerdt (2010: 74) poses the question: '...has the labour market become more welcoming to older workers, accommodating them in ways that could sustain an expansion in employment in later life'? The evidence here would suggest only limited movement helping to extend working life. Sennett (2006) suggests that the collapse of the work-based bureaucracies associated with what he terms 'social capitalism' has fostered a rise in 'precarious' and 'insecure' employment (see, also, Hacker, 2008). Levels of workplace insecurity were high even before the current recession, with data from the 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe showing workers 50 plus ranking their job security as poor varying from 18 per cent in Sweden to 34 per cent in the Netherlands, with a median value of 23 per cent (Hank and Erlinghagen, 2009). Green (2005) reviewed a number of large data sets that suggest significant declines in job satisfaction over the course of the 1990s. The programme of research on *Transitions to Retirement* conducted by the Joseph Rowntree Foundation (e.g. Barnes et al., 2002; Arthur, 2003) found that many people leaving

work early disliked their jobs because they felt they were not leading anywhere, and felt undervalued by employers. Siegrist et al.'s (2007) survey of ten European countries found that poor quality of work was significantly associated with early retirement. In the UK survey by Humphrey et al. (2003), 31 per cent of men gave a work-related reason for their early retirement; 37 per cent in the case of women. Eleven per cent of men and 16 per cent of women reported that their work had become too 'physically demanding'; 8 per cent of both that it had become too stressful. Such findings are reflected in the extent of 'underemployment' or 'semi-employment' affecting a substantial group of older workers – around one-fifth of men in their fifties according to one estimate for the United States (Sennett, 2006).

All of the above findings raise difficult issues for policy goals aimed at extending working life. Moreover, additional problems associated with this policy are important to highlight. From a social class perspective, policies to increase pension ages raise a number of concerns. They appear to take as self-evident the desirability of working additional years, this viewed as acceptable given increased life expectancy and necessary as a means of reducing the cost of pensions. But such measures may be seen as especially unfair on working class groups whose lower life expectancy means that they will draw their pension for a significantly shorter period in comparison with those from professional and managerial groups. A further concern is that increasing numbers of workers will be forced to remain in employment despite major health problems, with many experiencing downward mobility through a move into low-paid, part-time working. In reality, many workers may find higher state pension ages an unfair exchange between guaranteed retirement benefits on the one side, and insecure employment on the other (see Ghilarducci, 2004, for evidence from the USA on this point). Of course, good quality part-time working (or so-called 'bridge employment') may be one option, and opportunities for this may be greater in the context of a fluid and open labour market (Ekerdt, 2010). But, equally, part-time work is often poorly paid with limited opportunities for training and skill development. Developing policies that can address poor quality work environments must be an essential part of any realistic strategy for extending working life as well as helping to improve the experience of people entering retirement.

## **WORK AND RETIREMENT IN AN AGEING SOCIETY: DEVELOPING SOCIAL AND PUBLIC POLICIES FOR NEW LIFE COURSE TRANSITIONS**

Achieving greater security for older workers, faced with a range of transitions, will require initiatives in a number of areas, with particular emphasis around: first, promoting occupational health; second, supporting education and training; third, extending the scope of flexible employment. Each of these will now be reviewed.

### *Developing health interventions and improving the quality of work*

As discussed previously in this paper, research has confirmed the importance of ill-health and disability as factors which can lead to premature withdrawal from the workplace. This is especially the case for men and women in routine or manual employment, with one-third of men in their 50s in the UK reporting a long-standing limiting illness. By comparison, similar rates for men from professional and managerial backgrounds are not reached until they are aged over 75: what Yeandle (2005: 2) refers to as a '20 year "illness gap"'. The significance of this needs greater recognition in respect of a preventative approach to health issues at work. Awareness of the importance of this area is longstanding, both in the British context (e.g. Health Education Authority, 1994), and elsewhere in Europe -notably the Finnish Older Workers' Programme (1998-2002). McNair (2005) argues that the Finnish experience indicates that explicit health interventions, including job re-design, for people in their 40s and early 50s can significantly increase the employability of older workers. He concludes that 'Helping people to understand the ways in which work damages their health and helping employers to design work to impose fewer physical stresses would help with this. So would strategies to encourage employers to review the balance of work across the life course, employing older people on less physically demanding jobs to conserve their skills and knowledge'.

Taylor (2002) confirms the importance of the above point, arguing that: 'A focus on the needs of older workers is almost certainly too late in some cases, although safety nets are essential'. He argues for preventive support coming through the provision of grants for ergonomic improvements in order to reduce the risk of disability among workers of all ages, and to make work more attractive to older workers. Hirsch (2003) summarises the issues in terms of developing policies that would '...change the character of work to take account of older people's characteristics as workers'. He argues however that [in the UK at least]: '...we are still a long way from the philosophy in Finland that work needs to adapt to help older workers remain engaged and healthy'. In short, it remains the case that extending working life will prove difficult unless more general steps are taken to improve the quality of work. Research, as noted above, highlights job insecurity, limited support for working carers, and poor quality employment as factors precipitating early retirement. Further research is needed to identify specific policies aimed at improving quality of life in the workplace and their possible benefits for extending working life. More information is also required about the problems facing specific groups – those from routine and manual work occupations and those involved in informal care in particular (see, further, Vickerstaff et al., 2012)

### *Supporting education and training*

Supporting later life working will require new initiatives in the area of education and training. The evidence suggests that older workers continue to lose out on access to training programmes. Humphrey et al. (2003), in research from the

UK, found that while most employees received some encouragement to learn more job-related skills, this tended to tail-off after 50-54. Thus among men, 58 per cent had received a 'great deal' or a 'fair amount' of encouragement, this compared with 41 per cent for those 60-64 and 35 per cent for those 65-69. Among women, the equivalent figures for the 50-54 and 60-64 age groups were 63 per cent and 40 per cent.

Lissenburgh and Smeaton's (2002) analysis of LFS data confirmed the link between increased age and declining access to training. Logistic regression models used in their study suggested that men and women in part-time and temporary employment were especially disadvantaged in respect of training. Humphreys et al. (2003) also found that the level of encouragement to undertake training varied between full- and part-time employees. In their survey one-third of part-time employees were offered no encouragement to learn more job-related skills, compared with one-quarter of full-time employees.

Developing new training initiatives targeted at older workers will require recognition of the different kinds of support likely to be required. For example, among those in their late-40s to mid-50s, demand for job training and professional courses is likely to increase, since many in this age group will have a substantial number of working years to complete before eligibility for a pension. Many in this age group will have been part of the expansion of higher and further education from the 1970s onwards and may view lifelong learning as an essential part of continued employment. Among those in their late-50s and 60s, the need for new skills may be an essential requirement if meaningful employment is to be secured. Mayhew and Rijkers (2004), in a review for the OECD, stress the importance of 'continuous learning during the whole of working life as a means of reducing the dangers of labour market disadvantage in later years. In the UK, Ford (2005: 10; see, also, Schuller and Watson, 2010) has made the case for an: '...overall national third age guidance and learning strategy, one which would be linked to the national skills strategy and which would enable adults from mid-life onwards to maximise their skills and potential'. An important element to this might be closer involvement from higher education and further education institutions in responding to the needs of older learners, with the development of new programmes or the adaptation of existing ones to the needs of those in the 50 plus age group (Phillipson, 2010). Older students have always had an important presence in university adult education classes, with those over 50 comprising the majority of participants. They also form a significant group in part-time degrees and courses in continuing professional development. Some 39 per cent of all students study part-time; 90 per cent of part-time undergraduate students are over 21, with around 20 per cent in their forties and 15 per cent now aged over 50 (Phillipson and Ogg, 2010).

Higher education could play a major role supporting the re-skilling of older workers (Phillipson and Ogg, 2010). There is growing realisation of the consequences arising from a decline in young school leavers, the group who have formed the great majority of full-time higher education entrants. Although numbers among this group will increase up to 2010-11, there are likely to be significant reductions thereafter. A number of policies are available for reducing the impact of demographic change, not least increasing participation rates among young people from working-class backgrounds, and increasing provision for flexible study (notably courses which can be studied on a part-time basis). However, increasing the level of engagement among people 50 plus in higher education and further education colleges will also be of considerable importance. For this to happen, however, higher education will need to actively embrace older people as a major group in future education programmes. Consideration will need to be given to the type of curricula relevant to different groups within the 50 plus population, the range of learning styles that need to be catered for, and the changes generated by new cohorts with higher levels of educational attainment

#### *Extending the scope of flexible employment*

Despite interest and attention to promoting flexible pathways from work to retirement, the evidence at present suggests these remain narrow in scope and limited to particular groups of workers and specific occupations. The lack of progress must be a concern given the extensive debate around encouraging gradual forms of retirement. Platman (2004:3) makes the point that:

'Policy-makers and campaigning groups have been advocating a more flexible approach to later careers for many years. In 1980, the International Labour Organisation recommended that its member states introduce measures which ensured a gradual transition from work to retirement, by adopting voluntary, flexible ages for retirement and pension eligibility... Since then, flexible employment as a solution to "the problem" of older workers has surfaced with increasing regularity in a broad range of international policy briefings, research reports, academic texts and good practice guides'.

Loretto et al. (2005) have highlighted some of the difficulties in this area, notably around problems of providing good quality flexible employment and resolving difficulties presented by tax and occupational rules. Currently, the implication for the research evidence to date is that: (a) very few workers get access to high quality flexible employment, and (b) that options in this area remain limited. What can also be said is that flexible retirement is failing to fulfil its potential in contributing to policies in assisting people delaying their retirement. Further research examining some of the reasons for the present weaknesses and limitations in this policy would seem strongly justified if progress with extending working life is to be achieved. Much of this will need to focus on *organisational* (firm-specific) as well as *policy* (tax and pensions) issues limiting the development of flexible retirement. In relation to the former, examination of the role of human resource (HR) policies and that of line managers will be a significant dimension (see further Vickerstaff et al., 2012). In respect of the latter, the simplification of tax and pension rules will be important. Hirsch (2003: 45-46) summarises the issues in this area as follows:

'A fundamental problem...is that in terms of paid bridge jobs and in terms of making contributions outside paid work, it is those who have had the most fulfilling work experience who once again seem to have the best

opportunities. A challenge for all society is to become more inclusive in this respect. Just as employers need to learn better how to tap the skills of their own employees' as they grow older, so communities need to become better at using the talents of a wide range of people once they have left career employment. One element of this in which the Government can have influence is the benefits system: it needs to be made much clearer to people on benefits such as Incapacity Benefit that they can become actively involved in their communities without risking their benefits payments. At the same time, people with changing capacities as they grow older, including those who acquire disabilities, need to be helped to move into different kinds of employment, where necessary partly supported by public subsidy'.

## Conclusion

Changing patterns of work and retirement raise major questions for social and public policy in the twenty-first century. A key issue concerns how to handle the legacy of the previous century – namely the institutionalisation of retirement as a major part of the life course. The acceptance of early retirement in the 1970s and 1980s accelerated the growth of post-work lifestyles these consolidated by the lifestyles of 'first wave' baby boomers (those born in the 1940s and early 1950s). Both aspects are now in collision with the drive to delay retirement and put in place later pension ages. Yet these policies are themselves conditional upon major improvements to the quality of work, early intervention to support people with long-term health conditions, and a radical overhaul of the current system of education and training. The danger is that without these, people will be increasingly caught between insecure work on the one side and insecure retirement on the other. Conducting a realistic debate about the opportunities about the future of both work and retirement will be an essential starting point for resolving dilemmas in a crucial area of social and public policy.

## Footnotes

- 1) Some of the arguments in this paper were originally developed in Phillipson (2011); see also Phillipson and Smith (2005). Taylor (2010) provides a wide-ranging comparative review of work and retirement trends.
- 2) Defined contribution schemes favour later retirement ages where there is a fall in equity markets and a reduction in the value of annuities (see, further, Phillipson, 2009).

## References

- Armstrong, P., Glyn, A and Harrison, J *Capitalism since 1945*. London: Fontana Books
- Arthur, S. (2003) *Money, choice and control*. Bristol/York: Policy Press/Joseph Rowntree Foundation.
- Atchley, R. (1971) 'Retirement and leisure participation'. *The Gerontologist* Vol.11: 13-17
- Barnes, H., Parry, J. and Lakey, J. (2002) *Forging a New Future: the experiences and expectations of people leaving paid work over 50*, Bristol: Policy Press.
- Barnes, H., Parry, J. and Taylor, R. (2004) *Working After State Pension Age: Qualitative Research*, Department for Work and Pensions (DWP) Research Report No.208, London: DWP.
- Cappellari, L., Dorsett, R. and Haile, G. (2005) *Labour Market Transitions among the Over-50s*. London: Department of Work and Pensions
- Cribier, F. (1981) 'Changing retirement patterns: the experience of a cohort of Parisian Salaried Workers'. *Ageing and Society* Vol 1 (1): 51-71
- Ekerdt, D. (2010) 'Frontiers of Research on Work and Retirement'. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(1): 69-80
- Ford, G. (2005) 'Am I Still Needed: Guidance and Learning for Older Adults'. Summary of Report in Hirsch, D. (ed) *Sustaining Working Lives: A Framework for Policy and Practice*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Freter, J.E., Kohli, M. and Wolf, J. (1987) *Early Retirement and Work after Retirement*. Freie Universitat Berlin, Mimeo, Federal Republic of Germany.
- Ghilarducci, T (2004) *The Political Economy of "Pro-Work" Retirement Policies and Responsible Accumulation*. University of Notre Dame, Indiana. Available online at: [www.havenscenter.org/real\\_utoopias/2004documents/Ghilarducci%20paper.pdf](http://www.havenscenter.org/real_utoopias/2004documents/Ghilarducci%20paper.pdf) Accessed January 15<sup>th</sup> 2010
- Giddens, A (1991) *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press
- Green, F. (2005) *Understanding Trends in Job Satisfaction: Final Report*. Report to the Economic and Social Research

Council. Swindon: ESRC

Hacker, J. (2008). *The Great Risk Shift*. New York: Oxford University Press.

Hank, K. and Erlinghagen, M. (2009) *Perceptions of job security in Europe's Ageing workforce*. MEA Discussion Paper (176-09) Mannheim: University of Mannheim.

Health Education Authority (HEA) (1994) *Investing in Older People at Work*. London: HEA.

Hirsch, D. (2003) 'Crossroads after 50: Improving choices in work and retirement', *Foundations*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Hirsch, D. (2005) *Sustaining Working Lives: A Framework for Policy and Practice*, York: Joseph Rowntree Foundation.

Humphrey, A., Costigan, A., Pickering, K., Stratford, N. & Barnes, M. (2003) *Factors Affecting the Labour Market: Participation of Older Workers*. London: Department of Work and Pensions.

Kohli, M., Rein, M., Guillemard, A-M. & van Gunstern, H. (1991) *Time for Retirement: Comparative Studies of Early Exit from the Labour Force*. Cambridge: Cambridge University Press.

Laczko, F. and Phillipson, C (1991) *Changing Work and Retirement*. Milton Keynes: Open University Press

Lissenburgh, S. & Smeaton, D. (2003) *Employment Transitions of Older Workers: The Role of Flexible Employment in Maintaining Labour Market Participation and Promotion Job Quality*. Bristol/York: Policy Press/Joseph Rowntree Foundation.

McNair, S., Flynn, M., Owen, L., Humphreys, C. and Woodfield, S. (2004) *Changing Work in Later Life: A Study of Job Transitions*, University of Surrey: Centre for Research into the Older Workforce.

McNair, S. (2005) 'The Age of Choice: A New Agenda for Learning and Work'. In Tuckett, A. and McAulay, A. (eds). *Demography and Older Learners*, 27-38, Leicester: NIACE.

Marmot, M (2010) *The Marmot Review: Fair Society, Healthy Lives*. London: Strategic Review of Health Inequalities

Mayhew, K. and Rijkers, B. (2004) 'How to improve the human capital of older workers, or the sad tail of the magic bullet'. Paper prepared for the joint EC OECD seminar on Human Capital and Labour Market Performance, held in Brussels on December 8<sup>th</sup> 2004.

Marshall, V., Heinz, W.R., Kruger, H. and Anil, V. (2001). (Eds.) *Restructuring Work and the Life Course*. University of Toronto Press.

Organisation of Economic Co-operation and Development (2006) *Live Longer, Work Longer*. Paris: OECD

Palmore, E. et al. (1985) *Retirement: Causes and Consequences*. New York: Springer

Phillipson, C. (1993) 'The Sociology of Retirement' in Bond, J., Coleman, P. and Peace, S. (Eds) *Ageing and Society: An Introduction to Social Gerontology*. London: Sage Books.

Phillipson, C. (2002) *Transitions from Work to Retirement: Developing a New Social Contract*. Bristol/York: The Policy Press/Joseph Rowntree Foundation.

Phillipson, C. (2009) 'Pensions in Crisis: Aging and Inequality in a Global Age' (pp. 319-340) Rogne, L., Estes, C., Grossman, B., Hollister, B and Solway, E. *Social Insurance and Social Justice*. New York Springer Publishing Company

Phillipson, C. (2010) 'Active ageing and universities: engaging older learners'. *International Journal of Education and Ageing*. Vol. 1 (1): 9-23

Phillipson, C. and Smith, A. (2005) *Extending Working Life: A Review of the Research Literature*. Department of Work and Pensions, Research Report No. 299, London.

Phillipson, C. and Ogg, J (2010) *Active ageing and universities: engaging older learners*. London: Universities UK

Platman, K. (2004) 'Flexible employment in later life: public policy panaceas in the search for mechanisms to extend working lives', *Social Policy and Society*, 3 (2). pp.181-188.

Platman, K. and Taylor, P (2006) 'Training and learning in the workplace: can we legislate against age discriminatory practice'. (pp. 269-292) In Bauld, L., Clarke, K. and Maltby, T (eds) *Social Policy Review 18* Bristol: Policy Press on behalf of the Social Policy Association

Polivka, L. and Longino, C 'The Emerging Postmodern Culture of Aging and Retirement Security'. In Baars, J., Dannefer, D., Phillipson, C and Walker, A. *Ageing, Globalization and Inequality*. New York: Baywood Press

Rees Jones, I., Leontowitsch and Higgs, P (2010) 'The Experience of Retirement in Second Modernity: Generational Habitus among Retired Senior Managers'. *Sociology*, 44, pp.103-120

Schuller, T. and Watson, D. (2010) *Learning through Life*. Leicester: NIACE

Sennett, R. (2006) *The Culture of the New Capitalism*. New Haven: Yale University Press.

Seigris, J. et al. 'Quality of work, well-being and intended early retirement of older workers'. *European Journal of Public Health*, Vol 17 (1) 62-68

Stearns, P. (1977) *Old Age in European Society* London: Croom Helm

Taylor, P. (2002) *New Policies for Older Workers*, Bristol/York: The Policy Press/Joseph Rowntree Foundation.

Taylor, P. (2010) 'Cross-national trends in work and retirement'. In Dannefer, D. and Phillipson, C. *The Sage Handbook of Social Gerontology*. London: Sage Books

Vickerstaff, S., Lorretto, W., Milne, A, Alder, E. and Billings, J. and White, P. (2009) *Employer Support for Carers*. Research Report 597. London: Department of Work and Pensions

Vickerstaff, S., Phillipson, C. and Wilkie, R. (2012) *Work Health and Well-Being: The Challenges of Managing Health at Work*. Bristol: Policy Press

Yeandle, S. (2005) 'Older workers and work-life balance', in Hirsch, D. (ed) *Sustaining Working Lives: A Framework for Policy and Practice*, York: Joseph Rowntree Foundation.

Table One: Labour force participation rates among men aged 55-64 Selected countries (percentages)

	1983 %	1995 %	1983-1995 %	2001 %	2009 %	1995-2009 %	1983-2009 %
Australia	62.0	60.9	-1.1	60.0	69.3	+ 8.4	+7.3
Finland	54.1	41.6	-12.5	51.2	58.9	+ 17.3	+4.8
France	53.6	41.5	-12.1	43.8	44.2	+ 2.7	-9.4
Germany	63.1	52.7	-10.4	52.2	69.3	+16.6	+ 6.2
Netherlands	54.1	41.4	-12.7	51.4	64.2	+22.8	+10.1
Portugal	70.4	61.9	-8.5	63.3	62.7	- 0.8	-7.4
Spain	71.5	54.9	-16.6	61.4	64.0	+9.1	- 7.5
UK	70.0	62.4	-7.6	64.4	70.3	+7.9	+ 0.3

Source: OECD Employment Outlook (Various)

Table Two: Labour force participation rates among women aged 55-64 –selected countries

	1983	1995	1983- 95	2001	2009	1995-'09	1983-'09
Australia	20.5	28.6	+8.1	36.9	52.9	+24.3	+32.4
Finland	47.4	42.9	- 4.5	49.5	59.8	+ 16.9	+12.4
France	32.7	30.9	- 1.8	34.1	39.1	+ 8.2	+ 6.4
Germany	26.3	28.1	+ 1.8	33.6	52.9	+ 24.8	+ 26.6
Netherlands	13.4	18.6	+ 5.2	28.3	45.2	+ 26.6	+ 31.8
Portugal	33.7	34.5	+4.6	41.5	45.9	+ 11.4	+12.2
Spain	20.3	19.9	-0.4	23.6	37.2	+ 17.3	+ 16.9
UK	36.1	40.8	+4.7	44.0	50.8	+ 10.0	+ 14.7

Source: OECD Employment Outlook (Various)

## Nota Biográfica / Biographical Note

Chris Phillipson é, desde 1988, Professor de Estudos Sociais Aplicados e Gerontologia Social na *University of Keele*. É actualmente um dos três Pro-Vice Chanceleres da Universidade. É igualmente no ano de 1988 que funda o Departamento de Estudos Sociais Aplicados e Serviço Social, cujo dirige até 1996. Paralelamente (de 1986 a 1997) foi também Director fundador do Centro de Gerontologia Social.

A sua actividade de investigação concentra-se no âmbito da temática do envelhecimento, sendo coordenador de numerosos programas de investigação no domínio da educação para a pré-reforma, família e vida em comunidade, problemas de exclusão social e temáticas relacionadas com urbanismo e migrações.

Chris Phillipson é autor de numerosas publicações no domínio das temáticas do envelhecimento, nomeadamente:

*Reconstructing Old Age* (Sage, 1998), *Social Theory and Social Ageing* (co-authored, McGraw-Hill, 2003), *Social Networks and Social Exclusion* (coedited, 2004), *Ageing, Globalisation and Inequality* (co-edited, Baywood, 2006) e *Futures of Old Age* (coedited, Sage, 2006).

O seu currículo contempla ainda a (Ex) Presidência da *British Society of Gerontology*, a Vice-Presidência do *Training and Development Board of the Economic and Social Research Council*, bem como o título de *Founding Fellow of the British Society of Gerontology* e *Academician of the Academy of Social Sciences*.

Na sua extensa carreira académica exerce ainda a actividade de Professor Visitante em Universidades no Japão e nos Estados Unidos da América.

## **Contactos / Contacts**

Research Institute for Life Course Studies  
Keele University  
Claus Moser Research Centre Keele  
Staffordshire  
ST5 5BG  
E-mail: c.r.phillipson@appsoc.keele.ac.uk



## *Sustentabilidade do Estado Social*

*Comentador / Paper Discussant*

***Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes***

*Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa*



# O envelhecimento em Portugal nos últimos vinte anos (1990-2009)

**Doutorando Alexandre Adôa**

**Professor Doutor Jaime R. S. Fonseca**

*Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - CAPP, Universidade Técnica de Lisboa*

## Resumo / Abstract

O envelhecimento é um dos temas mais actuais e preocupantes em Portugal. Não surpreende por isso que o aumento da população idosa requeira um acréscimo de cuidados de saúde; consequentemente regista-se um cada vez maior número de beneficiários de pensões, pelo que os encargos económicos aumentarão a longo prazo, a despesa poder-se-á tornar insustentável face à redução da população activa empregada, os contribuintes. Desse modo o progressivo aumento do envelhecimento no país traduzir-se-á num impacto sócio-económico com repercussões em diferentes áreas na sociedade portuguesa nas próximas décadas, considerando assim que na consolidação das finanças públicas um dos aspectos a considerar são as despesas com os idosos. Saliente-se, ainda, que o cenário prospectivo será uma população idosa qualificada, ou seja, detentora de cursos de ensino superior que permanecerá mais anos no mercado de trabalho face ao adiamento da idade de reforma. De facto, para compreender as inevitáveis implicações dever-se-á contextualizar o crescimento ininterrupto da população idosa. Significa isto que, para ilustrar esta realidade da sociedade portuguesa dever-se-á recorrer a um conjunto de informação estatística para compreender a evolução nos últimos vinte anos em diferentes áreas. Finalmente, face a um conjunto de indicadores, numa perspectiva comparada, procedeu-se ao traçado do perfil dos países da UE27, tentando saber se há heterogeneidade entre eles, ao nível desses indicadores e, em caso afirmativo, qual a situação de Portugal. Como resultado obtiveram-se três clusters, sendo que Portugal surgiu num cluster com os seguintes países: Alemanha, Áustria, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Irlanda, Reino Unido e Suécia.

## Comunicação / Paper

### Introdução

O envelhecimento é uma função do tempo e tempo é uma função do movimento Bain (1945). A velhice e o envelhecimento como processo conducente à velhice são categorias difíceis de estudar, sobretudo quando vistas através da perspectiva de um futuro que lhes é inerente Mittelstrass (2002). O envelhecimento está associado com mudanças biológicas, mudanças na família e no status, bem como nas circunstâncias sociais e económicas Grundy (1991); a dificuldade em entender este processo tem a ver, entre outros factores e efeitos, com as diferenças em sobreviver à velhice e com a heterogeneidade da população idosa.

O envelhecimento populacional apresenta-se como uma das principais questões demográficas e sociais do mundo actual, sendo uma realidade particularmente premente nas sociedades mais industrializadas e desenvolvidas. Representa, no âmbito da repartição da população por idades, um envelhecimento na base da pirâmide etária, traduzido pela redução da fecundidade, e um envelhecimento no topo da pirâmide, em virtude do acréscimo da esperança média de vida. O envelhecimento da população mundial surge assim como o resultado de dois factores bem conhecidos, a queda da fecundidade e o aumento da esperança de vida, Golding (2003): o mundo tem assim experimentado uma transição gradual dos padrões demográficos de alta fertilidade e altas taxas de mortalidade para novos padrões associados a baixa fertilidade e mortalidade tardia.

Neste estudo tem-se como objectivo central a análise do envelhecimento da população portuguesa, nomeadamente o seu crescimento e a (in)sustentabilidade do Estado Social.

### Estado da Arte

O envelhecimento da população tem levantado preocupações sobre a sustentabilidade dos sistemas públicos de pensões (OECD 1998, World Bank 1994) e segundo Bongaarts (2004), desde 1950, a idade mediana da população no mundo desenvolvido - América do Norte, Japão, Europa e Austrália / Nova Zelândia - aumentou a partir de 29 anos para 37 anos, e espera-se atingir 45 anos em 2050 (United Nations, 2003); em contraste, a idade mediana no mundo em desenvolvimento - África, Ásia (excluindo Japão e Austrália / Nova Zelândia) e América Latina está com apenas 24 anos, no entanto, o declínio da fecundidade e mortalidade nestas regiões irão inevitavelmente também

resultar em rápido envelhecimento, com a idade mediana projectada para atingir 36 anos em 2050. Mudanças dramáticas nas taxas de fertilidade e mortalidade durante o século 20 conduziram a que a população em todos os países da UE envelhecesse rapidamente no século XXI. A percentagem de pessoas com 65 e mais anos vai subir de 16% em 1999 para 21% em 2020 e para 28% em 2050, em média, Schulz, Leidl and König (2004).

A Europa é muitas vezes vista como um continente grisalho que terá que enfrentar os efeitos de uma *bomba - relógio* demográfica e que precisa reduzir radicalmente os seus compromissos com as pensões. Na realidade, na última década, a política de pensões tem vindo a ganhar níveis sem precedentes com destaque na arena política em toda a Europa Ocidental e vários países já procederam a cortes nos regimes de pensões, Bonoli (2003).

O envelhecimento da população, as mudanças no mercado de trabalho e a integração mais forte no mercado financeiro irão gerar diferentes demandas e respostas políticas, dependendo se os países têm um sistema de pensões com base no modelo de segurança social, onde um regime de pensões público individual fornece a maior parte da renda de aposentadoria para a totalidade da população residente, Bonoli (2003). Na segurança social dos países o envelhecimento da população é esperado resultar num aumento substancial das despesas com pensões públicas e mantendo-se as outras dimensões constantes, a situação vai exigir aumento das contribuições e / ou impostos.

Entre as muitas implicações sociais e económicas associadas com o rápido envelhecimento da população, talvez o mais preocupante seja a incerteza do seu impacto sobre os sistemas de saúde das nações, McConnel and Wilson (1998). Os governos locais são susceptíveis de encontrar os efeitos mais extremos das mudanças demográficas futuras, especialmente onerosos por causa da necessidade de mais recursos, sobretudo devido aos que residem mais longe da comunidade.

As decisões tomadas agora em termos de equilíbrio de cuidados, o apoio à prestação desses cuidados, o acesso atempado aos cuidados de saúde de alta qualidade e opções oferecidas às populações mais idosas irão determinar o futuro das sociedades em envelhecimento, Jacobzone (2000).

Para qualquer país desenvolvido um aumento na proporção de idosos implica um aumento *per capita* nas despesas com cuidados de saúde, Dormont, Grignon and Huber (2006) e as previsões sobre o impacto do envelhecimento da população sobre as despesas de saúde são tradicionalmente feitas multiplicando o número da população projectada nos diferentes grupos por classes etárias e sexo pelos custos per capita, Seshamani and Gray (2004).

O envelhecimento cria muitos desafios para as políticas públicas sendo um deles a forma de melhorar e monitorizar a saúde dos idosos. Isto é, particularmente importante na perspectiva de uma estratégia de envelhecimento activo destinado a ajudar a saúde e os sistemas de cuidados de longa duração a lidar com os efeitos do envelhecimento, Jacobzone (2000).

A maioria dos cuidados de longa duração para com os idosos na Europa é actualmente assegurada pelos cuidadores informais, mas também pelos serviços formais, incluindo lares residenciais para os idosos, centros de dia e cuidados domiciliários, tais como enfermagem comunitária e serviços de ajuda em casa, Comas-Herrera, Wittenberg, Costa-Font, Gori, Maio, Patxot, Pickard, Pozzi and Rothgang (2006).

As despesas dos governos como proporção do PIB na OCDE registaram uma taxa de crescimento anual de 1,02% no período entre 1970 e 1997 e os gastos do governo têm aumentado mais particularmente sobre as funções exigidas pela população de idosos: assistência social e saúde.

Ora, assim sendo podemos concluir que a perspectiva de um processo intensificado de envelhecimento nos países da OCDE pode prejudicar a sustentabilidade das finanças públicas e tem importantes (negativas) implicações para o crescimento económico.

Noutra perspectiva, pode parecer que a imigração crescente poderá ajudar a evitar esta crise futura retardando o envelhecimento da população e ajudando a pagar a Segurança Social bem como a saúde pública, no entanto muitos imigrantes têm baixa escolaridade e alta fertilidade, de modo que o seu impacto fiscal pode tornar-se caro, em vez de benéfico, Lee and Miller (2000).

Toda esta problemática levou a que o Parlamento Europeu designasse o ano 2012 como «Ano Europeu do Envelhecimento Activo» e em 19 de Novembro de 2010 foi aprovada a Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Direito das Pessoas Idosas com o objectivo de fortalecer a protecção dos direitos humanos das pessoas idosas, assente na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Madrid: 2002).

### **Metodologia de Investigação**

Nos últimos vinte anos, assistimos ao aumento da população com idade igual ou superior a 65 anos e em particular a um crescimento acentuado do grupo etário a partir dos 75 e mais anos. Isto significa, que o estudo das questões associadas ao envelhecimento em Portugal é fundamental para entendermos o problema da sustentabilidade do Estado Social. Neste contexto, far-se-á, uma análise estatística no período de referência de 1990 a 2009 em Portugal por determinadas áreas: população, economia, protecção social e saúde.

Na elaboração deste artigo recorreu-se a um conjunto de indicadores estatísticos nacionais e internacionais, nomeadamente ao Instituto Nacional de Estatística com consulta a dados estatísticos e a documentos publicados, à base

de dados do PORDATA, às estatísticas de indicadores-chave do tema: as mudanças demográficas (Indicadores de Desenvolvimento Sustentável) do Eurostat, a documentos da Comissão Europeia e à base de dados de saúde da OCDE.

Através da base de dados dos indicadores Eurostat, construímos uma tipologia de países, através da estimação de modelos de classes latentes e critérios de informação, Lazarsfeld and Henry (1968), Fonseca (2010).

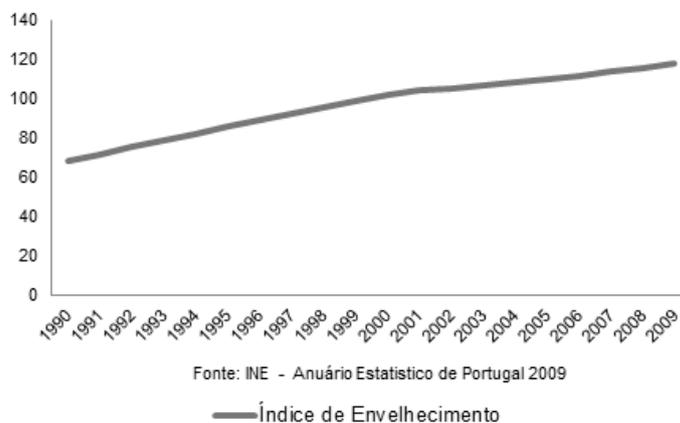
## O Crescimento da População Idosa Portuguesa

A população residente em Portugal com idade 65 e mais anos era em 1990 de 1.356.709 habitantes passou para 1.901.153 em 2009, ou seja, um crescimento de mais de 500 mil idosos com maior incidência do sexo feminino que representavam 58,2% em 2009. No que diz respeito, à população residente com 75 e mais anos aumentou consideravelmente de 533.379 idosos em 1990 para 890.608 idosos em 2009, com um menor peso do sexo masculino (38,2%). Contudo, é na região Norte, em 2009 que se concentra a grande parte da população idosa: 31% com 65 e mais anos e 30,5% com 75 e mais anos.

Entre 1990 a 2009, o índice de envelhecimento cresceu ininterruptamente, de 68,1 em 1990 para 117,6 em 2009 (Gráfico 1), situação semelhante é registada no índice de dependência de idosos, de 20,5 em 1990 para 26,7 em 2009. Observa-se, em 2009 que a região do Alentejo é a que representa maior índice de envelhecimento (173,2) e índice de dependência de idosos (36,2). Verifica-se, o crescimento do índice de longevidade de 39,3 em 1990 para 46,8 em 2009 sendo o mais expressivo na região do Alentejo (51 em 2009).

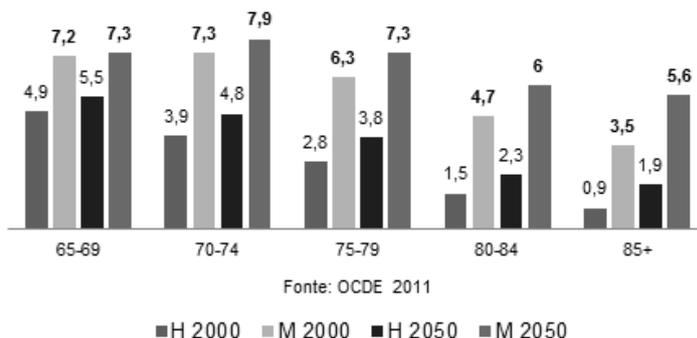
Ao longo de vinte anos a esperança de vida à nascença da população residente portuguesa aumentou cinco anos (73,93 em 1990 e 78,88 em 2009) e a esperança de vida aos 65 anos da população residente portuguesa aumentou três anos (15,60 em 1990 e 18,19 em 2009). Em 2009, a região do centro é a que regista a maior esperança de vida à nascença da população residente (79,35) e a região de Lisboa apresenta a maior esperança de vida aos 65 anos (18,51).

Gráfico 1 Índice de Envelhecimento em Portugal (1990 a 2009)



Em 2009, 17,7% da população portuguesa tinha 65 e mais anos, destes 4,4% têm 80 e mais anos, valores percentuais acima da média da OCDE (14,9% e 3,9%).

Gráfico 2 População com 65 e mais anos por Sexo em Portugal (2000 e 2050)



A OCDE apresenta as projecções da população, relativamente a Portugal, observando-se o aumento em todas as faixas etárias acima dos 65 e mais anos por sexo comparativamente entre 2000 e 2050 (Gráfico 2). Paralelamente, a tendência nos países da OCDE a partir de 2010 consiste no aumento da média da idade de reforma de forma acompanhar o crescimento da esperança de vida.

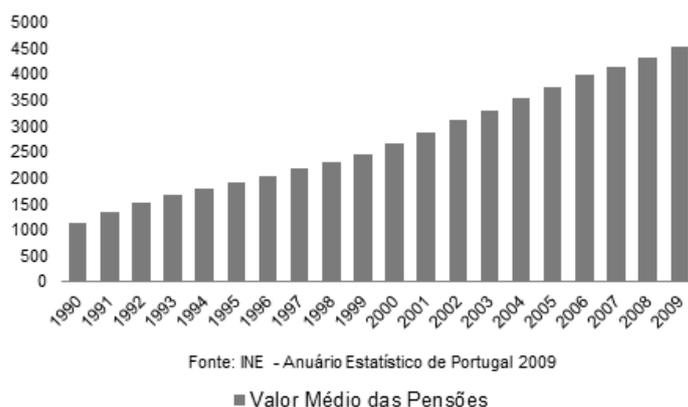
Daí que, o envelhecimento na sociedade portuguesa marcará as próximas décadas, segundo as projecções das Nações Unidas da Divisão de População do Departamento dos Assuntos Sociais e Económicos indicam que Portugal em 2020 passara de 21% da população com 65 e mais anos para 25,2% em 2030, para 30% em 2040 e para 34% em 2050 (com mais de 3 milhões de idosos). Contudo, a população idosa com idade avançada (80 e mais anos) passará de 5,9% em 2020 para 11,5% em 2050, atingindo mais de um milhão de pessoas. É de referir, ainda, que a população dos 15 aos 64 anos diminuirá de 66,9% em 2010 para 53,5% em 2050, isto significa uma menor população activa e com inevitáveis modificações na estrutura do mercado de trabalho.

Importa acrescentar que na publicação "*World Population Data Sheet 2010*" da Population Reference Bureau, Portugal encontra-se na sexta posição dos países com maior população idosa á frente temos na terceira e na quinta posição dois países do sul da Europa, Itália e Grécia, respectivamente.

## A Protecção Social nos beneficiários de Pensões em Portugal

Na realidade, o envelhecimento da população portuguesa tem enorme impacto nas despesas da Protecção Social uma vez que tem aumentado consideravelmente entre 1990 e 2009; em face disto, discriminar-se-ão indicadores que reflectam essa evolução com reflexos na condição sócio-económica dos idosos.

Gráfico 3 Valor Médio das Pensões (€) em Portugal (1990 a 2009)



Como se vê (Gráfico 3), o valor médio total das pensões em Portugal subiu significativamente de 1990 a 2009 (1137€ para 4535€). Deve analisar-se o valor médio pelas três categorias de pensões: invalidez, velhice e sobrevivência; assim se vê o natural aumento do valor médio em vinte anos mas com diferenças entre as respectivas três categorias de pensão, isto é, em 2009 as pensões de velhice eram as que atingiam o valor médio mais elevado seguidamente das pensões de invalidez e de sobrevivência (5288€, 4383€ e 2617€, respectivamente). Salienta-se que a região de Lisboa é a que em 2009 registava o maior valor médio total (5790€) sendo que a pensão por velhice atingia quase os sete mil euros.

De forma a aprofundar o peso da protecção social refere-se, ainda, o enorme aumento de pensionistas que foi de mais de 600 mil pensionistas (2.288.565 em 1990 para 2.903.592 em 2009). Evidentemente que o maior número são pensionistas por velhice (65%), sendo que um dado interessante é a redução gradual dos pensionistas por invalidez (487.800 em 1990 para 297.327 em 2009).

É de referir ainda que é na região Norte que se regista a maior concentração de pensionistas no total e em todas as três categorias.

Veja-se ainda que as pensões pagas atingiam em 1990 os 2,6 biliões de euros para em 2009 atingirem os 13,1 biliões de euros, o que representa um significativo aumento do encargo económico no pagamento das pensões no país, sendo que as pensões pagas por velhice atingem quase os 10 biliões. Todavia, na região de Lisboa seguida de próximo pela região do Norte, as pensões pagas no total ultrapassam os 8 biliões de euros e as pensões pagas de velhice ultrapassam os 6 biliões de euros.

De assinalar, ainda, o crescimento de outras prestações sociais: os beneficiários do subsídio por assistência a terceira pessoa (3.332 em 1990 para 13.764 em 2009), os pensionistas por complemento de dependência (124.654 em 1990 para 240.585 em 2009) e o Complemento Solidário de Idosos (atribuição pela primeira vez a 18.495 beneficiários em

2006 para subir estrondosamente para 232.818 beneficiários em 2009). Há ainda a considerar que em vinte anos os pensionistas com reformas antecipadas cresceram bastante passando de 12.344 em 1990 para 145.983 em 2009.

Contudo, ao número de pensionistas da segurança social dever-se-á acrescentar os pensionistas da Caixa Geral de Aposentações (tendo a seu cargo a gestão do regime de segurança social dos funcionários públicos e trabalhadores equiparados até 31 de Dezembro de 2005) que em 1990 registava 253.562 pensionistas para subir drasticamente, mais do que duplicou, em 2009 para 564.064 pensionistas, sendo que no período considerado de vinte anos a trajectória foi sempre de crescimento interrupto.

Considerando, ainda, em particular os pensionistas de velhice da segurança social por grupo etário, em 31 de Dezembro de 2009, num total de 1.864.840, constata-se que a maior concentração de beneficiários concentram-se nas faixas etárias dos 65 aos 69 anos e dos 70 aos 74 anos, ou seja, representam 46,6% dos pensionistas de velhice, surpreendente é o aumento deste grupo na faixa etária dos 85 e mais anos que aumentou em vinte anos em mais de 100 mil pensionistas de velhice, sendo que em 1990 existiam 89.683 pensionistas e em 2009 eram 194.113 pensionistas.

Importa acrescentar que a média de idades dos novos pensionistas de velhice é de 62,8 anos em 2009, sendo superior no sexo feminino (63,2 anos) mas não registando uma diferença significativa relativamente ao sexo masculino (62,5 anos).

Atendendo aos pensionistas de velhice do regime geral da Segurança Social que duplicou no período de referência 1990 e 2009, de 743.492 beneficiários passou para 1.565.082. Verifica-se, que aproximadamente metade destes pensionistas (49,7%) em 2009 situava-se no escalão de pensão entre os 251 e os 500 euros e apenas, 5,5% dos pensionistas auferem uma pensão acima dos mil euros, é de realçar que apesar do aumento progressivo somente um número reduzido de pensionistas (771) tinha uma pensão acima dos cinco mil euros.

Por último, veja-se os pensionistas em percentagem da população activa da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações. Em 1990, registava-se 49,2% de pensionistas na população activa nos dois sistemas, repartidos por 44,1% em pensionistas da segurança social e 5,1% em pensionistas da Caixa Geral de Aposentações. Em 2009, observa-se um aumento da proporção dos pensionistas na população activa tanto na Segurança Social (51,2%) como na Caixa Geral de Aposentações (10,1%). Aliás, esta realidade coloca a grande questão da sustentabilidade das finanças públicas, ou seja, o aumento envelhecimento da população portuguesa associado às despesas com pensões e aposentações é no futuro próximo um dos principais problemas de Portugal.

De acordo com a Conta Geral do Estado 2009 do Direcção Geral do Orçamento do Ministério das Finanças e da Administração Pública na execução da despesa no que diz respeito às "transferências correntes para as famílias" refira-se que a execução orçamental da rubrica "*pensões*" demonstra uma despesa de 13.464 milhões de euros ao que corresponde a 99,97% do valor orçamentado, espelhando um crescimento de 5,04% face ao período homólogo do ano anterior e representado 60,46% da despesa efectiva total.

A este propósito, o documento "Ageing, Health and Pensions in Europe: An Economic Perspective" da European Science Foundation (2010) refere a necessidade de cooperação entre investigadores de diferentes países de forma a conhecer as consequências na área da segurança social, regimes de pensões e sistemas de saúde e aponta três prioridades de investigação: a primeira, a empregabilidade dos trabalhadores mais velhos de forma a permanecer no activo, a segunda, a preocupação colectiva versus a responsabilidade individual de poupança na reforma de forma a garantir ao fim da vida e a terceira, aos determinantes de saúde a curto e longo prazo e bem-estar dos mais velhos.

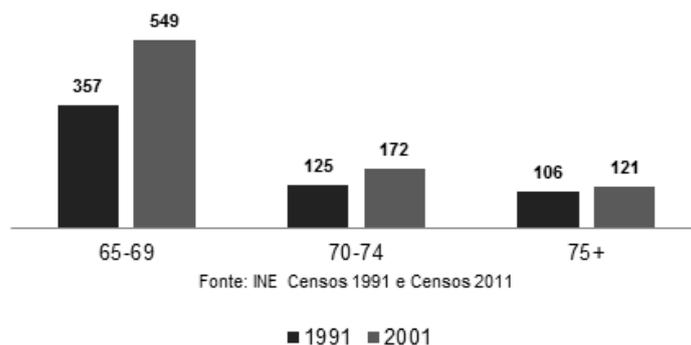
Aliás, deve reconhecer-se que, na protecção social as receitas e as despesas aumentaram, sendo sempre as receitas superiores às despesas. O que é facto, as contribuições das administrações públicas seguidas das contribuições sociais dos empregadores totalizam 73,3% das receitas. De sua vez, o saldo entre receitas e despesas em 1990 era praticamente residual enquanto em 2008 o saldo era positivo em mais de 2 biliões de euros. Deve notar-se que nas prestações sociais por função é a pensão por velhice a que têm maior peso (44,2%) no total que atinge quase 40 biliões de euros.

É interessante destacar que os subscritores, segundo o regime, tanto os da segurança social como os de associações de socorros mútuos aumentaram, ao contrário dos da caixa geral de aposentações que diminuíram tendo como período de referência os anos de 1990 e 2008.

Há, todavia, que não esquecer, desde logo, que em Portugal, o índice de renovação da população em idade activa aumentou de 107,20 em 1990 para 139,33 em 2009, traduzindo-se na dificuldade da entrada da camada populacional jovem no mercado de trabalho.

Para além disso, segundo os Censos 2001 (Gráfico 4) os portugueses com 65 e mais anos são pouco instruídos, ou seja, a qualificação académica de ensino superior é praticamente residual nos cursos que conferem grau académico: são detentores de um diploma de escolaridade superior 5,7% dos licenciados, 2,7% dos mestres e 11% dos doutores. A proporção é mais elevada a nível de doutoramento, o que pode significar um conjunto restrito de idosos com competências académicas e profissionais que devem ser aproveitadas pelo mercado de trabalho.

Gráfico 4 População Residente com idade igual ou superior a 65 anos por Formação Avançada (Mestrado e Doutoramento) perante a Actividade Económica em Portugal (1991 e 2001)



Quando são analisados os grupos etários com idade igual e superior a 65 anos perante a actividade económica em 1991 e 2001 e nível de instrução superior, apercebemo-nos do ténue acréscimo em dez anos de empregados altamente qualificados com formação avançada (mestrado e doutoramento) ocupados por idosos.

Observe-se também, que a despesa total anual média do agregado por Divisão da Classification of Individual Consumption According to Purpose – COICOP 2005/2006 era em Portugal para o grupo etário dos 65 e mais anos 10.968 euros sendo que a região de Lisboa era a única que superava esse valor com 13.862 euros.

De um ponto de vista estritamente sociológico – o certo é que os idosos são considerados um grupo social vulnerável e com carências económicas sendo constatável uma ligeira melhoria segundo os dados mais recentes disponibilizados no documento “*Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material*” do INE (2010) relativos à “taxa de risco de pobreza após as transferências sociais 65 e mais anos” que em 2003 era de 28,9 passou para 20,1 em 2008, à “taxa de intensidade da pobreza 65 e mais anos” que registava 17,6 em 2003 para 15,5 em 2008, à “taxa de privação material 65 e mais anos” que era de 31,1 em 2004 passou para 24,6 em 2009 e por último à “taxa de pobreza consistente 65 e mais anos” que diminuiu de 14,9% em 2004 para 9,1% em 2009. É de referir que as mulheres atingem sempre valores superiores aos do homem nas respectivas quatro taxas descritas.

## O retrato do envelhecimento em Portugal e nos Países da Europa do Sul

De forma a enquadrar Portugal na UE27 e com os países da Europa do Sul: Espanha, Itália e Grécia efectuar-se-á uma comparação de indicadores estatísticos recolhidos do Eurostat. Ora, assim sendo, apresentar-se-á alguns indicadores-chave do desenvolvimento sustentável do tema quatro intitulado mudanças demográficas:

Indicador Global – A taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos em Portugal registava 48,4% em 1992 e 49,7% em 2009 superior à UE27, à Espanha, Itália e Grécia, sendo que na Itália tem crescido gradualmente ao longo dos anos mas ainda somente atingiu os 35,7% em 2009. Cabe sublinhar que são os homens que trabalham até mais tarde do que as mulheres em todos os países e na UE27, em Portugal a diferença situa-se em 57,5% para os homens e 42,7% para as mulheres em 2009, sendo o país em que as mulheres trabalham até mais tarde comparativamente com a Itália (25,4%), a Grécia (27,7%) e a Espanha (32,3%).

### Objectivos Operacionais e Metas:

Demografia – A esperança de vida aos 65 anos em Portugal é de inferior à Espanha em 2009, nos homens 17,1 anos para 18,35 e nas mulheres de 20,49 anos para 22,46 anos. Importa frisar que apesar do aumento da esperança de vida aos 65 anos dos quatro países da Europa do Sul, a de Portugal fica atrás da UE27 e da Espanha, Itália e Grécia.

Velhice e adequação de rendimentos – O risco de pobreza dos idosos diminuiu em Portugal, em 1995 era de 38%, em 2000 era de 33%, em 2005 era de 27,6% e em 2009 era de 20,1% a um ritmo semelhante à da Grécia, no entanto a Espanha como a Itália apresentam uma subida comparativamente entre os anos de 1995 e 2009, sendo mais expressiva na Espanha. Acresce, que todos os países da Europa do Sul apresentam um valor superior à da UE27 que é de 17,8% em 2009.

Sustentabilidade das Finanças Públicas – a dívida pública em percentagem do PIB em Portugal era de 59,5 em 1995 e de 83 em 2009 superior à da UE27 (74,4 em 2009) mas inferior à da Grécia (127,1 em 2009).

A média da idade de saída do mercado de trabalho na UE27 era de 59,9 anos em 2001 e de 61,4 anos em 2009, inferior à de Portugal que era de 61,9 anos em 2001 e de 62,6 anos em 2007 (último ano divulgado), aliás Portugal era o país dos restantes três da Europa do Sul que apresentava a maior idade média de saída do mercado de trabalho.

Indicadores Contextuais:

O rácio de dependência de idosos aumentou na UE27 de 20,6 de 1990 para 25,6 para 2009, tendência que manifesta-se nos países da Europa do Sul especialmente com valor superior em Portugal (26,3), Grécia (27,9) e Itália (30,6).

As projecções indicam o aumento do rácio de dependência de idosos na UE27 e nos quatro países do mediterrâneo que a partir de 2040 ultrapassam a UE27 sendo que a Espanha será o país com um considerável aumento atingindo em 59% em 2060.

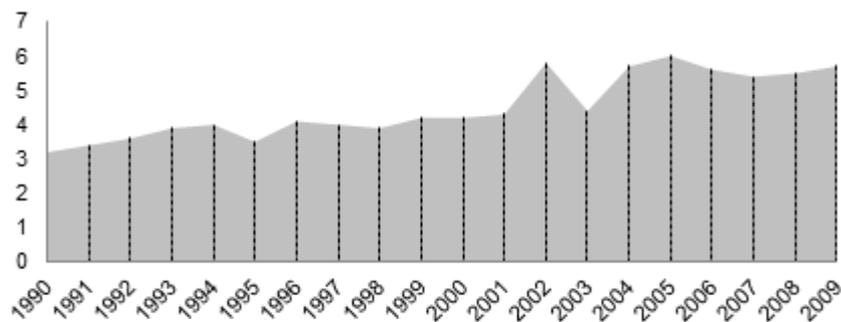
As projecções das despesas com as pensões em percentagem do PIB indicam uma ligeira subida em Portugal de 11,9% em 2010 para 12,4 em 2020, á semelhança dos restantes países do Sul da Europa e da EU27, a tendência será o crescimento em particular da Grécia até 2060 excepto na Itália com um ligeiro recuo até 2060.

A despesa de cuidados para idosos em percentagem do PIB em 2009 era de 0,41 na UE27, Portugal aumentou desde 1995 a 2009 a sua despesa (de 0,12% para 0,25%) acima da Itália em 2009 com 0,14% e da Grécia com 0,9% mas inferior a Espanha com 0,45%.

### Saúde da População Idosa: Impacto Financeiro e Respostas Institucionais

Os idosos são aqueles que manifestam uma multiplicidade de patologias associadas à doença crónica daí recorrem com maior incidência aos equipamentos de saúde, provavelmente as necessidades de saúde deste grupo social implicará a abertura de um serviço de urgência á semelhança do serviço de urgência pediátrica na rede hospitalar. Neste âmbito, de acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 publicado em 2009, as pessoas idosas fazem uma auto-apreciação do estado de saúde em que 13,8% consideram "muito bom e bom" comparativamente aos 41,2% que consideram "muito mau e mau", em relação aos principais tipos de doença crónica que tem ou já teve na população idosa constata-se 50,9% com tensão arterial, 43,7% com doença reumática alta e 32,4% com dor crónica. Em relação à população total que sofre de osteoporose o grupo das pessoas com idade 65 e mais anos representa mais de metade (50,7%).

Gráfico 5 Despesa do Estado em Saúde segundo a Execução Orçamental em percentagem do PIB (1990 a 2009)



Fonte: PORDATA (2011)

■ Despesa do Estado em Saúde % do PIB

A despesa do estado em saúde segundo a execução orçamental em percentagem do PIB aumentou de 3,2% em 1990 para 5,7% em 2009 (Gráfico 5), apesar das oscilações ao longo dos anos já referenciados, com a visível quebra acentuada em 1995 e 2003 e o maior aumento registado em 2005. Se considerarmos a evolução das despesas do Estado em saúde *per capita* observa-se notoriamente o seu aumento de 175,9€ em 1990 atingindo o valor máximo de 906€ em 2009. Com efeito, o Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio introduz uma redução de 50% nas taxas moderadoras a suportar pelos utentes com idade igual ou superior a 65 anos.

Ora, entende-se que o envelhecimento da população pressiona a sustentabilidade do sistema de saúde, em Portugal como noutros países os gastos em saúde sobem exponencialmente nos últimos anos de vida, isto é, há um aumento dos gastos na utilização dos serviços de saúde e dos encargos com os medicamentos por parte da faixa populacional mais idosa.

A título exemplificativo, segundo o Relatório de Actividades 2010 da ADSE em 2009 os beneficiários totalizam 1.353.272; repartidos por três grupos: titulares/activo 43,7%, titulares/aposentados 21,6% e familiares 34,7%. Constata-se, ainda, a tendência de crescimento nos beneficiários aposentados, isto é, passou-se de 198.734 titulares aposentados em 2000 para 293.125 em 2009.

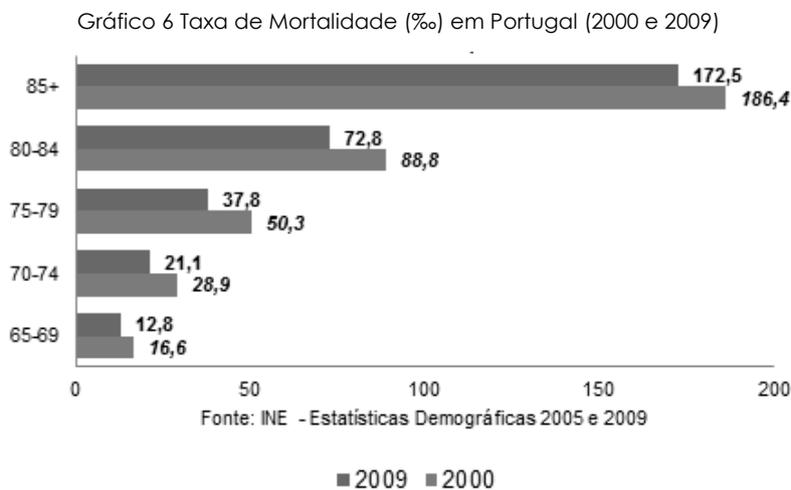
Neste âmbito, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro cria os Agrupamentos de Centros de Saúde que compre-

ende a Unidade de Cuidados na Comunidade constituindo a equipa de cuidados continuados integrados e integrando a Equipa Coordenadora Local de forma actuar num grupo vulnerável que é da população idosa.

È de referir, o Livro Branco “*Juntos pela Saúde: Abordagem Estratégica para a UE 2008-2013*” da Comissão Europeia das Comunidades que nos objectivos estratégicos estabelece como primeiro o da “Promoção da Saúde numa Europa em Envelhecimento”. Neste sentido, à escala nacional dispomos do “Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas” (2004) da Direcção Geral de Saúde.

Também, a Rede Europeia das Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS) na V Fase (2009-2013) refere que as cidades podem reflectir sobre as suas prioridades locais e escolher temas aos quais dedicar especial ênfase para um efeito máximo na saúde da população, um dos temas enquadrado no tópico “ambientes promotores de apoio e cuidados” é o das “cidades amigas da idade” que consiste em introduzir planos políticos de acção direccionados às necessidades dos idosos. Neste âmbito, a OMS lançou em 2010 uma rede mundial de cidades amigas das pessoas idosas, dando uma resposta ao acelerado envelhecimento das populações, fenómeno global em particular atinge os países desenvolvidos. Pretende-se criar ambientes urbanos que permitam às pessoas idosas permanecer activas, saudáveis e participantes na sociedade na lógica do envelhecimento activo e saudável.

Constata-se, através da “Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais – 2009” a implantação de respostas sociais para a população idosa a nível municipal, ou seja, abrangendo todos os concelhos do Continente, com incidência nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto encontram-se identificadas cerca de 6500 respostas sociais em 2009 em três valências, a saber: Serviço de Apoio Domiciliário, Residência e Lar de Idosos e Centro de Dia. Verifica-se, de 1998 até 2009 o crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas (68,8%), isto é, em onze anos o “Serviço de Apoio Domiciliário” regista a maior taxa de crescimento (87,5%) com o objectivo de retardar a institucionalização do idoso seguindo-se a “Residência e Lar de Idosos” (76%) e “Centro de Dia” (44,4%).



A mortalidade incide sobretudo nos indivíduos mais velhos (Gráfico 6); em 2000 ocorreram nas idades acima dos 65 anos 79,1% de óbitos ao que corresponde 83.349 indivíduos sendo a taxa de mortalidade 10,3 % atingindo sempre um valor superior nos grupos etários acima dos 65 e mais anos bem como o valor mais expressivo no grupo dos 85 e mais anos 186,4%, em 2009 assiste-se a um ligeiro aumento de óbitos em termos percentuais e absolutos (81,9% e 85630, respectivamente) tendo em atenção que a taxa de mortalidade diminuiu para 9,8 % sendo notável a descida em todos os grupos etários acima dos 65 anos e mais.

Relativamente, aos óbitos por causa de morte ocorridos em 2008, analisando por dois grandes grupos etários, os óbitos ocorreram em 51,2% nos 65-84 anos e em 30,8% nos 85 e mais anos. Verifica-se que as três principais causas de morte são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, e as doenças do aparelho respiratório, em ambos os grupos etários que representam 69,6% e 69% respectivamente. È de salientar, que os tumores como causa de morte descem abruptamente no grupo etário dos 85 e mais anos, descendo para a terceira posição. Note-se, que, ainda, que é no grupo 65-84 anos que regista-se maior número de óbitos nos homens (54,7%) e o inverso sucede nos 85 e mais anos (35,6%) o que evidencia a maior esperança de vida nas mulheres.

#### A sustentabilidade das finanças públicas: redução e moderação

Pela primeira vez, os pensionistas sentirão uma redução real do poder de compra pela diminuição do rendimento disponível face à situação económica e social que atravessa Portugal.

Nas principais medidas para o Orçamento de Estado 2011 e reforço da execução orçamental de 2010 apresentadas

em 29 de Setembro de 2010 duas eram direccionadas para os pensionistas, a primeira a congelar as pensões e a segunda a reduzir a acumulação de funções, eliminando a acumulação de vencimentos públicos com pensões do sistema público de aposentação.

Nesse sentido, o Decreto-Lei n.º 137/2010, de 28 de Dezembro no Artigo 6.º Alteração ao Estatuto de Aposentação elimina a possibilidade de acumulação de vencimentos públicos com pensões do sistema de aposentação e o Artigo 7.º Descontos para a Caixa Geral de Aposentações, I.P. procede ao aumento em um ponto percentual da contribuição dos trabalhadores da administração Pública.

Com efeito, a Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro no Artigo 172.º “Extensão do regime de cumulação a titulares de cargos políticos” condiciona os pensionistas através dos limites às cumulações, optando pela pensão ou remuneração de um cargo político e o Artigo 173.º “Extensão do regime de cumulação de funções” que é aplicável aos beneficiários da segurança social e de pensões pagas por entidades gestoras de fundos de pensões ou planos de pensões de entidades públicas.

A este propósito, no memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (Memorandum of Understanding – MoU) de Maio 2011 é descrito medidas de contenção das pensões: ponto 1.11 “reduzir as pensões acima de 1.500 euros, de acordo com as taxas progressivas aplicadas às remunerações do sector público a partir de 2011” e ponto 1.12. “suspender a aplicação das regras de indexação de pensões e congelar as mesmas, excepto para as pensões mais reduzidas, em 2012”.

## **Conclusão**

O aumento da esperança de vida aos 65 e mais anos prevê-se que mantenha a sua trajectória gradual ascendente nos próximos anos, contribuindo para um país envelhecido, tendência dos países da União Europeia e dos restantes países desenvolvidos. No caso português, os idosos já representam uma grande parte da população, fenómeno similar aos restantes países do sul da Europa e segundo diversas projecções a proporção aumentará nas próximas décadas.

Esta faixa populacional requer sobretudo nas idades avançadas maiores cuidados de saúde devido á dependência e diversas patologias de doença crónica. Como era de esperar, a taxa de mortalidade é bastante alta nos grupos etários de idade avançada. Após um período de aumentos em pensões, algumas serão congeladas e outras diminuídas no valor da respectiva pensão.

Portugal, é o país do sul da europa e da UE27 em que a média de idade de saída do mercado de trabalho é a mais elevada e apresenta uma maior taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos, verificando-se uma acentuada discrepância nas mulheres. A qualificação académica a nível da formação avançada dos indivíduos com idade igual ao superior a 65 anos é insignificante o que demonstra a falta de investimento na educação há décadas atrás.

O aumento da esperança de vida reflecte, em parte, o sucesso das intervenções de saúde pública, mas os programas de saúde pública devem agora responder aos desafios criados por esta realização, incluindo a crescente carga de doenças crónicas, lesões e incapacidades e preocupações crescentes com os futuros custos de prestação de cuidados de saúde, Golding (2003).

O envelhecimento da população e o aumento dos custos de saúde irão causar um aumento dramático nos gastos em algumas décadas a partir de agora, Lee and Miller (2000).

Confrontados com a crise demográfica ou transição para uma população envelhecida e imprudentes compromissos com o passado muitos países da OCDE estão a cortar programas públicos de pensões não financiadas (ver, por exemplo, OECD, 1998; Disney, 2000).

O envelhecimento da população pode ter um impacto importante sobre todas as áreas da sociedade, especialmente em matéria de sistemas de segurança social, Visco (2001). O lento crescimento na população em idade activa significa que haverá um número relativamente menor de pessoas a pagar os impostos necessários para suportar os programas públicos para a população mais idosa, bem como menos pessoas para prestar os serviços que os idosos precisam.

Em resumo, o aumento da esperança de vida acarreta aumento da despesa com Segurança Social e o lento crescimento na população em idade activa acarretará um número relativamente menor de pessoas a pagar os impostos necessários para suportar os programas públicos para a população mais idosa. Os governos serão conseqüentemente confrontados com um dilema poderoso: ou aumentar as contribuições para os actuais trabalhadores, ou reduzir os benefícios de pensões, sendo cada uma dessas duas medidas politicamente difícil, Bonoli (2003). Parece assim muito provável a curto prazo a inevitabilidade da (in)sustentabilidade do Estado Social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bain, Read, 1945, The Ages of Man, *American Sociological Review* 10, 337-343.
- Bongaarts, John, 2004, Population Aging and the Rising Cost of Public Pensions, *Population and Development Review* 30, 1-23.
- Bonoli, Giuliano, 2003, Two Worlds of Pension Reform in Western Europe, *Comparative Politics* 35, 399-416.
- Comas-Herrera, Adelina, Raphael Wittenberg, Joan Costa-Font, Cristiano Gori, Alessandra Di Maio, Concepció Patxot, Linda Pickard, Alessandro Pozzi, and Heinz Rothgang, 2006, Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom, *Ageing & Society* 26, 285-302.
- Disney, Richard, 2000, Declining public pensions in an era of demographic ageing: Will private provision "fill the gap?", *European Economic Review* 44, 957-973.
- Dormont, Brigitte, Michel Grignon, and Hélène Huber, 2006, Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing, *HEALTH ECONOMICS* 15, 947-963
- Fonseca, Jaime R. S., 2008, The Application of Mixture Modeling and Information Criteria for Discovering Patterns of Coronary Heart Disease, *Journal of Applied Quantitative Methods* 3 (4), 292-303.
- Fonseca, Jaime R. S., 2009, Customer satisfaction study via a latent segment model, *Journal of Retailing and Consumer Services* 16, 352-359.
- Fonseca, Jaime R. S., 2010, On the Performance of Information Criteria in Latent segment Models, in Editor-in-Chief Cemil Ardil, ed.: International Conference on Mathematical Science and Engineering, World academy of Science, Engineering and Technology (Academic ScienceResearch, Rio de Janeiro, Brasil).
- Fonseca, Jaime R. S., and Margarida G.M.S. Cardoso, 2007, Mixture-Model Cluster Analysis using Information Theoretical Criteria, *Intelligent Data Analysis* 11, 155-173.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2009*
- Golding, M. R., 2003, Public Health and Aging:Trends in Aging—United States and Worldwide, *JAMA* 289, 1371-1373.
- Grundy, Emily, 1991, Ageing: Age-Related Change in Later Life, *Population Studies* 45 133-156.
- Jacobzone, S., 2000, Coping with aging: international challenges, *Health Affairs* 19, 213-225.
- Lazarsfeld, P.F., and N.W. Henry, 1968. *Latent Structure Analysis* (Houghton Mifflin, Boston).
- Lee, Ronald, and Timothy Miller, 2000, Immigration, Social Security, and Broader Fiscal Impacts *New Issues in Immigration* 90, 350-354.
- Mcconnel, Charles E., and Rosemary W. Wilson, 1998, THE DEMAND FOR PREHOSPITAL EMERGENCY SERVICES IN AN AGING SOCIETY, *46* 8, 1027-1031.
- Mittelstrass, Jürgen, 2002, The future of ageing, *European Review* 10, 345-355.
- Schulz, Erika, Reiner Leidl, and Hans-Helmut König, 2004, The impact of ageing on hospital care and long-term care—the example of Germany, *Health Policy* 67, 57-74.
- Seshamani, Meena, and Alastair Gray, 2004, Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs, *Age and Ageing* 33, 556-561.
- Visco, I., 2001, Ageing populations: economic issues and policy challenges, the Kiel week conference:economic policy for ageing societies. Kiel, June 2001.

## LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro

Decreto-Lei n.º 137/2010, de 28 de Dezembro

Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro

## WEBGRAFIA

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

[www.ine.pt](http://www.ine.pt)

[www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)

[www.prb.org/](http://www.prb.org/)

[www.oecd.org](http://www.oecd.org)

## *Contactos / Contacts*

Doutorando Alexandre Adôa - Doutorando em Ciências Sociais na especialidade de Desenvolvimento Sócio-Económico no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa. Investigador colaborador do Grupo de Investigação Métodos Mistos Aplicados às Ciências Sociais e da Saúde, do Centro de Administração de Políticas Públicas do ISCSP/UTL, [Alexandre.adoa@iscsp.utl.pt](mailto:Alexandre.adoa@iscsp.utl.pt)

Doutor Jaime R. S. Fonseca - Doutor em Métodos Quantitativos – Estatística e Análise de Dados, Professor Auxiliar no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa. Coordenador do Grupo de Investigação Métodos Mistos Aplicados às Ciências Sociais e da Saúde, do Centro de Administração de Políticas Públicas do ISCSP/UTL, [jaimefonseca@iscsp.utl.pt](mailto:jaimefonseca@iscsp.utl.pt)



# **A discriminação de género como entrave ao sistema de bem-estar social brasileiro - comparação com a situação portuguesa**

**Doutoranda Andréia Maciel**  
**Professora Doutora Maria Filomena Mendes**  
CIDEHUS, Universidade de Évora

## **Resumo / Abstract**

A persistente queda da fecundidade aquém do limiar de reposição das gerações e o inerente envelhecimento populacional, com tendência crescente, tem jogado luz sobre a sustentabilidade do Estado Social. O Brasil vivenciando o seu primeiro bônus demográfico gerado pela redução do rácio de dependência - e com forte possibilidade de usufruir de outros, como o aumento da idade mediana da população - encontrará diante de si o desafio de manter o estado de bem-estar social num quadro de uma população activa declinante que, apesar de potencialmente possuir maiores capitais culturais, ainda se encontra subempregada ou mesmo desempregada, ao mesmo tempo em que se avoluma a proporção de idosos, cuja sobrevivência depende fortemente do sistema de segurança social. Para além disso, há ainda que ter em conta como proporcionar a este crescente segmento populacional formas de atingir a velhice usufruindo de melhores condições de saúde, com vista a permitir um envelhecimento saudável que possa actuar no sentido de minimizar a pressão sobre o sistema de saúde.

Embora seja condição indispensável para a sustentabilidade do Estado Social a inserção dos trabalhadores em idade activa no mercado de trabalho formal, a questão da maior longevidade da população poderá implicar uma alteração na idade de aposentação. Contudo, o grande nó reside, sem dúvida, no comportamento da fecundidade. A ausência de leis laborais mais flexíveis, principalmente no que se refere ao mercado de trabalho feminino, sugere ser um dos entraves na questão do aumento da fecundidade, quer em Portugal, quer no Brasil. Neste sentido, as questões de género devem estar no âmago da discussão, não só pelo papel de destaque que as mulheres desempenham no seio familiar, mas também porque são elas as mais longevas – portanto, as que durante mais tempo usufruirão do sistema de aposentação e de saúde. Importa ainda enfatizar o facto de as mulheres vivendo mais, fazerem maior uso do sistema de saúde, enquanto que ao se aposentarem mais cedo, contribuirão menos para a previdência social. A discriminação de género no mercado de trabalho (menores salários e maiores taxas de desemprego entre as mulheres implicam mais baixas contribuições e em menores proporções) tem um impacto negativo sobre a sustentabilidade do sistema de previdência, evidenciando uma subutilização da força de trabalho feminina e limitando o seu contributo para o sistema.

O nosso objectivo será desenvolver análise e algumas reflexões acerca da redução da fecundidade e sua importância sobre a sustentabilidade futura do sistema de bem-estar social. Pretende-se discutir ainda algumas questões que neste âmbito se colocam com particular pertinência, como, por exemplo, o papel da Segurança Social na redução da vulnerabilidade entre os idosos, os diferenciais na proporção de aposentados e pensionistas consoante o sexo e o impacto do envelhecimento sobre o sistema de saúde. A nível metodológico, utilizar-se-á estatística descritiva, com dados sociodemográficos obtidos através do Anuário Estatístico da Previdência Social, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde e do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, assim como do Instituto Nacional de Estatística.

## **Comunicação / Paper**

### **Revisão bibliográfica e análise dos dados**

A primeira transição demográfica que até meados do século passado atingia os países desenvolvidos vem-se alargando aos países em vias de desenvolvimento como o Brasil, fazendo descer os níveis da fecundidade. A ideia evolucionista da transição demográfica clássica apresentada por Notestein - na sua teoria dos estádios de desenvolvimento das populações (Bandeira, 1996:12), referindo-se aos efeitos que as mudanças nos níveis de fecundidade e mortalidade provocavam sobre o crescimento e a estrutura etária populacional (Vermelho e Monteiro, 2002) - por ser demasiado esquemática e genérica tornou-se insuficiente para explicar as múltiplas tendências contemporâneas mundiais. Actualmente, verifica-se uma tendência caracterizada pela manutenção da fecundidade em patamares, muitas vezes, bem inferiores aos valores mínimos necessários à renovação geracional, o que terá conduzido à proposição de uma segunda e mesmo de uma terceira transição demográfica.

*Durante as últimas décadas as mulheres assistiram a grandes transformações em suas vidas, entre as quais se destaca o aumento do seu nível de escolaridade, cujas implicações directas podem ser observadas no aumento da sua participação no mercado de trabalho, tal como a utilização mais eficaz de modernos e cada vez mais avançados métodos contraceptivos – o que lhes permitiu desvincular a sexualidade da necessidade de procriação. É crescente o*

número de estudos que apontam para o adiamento das suas transições para a vida adulta (Billari e Kohler, 2003; Guerreiro e Abrantes, 2007) como estratégia para aumentar a sua autonomia e auto-realização. No caso feminino, aponta-se uma forte correlação entre o aumento do nível de instrução, participação no mercado de trabalho e elevação da idade com que se entra no matrimónio e na vida reprodutiva (Lim, 2002 e Oliveira, 2007). Goldin (2006) fala inclusive de uma "quiet revolution" ocorrida nas suas vidas, tanto no campo do trabalho e educação como no da família, no decurso do século XX. Tudo isto, articulado com a persistente desigualdade de género no que respeita à execução das tarefas domésticas e à importância crescente que os filhos vêm adquirindo na nossa sociedade, ao mesmo tempo em que perdem "grande parte de suas funções produtivas e tornam-se, cada vez mais, um custo (afectivo e material) para os pais" (Almeida et al, 2002: 378), não deixou de ter repercussões negativas sobre a fecundidade, sendo o seu resultado mais visível o acentuado e progressivo envelhecimento populacional. Assim, questionamo-nos por quanto tempo as mulheres "quererão continuar no papel de principais cuidadoras dos dependentes da família? Ou, em que medida suas mudanças de vida as transformaram em recursos escassos"? (Goldani (2004:239).

O contínuo decréscimo do Índice Sintético de Fecundidade (ISF)<sup>1</sup> contribui para acentuar o envelhecimento populacional – fenómeno de elevado impacto social com implicações nas políticas públicas e sociais, notadamente nas esferas da saúde e da segurança social e da formação e renovação da população activa. Na área da saúde as alterações nos padrões de morbilidade sinalizam para a maior incidência de doenças crónicas e degenerativas, de cuidados prolongados e custos mais elevados "que requerem grandes gastos em equipamentos, medicamentos e recursos humanos capacitados" (Wong e Carvalho, 2006:21). Em Portugal, este sustentado declínio ao longo das últimas décadas sem mostrar inclinações de alteração, conduziu o país "a uma situação demográfica impossível de reverter" (Mendes e Rego, 2006:2).

No Brasil, a fecundidade também vem declinando de maneira intensa e dificilmente reverterá esta sua tendência, pois os estudos mais recentes têm demonstrado que os seus níveis já baixos têm sido, na verdade, subestimados (Wong e Carvalho, 2006:6). A transição demográfica brasileira iniciada em 1940 com o progressivo declínio da mortalidade manteve até à década de 1960 uma fecundidade elevada. A partir dessa data, inicia uma trajectória de queda, intensificando-se na década seguinte com a entrada das regiões remanescentes (Norte e Nordeste) no processo, ao mesmo tempo em que a mortalidade se mantém em queda, o que se traduziu num grande crescimento demográfico. Contudo, a manutenção do decréscimo tanto da mortalidade infantil, quanto da fecundidade - que no primeiro decénio do século XXI se revelou já aquém do nível de reposição geracional - vem impondo ao país genuínas transformações. "A magnitude dessa redução, num curto espaço de tempo, é surpreendente, se comparada com a experiência das nações desenvolvidas" (Wong e Carvalho, 2006:7) que a realizaram de forma bem mais lenta e a partir de patamares mais baixos (Berquó e Cavenaghi, 2004).

Quadro 1 - Projecção da população brasileira, 1980/2050 (sem migrações internacionais)

Ano	Taxa Média Geométrica Crescimento Anual (%)	Taxa Bruta de Natalidade (‰)	Taxa Bruta de Mortalidade (‰)	Taxa de Mortalidade Infantil (‰)	Esperança de vida à nascença		Índice de Envelhecimento	
					H	M	65 e+	60 e+
1980	n/a	32,13	8,57	69,1	59,62	65,69	10,50	15,88
2010	0,921	15,20	6,25	21,6	69,68	77,26	26,69	39,0
2050	-0,291	8,10	11,13	6,45	78,16	84,54	172,74	226,27

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE/Projecção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período 1950-2050 – Revisão 2008. Acedido em 30/05/2011

Entre 1980 e 2010 o Brasil sofreu uma redução superior a 50% na sua taxa bruta de natalidade e o abrandamento do crescimento populacional, presumivelmente, foi atenuado pela redução ocorrida na taxa de mortalidade infantil. Tais dados, associados a uma crescente esperança de vida, indica que o país vem caminhando a passos largos rumo ao envelhecimento demográfico. Se considerarmos a idade de "corte" estabelecida pela (PNI) Política Nacional do Idoso no Brasil (Lei nº 8.842, de 04/01/1994) e pela Organização Mundial de Saúde, que considera, para os países em desenvolvimento, idosa a pessoa com 60 anos de idade ou mais, este envelhecimento torna-se ainda mais marcado. A exemplo do que ocorre em Portugal, e na população mundial no geral, as mulheres possuem maior esperança de vida à nascença (ver Quadro 1).

A fecundidade é uma variável central na determinação do envelhecimento demográfico – à medida que o seu nível declina, diminui a proporção de crianças e jovens no total da população e aumenta o peso relativo da população idosa. A redução da mortalidade infantil, por seu turno, faz com que se eleve a esperança de vida à nascença, permitindo, potencialmente, que uma grande proporção de pessoas atinja idades mais avançadas. Alguns autores como Veras (1991) e Carvalho e Garcia (2003), consideram que, inicialmente, o contributo da mortalidade infantil

<sup>1</sup> Índice Sintético de Fecundidade (ISF) – número médio de filhos que cada mulher deixa na população durante todo o seu período fértil, se se mantiverem as mesmas taxas de fecundidade por idades observadas no período em análise.

age como atenuante do índice de envelhecimento, ao permitir às mulheres fecundas sobreviverem até o fim do seu ciclo reprodutivo, aumentando as hipóteses de haver mais nascimentos e que a redução da mortalidade só contribui de facto para o envelhecimento ao se concentrar nas idades mais avançadas. Relativamente às migrações, desempenham uma função importante na determinação das estruturas etárias, pois movimentos emigratórios intensos nas idades economicamente activas contribuem para exacerbar o processo de envelhecimento nas áreas de origem (Wong e Carvalho 2006:8) e atenuá-lo nas áreas de acolhimento. Como os imigrantes tendem a ser jovens, no caso feminino isso representa ainda estar em idade fecunda, o que faz com que "o efeito das migrações sobre a dinâmica da população futura não se cinge apenas ao número de fluxos entrados, mas também ao número de filhos nascidos após a sua chegada" (Carrilho, 2005:15) às áreas de acolhimento, contribuindo mais uma vez para abrandar o envelhecimento demográfico.

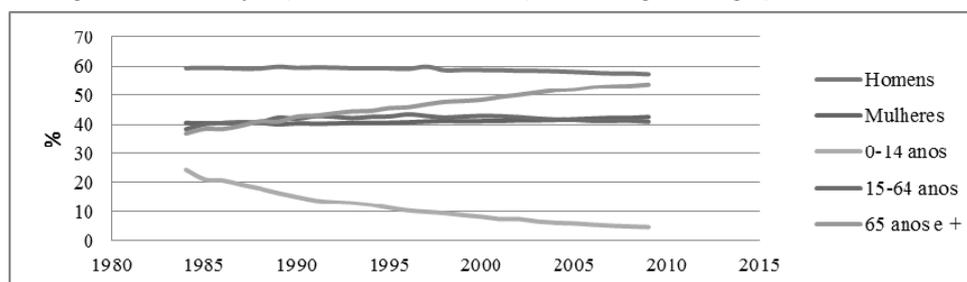
Muitos dos países desenvolvidos, tendo iniciado o processo de transição demográfica já há algum tempo, apresentam actualmente um quadro de fecundidade deficitária e em que crescimento demográfico vem sendo associado particularmente à componente migratória. Portugal insere-se neste quadro, pois de acordo com os dados do INE, desde a década de 1980 o país não apresenta a fecundidade necessária à reposição geracional, com o agravante de vir apresentando sucessivas quedas. Em 2009, o ISF do país era de apenas 1,32 filhos por mulher, e seu reduzido crescimento<sup>2</sup> populacional ao longo dos últimos anos determinado "quase exclusivamente pelo saldo migratório" positivo (Carrilho, 2010:135), com destaque para os nacionais do Brasil, que segundo dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), respondiam nesta altura por cerca de 1/4 do total de imigrantes no país. Coleman (2010), defende que nos países desenvolvidos, a imigração vem-se caracterizando como a força motriz do crescimento populacional, inclusive com maior peso demográfico que a fecundidade.

O Brasil, apesar de ter iniciado o processo de transição demográfica mais tardiamente, vem realizando-o de forma muito mais comprimida e já apresenta uma fecundidade inferior ao limiar de reposição geracional, o que indica que a sociedade brasileira ainda grandemente jovem se converterá em poucas décadas numa sociedade bastante envelhecida. O envelhecimento populacional faz crescer os riscos de futuramente se atingirem sérios desequilíbrios económicos e sociais, pois com a constricção da base da pirâmide etária e expansão do seu ápice, uma cada vez mais circunscrita população de adultos terá de suportar o ónus de uma alargada população idosa, que tenderá a exercer excessiva pressão sobre os sistemas de saúde (em decorrência da transição epidemiológica) e de segurança social (pensões e aposentadorias).

## Transição epidemiológica

A transição epidemiológica provoca alterações nos modelos de mortalidade e morbilidade da população, reflectindo novos padrões de saúde e doença (Vermelho e Monteiro, 2002; Ramos, Veras e Kalache, 1987). Esta teoria assume como premissa basilar que a mortalidade e a fecundidade são as mais relevantes forças da dinâmica demográfica, e a mortalidade, segundo as diferentes causas, o factor que melhor a determina. No decorrer do processo, a mortalidade passa a concentrar-se principalmente em idades mais avançadas, onde sobressaem as doenças crónicas e degenerativas, típicas de populações envelhecidas, com custos mais elevados e implicando cuidados prolongados (Veras, 2009; Veras e Parahyba, 2007).

Figura 1 – Distribuição percentual dos óbitos, por sexo e grandes grupos etários, Brasil



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do IBGE – Estatísticas do Registro Civil.

<sup>2</sup> Segundo dados do INE, a Taxa de Crescimento Efectivo em 2010 foi negativa, situando-se em -0,01%.

Confirma-se a alteração do padrão epidemiológico brasileiro, com menor incidência da mortalidade em idades jovens e maior ocorrência em idades adultas e avançadas, reflectindo o estágio evolutivo da transição demográfica em que se encontra o país. Importa porém fazer duas observações: em primeiro lugar, o aumento da mortalidade feminina deve-se ao facto de haver uma maior proporção de mulheres em idades avançadas onde ocorre o maior número de mortes, pois entre os 10 e 69 anos a proporção de mortes entre os homens é superior à das mulheres, enquanto que a partir dos 70 anos de idade inverte-se esta relação; em segundo, a grande proporção de mortes em idades adultas sofre uma enorme influência por parte da mortalidade por causas externas ou violentas. Cerca de 10% da mortalidade no grupo etário dos 15-64 anos deve-se a este tipo de causa de morte, que sacrifica principalmente o sexo masculino (cerca de 7,5%), nomeadamente aqueles com idades entre os 20 e os 29 anos. Esta alta taxa, traduz-se em consequências sociais negativas, pois além de reduzir em cerca de 2 anos a esperança de vida masculina, ao centrar-se mormente em idades adultas/jovens, faz com que os investimentos alocados à sua saúde (desde o período de gestação) e na sua preparação para o mercado de trabalho, como por exemplo, investimentos em educação, sejam perdidos ou não usufruídos adequadamente. Para além destas implicações, exige ainda gastos adicionais em internamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, medicamentos e quando há sobrevivência traduz-se muitas vezes num ónus para o sistema de segurança social devido ao recebimento de benefícios por invalidez. Na população portuguesa, verifica-se também a existência de uma maior mortalidade no caso do sexo masculino.

Quadro 2 - Proporção das principais causas de morte, Brasil, de 1990 a 2007 (em %)

Ano	Sexo	Neoplasias (tumores malignos)	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças infecciosas e parasitárias	Afecções originadas no período perinatal	Causas externas	Demais causas definidas
1990	Total	12,43	34,37	10,60	6,23	5,68	15,05	15,64
	H	11,30	30,87	10,25	6,21	4,46	20,85	15,06
	M	14,09	39,52	11,11	6,26	5,99	6,51	16,51
2007	Total	16,70	31,89	10,80	4,75	2,77	13,54	19,56
	H	15,63	29,07	10,07	4,84	2,75	<b>19,63</b>	18,00
	M	18,15	35,72	11,79	4,62	2,79	5,27	21,66

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

As doenças infecciosas e parasitárias que vitimavam mormente a população infantil, juntamente com as afecções originadas no período perinatal<sup>3</sup> situam-se actualmente entre as causas da mortalidade com menor impacto no Brasil, representando cerca de 7,5% do total de mortes no país, um percentual inclusive inferior (quase metade) ao apresentado pelas causas externas que, como se observa, aumentou em relação ao período inicial. Entre as doenças de maior incidência nos idosos, verifica-se que houve aumento de neoplasias, enquanto as doenças do aparelho respiratório se mantiveram praticamente estáveis e as doenças do aparelho circulatório decresceram. Em conjunto, estes três tipos de causas de morte passaram a responder por quase 60% do percentual de mortes no país em 2007. Verifica-se também uma melhoria nas informações com o aumento da proporção de causas definidas - o que pode constituir uma maior elucidação das causas de morte e não um acréscimo real de sua ocorrência -, sendo contudo elevado o número das causas mal definidas, que em 2007 ainda se situava próximo dos 8% obstruindo o verdadeiro conhecimento da estrutura das causas da mortalidade (conforme Quadro 2).

Quadro 3 - Óbitos por Sexo e Causas de Morte, em Portugal, em 2008

Causa de morte	Doenças do aparelho circulatório	Neoplasias (tumores malignos)	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Causas externas	Diabetes	Outras causas
Total	32,26	22,96	11,08	4,37	4,31	4,09	20,92
Homens	27,77	26,65	11,43	4,92	5,75	3,46	20,03
Mulheres	37,01	19,07	10,71	3,80	2,80	4,76	21,86

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do INE

<sup>3</sup> Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o período perinatal começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação e termina com sete dias completos após o nascimento. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

De acordo com o Quadro 3, em Portugal, as doenças do aparelho circulatório, tal como no Brasil, são responsáveis pela maior proporção de óbitos no país, mormente entre as mulheres. A seguir destacam-se as neoplasias e doenças do aparelho respiratório (situação também idêntica no Brasil relativamente às mulheres). No sexo masculino, quando analisamos as doenças segundo as causas acima mencionadas percebemos que enquanto as mortes por acidentes, envenenamentos e violências se situa como a 4ª maior causa de morte entre os portugueses (5,75% em 2008), entre os brasileiros destaca-se como a 2ª maior causa (19,63% em 2007).

Quadro 4 - Valor médio em Reais (R\$), pago por internamento hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo especialidades seleccionadas, Brasil

Especialidade	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Clínica médica	210,75	251,4	279,57	303,2	333,33	413,81	452,12	663,76
Pediatria	230,18	273,39	310,89	332	381,51	489,11	557,93	862,26
Obstetrícia	155,92	180,04	241,89	253,67	281,29	364,68	429,27	570,33
Cuidados prolongados	1501,09	1755,19	3978,6	5231,76	9860,88	8629,78	9847,39	10.461,87
Total (1)	281,65	339,06	396,07	433,48	503,66	608,69	672,35	910,33

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e situação da base de dados nacional em 03/05/2010.  
Nota: (1) inclui outras especialidades.

Relativamente aos gastos no sistema de saúde, os cuidados prolongados (crónicos) são dos internamentos mais onerosos, tendo aumentado em quase 7 vezes no período compreendido entre 1995 e 2009 (ver Quadro 4). Quanto à duração da situação de internamento, os cuidados prolongados apresentaram em 2009 uma média de 146,3 dias, enquanto a média total de todos os internamentos foi de 5,8 e a da pediatria, por exemplo, foi de 5,3 dias. De acordo com Parahyba (2006:2), "há evidência de que as mulheres idosas suportam uma maior carga de condições crónicas de doença, o que acarreta um declínio funcional mais acentuado", pelo facto de serem mais longevas. A autora assinala que as condições socioeconómicas (e o género) desempenham importante papel na procura de serviços de saúde, e que os homens com rendimento familiar *per capita* superior a 3 salários mínimos (SM) realizam consultas na mesma intensidade que as mulheres com rendimentos de até 1 SM. Para Veras (1991), além das explicações genéticas e biológicas, o diferencial de longevidade entre sexos pode ser atribuído à diferença de exposição aos riscos, que no caso masculino é superior ao feminino. Neste sentido, este estudo corrobora estas hipóteses, pois constatou que a mortalidade masculina por causas externas é bastante superior à feminina. Outro factor destacado pelo autor refere-se à atitude positiva das mulheres em relação à doença, uma vez que, independentemente da sua idade, fazem um maior uso dos serviços de saúde do que os homens, o que facilita um diagnóstico mais precoce e o tratamento da doença com maiores hipóteses de cura ou controlo.

Quadro 5 – Proporção do internamento hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de doença segundo o sexo (em %)

Ano	Sexo	Infecciosa e parasitária	Neoplasia	Aparelho circulatório	Aparelho respiratório	Aparelho digestivo	Gravidez, parto e	Causas externas	Demais causas
1995	Masc	12,41	2,98	12,85	22,38	10,2	-	10,63	28,54
	Fem	6,67	<b>3,28</b>	8,27	12,39	5,14	41,08	2,98	20,2
	Total	8,79	3,17	9,97	16,09	7,02	<b>25,85</b>	5,82	23,29
2008	Masc	11,77	4,98	12,56	17,2	11,67	-	12,55	29,27
	Fem	7,34	<b>5,15</b>	8,65	10,05	7,14	36,44	3,57	21,65
	Total	9,11	5,08	10,21	12,91	8,95	<b>21,89</b>	7,16	24,69

Fonte: Elaborada a partir dos dados do Ministério da Saúde/SE/Datasus.

Na população com idade superior a 65 anos, as principais causas de internamento são respectivamente as doenças dos aparelhos, circulatório, respiratório, digestivo e também as neoplasias. Se as mulheres fazem uma maior utilização do serviço de saúde em termos de consultas, isto parece reflectir sua situação peculiar de necessidade de cuidados no período neo e pós-natal e o facto de serem mais atentas à sua saúde, pois o mesmo não se verifica na proporção de internamentos, com excepção do internamento por neoplasia (e, obviamente, as decorrentes da gravidez e do parto), pois os outros tipos de internamento apresentam maior frequência no sexo masculino (ver Quadro 5).

### Bónus demográfico

Segundo Debert (1997), enquanto na 'pré-modernidade' o status da família e do indivíduo era mais relevante do que a idade cronológica na determinação do grau de maturidade e do controlo de recursos de poder, na 'modernidade' as fronteiras dos estágios da vida segundo a lógica fordista foram claramente demarcadas: a infância (e a vida escolar), o mundo adulto (e o trabalho), e a velhice (e aposentadoria). O ciclo de vida económico é

assim caracterizado por três fases distintas: duas fases de dependência económica intercaladas por uma fase produtiva, geradora de excedentes (Turra e Queiroz, 2005:191). As duas fases de dependência são a infância e a velhice que geralmente consomem os recursos produzidos pela fase intercalar – a idade adulta - onde a capacidade produtiva é inclusive superior ao nível de consumo individual. De acordo com o modelo de Coale e Hoover (op. Cit. Por Paiva e Wajzman, 2005) uma redução na taxa de fecundidade e do rácio de dependência jovem possibilita o aumento da poupança. Além deste bónus de carácter provisório, também podem ocorrer outros de carácter permanente como a elevação da idade mediana da população, presumivelmente com maior capital cultural e experiências que "regra geral, se traduzem em melhores índices de produtividade" (Alves e Bruno, 2006:13).

Quadro 6 - Rácios de Dependência: Total (RDT), Jovem (RDJ) e Idoso (RDI), no Brasil e em Portugal, 1960-2100

	Ano	1960	2000	2010	2020	2030	2050	2100
	Brasil	RDT	86	54	48	44	46	59
RDJ		80	45	38	30	26	23	28
RDI		6	9	10	14	20	36	55
Portugal	RDT	59	48	49	52	59	87	85
	RDJ	47	24	23	20	19	23	29
	RDI	13	24	27	32	40	64	57

Fonte: World Population

Prospects: The 2010 Revision

United Nations Population Division. Acedido em 31/05/2011.  
Nota: Rácio de Dependência dos Idosos: foi utilizada a categoria de 65 anos ou mais.

Embora o RDI brasileiro venha aumentando gradualmente, o declínio do RDJ cai a um ritmo bastante superior, resultando num decrescente RDT (ver Quadro 6). Os investigadores, em geral, têm constatado que as taxas nacionais de poupança são mais elevadas quando as taxas de dependência são baixas (Bloom et al, 2003:320). Contudo, em meados de 2030, o RDI deixará de ser compensado pelo decréscimo proporcionado pelo RDJ, o que significa que este bónus possui um cunho transitório e vai perdendo o seu efeito com o envelhecimento populacional. Todavia, o declínio da fecundidade poderá ainda ter implicações positivas sobre as políticas sociais, como as respeitantes à saúde materno-infantil e à educação, pois uma menor procura e pressão sobre ambos os sistemas poderá favorecer o aumento da qualidade dos recursos.

O usufruto tanto do 1º quanto do 2º bónus (aumento da idade mediana) poderá propiciar ao país um maior dinamismo da sua economia, estando, porém, vinculado à adequada preparação da sua população em termos educacionais, nomeadamente, da população jovem que futuramente ingressará no mercado de trabalho. Há autores, como Behrman et al (2001, op. cit. Por Wong e Carvalho, 2006:11), que defendem que na medida em que a estrutura etária se vai tornando mais envelhecida, o desemprego tende a diminuir, pois há uma menor pressão para geração de novos empregos. Bloom et al (2003:334) refere ainda que o aumento da esperança de vida, ao alongar a duração do período da aposentadoria, conduziria a maiores taxas de poupança, a fim de atender ao aumento da necessidade de recursos para financiar o consumo de um período de aposentadoria cada vez mais alargado. Além disso, as pessoas tendem a poupar mais a partir de idades medianas mais elevadas, quando já concluíram ou estão a concluir a criação dos filhos (Bloom, Canning e Sevilla, 2002 cit. por Vasconcelos et al, 2008:12).

No caso português especificamente, o período de usufruto do 1º bónus já foi ultrapassado. O país entre 1960 e 2000 apresentou um RDT decrescente em virtude da drástica redução do RDJ, mas a partir desta data deixou de compensar os aumentos do RDI, que se mantém ascendente, o que em termos práticos se traduz na intensificação do peso relativo dos idosos e na possibilidade de insustentabilidade dos sistemas de segurança social. Portugal possui uma população com idade mediana de cerca de 41 anos<sup>4</sup>, revelando o adiantado processo de envelhecimento em que se encontra e a que ainda será obrigado, pois esta idade mediana indica que as mulheres estão se aproximando do fim de seu período reprodutivo. No entanto, o país parece não ter ainda encontrado uma forma de acomodar a sua declinante população activa, que permanece estrangulada por uma crescente taxa de desemprego<sup>5</sup> – agravada pela crise económica iniciada em 2008 – fazendo com que "muitos dos jovens portugueses ainda deixem o país (...) para tentar a inserção noutros mercados de trabalho" (Bógus, 2007:56). Desta forma, impõe-se uma questão fundamental: de que forma governo e sociedade poderão acordar medidas de promoção ao emprego dos mais jovens e ao mesmo tempo conter as reformas precoces num quadro de agravamento dos índices de dependência?

## O envelhecimento e a velhice

Relativamente ao conceito de idade Levet Gaurat (cit. Por Vaz et al. 2003) identifica os variados sentidos que ele po-

<sup>4</sup>Dados do World Population Prospects: The 2010 Revision

<sup>5</sup>Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE)

de assumir: idade cronológica - período vivido; idade jurídica – necessidade de estabelecer normas de conduta e estabelecer a idade em que o sujeito adquire determinados direitos e deveres perante a sociedade; idade física e biológica – que tem em consideração o ritmo com que cada indivíduo envelhece; idade psico-afectiva - que reflete a personalidade e as emoções do sujeito, não tendo limites em função da idade cronológica e, idade social - relacionada com a sucessão de papéis que a sociedade atribui a uma pessoa. Para Moreira (1998:80), o “envelhecimento está associado ao processo biológico de declínio e deterioração que ocorre com a passagem do tempo, e é próprio daquelas pessoas que atingiram o estágio final do ciclo vital, no qual a idade se define como limitativo ao bem-estar biológico (fragilidade ou invalidez), psicológico (diminuição da velocidade dos processos mentais) e comportamental (isolamento)”. Alonso (1995) e Robledo (1994) também o define como um processo dinâmico, progressivo, complexo e pluridimensional, onde interagem factores de ordem biológica, psicológica e social (cit. por Brêtas e Oliveira, 1999:61). Assim, enquanto o envelhecimento é um processo natural, que se inicia na concepção e só se expira na finitude do corpo, a velhice é ao mesmo tempo uma construção social e uma produção histórica, podendo variar conforme a cultura e a sociedade na qual estão inseridos os indivíduos, bem como em função do espaço e do estrato social ao qual pertence. Desta forma, ao pensar-se a 'velhice' deve ter-se em consideração estas variadas dimensões, pois “o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade interfere na maneira como obtém condições para manejar o cuidado que dispensa a si” (Fernandes et al, 2007). A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) possui dois “cortes” relativamente à idade em que o indivíduo passa a ser considerado 'idoso'. Para os países desenvolvidos este corte é de 65 anos, enquanto nos países em desenvolvimento, situa-se nos 60 anos de idade.

As possíveis perdas das capacidades mentais e funcionais, acrescidas de maiores dificuldades de empregabilidade e da probabilidade de elevação dos gastos relativos à saúde, pode expor os idosos a uma maior vulnerabilidade, fazendo com que dependam cada vez mais da família e da solidariedade formal, como dos benefícios sociais das aposentadorias e pensões. Na França do século XIX, “a questão da velhice se impunha essencialmente para caracterizar as pessoas que não podiam assegurar financeiramente seu futuro – o indivíduo despossuído, o indigente” (Peixoto, 1998 cit. por Siqueira et al 2002:904). Como as exigências de trabalho do processo industrial retiravam à família espaço para a atenção e apoio aos mais velhos, a velhice torna-se visível e de expressão pública, pois surge então a questão de como e quem assumirá a responsabilidade deste grupo etário (Vaz et al, 2003:186).

Se inicialmente velhice e aposentadoria pareciam ser processos simultâneos, com o aumento da longevidade tem-se operado uma dissociação entre ambas, e para Debert (1997) esta última em muitos casos tem sido anterior à primeira, deixando “de ser um marco a indicar a passagem para a velhice ou uma forma de garantir a subsistência daqueles que, por causa da idade, não estão mais em condições de realizar um trabalho produtivo” (Debert, 1997:121). A reforma segundo Salgado (1997, cit. por Siqueira et al, 2002:902) “cria um princípio de identidade para a velhice, definindo esse tempo da vida pela inatividade [...] decreta funcionalmente a velhice, ainda que o indivíduo não seja velho sob o ponto de vista biológico [...] é uma forma de produzir a rotatividade de mão-de-obra no trabalho, pela troca de gerações”.

De forma geral, podemos apresentar duas visões dicotómicas acerca da velhice no Brasil. Uma, que enaltece a juventude e encara a velhice como um estágio marcado pela decadência e obsolescência das habilidades físicas e mentais, onde os saberes se tornam obsoletos diante da modernidade que exige, cada vez mais, novas aprendizagens; e outra, que vislumbra nesse grupo etário um potencial mercado consumidor e uma fase propícia à realização de planos até então adiados. “No contexto em que o envelhecimento se transforma em um novo mercado de consumo, não há lugar para a velhice, que tende a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados. O declínio inevitável do corpo, do corpo que não responde às demandas da vontade individual, é antes percebido como fruto de transgressões e por isso não merece nenhum tipo de piedade” (Debert, 1999:127).

No Brasil, a questão da velhice emerge como tema de destaque a partir dos anos de 1980 (quando ocorre a intensificação do declínio da fecundidade) com a construção da imagem do idoso como um ser vulnerável. Na perspectiva de Debert (1993), essa construção deve-se a quatro elementos basilares: aumento dos gastos públicos para atender às necessidades da população idosa; o idoso, por não se constituir em mão-de-obra competente para o trabalho, é desvalorizado e abandonado pelo Estado e pela sociedade; o Brasil ser um país sem memória que valoriza o novo e ignora as tradições e; a ausência de um estado de bem-estar social capaz de solucionar os problemas da miséria e da pobreza. Entretanto, este estereótipo negativo seria “um elemento fundamental para a legitimação de um conjunto de direitos sociais que levaram, por exemplo, à universalização da aposentadoria” (Debert, 1999:126), além da criação da PNI com o objectivo de garantir um envelhecimento saudável e activo. Para Debert (1993:127) “a universalização da aposentadoria, mesmo não sendo mais do que um salário mínimo, significou uma conquista social importante”. Todavia, para garantir esta conquista, “o volume de recursos *per capita* transferido pelo setor público para idosos é cerca de 7 vezes superior ao transferido para crianças” embora a população brasileira seja eminentemente jovem (Turra e Queiroz, 2005:193). Tal situação despertou na agenda de académicos e especialistas em políticas sociais a ideia de um possível 'conflito intergeracional' que “sugere que as políticas devam dar prioridade às crianças, uma vez que as mesmas são um investimento social” (Neri, 2004; e Barros e Carvalho, 2003 citados por Goldani, 2004:215).

Num contexto em que a economia é extremamente sensível às flutuações e crises do mercado internacional, onde se migra da condição de empregado para desempregado numa velocidade alucinante, Debert (1997:121) chama a atenção para a necessidade de revisão do “tipo de vulnerabilidade a que velhos e aposentados estão expostos, em um contexto em que os contingentes de aposentados são cada vez mais jovens”. A própria questão da idade para se entrar na reforma e o facto de que, com o aumento da esperança de vida muitos indivíduos ainda aptos ao trabalho usufruirão por muito mais tempo dos benefícios, cujo pagamento é garantido pelas contribuições da população em idade activa inseridas no mercado de trabalho formal, exige um novo olhar sobre a velhice e a reforma.

Do ponto de vista legal, o envelhecimento no Brasil é amparado, com a presença de directrizes a serem seguidas e outras a serem implementadas pela PNI, criada pela Lei nº 8.842/1994, no contexto daquilo que foi proposto em 2002 pelo Plano de Madrid. A PNI propõe a viabilização de formas de integrar os idosos e as demais gerações e o desenvolvimento de acções voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso que, para os efeitos desta lei, se refere à pessoa com mais de 60 anos de idade. A Constituição de 1988, no seu artigo 230, estabelece que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”, enquanto o artigo 244 do Código Penal brasileiro responsabiliza as famílias pelos cuidados aos idosos, imputando-lhes a pena de detenção e multa por deixar, sem justa causa, de prover a subsistência de ascendente inválido ou maior de 60 anos, bem como de socorrê-los quando gravemente enfermos.

### Questões sociais e económicas

Para Bourdieu (2002), o melhor testemunho das incertezas da condição feminina no mercado de trabalho reside no facto de as mulheres receberem sempre salários inferiores aos homens, terem maior dificuldade no acesso a cargos mais elevados mesmo quando os diplomas são similares, serem as mais penalizadas pelo desemprego e pela precariedade do emprego, tendo ainda as suas perspectivas de carreira mais limitadas. O mercado de trabalho brasileiro não foge a esta regra, sendo mencionado por vários estudos como marcado por eloquentes e perseverantes desigualdades de género (Abramo, 2006:40), embora a Lei 9.029, de 13 de Abril de 1995, proíba a adopção de qualquer prática discriminatória e restritiva para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar ou idade.

A caracterização da discriminação ocorre “quando não é possível justificar, a partir de medidas de produtividade pessoais, os diferentes rendimentos” (Santos e Ribeiro, 2006:6), ocorrendo ainda a discriminação ocupacional quando trabalhadores igualmente produtivos têm possibilidades diferenciadas de ocupar empregos de maiores rendimentos (Cambota e Pontes, 2007:332). As brasileiras enfrentam tanto barreiras salariais quanto ocupacionais, na medida em que se inserem em actividades situadas na base da pirâmide salarial (Matos e Machado, 2006:9), concentrando-se, principalmente, em ocupações de pior remuneração e de menor de responsabilidade (Leone e Baltar, 2008 e IBGE, 2009). Para Soares (2000:5), os homens brancos são o grupo padrão que estabelece a norma no mercado de trabalho e obtêm os melhores rendimentos.

Quadro 7 - Razão da média anual do Rendimento Médio Real Habitual do Trabalho Principal\*(%) e Taxa de Desocupação (%), segundo o sexo, no Brasil

Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Razão do rendimento médio	70,8	71,0	71,1	70,6	70,5	71,0	72,3
Taxa de desocupação masculina	10,1	9,1	7,8	8,2	7,4	6,1	6,5
Taxa de desocupação feminina	15,2	14,4	12,4	12,2	11,6	10,0	9,9

Fonte: Adaptado a partir dos dados apresentados nas tabelas 84, 102 e 107 do IBGE - Principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa 2003-2009.

\* Média das estimativas mensais.

De acordo com Leone e Baltar (2008), o género, no geral, marca as conjunturas dos indivíduos no mercado laboral e cria limitações às mulheres para o acesso aos postos de trabalho de maior prestígio social, delimitando as suas oportunidades de mobilidade e reforçando a divergência de vencimentos entre os sexos. Além da taxa de desemprego das mulheres ser invariavelmente superior à dos homens (de acordo com Quadro 7), a segmentação ocupacional revela que a proporção de ocupações informais e precárias sobre o emprego feminino é superior ao masculino (Abramo, 2006). Os mecanismos discriminatórios fazem com que as mulheres, para além de receberem menores salários, enfrentam um leque mais estreito de oportunidades, como, por exemplo, no acesso a cargos de comando (Bruschini e Lombardi, 1996:485), o que levou Santos e Ribeiro (2006) a admitir que no Brasil há indícios suficientes da ocorrência do *glass ceiling* - espécie de barreira invisível que impede o acesso a postos e ocupações de melhores rendimentos – já que há um declínio abrupto da concentração de mulheres na parte final da distribuição de rendimentos.

Quadro 8 - Percentual do rendimento médio das mulheres de 16 anos ou mais de idade, ocupadas, em relação aos homens, por grupos de anos de estudo - 2009

Brasil	Total	Até 8 anos	9 a 11 anos	12 anos ou mais
	70,8	61,3	61,1	57,7

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por de Domicílios 2009.

Os salários das mulheres são sistematicamente inferiores aos dos homens, mesmo quando os níveis de escolaridade são similares (ver Quadro 8), e embora as dissimilaridades entre sexos surjam em todos os níveis de escolaridade, é na educação superior que ela encontra a sua maior expressão, pois conforme se avança na classe de instrução menor

é a proporção dos seus rendimentos. Para Abramo (2004), estes diferenciais ligam-se mais com as construções sociais e culturais que atribuem lugares e valores diferenciados e hierarquicamente definidos ao trabalho de homens e mulheres do que com o nível de escolaridade ou atributos técnicos.

Quadro 9 - Pessoas de 10 anos de idade ou mais, ocupadas na semana de referência e que procuram emprego (%), segundo o sexo, o grupo de anos de estudo e as classes de rendimento – Brasil - 2009

Por grupo de anos de estudo			Por classe de rendimento mensal de todos os trabalhos, em salários mínimos (SM)		
Grupo	Homens	Mulheres	Classe	Homens	Mulheres
Sem instrução e menos de 1 ano	425	151	Menos de 1 SM	1 592	1 668
1 a 3 anos	508	215	1 a menos de 2 SM	2 659	1 790
4 a 7 anos	1 451	751	2 a menos de 3 SM	529	285
8 a 10 anos	1 128	770	3 a menos de 5 SM	342	191
11 a 14 anos	1 794	1 911	5 a menos de 10 SM	158	73
15 anos ou mais	397	503	10 ou mais SM	52	25
Não determinados	15	16	Sem rendimento (1)	286	223

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, PNAD 2009.  
(1) Inclusive as pessoas que recebiam somente em benefícios de todos os trabalhos.

O Quadro 9 revela que 52,42% dos trabalhadores e indivíduos à procura de emprego, com escolaridade superior a 11 anos de estudo, pertencem ao grupo feminino; que a proporção de mulheres na classe de menor rendimento é superior à masculina e que conforme se avança na classe de rendimento diminui drasticamente a proporção de mulheres. Embora as mulheres representem a maioria da população com 11 anos ou mais de estudo, entre os indivíduos com rendimento mensal superior a 5 SM elas representam tão-somente 31,82%. Desta forma, o facto de as mulheres serem penalizadas tanto pela sua maior taxa de desemprego quanto pelos menores salários, constitui factor limitativo (ou de subutilização) da sua contribuição para o sistema de segurança social.

Em Portugal, de acordo com os dados do INE, a população desempregada feminina é superior à masculina até à idade de 44 anos, quando se inverte esta relação. As mulheres representam a maior proporção entre os diplomados no ensino superior, mas entretanto inserem-se principalmente em actividades ligadas ao sector de serviços. Segundo a CITE (2010), embora a taxa média de actividade feminina em 2009 tenha sido superior à média da UE27, ela ainda era cerca de 9.5 pp. menor que a masculina, revelando entre as mulheres maiores taxas de desemprego. Como as taxas de actividade feminina são menores no Brasil, a implementação de políticas de incentivo à conciliação entre vida familiar e profissional, sugere que os resultados seriam mais significativos neste país que em Portugal. Tal como no Brasil, existe uma diferença salarial pesando a favor dos homens, e quanto mais elevado é o nível de qualificação maior é o hiato de rendimentos. Nos quadros superiores, as portuguesas recebem cerca de 30% menos que os homens – mostrando um diferencial inferior ao verificado no Brasil. A CITE revelou ainda que as mulheres predominam nos empregos de menores níveis de qualificação, enquanto nos de mais alta qualificação há predominância masculina, sendo também as mais atingidas por vínculos contratuais precários. Em ambos os países podemos referir ainda que a execução dos trabalhos domésticos permanece como tarefas inerentemente femininas.

### Sistemas de Segurança Social e transferências de rendimento

O sistema de protecção social deve-se constituir num esteio de bem-estar social e contribuir para reduzir os riscos de vulnerabilidade e exclusão social. De acordo com o Ministério da Previdência Social (MPS, 2008), as transferências da Previdência brasileira foram responsáveis, em 2007, pela retirada de aproximadamente 22,23 milhões de pessoas, de todas as faixas etárias, da condição de pobreza, e, que na ausência das transferências a pobreza seria cerca de 12% maior. No caso dos idosos, este sistema assume uma importância fulcral devido à sua maior dificuldade de empregabilidade, e a possíveis perdas das capacidades mentais e funcionais resultantes do próprio processo de envelhecimento. Neste sentido, a Constituição de 1988, foi uma importante conquista, pois introduziu uma concepção mais ampla de cidadania, fazendo com que o sistema de segurança social brasileiro se revelasse como o de mais ampla cobertura entre os países da América Latina (Suárez y Pescetto, 2005). A Constituição de 1988 uniformizou os benefícios urbanos e rurais, concedeu à mulher o direito de requerer benefícios independentemente da sua colocação no grupo familiar, e elevou o valor médio do benefício rural de 1/2 para 1 salário mínimo. As trabalhadoras rurais também “passaram a ter direito a aposentadoria por idade a partir dos 55 anos, independentemente de o cônjuge já ser beneficiário ou não, ou receberem pensão por falecimento do cônjuge. Os homens tiveram redução da idade para concessão de aposentadoria por velhice, de 65 anos para 60 anos, e passaram a ter direito à pensão em caso de morte da esposa segurada” (Brumer, 2002:58). Estas modificações, todavia, acarretaram um expressivo aumento do número de beneficiários, fazendo com que a despesa com os benefícios passasse de 2,6% do PIB em 1988 para 6,1% em 2000, traduzindo-se em aumento dos benefícios sem a mesma proporção de receita, tornando patente a insustentabilidade do sistema previdenciário (Ferreira, 2003: 17).

O contributo do sistema de segurança social tem sido importante instrumento de redução da pobreza entre idosos no Brasil, cuja renda “ depende, principalmente, dos benefícios previdenciários” (Camarano, 2002:21). Cerca de 64% das pessoas de 60 anos ou mais ainda são a pessoa de referência do domicílio (dados da PNAD 2009). No meio rural, o impacto destes benefícios vem ainda modificando o papel tradicional do idoso no seio familiar, transformando-o cada vez mais em provedor dos domicílios (Beltrão et al, 2005). No Brasil, 67,3% dos idosos rurais contribuem com mais de 50% para o rendimento familiar, sendo este contributo ainda maior nas regiões brasileiras mais carenciadas. No Nordeste, por exemplo, esta contribuição alcança os 73,3%.

Quadro 10 - Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e distribuição percentual em aposentados e/ ou pensionistas, por sexo, no Brasil, em 2009

Sexo	Total (1000 pessoas)	Distribuição (%) em aposentados e/ou pensionistas			Outros
		Aposentados	Pensionistas	Aposentados e pensionistas (1)	
Homens	9 615	75,2	1,4	2,8	20,6
Mulheres	12 122	44,1	19,3	12,3	24,3

Fonte: Adaptada de IBGE/PNAD 2009. (1) Pessoas que acumulam aposentadoria e pensão

Como se observa no Quadro 10, as mulheres são as principais beneficiárias do sistema de segurança social (mais de 55% dos beneficiários), revelando também a maior proporção entre os que acumulam benefícios de aposentadoria<sup>6</sup> e de pensão<sup>7</sup>. De acordo com Camarano (2003), o número de mulheres pobres habitantes de domicílios com rendimento mensal *per capita* inferior a 1/2 SM teve uma redução superior a 50% no período 1980-2000, e as condições de vida das famílias chefiadas por idosas são melhores do que as condições das famílias chefiadas por mulheres que não o são. No mesmo sentido Barros et al (1999:12) refere que “a incidência e a magnitude da pobreza tendem a declinar com a idade”, facto que também é corroborado pelo MPS (2008:30). Barros e Carvalho (2003) assinalam que na ausência de transferências governamentais a pobreza entre idosos seria superior a 65% e entre as crianças cerca de 50% a 60%, mas com as transferências, a pobreza neste último grupo tornou-se o triplo da verificada entre os idosos que inclusivamente passaram a apresentar um grau de pobreza inferior ao da faixa etária dos 25 aos 65 anos. Este cenário descrito por Barros e Carvalho (2003) permanece em 2007, conforme dados do MPS (2008:30). Segundo Turra e Queiroz (2005:193) embora a população jovem seja maioria no Brasil, o volume de recursos *per capita* transferido pelo sector público para idosos é significativamente superior ao transferido para os jovens que podem ser entendidas como um investimento social para o futuro (Neri, 2004; e Barros e Carvalho, 2003 citados por Goldani, 2004:215).

Para Lavinas e Garson (2003:146), “a mazela brasileira no campo da protecção social é garantir, em matéria de transferências diretas de renda, quase nada além de aposentadorias e pensões”, reduzindo-se a uma política de socorro aos mais necessitados. De facto, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social 2009, mais de 80% da despesa do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) destina-se ao pagamento de aposentadorias e pensões. Guerreiro e Abrantes (2007:139) assinalam que Portugal também se caracteriza-se por “um *welfare state* fraco e fragmentado, cujo assistencialismo também se direcciona quase exclusivamente a uma política de socorro aos mais carenciados financeiramente, delegando grande parte das responsabilidades de protecção social nas redes informais e familiares (sobretudo na sua vertente feminina)”.

Assim, se por um lado alguns questionam a primazia dos gastos sociais no Brasil com o grupo dos idosos, outros, como Perez et al. (2007), destacam que a presença de idosos nos domicílios multi-geracionais pode significar uma canalização das transferências do governo para outros membros da família, como o resultado de uma estratégia desenvolvida como resposta à precariedade económica, e como a renda média dos idosos é, em geral, mais elevada que a renda *per capita* dos domicílios aos quais pertencem, a sua presença acaba por contribuir para a redução do grau de pobreza (Barros et al, 1999 e Pinheiro 2002 cit. por Ferreira 2003:35). Camarano (2003:55) salienta ainda que este tipo de arranjo familiar sugere reflectir “mais as necessidades da população jovem e adulta do que a idosa”.

Um problema destacado pela bibliografia, relativamente ao sistema de segurança social, refere-se ao modelo de financiamento (de repartição simples) adoptado pelo Brasil que, para ser economicamente sustentável, necessita de uma pirâmide etária de base alargada com ampla população contribuinte para financiar o topo, pois são as gerações que ingressam no mercado de trabalho que assumem o ónus dos benefícios pagos às gerações anteriores. Com o envelhecimento demográfico, isso implica que uma cada vez mais reduzida população em idade activa tenha de suportar os benefícios pagos aos idosos, que ao possuir uma longevidade crescente, tenderá a usufruir por mais tempo dos benefícios. Outro problema liga-se ainda ao grande número de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho informal, e que, portanto, não contribuem para o sistema, fazendo com que a sua base de cobrança se situe abaixo do seu potencial (Ferreira, 2003) prejudicando a sua solvência económica. Camarano (2003:60) acrescenta que a sobreposição de benefícios, “pode levar à criação de subgrupos superprotegidos. Tomando como exemplo duas mulheres que tenham participado pelo mesmo período de tempo do mercado de trabalho e apenas uma delas tenha se casado, se a que se casou ficar viúva e se aposentar, contará com dois benefícios: o seu e o de seu marido. (...) Além disso, a mulher se aposenta cinco anos antes do que os homens, apesar de viver quase nove

<sup>6</sup> As aposentadorias são pagamentos mensais vitalícios, efectuados ao segurado por motivo de tempo de contribuição, idade, invalidez permanente ou trabalho exercido sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física (AEPS, 2008:11).

<sup>7</sup> O valor da pensão por morte corresponde a 100% da aposentadoria que o segurado recebia ou a que teria direito caso se aposentasse por invalidez” (AEPS, 2008:15)

anos a mais, como um mecanismo de compensação pelo custo de oportunidade que tem de arcar em seu período reprodutivo. No entanto, nem todas as mulheres têm filhos e muito menos o mesmo número de filhos”.

Quadro 11 - Número de contribuintes e valor das remunerações, por sexo, no Brasil, 2007-2009

Ano	Total	Número de Contribuintes por sexo			Total	Valor (R\$ Mil)		
		Masculino	Feminino	Ignorado		Masculino	Feminino	Ignorado
2007	49.936.338	28.251.705	19.842.010	1.842.623	484.637.453	316.083.610	158.673.830	9.880.013
2008	53.964.928	30.759.230	21.906.908	1.298.790	569.573.190	373.569.621	190.117.317	5.886.252
2009	55.954.143	30.961.533	22.454.298	2.538.312	638.804.421	412.314.022	216.668.724	9.821.675

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social com base em dados do DATAPREV, CNIS, Tabulação Especial GFIP.

De acordo como o Quadro 11, as mulheres contribuem menos tanto em termos absolutos quanto pecuniários e ao se aposentarem mais cedo (e contribuírem por menos tempo) possuindo maior longevidade, têm um período de usufruto dos benefícios bem superior ao dos homens, o que faz com que seu déficit atuarial seja superior ao do sexo masculino. Note-se que em 2009, embora as mulheres constituam 43,7% dos contribuintes para o sistema, o seu contributo em valor pecuniário é bem inferior, situando-se na ordem dos 31,7%.

Em 2003, a Previdência Social realizou um conjunto de reformas com o objectivo de tornar o regime sustentável no longo prazo, tendo em consideração as rápidas transformações demográficas que o país atravessa. Entre estas mudanças estão a elevação da idade mínima para a aposentação que passou de 53/48 (H/M) para 60/55 (H/M), inserindo-se regras que retirem estímulo à aposentadoria precoce, como, por exemplo, penalizações no valor do benefício. No Brasil existem 3 tipos de regimes previdenciários, sendo o mais abrangente deles, o Regime Geral, administrado pelo INSS, cuja administração do sistema é pública. As aposentadorias por idade ocorrem aos 65/60 (H/M) na área urbana, e cinco anos mais cedo na área rural. Há ainda os regimes próprios dos servidores públicos e militares, cuja administração também é pública, ocorrendo a aposentadoria por tempo de contribuição aos 35/30 anos (H/M) e; a ainda Previdência Complementar, que é voluntária e de administração privada. Em relação ao volume de indivíduos não contribuintes do sistema de Previdência Social, o MPS (2008:24) estimou que em 2007 existiam no Brasil cerca de 28,7 milhões de trabalhadores sem vínculo contributivo, e que entre estes 15,7 milhões poderiam ser contribuintes, por terem renda, posição no mercado de trabalho e idade adequados. Para tentar sanar, pelo menos parcialmente, o problema, o Plano Simplificado de Previdência Social, reduziu de 20% para 11% a alíquota de contribuição para contribuintes individuais que prestam serviços para pessoas físicas e contribuintes facultativos (como, por exemplo, donas de casa e estudantes), bem como a redução da contribuição paga pelos empregadores domésticos, para além de poderem deduzir as contribuições pagas (no limite de 1 empregado doméstico por declaração) do Imposto de Renda da Pessoa Física (entre 2006 e 2012).

## Considerações Finais

O Brasil tendo iniciado mais tardiamente o processo de transição demográfica está a realizá-lo de forma bastante comprimida. De uma fecundidade superior a 6 filhos por mulher em 1960, o país apresentou na primeira década do século XXI um ISF inferior à reposição geracional. Esta situação propicia actualmente ao país a posse de um bónus demográfico temporário proporcionado pela redução do rácio de dependência jovem. Simultaneamente, o Brasil vem revelando um substancial aumento da esperança de vida à nascença e alteração de seu padrão epidemiológico com a concentração da mortalidade em idades mais avançadas, onde sobressaem as doenças crónicas de longa duração, exigentes em cuidados mais onerosos. Apresenta ainda uma elevada proporção de mortalidade por causas externas e violentas, nomeadamente, entre adultos jovens do sexo masculino, o que se qualifica como austeridade desvantagem social e económica, além de intensificar o hiato entre sexos na esperança de vida.

A intensa quebra da fecundidade brasileira ao longo das últimas décadas indica que o país caminha de forma acelerada rumo ao envelhecimento, que do ponto de vista governamental é amparado pela PNI e pela Constituição de 1988. Quanto ao mercado de trabalho, verificou-se que as mulheres enfrentam maiores taxas de desemprego e dificuldades de acesso aos cargos de maior responsabilidade, prestígio e remuneração e que, independentemente de possuírem escolaridade equivalente à masculina, os seus salários são sistematicamente inferiores, o que constitui factor limitativo do seu contributo para o sistema de Segurança Social. Situação análoga é verificada entre as portuguesas (embora em menor proporção). Desta forma, a ausência de mecanismos que permitam às mulheres desenvolverem harmoniosamente as suas funções produtivas e reprodutivas, é uma questão que urge ser resolvida. Relativamente ao sistema de Segurança Social brasileiro, averiguou-se que este tem sido um importante instrumento da redução da vulnerabilidade entre idosos, mormente entre as mulheres, cujo período médio de permanência no sistema é bem superior ao masculino. Com vista a garantir a sustentabilidade futura deste sistema, principalmente num cenário de crescente população idosa, em 2003, foram realizadas reformas que introduziram, por exemplo, um aumento da idade para a aposentação.

No caso português, verifica-se um envelhecimento demográfico mais acentuado que o brasileiro, devido à manuten-

ção do índice sintético de fecundidade, por várias décadas, aquém do limiar de reposição das gerações, e um ascendente rácio de dependência total. O debate corrente também chama a atenção para este acentuado e progressivo envelhecimento demográfico e as consequências dele decorrentes, ressaltando a premência de se realizarem os necessários ajustes para que o sistema de bem-estar social se torne sustentável. Tal como no Brasil, o modelo assenta num acordo tácito entre gerações, onde os rendimentos do trabalho da população activa suportam as despesas sociais da população inactiva. A evolução demográfica que se prospecta para as próximas décadas quer no Brasil, quer em Portugal, inviabiliza totalmente o sucesso deste modelo.

## BIBLIOGRAFIA

ABRAMO, Laís (2006). **Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro**. Ciência e Cultura, vol. 58, nº4, p.40-41. Acedido em 29/04/2010.

ABRAMO, Laís (2004). **Desigualdades e discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro e suas implicações para a formulação de uma política de emprego**. In: Seminário Nacional: Política Geral de Emprego. Necessidades, Opções, Prioridades. Brasília, OIT, 9 e 10/12 de 2004. Acedido em 29/04/2010. <http://www.oitbrasil.org.br>

ALENCAR, Raimunda Silva (2002). **Ensinar a Viver, Ensinar a Envelhecer: desafios para a educação e idosos**. Porto Alegre, v.4, p. 61-83. Acedido em 02/02/2010. <http://seer.ufrgs.br>

ALMEIDA, Ana Nunes de; ANDRÉ, Isabel Margarida & LALANDA, Piedade (2002). **«Novos Padrões e Outros Cenários para a Fecundidade em Portugal»**. Análise Social. Nº Especial «famílias», vol. XXXVII, nº 163, p. 371-409. Acedido em 21/06/2010. <http://analisesocial.ics.ul.pt>

ALVES, José Eustáquio Diniz e BRUNO, Miguel (2006). **População e Crescimento Económico de Longo Prazo no Brasil: como aproveitar a janela de oportunidade demográfica?** Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu- MG: ABEP, 2006. Acedido em 13/06/2010. <http://www.ie.ufrj.br>

BANDEIRA, Mário Leston (1996). **Teorias da população e modernidade: o caso português**. Revista Análise Social, vol. 135, nº1, p. 7-43. Acedido em 05/05/2010. <http://analisesocial.ics.ul.pt>

BARROS, Ricardo Paes e CARVALHO, Mirela (2003). **Desafios para a política social brasileira**. Texto para Discussão Nº 985. Rio de Janeiro, Instituto de pesquisa Económica Aplicada. Acedido em 27/04/2010. <http://desafios.ipea.gov.br>

BARROS, Ricardo Paes de, MENDONÇA, Rosane & SANTOS, Daniel (1999). **Incidência e Natureza da Pobreza entre Idosos no Brasil**. Texto para Discussão 686. Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Económica Aplicada. Acedido em 10/03/2010. <http://www.ipea.gov.br>

BELTRÃO, Kaizô Iwakami; CARAMANO, Ana Amélia, MELO, Juliana Leitão (2005). **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Seguridade Rural**. Ipea, (Texto para discussão nº 1.066). Acedido em 23/11/2009. <http://www.ipea.gov.br>

BERQUÓ, Elza e CAVENAGHI, Suzana (2004). **Mapeamento socio-económico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 14, MG. ABEP. Acedido em 18/03/2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br>

BILLARI, Francesco and KOHLER, Hans-Peter (2003). **Patterns of Lowest-low Fertility in Europe**. <http://paa2004.princeton.edu>

BLOOM, David E, CANNING, David e GRAHAM, Bryan (2003). **Longevity and Life-cycle Savings**. Scandinavian Journal of Economics, 2003, Vol. 105, nº 3, p.319-338. Acedido em 02/03/2010. <http://www.econ.berkeley.edu>

BÓGUS, Lúcia (2007). **"Esperança Além-Mar: Portugal no Arquipélago Migratório Brasileiro"**, in Jorge Macaísta Malheiros (org), Imigração Brasileira em Portugal. Coleção comunidades, 1, Lisboa: ACIDI. Acedido em 20/05/2011. <http://www.oi.acidi.gov.pt>

BOURDIEU, Pierre (2002). **A dominação masculina**. 2ª edição, tradução Maria Helena Kühner, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella e OLIVEIRA, Eleonora Meniccci (1999). **Interseções entre as áreas de conhecimento da Gerontologia da saúde e do trabalho: questões para reflexão**. Saúde e Sociedade, vol.8, nº2, p.59-82. Acedido em 05/03/2010. <http://www.scielo.br>

BRUMER, Anita (2002). **Previdência social rural e género**. Sociologias. Porto Alegre, vol. 4, nº7, p.50-81. Acedido em 01/02/2010. <http://www.scielo.br>

BRUSCHINI, Cristina e LOMBARDI, Maria Rosa (1996). **O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais. Vol 1, n. 10, p. 483-516, Belo Horizonte, ABEP. Acedido em 31/03/2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br>

CAMARANO, Ana Amélia (2003). **Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?** Estudos Avançados [online], vol.17, n.49, p. 35-63. Acedido em 07/03/2010. <http://www.scielo.br>

- CAMARANO, Ana Amélia (2002). **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Texto Para Discussão Nº 858. IPEA, Rio de Janeiro. Acedido em 01/10/2009. <http://desafios2.ipea.gov.br>
- CAMBOTA, Jacqueline Nogueira e PONTES, Paulo Araújo (2007). **Desigualdade de rendimentos por Gênero Intra-ocupações no Brasil, em 2004**. Revista de economia contemporânea [online], vol.11, nº2, p. 331-350. Acedido em 22/04/2010.<http://www.scielo.br>
- CARRILHO, Maria José (2010). **A situação demográfica recente em Portugal**. Revista de Estudos Demográficos, nº48, p.101-145.
- CARRILHO, Maria José (2005). **Metodologias de cálculo das projecções demográficas: aplicação em Portugal**. Revista de Estudos Demográficos, nº 37, p.5-24.Acedido em 27/04/2011. <http://censos.ine.pt>
- CARVALHO, José Alberto Magno e GARCIA, Ricardo Alexandrino (2003). **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. *Cadernos de Saúde Pública* [online] Rio de Janeiro, vol.19, nº3, p.725-733. Acedido em 26/01/2010. <http://www.scielosp.org>
- CITE – Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (2010). **Mulheres e Homens. Trabalho, Emprego e Vida Familiar**. Indicadores 2009. <http://www.cite.gov.pt/pt>
- COLEMAN, David (2010). **Recent Immigration Patterns and their Implications for Policy: An overview of recent migration to Europe**. Workshop on Population, Economics, Integration and law: Implications for Immigration Policy. Acedido em 7/3/2011. <http://migration.ucdavis.edu/rs>
- COLEMAN, David (2006). **Immigration and ethnic change in low-fertility countries: A third demographic transition**. *Population and Development Review* 32(3): 401–446. Acedido em 05/03/2011. <http://www.spsw.ox.ac.uk>
- DEBERT, Guita Grin (2003). **O velho na propaganda**. *Cadernos Pagu*, v. 21, n.1, p. 133-155. Acedido em 13/06/2011.<http://www.scielo.br>
- DEBERT, Guita Grin (1999). **A reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.
- DEBERT, Guita Grin (1997). **Envelhecimento e curso da vida**. *Rev.Est. Feministas*, vol. 5, nº1 p.120-8. Acedido 04/03/2010. <http://www.ieg.ufsc.br>
- DEBERT, Guita Grin. **O discurso Gerontológico e as Novas Imagens do Envelhecimento**. São Paulo em Perspectiva, 1993, vol. 7, nº4, p. 121-128.
- FERNANDES, Flávia Saraiva Leão; RAIZER, Milena Veiga e BRETAS, Ana Cristina Passarella (2007). **Old, poor and out on the streets: on the road to exclusion**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], vol.15, n.spe, p. 755-761. Acedido em 03/03/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/06.pdf>
- FERREIRA, Carlos Roberto (2003). **Participação das aposentadorias e pensões na desigualdade da distribuição da renda no Brasil no período de 1981 a 2001**. Tese doutorado – Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, USP. Acedido em 15/04/2010. <http://www.teses.usp.br>
- GOLDIN, Claudia (2006). **“The quiet revolution that transformed women’s employment, education, and family”** *American Economic Review* 96(2): 1-21. Acedido em 16/12/2010.<http://citeseerx.ist.psu.edu>
- GOLDANI, Ana Maria (2004). **Relações Intergeracionais e Reconstrução do Estado de Bem-estar. Por Que se Deve Repensar Essa Relação Para o Brasil?** In: CAMARANO, Ana Amélia. *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro, IPEA/IBGE. Acedido em 07/03/2010. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>
- GUERREIRO, Maria das Dores e ABRANTES, Pedro. 2007. **Transições incertas. Os jovens perante o trabalho e a Família**. 2ª Ed. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego (CITE). <http://www.cite.gov.pt>
- IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2009**. Estudos & Pesquisas/Informação Demográfica e socioeconômica nº 26. Rio de Janeiro, Brasil, 252p. Acedido em 14/11/2009.<http://www.ibge.gov.br>
- LAVINAS, Lena e GARSON, Sol (2003). **Gasto social no Brasil: transparência, sim, parti-pris, não!** *Econômica*, vol. 5, nº 1, p. 145-162. Acedido em 12/03/2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br>
- LEONE, Eugenia Troncoso e BALTAR, Paulo (2008). **A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro**. *Rev.Bras. de Estudos de População* [online], vol.25, nº2, p. 233-249. Acedido em 28/04/2010. Disponível em <http://www.scielo.br>
- LIM, Lin Lean (2002). **Female labour-force participation**. p.201-221. Acedido em 26/01/2011. <http://www.un.org/esa>
- MACIEL, Andréia (2010). **Envelhecer numa sociedade em vias de desenvolvimento e marcada pela desigualdade social**. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Universidade de Évora.
- MATOS, Raquel Silvério e MACHADO, Ana Flávia (2006). **Diferencial de rendimentos por cor e sexo no Brasil (1987-2001)**. *Econômica*, Rio de Janeiro, vol. 8, nº1, p.5-27. Acedido em 22/04/2010.<http://www.uff.br/revistaeconomica>
- MENDES, Maria Filomena e REGO, Conceição (2006). **Baixa fecundidade nos países do Sul da Europa: a importância das desigualdades na educação e na participação no mercado de trabalho, ao nível regional**. Estudo em elaboração no âmbito do projecto POCTI/DEM/59445/ 2004. Acedido em 19/05/2010.<http://www.cidehus.uevora.pt>

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (MPS) 2008. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2008**. Brasília, v.17, p.1-868. <http://www.previdenciasocial.gov.br>

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (MPS) 2008. **Panorama da Previdência Social Brasileira**. 3ªed. <http://www.mpas.gov.br>

OLIVEIRA, Isabel Tiago (2007). **Fecundidade e Educação**. Revista de Estudos Demográficos, nº 40, Lisboa, INE, p. 5-19.

PAIVA, Paulo de Tarso Almeida e WAJNMAN, Simone (2005). **Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos Populacionais [online], v. 22, nº 2, p. 303-322. Acedido em 05/05/2010. <http://www.scielo.br>

PARAHYBA, Maria Isabel (2006). **Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil**. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu - MG. Acedido em 18/02/2010 <http://www.redadultosmayores.com.ar>

PEREZ, Elisenda Rentería; TURRA, Cássio Maldonado e QUEIROZ, Bernardo Lanza (2007). **Grandparents and grandchildren living together, a better life for the youngest? The cases of Brazil and Peru**. Papeles de Población, vol.52, p.47-75.

RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato Peixoto e KALCHE, Alexandre (1987). **Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira**. Revista de Saúde Pública [online] São Paulo, vol.21, nº 3, p.211-24. Acedido em 16/04/2010 <http://www.scielosp.org>

SANTOS, Renato Vale e RIBEIRO, Eduardo Pontual (2006). **Diferenciais de rendimento entre homens e mulheres no Brasil revisitado: explorando o "Teto de Vidro"**. R. de Janeiro, UFRJ. (Texto para Discussão). Acedido em 13/04/2010. <http://www.ie.ufrj.br>

SIQUEIRA, Renata Lopes; BOTELHO Maria Izabel Vieira e COELHO France Maria Gontijo (2002). **A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais**. Ciência & Saúde Coletiva, vol.7, nº4, p. 899-906. Acedido em 02/02/2010 em <http://www.scielo.br>

SOARES, Sergei Suarez Dillon (2000). **O perfil da discriminação no mercado de trabalho: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras**. IPEA: Brasília. Texto para Discussão nº 769. Acedido em 15/04/2010. <http://desafios.ipea.gov.br>

SUÁREZ, Rubén Y PESSETTO, Claudia (2005). **Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe**. Revista Panamericana de Salud Pública, vol.17, nº5/6. Acedido em 15/04/2010. <http://www.scielosp.org>

TURRA, Cássio Maldonado e QUEIROZ, Bernardo Lanza (2005). **Transferências internacionais: uma análise internacional**. Revista Brasileira de Estudos de População, São Paulo, 2005a, v.22, nº1, p.191-194. Acedido em 19/03/2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br>

VASCONCELOS, Daniel de Santana; ALVES, José Eustáquio Diniz; SILVEIRA FILHO, Getúlio Borges (2008). **Crescimento econômico, estrutura etária e dividendo demográfico: avaliando a interação com dados em painel**. Anais do XVI Encontro Nac. Estudos Populacionais, Caxambu, MG. Acedido a 26/01/2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br>

VAZ, Ester; SILVA, Berta e SOUSA, Isilda (2003). **Configurações de Vida na Velhice**. Porto, Universidade Fernando Pessoa, Antropológicas, Nº 7.

VERAS, Renato Peixoto (2009). **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 548-554. Acedido em 19/12/2009. <http://www.scielo.br>

VERAS, Renato Peixoto (1991). **Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges**. Rev. Saúde Pú. [online] São Paulo, vol.25, nº6, p. 476-488. Acedido em 05/01/2010. <http://www.scielo.br>

VERMELHO, Letícia Legay e MONTEIRO, Mário Francisco Giani (2002). **Transição demográfica e epidemiológica**. In: MEDRONHO, Roberto A. (org.). Epidemiologia. Rio de Janeiro, v.1, p.91-103.

VERAS, Renato Peixoto e PARAHYBA Maria Isabel (2007). **O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado**. Cadernos de Saúde Pública [online], vol.23, nº10, p.2479-89. Acedido em 16/04/2010 em <http://www.scielo.br>

WONG, Laura L. Rodríguez e CARVALHO, José Alberto Magno (2006). **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas**. Revista Brasileira de Estudos Populacionais [online], São Paulo, vol.23, n.1, p. 5-26. Acedido em 10/08/2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br>

## Sites

Agência Nacional de Saúde Complementar - <http://www.ans.gov.br>

DATASUS - <http://www2.datasus.gov.br>

MPS – Brasil (Anuário Estatístico da Previdência Social 2009) - <http://www.previdencia.gov.br>

Ministério da Saúde (Brasil) - <http://portal.saude.gov.br>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - <http://www.ibge.gov.br>

Instituto Nacional de Estatística - <http://www.ine.pt>

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras - <http://sefstat.sef.pt/>

Presidência da República (Brasil) - Casa Civil - <http://www.planalto.gov.br>

## *Contactos / Contacts*

Doutoranda Andréia Barroso Figueiredo Maciel - CIDEHUS. Universidade de Évora, [deiabarroso@hotmail.com](mailto:deiabarroso@hotmail.com)

Prof. Doutora Maria Filomena Mendes - CIDEHUS. Universidade de Évora, [mmendes@uevora.pt](mailto:mmendes@uevora.pt)



## *Trabalho e Reforma*

*Comentador / Paper Discussant*

***Professor Doutor Fernando Ribeiro Mendes***

*Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa*



# Representações da reforma e envelhecimento activo

**Professor Doutor Pedro Moura Ferreira**

**Mestranda Paula Jerónimo**

**Professor Doutor Manuel Villaverde Cabral**

**Professor Doutor Pedro Alcântara da Silva**

*Instituto de Envelhecimento, Universidade de Lisboa*

## Resumo / Abstract

O envelhecimento da população tem chamado a atenção para a inevitabilidade do prolongamento da vida activa não só devido à necessidade de compensar financeiramente o desequilíbrio entre activos e não activos, mas também à necessidade de garantir a inclusão social dos idosos num horizonte de longevidade acrescida. A forma mais eficaz de manter as pessoas ligadas aos outros e à sociedade ainda é através da instituição do trabalho. Neste contexto, é relevante indagar as representações dos indivíduos sobre a reforma, a preparação para a mesma (se a fazem ou não) e as condicionantes sociais que as motivam. É precisamente o que se propõe explorar nesta comunicação com base em dados recolhidos num projecto de investigação sobre *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. A apresentação dos resultados evidenciará as distintas representações em relação à reforma e à velhice, as quais terão de ser compreendidas em função não só da diversidade das trajectórias sociais, muito condicionadas pela profissão, escolaridade e género, mas também de outros parâmetros sociais como a qualidade de vida e a saúde individual.

## Comunicação / Paper

### Introdução

A ideia de promover o envelhecimento activo tem vindo a ser desenvolvida em resposta ao problema do envelhecimento da população, especialmente numa conjuntura particularmente sensível ao custo social e económico da terceira e quarta idades, por convenção a partir dos 65+ e dos 80+, respectivamente. Na base das políticas que visam promover o envelhecimento saudável e a inclusão social dos idosos, está a actividade, embora sem desconsiderar os factores individuais e sociais que favorecem ou inibem as oportunidades de envelhecimento saudável, como o género, a classe social, as condições de saúde ou outras características e, em sentido mais geral, o contexto social, económico e cultural em que se manifestam. Atendendo a que as reformas em torno do prolongamento da idade activa visam adaptar os indivíduos e a sociedade a um cenário em que os indivíduos vivem mais e se mantêm saudáveis por mais tempo, é importante desde já problematizar a aceitação destas mudanças por parte dos indivíduos, visto que, sem a sua interiorização, a preparação para o seu próprio envelhecimento poderá ficar comprometida, tornando mais difícil a implementação de medidas que visem criar as condições necessárias ao prolongamento da vida activa.

Com efeito, uma questão essencial é saber se as pessoas desejam prolongar a actividade profissional depois da reforma. Mais do que um evento que marca a saída do mercado de trabalho (Atchley, 1982), a reforma é cada vez mais considerada como um processo complexo ligado às estruturas sociais e às escolhas individuais (Carr, 2008: 328), que promove, por um lado, a liberdade e bem-estar e, por outro, a exclusão social. Apesar de todos os possíveis benefícios identificados pela perspectiva do envelhecimento activo, o prolongamento da vida activa, pelo menos sob determinadas condições, pode não ser pretendido ou desejado pelas pessoas (Clarke e Warren, 2007). A passagem para a reforma caracteriza-se por uma multiplicidade de trajectórias que vão desde a reforma compulsiva, quer porque se atinge a idade obrigatória, quer porque subsistem razões de saúde ou necessidade de prestar cuidados a um familiar, até à reforma antecipada, passando ainda por períodos de desemprego. A satisfação com o trabalho, os recursos financeiros, o estado de saúde, a participação em actividades durante a reforma e as relações com as outras pessoas são factores que determinam o tipo de trajectória que cada pessoa adopta (Phillipson, 1998; Elder and Rudolph, 1999; Künemund and Kolland, 2008). Estes factores, quer institucionais, quer individuais, determinam o processo de adaptação à reforma (Fred Darnley, 1975). A satisfação é tanto maior quanto mais a passagem para a reforma é determinada por factores de atracção (realização de actividades de lazer durante a reforma, por exemplo, viajar). Inversamente, a satisfação diminui quando são factores de repulsão que motivam a passagem para a reforma (problemas de saúde, insatisfação com o trabalho realizado) (Morgan and Kunkel, 2007; Fouquereau *et al.*, 2005; Tougas *et al.*, 2004).

Até há bem pouco tempo, pelo menos para certos grupos sociais, a expectativa de um tempo de vida prolongado após a reforma em boas condições de saúde, que permitissem usufruí-lo como uma compensação de uma vida de

trabalho ou como uma possibilidade de realizar outros projectos de vida, constituía uma aspiração legítima. Certamente, esta aspiração encontrava mais eco junto dos sectores populacionais cujos rendimentos eram pelo menos razoáveis, mas mesmo nos que obtinham rendimentos mais baixos, a passagem à reforma, quando esta se concretizava numa idade relativamente precoce e em boas condições de saúde, era vista como uma oportunidade de aumentar esses rendimentos através do prolongamento da vida activa. Obviamente, se este prolongamento decorrer do aumento da idade da reforma, deixará de existir, ou pelo menos tornará mais difícil, a possibilidade de acumular outra fonte de rendimento, pois os indivíduos entrarão na reforma numa idade mais avançada, tendo por consequência menos oportunidades e menos motivações para encontrar trabalho.

Além das razões económicas e da aspiração a ter mais tempo livre, a passagem à reforma surge também marcada pela insatisfação em relação ao trabalho, devido não só às condições físicas, ambientais e organizacionais em que é realizado, como também às compensações que dele se retiram. As propostas do envelhecimento activo reflectem a necessidade de ter em consideração os aspectos motivacionais e as condições de saúde associadas ao trabalho, sem os quais dificilmente se poderá falar em prolongamento voluntário da vida activa e de transição gradual para a inactividade. No entanto, nas circunstâncias actuais, o aumento da idade da reforma tem vindo a ocorrer sem que se tenham verificado mudanças, quer na organização do trabalho que contemplem o envelhecimento dos indivíduos, quer na política de saúde no sentido do reforço da orientação preventiva, quer ainda no sistema rígido das regras de aposentação que impedem uma transição gradual e negociada entre a actividade e a inactividade. Assim sendo, cabe perguntar se o aumento da idade de reforma não estará a reforçar as desigualdades nos processos de transição, agravando significativamente as condições de vida não só dos indivíduos que são obrigados por motivos de doença ou de saúde precária a aposentar-se mais cedo do que, possivelmente, desejariam (Künemund and Kolland, 2008), mas também dos indivíduos que poderiam beneficiar de um rendimento extra, caso a idade de reforma não tivesse sido alterada, permitindo mais facilmente exercer outra actividade económica por mais algum tempo (Phillipson, 1998).

Outra questão diz respeito à equidade que deve presidir às relações intergeracionais na sociedade. Se é verdade que tendencialmente os indivíduos vivem mais tempo e com melhor saúde, o ritmo dessa tendência é incomparavelmente mais lento do que o ritmo das reformas relativas à actualização da idade de reforma. Com efeito, o curto intervalo de tempo em que esta reforma ocorreu provocou diferenças significativas na duração das carreiras profissionais e contributivas entre a geração que começa a sujeitar-se às novas regras de aposentação e a geração que a precedeu, sem que essas diferenças fossem compensadas em termos de longevidade ou de morbilidade. O horizonte temporal pós-reforma da geração que se aposentará sob as novas regras será provavelmente mais curto do que o da geração que a precedeu, não porque os indivíduos vivam menos tempo, pelo contrário viverão mais, mas porque entram muito mais tarde na reforma. Neste sentido, as actuais mudanças em torno da idade de reforma e das condições em que esta pode ocorrer, designadamente a anulação, ou pelo menos a limitação, dos mecanismos da reforma antecipada ou da pré-reforma, são susceptíveis de agravar as desigualdades intergeracionais, contribuindo para abalar o princípio de solidariedade intergeracional subjacente ao mecanismo de transferência financeira entre gerações no qual assenta o modelo actual da segurança social.

Importa ainda notar que a transição para uma vida activa mais longa tem vindo a ser concretizada sem que haja uma mudança significativa nas representações em torno da idade e nas discriminações que as acompanham, designadamente no que respeita à reforma. Com efeito, a reforma é definida por factores que potenciam a dependência económica das pessoas mais velhas e a discriminação perante a idade (Künemund and Kolland, 2008). Os riscos associados ao desemprego, à reestruturação do trabalho, às novas tecnologias, colocam os trabalhadores mais velhos numa posição de incerteza, dando origem a uma 'nova forma de crise' das pessoas mais velhas (Phillipson, 1998; Clarke and Warren, 2007; Mendes, 2011), que provoca uma 'fragmentação da identidade na reforma' (Phillipson, 1998: 62). Esta crise de identidade é amplamente interpretada com base em atitudes preconceituosas que se apoiam em estereótipos, como a desadequação da formação, a fraca motivação e a resistência à mudança dos trabalhadores mais velhos (Tougas *et al.*, 2004).

O conceito de *idadismo*, com origem na psicologia americana dos anos 70, refere-se a atitudes e comportamentos discriminatórios com base na idade. (Nelson, 2004; Gilles and Reid, 2005; Lima, 2011; Marques, 2011). As manifestações de carácter idadista podem ser direccionadas a diferentes grupos etários, mas são as pessoas mais velhas que são mais frequentemente alvo de atitudes e comportamentos negativos. A experiência de discriminação aumenta à medida que a idade vai avançando (Gee *et al.*, 2007; Roscigno *et al.*, 2007; Lima, 2011). Os preconceitos com base na idade têm também origem no próprio grupo das pessoas mais velhas, pois ao longo da vida interiorizam estereótipos idadistas e tendem a distanciar-se positivamente daquelas pessoas que consideram mais velhas do que elas e, consequentemente, «realmente idosas» (Minichiello *et al.*, 2000; Gilles and Reid, 2005; Moody, 2006; Lima, 2011).

O paradigma do envelhecimento activo adopta uma abordagem positiva sobre o envelhecimento, com o objectivo de potenciar o desenvolvimento humano e combater as discriminações com base na idade (Moody, 2006). É o próprio estado que pretende impulsionar uma 'terceira idade integrada e activa' (Guillemard, 2000:227), procurando promover uma nova forma de entender o envelhecimento (Biggs *et al.*, 2006). Este novo entendimento, veiculado pelo envelhecimento activo, fundamenta-se em vários factores, desde a flexibilização da passagem para a reforma, passando pela melhoria das condições de saúde e pela nova forma de encarar o tempo de reforma como um tempo produtivo.

Cabe, no entanto, perguntar em relação ao mercado de trabalho se uma eventual política de valorização dos mais velhos, mesmo que acompanhada de legislação protectora, será capaz de enfrentar as tensões de um mercado competitivo, em que o trabalho surge como escasso e a pressão dos mais novos pelo emprego como inevitável. Nestas condições, o aumento da idade da reforma poderá agravar a situação dos mais velhos no mercado de trabalho,

tornando-os alvos preferenciais de marginalização e discriminação (Tougas *et al*, 2004), em processos de despedimentos colectivos ou de reestruturação, sobretudo numa sociedade, como a portuguesa, em que a idade significa frequentemente qualificações profissionais e escolares mais limitadas.

Se é através do trabalho, segundo a perspectiva do envelhecimento activo, que a participação dos mais velhos na sociedade deve ser assegurada (Clarke and Warren, 2007; Künemund and Kolland, 2008), a maior vulnerabilidade destes no mercado de trabalho, em virtude do aumento da idade de reforma, não augura nada de bom em termos do combate à discriminação com base na idade, tanto mais quando essa sociedade surge rendida a uma ideologia de juvenilidade, em que tudo o que não se aproxime e não se conforme a esse modelo é automaticamente desvalorizado ou mesmo estigmatizado (Tougas *et al*, 2004; Roscigno *et al*, 2007). O combate ao idadismo, quando este se revela nas atitudes e comportamentos negativos com base exclusivamente na idade das pessoas mais velhas (Nelson, 2004; Lima, 2011; Marques, 2011), só parece possível através da valorização da condição de idoso, que por sua vez exige a participação na vida activa, sem a qual dificilmente se conseguirá evitar a secundarização ou mesmo a marginalização das pessoas idosas (Marques, 2011). A instituição do trabalho é aquela que assegura um elo mais forte à sociedade através da participação em vários tipos de redes, de múltiplos contactos sociais e do acesso a informação diversificada. A participação na vida activa é assim uma condição essencial da cidadania política. Porém, nas condições actuais, em que não existe uma adequação efectiva entre política de emprego e envelhecimento, a ideologia do envelhecimento activo pode cair no vazio, sem que se vislumbre uma estratégia ou a vontade política necessária para o ultrapassar.

Tendo por referência o conjunto das questões equacionadas, este texto procura explorar em que medida os princípios do envelhecimento têm penetrado na sociedade portuguesa. Baseado numa pesquisa de *focus groups*<sup>1</sup>, tendo por população-alvo os indivíduos de mais de 50 anos independentemente de que condição perante o trabalho, este texto começa por fazer uma apresentação crítica do conceito de envelhecimento activo e dos pressupostos teóricos e programáticos das propostas que lhe estão associadas. A seguir, apresenta os resultados substantivos da investigação, onde se exploram as dimensões associadas à transição do trabalho para a inactividade (reforma), quer nos indivíduos activos como nos inactivos, pelo que a perspectiva temporal assume contornos prospectivos nos primeiros e retrospectivos nos segundos. As representações em torno da idade são também abordadas, especialmente em relação à última fase do curso de vida, pelo que a temática do idadismo contra os mais velhos é incontornável. Por último, em jeito de conclusão, procura-se identificar as implicações das representações em torno da idade e da transição para a inactividade do ponto de vista do avanço dos princípios do envelhecimento activo na população portuguesa.

## O envelhecimento activo: uma nova reformulação da condição idosa?

As sociedades actuais são sociedades envelhecidas mas também sociedades em que os indivíduos vivem mais tempo. O envelhecimento é um fenómeno positivo, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, sendo testemunha dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e bio-médicos na base dos quais se desenvolveram as políticas públicas de acesso generalizado da população aos cuidados de saúde. Se o envelhecimento representa uma conquista importante, até em termos de equidade, já que corresponde a uma redução da desigualdade verificada na morbilidade e na mortalidade dos indivíduos, a existência de uma crescente população de idosos, cuja longevidade tenderá ainda a aumentar, pelo menos durante as próximas décadas, não deixa de colocar grandes desafios à sociedade e aos indivíduos.

No plano individual, uma maior longevidade traz mudanças radicais do quadro de vida no que respeita, em particular, ao estado de saúde e à participação na vida social e colectiva. Com efeito, viver mais significa também estar mais exposto a doenças crónicas não transmissíveis. As condições sociais afectam, evidentemente, o estado de saúde individual em qualquer fase do curso de vida, mas o risco de desenvolver condições patológicas aumenta consideravelmente com a idade. À medida que esta aumenta, um crescente número de idosos confrontar-se-á com problemas acrescidos de autonomia e dependerá cada vez mais dos outros, bem como dos apoios sociais e familiares. Apesar de acompanhar o envelhecimento, a redução da capacidade funcional não deve definir o envelhecimento e muito menos justificar a exclusão dos idosos da vida social, que os remete para uma limitada sociabilidade familiar ou de vizinhança, senão mesmo e não raramente, para situações de completa solidão social, ou então para instituições de acolhimento desligadas dos processos de participação colectiva.

No plano colectivo, o envelhecimento traz enormes exigências em termos das relações inter-geracionais. Estas relações afectam as transferências económicas entre os diversos grupos etários, em particular o desequilíbrio crescente entre, por um lado, activos e não activos e, por outro, entre jovens e idosos. O envelhecimento traz custos acrescidos ao sistema de segurança social que poderão mesmo tornar-se insustentáveis, a menos que se proceda a uma revisão dos alicerces sociais e económicos em que assentam. Contudo, o problema colocado pelo envelhecimento ao conjunto da sociedade não se resume ao seu custo. O problema, porventura maior, é o do lugar da velhice na sociedade.

<sup>1</sup> Os dados foram recolhidos no âmbito do projecto de investigação *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*, financiado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos, que decorre no Instituto do Envelhecimento / Instituto de Ciências Sociais / Universidade de Lisboa. O dispositivo metodológico contemplou a realização de oito sessões de *focus groups*, cada uma com 5-8 participantes, organizadas em torno de quatro polaridades: activos/não activos, escolaridade baixa/elevada (a linha divisória é o 9º ano de escolaridade), homens/mulheres e pessoas de idade «madura\*/pessoas idosas compreendidas entre os 55 e os 75 anos, com a linha divisória entre os dois grupos fixada nos 60 anos.

de. É contrário aos valores democráticos aceitar a exclusão ou a marginalização dos idosos, assim como definir a velhice como uma condição social de dependência. Reposicionar o idoso no conjunto do sistema de relações intergeracionais constitui um desafio político que as sociedades envelhecidas enfrentam.

É por isso que o tema do envelhecimento está claramente inscrito na agenda internacional. Desde a ONU, através da Organização Mundial de Saúde até à Comissão Europeia, passando pela OCDE, todas estas organizações promoveram iniciativas no sentido de alertar as sociedades para os problemas do envelhecimento e de apontar medidas susceptíveis de enformar as políticas públicas que visam responder a esses problemas. O quadro dos princípios e orientações elaborado por estas organizações é conhecido por *envelhecimento activo* e constitui, actualmente, o paradigma dominante no entendimento das questões que o envelhecimento coloca às sociedades e as soluções que devem ser desenvolvidas. Se a adopção do paradigma do envelhecimento activo é comum a todas as organizações internacionais, a abordagem que elas desenvolvem nem sempre é coincidente, reflectindo preocupações e soluções distintas, que resultam, pelo menos parcialmente, dos objectivos e do âmbito de intervenção que as caracterizam.

Um objectivo do envelhecimento activo visa aumentar a expectativa de uma vida saudável, que mantenha a autonomia e a independência, bem como «a qualidade de vida, de todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados de saúde» (OMS, 2002: 12). Numa palavra, a preocupação da OMS é responder aos problemas que resultam do facto de as pessoas viverem mais tempo e da importância de preservarem a saúde, sem a qual não é possível garantir a qualidade de vida. Longe de circunscrever a saúde ao perímetro do indivíduo e a pressupostos exclusivamente biomédicos, a saúde engloba «o bem-estar físico, mental e social», pelo que as políticas e os programas que promovem a saúde e as relações de sociabilidade são tão importantes como os que melhoram as condições físicas de saúde.

Outro objectivo é a necessidade de prolongar a carreira activa. Atendendo a que os indivíduos vivem mais e usufruem de melhores condições de saúde, podem manter uma actividade profissional por mais tempo. A vantagem de se manter activo consiste em poder integrar-se de uma forma mais ampla na sociedade, evitando, ou pelo menos adiando, a diminuição dos contactos sociais e institucionais que resulta, normalmente, da passagem à reforma. Manter a ligação ao mundo do trabalho é prolongar uma ligação à sociedade bastante mais forte do que aquela que resulta da entrada na inactividade. Na óptica do envelhecimento activo, é desejável que a inactividade surja o mais tarde possível.

Este adiamento não passa necessariamente por um aumento da idade da reforma; antes implica a criação de condições para que o indivíduo se sinta estimulado a continuar activo. O pressuposto básico é introduzir parâmetros de geometria variável entre a carreira profissional e a inactividade. O fim daquela não é necessariamente o início desta. É possível introduzir uma transição gradual entre uma e outra. A actividade profissional pode começar a diminuir a partir dos últimos anos da carreira e prolongar-se para além da idade de reforma, dependendo das condições de saúde e da vontade do indivíduo em querer continuar na vida activa. Como sublinha a definição da OCDE, os indivíduos adquirem a possibilidade de escolher a melhor forma de repartir «o tempo de vida entre as actividades de aprendizagem, de trabalho, de lazer e de cuidados aos outros» (OCDE, 1998: 92).

A perspectiva de envelhecimento activo sobre o prolongamento da vida activa corre, no entanto, o risco de enfatizar sobretudo os aspectos económicos, na medida em que chama a atenção para os desequilíbrios financeiros da segurança social, subalternizando outros aspectos relevantes da adequação das condições de trabalho ao aumento da longevidade da população que devem ser considerados. Com efeito, segundo a perspectiva de alguns teóricos (Naegele, 1999; Walker, 2002), o envelhecimento activo não pode reduzir-se a uma única vertente, seja a financeira, a escassez de mão-de-obra ou as (des)vantagens competitivas, mas tem de ter em consideração o curso de vida dos indivíduos e a condição social de cada idoso. O estudo do envelhecimento deve, assim, assentar numa abordagem global, que tenha em consideração as relações entre os múltiplos aspectos que o integram, como a vida familiar, o emprego, a educação, a integração sociocultural, a saúde e a qualidade de vida. Esta abordagem pressupõe um quadro político que combata, em primeiro lugar, os preconceitos associados à idade (*idadismo*) e, em segundo lugar, promova medidas de discriminação positiva em relação aos idosos no sentido de atenuar o seu estatuto marginal.

A discriminação fundada na idade tem repercussões em diferentes domínios. O funcionamento do mercado de trabalho é um dos domínios que mais contribui para acentuar a exclusão das pessoas idosas. Em caso de despedimento, estas são normalmente as primeiras vítimas. Por vezes, conseguem obter a pré-reforma, mas, quando não o conseguem, engrossam as fileiras do desemprego de longa duração. A antecipação da reforma e, de uma forma geral, a reforma, são vistas, contudo, como representando a entrada na inactividade e na dependência, que por sua vez prolongam a exclusão a que o mercado de trabalho condena as pessoas mais velhas. Os sistemas de segurança social e de emprego não promovem a possibilidade de as pessoas idosas manterem um estatuto activo enquanto o desejarem e enquanto estiverem em boas condições de saúde.

A associação que facilmente se estabelece entre o agravamento das condições de saúde e a idade não tem em consideração, por um lado, a relação entre o trabalho e a saúde, e, por outro, a existência de um sistema de saúde que se preocupou mais em desenvolver os cuidados curativos do que uma medicina preventiva. Ter boas condições de saúde é uma condição indispensável a uma vida activa, pelo que é fundamental equacionar o problema das desigualdades das condições de trabalho. Não é possível prolongar o estatuto activo em ambientes perigosos, «stressantes» ou inadequados, que mais não fazem do que acentuar o risco das doenças profissionais. O conceito de envelhecimento activo coloca, pois, a relação fundamental entre a saúde e o trabalho.

A discriminação fundada na idade está na base do estatuto simbólico que as pessoas idosas detêm na sociedade,

quer em termos sociais ou políticos. Apesar de serem cada vez mais numerosas, as pessoas idosas não têm vindo a ganhar maior protagonismo na sociedade, permanecendo basicamente afastadas dos processos de decisão. A participação cívica parece depender bastante da possibilidade de romper com a inactividade e a dependência a que os idosos estão destinados. O prolongamento da actividade económica no quadro de uma transição gradual entre o trabalho e a inactividade permitiria não só contrariar o sentido de exclusão a que os preconceitos condenam os inactivos, mas também desenvolver uma cidadania dos seniores e dos seus direitos de participação.

Com base nos princípios expostos, os teóricos do envelhecimento activo que temos seguido (Naegele, 1999; Walker, 2002), têm indicado algumas linhas de orientação para as políticas públicas. Advogam, em primeiro lugar, estratégias pró-activas de emprego que contribuam para combater as discriminações associadas à idade. Caso contrário, devido à tendência actual de desincentivo à reforma antecipada e de aumento da idade da mesma, as pessoas idosas que ocupam empregos precários correriam riscos acrescidos de exposição ao desemprego. Em segundo lugar, entendem que se deveria reconhecer o direito de todos os cidadãos a um rendimento condigno como condição indispensável à participação plena na vida social. Independentemente deste direito, consideram ainda que o sistema de reformas não deveria impedir ou restringir o acesso das pessoas idosas ao mercado de trabalho, pelo que não deveria impor uma idade obrigatória para a cessação da actividade profissional nem impedir a possibilidade de acumulação da reforma com um emprego a tempo parcial.

Consideram, em terceiro lugar, que o sistema de saúde deveria desenvolver cada vez mais uma medicina preventiva que corrija a relação entre as más condições de saúde e o trabalho. Esta correcção seria a única capaz de travar a explosão da despesa futura em saúde. Por último, entendem que a luta contra a discriminação no mercado de trabalho, a garantia de um rendimento condigno e os cuidados de saúde adequados reforçariam os meios de participação das pessoas idosas.

O paradigma do envelhecimento activo surge como um programa de intervenção na sociedade voltado para a mudança da condição do idoso e que procura, ao mesmo tempo, responder aos problemas do aumento da longevidade. Não deve ser meramente uma justificação para o aumento das carreiras activas e contributivas em virtude do desequilíbrio entre activos e inactivos e da pressão social e económica que este desequilíbrio coloca ao sistema de segurança social. Com efeito, a noção de envelhecimento activo convida a reformular a articulação entre a actividade e a reforma, entre o trabalho e a saúde, entre a participação e a exclusão, enfim, convida a que se caminhe para uma sociedade sem discriminações em torno da idade.

## Representações sobre o prolongamento da vida activa

### A passagem para a reforma

Para muitos dos entrevistados que participaram nos «focus groups», a reforma surgiu de um modo inesperado, isto é, mais cedo do que pensaram em virtude de dois factores. O primeiro resulta das políticas sociais adoptadas no sentido de facilitar a passagem antecipada para a reforma em condições favoráveis, sem penalização, contemplando inclusive a possibilidade de utilizar a 'passagem pelo Fundo de Desemprego' (cerca de 3 anos), para contagem de tempo de trabalho/descontos.

*Eu estava a contrato, trabalhava lá há ano e meio... acabou o contrato. Lá o da secção de pessoal chamou-me ele era um tipo porreirinho e pensava que me ia dar uma notícia triste... quando ele me disse que passa va uma carta para o fundo desemprego, eu disse logo para ele, é mesmo isso que eu quero.*

V., 64 anos, 4º ano de escolaridade, casado, canalizador, reformado há 3 anos.

O segundo factor decorre da conjuntura económica, que implicou processos de reestruturação ou de falência de empresas. Estes processos tendem, por um lado, a "empurrar" para o desemprego trabalhadores de idade mais avançada e com dificuldade em arranjar outro emprego; e por outro, levam frequentemente a uma deterioração dos ambientes de trabalho que surgem como justificação para a saída do mercado de trabalho através do mecanismo da reforma antecipada.

*Eu vivia na calma, só que quando cheguei aos 62 anos, a empresa mãe começou a sofrer uma reestruturação enorme. E o que é que se passou? Passou-se que... começaram a ir pessoas com quem eu já lidava há mais de 20 anos... os amigos próximos que estavam ali começaram a sair... começam a ser substituídos por rapaziada nova, todos impecáveis... mas já me sentia deslocado. (...) Fiz as minhas contas e quando aquilo deu certinho para que o tempo que me faltava era coberto pelo desemprego, fui ter com a administração e propus negociar a saída.*

F., 69 anos, 9º ano de escolaridade, casado, empregado administrativo, reformado há 7 anos.

A convergência destes dois factores tornou relativamente precoce a entrada na reforma. Os entrevistados assinalam idades que raramente ultrapassam os 60 anos, sendo frequentes as idades que ficam abaixo deste limiar. Através do mecanismo da reforma antecipada, as políticas sociais responderam à necessidade de contornar a fraca empregabilidade dos desempregados mais velhos, evitando que caíssem em situações de precariedade económica que se afiguraria como uma situação socialmente injusta, atendendo às longas trajectórias profissionais, embora não necessariamente contributivas, de muitos deles.

As representações da reforma: antes e depois

A representação da reforma assume contornos distintos consoante se trate de indivíduos activos ou de reformados. Para estes últimos, quer tenha surgido de modo inesperado ou previsível, a reforma tende a ser referida de um modo positivo ou negativo. Para uma representação positiva da reforma contribuem essencialmente duas razões: a aspiração a ter mais tempo disponível e a insatisfação com o trabalho, quer por falta de realização pessoal (não gostavam do que faziam), quer devido às condições físicas, ambientais e organizacionais em que o mesmo era realizado (por exemplo, forte pressão no sentido do cumprimento de objectivos; trabalho por turnos; trabalho nas obras ao frio/calor; mau ambiente por reestruturação da empresa, etc.).

*Às vezes saio de casa sem destino e arranjo destino. Ter tempo para mim, não andar a correr. Eu levei muitos anos a correr, saía de casa a correr, não tomava o pequeno-almoço, tudo a correr. Não vi os meus filhos crescerem praticamente, quase não tinha tempo de olhar para eles, de repente eles estão crescidos. Agora tenho uma neta de 5 meses e todas as tardes de Domingo vou ver a minha netinha. É uma delícia ter tempo.*

M.C., 67 anos, casada, costureira, reformada há 7 anos.

Além destas motivações, a representação positiva da reforma articula-se com outras condições sociais que contribuem para um quadro de vida satisfatório, designadamente um rendimento similar ao anterior enquanto activo, a ausência de doenças ou problemas graves de saúde do próprio ou de familiares próximos, nomeadamente o cônjuge, e a presença de pessoas nas mesmas circunstâncias na rede social do próprio, o que facilita a sensação de integração social.

*Acho que a minha vida melhorou imenso desde que saí de lá. Em todos os sentidos... de ter mais possibilidades, de viajar mais, de ter mais coisas, economicamente, tudo. Foi um bom negócio.*

J., 60 anos, 12º ano, divorciado, programador informático, reformado há 2 anos.

A representação negativa da reforma começa por depender do seu carácter compulsivo, por vezes devido a razões relativas ao mercado do trabalho, noutras devido a razões de saúde. Dentro das primeiras, as mais citadas são o despedimento ou a falência da empresa, que não deixa outra alternativa senão a reforma tendo em conta a idade dos entrevistados.

*Fui obrigado, porque a firma fez fusão com outra e foi compulsivo. Quando eu me reformei fiquei como, digamos como um comboio em andamento e uma travagem brusca. Eu queria continuar e não pude.*

R., 67 anos, 9º ano de escolaridade, casado, empregado de aprovisionamento, reformado há 10 anos.

Noutros casos, a passagem à reforma é menos directamente determinada por essas circunstâncias, embora nunca constitua uma opção voluntária e desejada na medida em que surge motivada, ora pelo receio de que o seu adiamento poderia significar a perda, ou pelo menos o risco de perda, de regalias sociais; ora pela degradação das condições de trabalho, em consequência de processos de reestruturação organizacional. Nestas condições, a reforma tornou-se uma alternativa preferível à continuidade laboral.

Quanto às razões de saúde, dizem respeito não apenas à condição do próprio mas também à do cônjuge. No caso do próprio, a condição precária de saúde ou a doença são motivos para cessar a actividade profissional; no do cônjuge, é a necessidade de prestar cuidados de saúde em situações de doenças graves ou incapacitantes que explica a retirada precoce do mercado de trabalho.

*Eu tive muita pena, senti-me obrigada, entre a espada e a parede ou tinha que entregar o meu marido a algum sítio que tratassem dele ou tratava eu, de modo que optei e evidentemente fiquei eu.*

A., 59 anos, 4º ano de escolaridade, casada, auxiliar de acção médica, reformada há 1 ano

Quer seja motivada por causas económicas, quer por razões de saúde, a passagem para a reforma é sentida como uma obrigação, e não como voluntária, e não representa a concretização de uma aspiração. Esta saída forçada do mercado de trabalho, que parece marcar uma população mais feminina e pouco escolarizada, surge por vezes associada a uma vivência da reforma um pouco passiva, com tendência acentuada para o isolamento social e dificuldade em ocupar o tempo disponível e/ou a manter uma rede social.

Em relação aos activos, a representação da reforma é quase sempre referida em termos negativos, ainda que em termos diferentes dos que são referidos pelos reformados. Se estes últimos lamentam as condições económicas ou as dificuldades na ocupação do tempo, os primeiros atribuem uma conotação negativa à própria reforma, encarando-a como um estado de inutilidade, dependência, ou mesmo de decadência, e de velhice, uma fase da vida em que, segundo eles, parece não existirem actividades que os mantenham socialmente envolvidos.

*Eu acho que se perde utilidade. Quer dizer, é evidente que a pessoa pode continuar a trabalhar e pode-se manter activo, mas o conceito de reforma... digamos o conceito de reforma na sua pureza, de facto...*

J., 65 anos, licenciatura, casado, revisor de conta

Para estes entrevistados, existe, evidentemente, uma enorme sobreposição, ou mesmo uma sobreposição completa, entre a reforma e a velhice, na qual emergem também os epítetos negativos que marcam e alimentam o idadismo. Além desta representação muito negativa, a reforma suscita receios profundos, que não surgem referidos pelos reformados. Em termos de importância, os receios em torno das preocupações económicas aparecem à frente, designadamente a incerteza em relação ao valor pecuniário da reforma ou da sustentabilidade do seu pagamento nos montantes e condições equivalentes aos que actualmente vigoram.

*Já não podem fazer nada, porque se calhar não têm reforma, não têm capacidade financeira. As reformas neste país são o que são. As pessoas neste país... nós vemos no jardim a jogar às cartas... porque não têm capacidade financeira para outras coisas, para viajar...*

A., 55 anos, 11º ano de escolaridade, divorciado, técnico de informática

A seguir, surgem os receios em relação à saúde, naturalmente reforçados por uma representação muito negativa e pouca activa do envelhecimento. Por último, receio sobre a ocupação do tempo, quer em termos de actividades, quer em termos de sociabilidades, que permitam evitar a apatia e o isolamento sociais.

*Eu gosto de me levantar de manhã e saber que tenho uma responsabilidade, um horário a cumprir. Enquanto eu puder eu gosto de ter uma responsabilidade, para ter o tempo ocupado, para não me sentir tão velha, porque se a gente costuma-se dizer que parar é morrer.*

N.R., 66 anos, 4º ano de escolaridade, casada, cozinheira.

*Uma pessoa levantar-se e "o que é que eu vou fazer agora?". Eu penso que é um vazio tão grande, levanta-se e, "agora para onde é que eu vou?" Se está a chover o que é que eu vou fazer deve ser horrível, eu não ter uma agenda para ocupar o dia deve ser...*

J., 56 anos, 11º ano de escolaridade, solteiro, empresário

Esta representação, simultaneamente distanciada e receosa da reforma, não é muito sensível às divisões sociais. De uma forma geral, os indivíduos que ainda são activos revelam baixas expectativas em relação à reforma, evitam pensar nessa fase de vida que os faz sentir «velhos» e, conseqüentemente, tendem a afastar essa fase para longe no tempo. Quase que se pode dizer que o carácter negativo da representação da reforma é inversamente proporcional à idade dos entrevistados. Obviamente, esta atitude não deixará de ter implicações na preparação e na antecipação de uma situação que inevitavelmente chegará.

*Estou de acordo, é a decadência, é o caminhar para o fim, é quase o último ciclo.*

J., 56 anos, 11º ano de escolaridade, solteiro, empresário

#### A preparação da reforma

Como decorre das representações analisadas, a preparação para a reforma, no sentido de não só assegurar condições materiais que evitem privações maiores, mas também no de antecipar a ocupação do tempo de uma forma satisfatória, não constituiu nem constitui uma preocupação prioritária dos participantes dos *focus groups*. De um mo-

do geral, apercebe-se alguma dificuldade em pensar esta fase da vida, seja porque ocorreu mais cedo do que se esperava, justificação frequentemente dada pelos reformados, como se referiu; seja porque, conforme referem os indivíduos activos, é uma fase de vida que causa muitos receios, ou pelo menos alguma perturbação, que parecem escapar ao controlo do indivíduo.

*A minha mulher já está reformada e o que vai valendo é a reforma dela que, como se costuma dizer, é o único dinheiro que entra agora em casa. Mas quando vier a minha reforma será sempre mais pequena que a dela, que vai ser uma reforma mínima. Quer dizer que nunca farei grandes planos.*

R., 58 anos, 6º ano de escolaridade, casado, vendedor, desempregado.

*Não, eu não quero, nem penso sequer o que vou fazer na reforma.*

F., 59 anos, 11º ano de escolaridade, contabilista.

A principal preparação referida é a económica, sobressaindo a referência à constituição de um «pequeno pé-de-meia» e a investimentos, em especial em PPR's. São sobretudo pessoas activas que os referem, admitindo-se que seja uma preocupação mais presente na actual geração do que na anterior por ter diminuído a confiança na sustentabilidade do valor das reformas a partir da altura em que começaram a ser feitas alterações na segurança social.

*Fiz uns PPR's e... fui investindo, não muito, uma coisinha para poder... não acredito que haja reformas, não acredito muito que vá receber o cheque...*

A., 55 anos, 11º ano de escolaridade, divorciado, técnico de informática.

No entanto, esta preocupação é claramente minoritária, porquanto a tendência dominante aponta para a ausência de um plano de poupança. Muitos dos reformados ignoravam o valor exacto das reformas que iriam receber, e outros, que se reformaram em consequência de um despedimento, consideraram a indemnização que receberam um equivalente ao tal «pé-de-meia» que desejariam ter realizado antes do abandono do mercado de trabalho.

Também em relação à antecipação da ocupação do tempo na reforma parece não haver grande preocupação nem planos ou projectos concretos. Os participantes manifestam ideias vagas, coisas que gostariam eventualmente de fazer, sem que daí decorra um plano bem determinado. Esses anseios reflectem os posicionamentos sociais dos indivíduos, como a referência que alguns homens pouco instruídos fazem no sentido de passar a reforma na terra de origem ou onde arranjam uma casa, normalmente junto do mar.

*O meu marido diz que, quando eu me reformar, devíamos estar mais tempo na terra.*

*Se calhar, se eu conseguir ir fazendo por exemplo umas coisinhas para os netos, uns lacinhos ou umas rendinhas, se calhar não estava parada.*

N.R., 66 anos, 4º ano de escolaridade, casada, cozinheira

As mulheres afastam-se destas referências e assinalam sobretudo ocupações que ocorrem dentro de casa. Transversalmente, surgem também como aspirações generalizadas o desejo de viajar ou de passear pelo país e pelo estrangeiro, e ter uma vida familiar intensa na qual se inclui o cuidar dos netos. Apesar de menos vezes referidos, surgindo apenas como aspirações minoritárias, aparecem ainda o desejo de fazer voluntariado ou de apoiar os outros qualquer que seja o meio, ou ainda o de dedicar-se a aprender, seja uma actividade artística, decorativa ou uma língua.

Em termos gerais, os participantes não antecipam grandes mudanças nem têm planos de vida definidos para o período da reforma, não assinalando por isso o tipo de ocupações do tempo ou as actividades que irão realizar. Mesmo que alimentem expectativas em relação à reforma, tal não constitui garantia de que estas se realizarão. Como referem alguns reformados, eventos imponderáveis como a necessidade de cuidar dos netos ou acontecimentos dramáticos como a morte do cônjuge ou de um familiar acabam por conduzi-los noutras direcções que não foram nem, na realidade, podiam ser antecipadas.

## O trabalho após a reforma

Trabalhar após a reforma é algo que uma parte dos entrevistados não rejeita. É mais uma preferência, uma disposição, que se manifesta do que uma situação concreta. Até porque importa separar a situação dos que já entraram na reforma dos que ainda permanecem activos.

Considerando os primeiros, ou seja os reformados, raros são os que assinalam uma actividade regular, aparecendo mais frequentemente referências a trabalhos ocasionais ou sazonais. Praticamente para todos, o recurso ao trabalho é uma forma de obter um rendimento extra, pelo que são os que se encontram insatisfeitos com as actuais condições da reforma, seja por dificuldades económicas, seja por dificuldades na ocupação do tempo, que expressam disponibilidade e interesse em exercer uma actividade remunerada.

*Gostava de ter a hipótese de as pessoas poderem ser úteis, mas remuneradas. Não uma coisa por aí além, mas alguma coisa que ajudasse à parte da reforma quando é pequena... e que nós pudéssemos fazer ou um part-time ou o dia todo até se fosse preciso, mas não sendo uma remuneração como um trabalhador novo. Que houvesse firmas, empresas... que não nos deixassem para o lixo. Eu acho que o que sinto é isto... a pessoa reformou-se é lixo, acabou.*

M.I., 70 anos, 4º ano de escolaridade, solteira, empregada de escritório, reformada há 18 anos.

No entanto, mesmo no grupo dos que expressam insatisfação em relação à reforma, há quem não revele uma predisposição favorável para o trabalho com o argumento de que já se trabalhou toda a vida e que agora se prefere ter liberdade. É sobretudo no grupo dos que manifestam satisfação com a actual situação de reformado que o interesse pelo trabalho é menos frequente, não só porque, certamente, as motivações económicas não são tão prementes como noutros casos, mas também porque seria provavelmente muito difícil exercer uma actividade profissional equiparável à que se exerceu durante a vida activa.

No que respeita aos entrevistados que ainda não entraram na reforma, a hipótese de continuar a trabalhar tende a ser vista com interesse. Em parte, este interesse é justificado pelos receios que manifestam em relação à reforma, designadamente em termos de preocupações económicas, que são muito prementes. Porém, a disponibilidade que revelam para trabalhar está sujeita a certas condições preferenciais como a realização de um trabalho menos intenso, do tipo *part-time*, evidenciando a necessidade de o trabalho estar adaptado não só às condicionantes de saúde trazidas pelo envelhecimento, como também à possibilidade de usufruir de mais tempo livre.

*Porque quero trabalhar e gosto de estar ocupado, e não quero andar para aí a passear feito um .*

F., 59 anos, 11º ano de escolaridade, contabilista.

À luz dos testemunhos recolhidos, a actual geração de reformados, apesar de ter entrado na reforma numa idade relativamente precoce e em condições de saúde relativamente razoáveis, salvo uma ou outra excepção, não manifesta grande adesão à ideia de prolongamento da vida activa. Poucos mantiveram uma actividade regular ou ocasional, e quando isso acontece é por necessidade de obter um rendimento extra que aumenta o rendimento parco da reforma. O pensamento dominante parece considerar a reforma como um tempo fora dos constrangimentos do trabalho. Esse tempo é para uns de difícil ocupação, mas para outros surge como uma oportunidade para realizar projectos pessoais, por uma razão ou outra foram sempre adiados. Neste sentido, o tempo da reforma é um tempo de liberdade por oposição ao trabalho.

Pelo contrário, a geração que ainda se encontra a trabalhar encara o prolongamento da vida activa como uma possibilidade que se coloca no futuro, desde que sejam asseguradas condições compatíveis com o próprio envelhecimento, ou seja, um trabalho menos intenso e que não restrinja em demasia o tempo livre, como acontece quando se exerce uma actividade profissional regular.

## Conclusão

A análise realizada aponta para a necessidade de distinguir entre pessoas na reforma e pessoas que ainda estão em actividade. As representações e as estratégias perante a reforma variam consideravelmente nos dois universos.

No grupo dos reformados, um dos aspectos que mais o caracteriza tem a ver com o papel das políticas sociais que permitiram ou facilitaram um acesso relativamente precoce à reforma, não apenas devido a um regime de aposentação mais favorável do que o actual, mas também como forma de ultrapassar as dificuldades de empregabilidade com que se confrontavam os trabalhadores mais velhos que perdiam o emprego por falência ou reestruturação das empresas em que trabalhavam. Em contrapartida, muito deles não entraram na reforma nas condições económicas que desejariam, pelo que a saída forçada do mercado de trabalho, que pode também ser causada por motivo de saúde do próprio ou do cônjuge, constitui o motivo principal da representação negativa da reforma. Em sentido inverso, a ausência destes motivos contribui para uma representação positiva da mesma, à qual se juntam frequentemente a insatisfação em relação ao trabalho realizado enquanto activo bem como a valorização do tempo disponível que a reforma proporciona. As condições económicas e de saúde surgem como factores determinantes na qualidade da reforma e, provavelmente, na base das desigualdades que nela se verificam.

Quanto aos activos entrevistados, importa sublinhar alguns aspectos. Um deles tem a ver com a preparação e a antecipação da reforma. Como os actuais reformados, as pessoas que se aproximam da reforma não assumem, salvo excepção, precauções especiais ou planos bem definidos. Mesmo quando há intenção de precaver o futuro, como no caso da poupança, a concretização é adiada por falta de meios. O tempo da reforma é decidido quando se entra nela; não antes.

A contribuir para esta falta de preparação perante o futuro está a representação da velhice e da reforma. As pessoas activas entrevistadas revelam uma representação bastante negativa sobre este período de vida, que identificam com a dependência e a inutilidade, ou com a aproximação do final das suas vidas, razões pelas quais evitam pensar muito no assunto ou projectar planos bem definidos. Esta representação não deixa de reflectir aspectos do idadismo — uma atitude que desvaloriza, quando não discrimina, a condição social das pessoas idosas. Se o idadismo estivesse menos presente, seria talvez possível supor uma outra atitude perante a preparação do futuro, embora esta não dependa exclusivamente das condições simbólicas. Uma representação menos discriminatória e mais valorativa da velhice contribuiria para atribuir um sentido social permanente à experiência ao longo da vida.

O lado menos negativo em relação à velhice reside no facto de os entrevistados manifestarem uma atitude favorável ao prolongamento da vida activa. Manter-se activo significa adiar a entrada nessa fase de vida e, portanto, afastar os estigmas a que está associada. Mas significa também responder aos receios de ordem económica que pairam relativamente ao período da vida em que os rendimentos já não dependem do trabalho. O prolongamento da actividade seria assim a forma de assegurar uma identidade pessoal autónoma e rejeitar o estado de dependência pessoal e económica com o qual identificam a velhice.

Do ponto de vista do envelhecimento activo, estes resultados permitem evidenciar dois pontos. O primeiro diz respeito à receptividade em relação ao prolongamento da vida activa, que constitui um sinal claro de que os actuais indivíduos activos integraram as novas regras de aposentação e encaram a actividade como um meio de assegurar a independência económica. Porém, contrariamente ao que é preconizado pelo paradigma do envelhecimento activo, o prolongamento da actividade não é visto como um meio de valorizar a integração da condição idosa na sociedade, mas sim como uma necessidade de protecção em relação à eventual incapacidade da segurança social para proporcionar uma reforma condigna e autónoma, assim como em relação a uma representação negativa da velhice que reflecte e reforça as discriminações em torno da idade. Este é um segundo ponto que merece ser realçado. Com efeito, os dados recolhidos denunciam a influência significativa dos estigmas e preconceitos que constituem o idadismo. Embora dependa da intensidade com que se manifesta, a sua presença poderá ir contra a disposição favorável ao prolongamento da vida activa, porquanto as discriminações etárias continuarão a fazer sentir-se no mercado de trabalho, afectando as pessoas mais velhas e reforçando as tendências para a sua exclusão ou auto-exclusão.

A mudança do funcionamento do mercado de trabalho é absolutamente necessária para se promover o envelhecimento activo. Sem uma perspectiva estrutural, o envelhecimento activo enquanto programa de reformas que visa alterar a condição de idoso na sociedade corre o risco de ser reduzido à perspectiva do envelhecimento saudável, em que a actividade é essencialmente encarada como um meio de estimular as capacidades funcionais e a autonomia do indivíduo até tão tarde quanto possível. Este reducionismo é acompanhado por um certo enviesamento ideológico na medida em que o envelhecimento saudável é apresentado como um conjunto de orientações pragmáticas de que seria difícil alguém discordar, mas dependente de uma decisão volitiva meramente individual que relega para segundo plano a dimensão cognitiva da saúde e os determinantes sociais que a acompanham. Mas mesmo que se adopte a perspectiva estrutural do envelhecimento activo, a experiência recente da sociedade portuguesa parece apontar para uma ausência quase total de respostas, quer no sentido da criação de condições organizacionais e legislativas que assegurem o prolongamento justo e saudável da vida activa, quer no sentido da redução dos preconceitos e das discriminações com base na idade (Marques, 2011). As reformas recentes em torno do aumento da idade de reforma não devem responder apenas às pressões financeiras sobre o sistema de segurança social em virtude do agravamento do desequilíbrio entre activos e não activos. É fundamental que se retirem as implicações e se assumam integralmente os pressupostos do envelhecimento activo a fim de que as reformas se orientem igualmente no sentido da integração e da valorização da condição idosa na sociedade, de modo a que esta seja cada vez mais uma sociedade de e para todas as idades.

## REFERÊNCIAS

- Atchley, Robert C. (1982, "Retirement as a Social Institution", *Annual Review of Sociology*, vol. 8, p. 263-287.
- Biggs, Simon, Chris Phillipson, Anne-Marie Money & Rebecca Leach (2006) "The Age-Shift: Observations on Social Policy, Ageism and the Dynamics of the Adult Lifecourse", *Journal of Social Work Practice*, vol. 20, no. 3, pp. 239-250.
- Carr, Deborah (2008), *Encyclopedia of the Life Course and Human Development*, vol. 3: *Later Life*, Macmillan Social Science Library.
- Clarke, Amanda, Lorna Warren (2007), "Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell about active ageing?", *Ageing and Society*, vol. 27, pp. 465 – 488.
- Elder, Harold W., Patricia M. Rudolph (1999), "Does retirement affect the level of retirement satisfaction?", *Financial Services Review*, vol. 8, pp. 117-127.

- Fouquereau, Evelyne, Anne Fernandez, António Manuel Fonseca, Maria Constança Paul, Virpi Uotinen (2005), "Perceptions of and satisfaction with retirement: a comparison of six European Union countries", *Psychology and Ageing*, vol. 20(3), pp. 524-228.
- Fred Darnley, Jr. (1975), "Adjustment to Retirement: Integrity or Despair", *The Family Coordinator*, April, pp. 217-226.
- Gee, Gilbert C., Eliza K. Pavalko, J. Scott Long (2007), "Age, Cohort and Perceived Age Discrimination: Using Life Course to Assess Self-reported Age Discrimination", *Social Forces*, vol. 86, no.1, pp. 265 - 290.
- Giles, Howard, Scott A. Reid (2005), "Ageism Across Lifespan: Towards a Self-Categorization Model of Ageing, *Journal of Social Issues*, vol. 61, no. 2, p. 389-404.
- Guillemard, Ane-Marie (2000) *Aging and the Welfare-State Crisis*, London, Associated University Presses.
- Künemund, Harald, Franz Kolland (2008), Work and retirement, in John Bond, Sheila Peace, Freya Dittmann-Kohli and Gerben Westrhof (Ed.), *Ageing in Society. European Perspectives on Gerontology*, London, Sage Publications.
- Lima, Maria Luísa (Coord.) (2011) *Idadismo na Europa. Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português (Relatório II)*, Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa.
- Marques, Sibila (2011), *Discriminação na Terceira Idade*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Mendes, Fernando Ribeiro (2011), *Segurança Social. O Futuro Hipotecado*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Minichiello, Victor, Jan Browne and Hal Kending (2000), "Perceptions and consequences of ageism: views of older people", *Ageing and Society*, vol. 20, pp. 253-278.
- Moody, Harry R. (2006), *Aging. Concepts and Controversies*, California, Pine Fore Press.
- Morgan, Leslie and Suzanne R. Kunkel (2007), *Aging, Society and the Life Course*, New York, Springer Publishing Company.
- Naegele, G. (1999), *Active Strategies for an Ageing Workforce*, Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Nelson, Todd D. (2004), *Ageism. Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*, London, The MIT Press.
- OCDE (1998), *Maintenir la Prospérité dans une Société Vieillissante*.
- OMS (2002), *Vieillir en Restant Actif. Cadre d'Orientation*.
- [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf)
- Phillipson, Chris (1998), *Reconstructing Old Age. New Agendas in Social Theory and Practice*, London, Sage Publications.
- Roscigno, Vincent J., Sherry Mong, Reginald Byron, Griff Tester (2007) "Age Discrimination, Social Closure and Employment", *Social Forces*, vol. 86, no. 1, p. 313-334.
- Tougas, Francine, Martine Lagacé, Roxane de la Sablonnière, Lucie Kocum (2004) "A new approach to the link between identity and relative deprivation in the perspective of ageism and retirement", *Aging and Human Development*, vol. 59(1), p. 1-23.
- Walker, A. (2002), "A strategy for active ageing", *International Social Security Review*, vol. 55, no. 1, pp. 121-140.

## Contactos / Contacts

- Prof. Doutor Pedro Moura Ferreira - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, [pedro.ferreira@ics.ul.pt](mailto:pedro.ferreira@ics.ul.pt)
- Mestranda Paula Jerónimo - Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa, [paula.jeronimo@ics.ul.pt](mailto:paula.jeronimo@ics.ul.pt)
- Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral - Instituto do Envelhecimento / Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, [mvcabral@ics.ul.pt](mailto:mvcabral@ics.ul.pt)
- Prof. Doutor Pedro Alcântara da Silva - Instituto do Envelhecimento / Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, [pedro.alcantara@ics.ul.pt](mailto:pedro.alcantara@ics.ul.pt)



# Vulnerabilidade em saúde decorrente da vivência da passagem à reforma

**Professora Doutora Helena Loureiro**

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## Resumo / Abstract

A passagem à reforma constitui um acontecimento de vida, de carácter transicional, que exige dos seus protagonistas uma inevitável experiência de adaptação à mudança (Fonseca, 2004; Meleis, 2010). A evolução dos comportamentos e do estado de saúde que revelam durante esse período é ilustrativa deste facto e traduz, em certa medida, os efeitos de vulnerabilidade que a aquisição deste estatuto lhes poderá suscitar em termos de saúde.

Com a finalidade de conhecer esses mesmos efeitos, desenvolveu-se uma investigação que teve por objectivo geral: "Descrever a evolução dos comportamentos e do estado de saúde dos indivíduos e das famílias, no período de passagem à reforma".

Tratou-se de um estudo que compreendeu duas fases de implementação. Uma primeira, de carácter quantitativo, no qual foi aplicado um questionário a 432 indivíduos que se encontravam aposentados há menos de cinco anos, em que a selecção amostral foi conseguida pelo método de rede e os dados obtidos foram analisados com recurso ao programa SPSS<sup>17</sup> e ao método de análise de conteúdo de Bardin. Uma segunda, de carácter qualitativo, na qual foram entrevistadas 14 famílias de indivíduos que tinham percepcionado alterações e/ou dificuldades na primeira fase deste estudo, em que a análise da informação se sustentou num referencial teórico de interaccionismo simbólico e numa metodologia de investigação narrativa, contando com o auxílio do Nvivo 8.

Da análise da informação obtida, concluiu-se que as variáveis sociodemográficas (ex. género, a idade, o nível socio-económico), a simultânea vivência de outros acontecimentos transicionais, o motivo de passagem à reforma e o contexto de desenvolvimento familiar são determinantes no processo de adaptação que os indivíduos vivenciam e que, senão devidamente identificados e alvo de intervenção precoce, poderão constituir fonte de vulnerabilidade em saúde. Conclui-se ainda que a passagem à reforma não é um o processo de adaptação exclusivamente experimentado pelos indivíduos que o protagonizam, mas que é igualmente vivenciado pelos elementos da família que se constituem como contexto do seu desenvolvimento.

## Comunicação / Paper

### Estado da Arte

O envelhecimento traduz uma realidade do processo de desenvolvimento humano, cujo percurso evolutivo se torna inevitável. Ainda que ao longo dos últimos anos se tenha realizado um significativo investimento científico neste domínio, o acto de envelhecer continua a ser conotado de forma pouco auspiciosa e, não raras vezes, até mesmo com um certo cariz de negativismo.

Na verdade, quando se está inserido numa sociedade em que os ícones de referência se identificam com a juventude, com a beleza, com a autonomia, com o *status*, com o poder económico e com tantos outros, que durante o envelhecimento se vão desvanecendo, não será difícil perceber a origem da construção de um estigma desta natureza. Mais, ainda, quando alguns dos efeitos biofisiológicos, psicológicos, sociais e ecológicos a este processo associados se tornam evidentes e, até ao momento, de difícil modificação.

Esta representação social do envelhecimento tenda a modificar-se, e um dos mais evidentes contributos para que esta mudança de paradigma se verifique talvez seja o crescente envelhecimento populacional a que se tem vindo a assistir nas últimas décadas. Contudo, ainda que tal mudança se constate, a realidade é que o fenómeno de envelhecimento continua a estar cada vez mais presente nos assuntos que constituem a ordem do dia, e este não apenas para as questões demográficas mas sobretudo para aquelas que são as actuais opções estratégicas das políticas sociais e de saúde.

As elevadas taxas de morbilidade, os níveis de dependência social e o aumento de encargos económicos a que este "sobre envelhecimento" origina, são alguns dos indicadores da referida premissa e fazem com que se assista a

---

\* De referir que esta comunicação teve a orientação de:

Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo - Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra

Professor Doutor António Manuel Fonseca (Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa)

uma crescente preocupação por parte das entidades governativas. Com efeito, num quadro epidemiológico no qual se vive cada vez mais tempo e em que esse "mais tempo" se repercute invariavelmente em dificuldades acrescidas de vivência, o efectivo investimento em medidas que promovam um envelhecimento activo torna-se cada vez mais premente, não apenas com vista à maximização da qualidade de vida dos envelhecidos, mas, também, precorrendo a sustentável evolução da sociedade que os acolhe.

Conforme é do domínio geral, a referida qualidade de vida passa pela preservação do estado de saúde dos indivíduos e esta, necessariamente, pelo equilíbrio de toda uma constelação de factores e sistemas que nela interferem, como sejam a família, o trabalho, a sociedade e as relações de interacção que entre os mesmos se estabelecem. Admitindo, ainda, que é resultante desta interacção e das evidências que se foram constituindo significativas, que os indivíduos vão adoptando as atitudes e os comportamentos conducentes àquela que é a construção do seu projecto de saúde individual, considera-se, então, que o estudo do envelhecimento deve contemplar um profícuo conhecimento da forma como estes processos interaccionais se desenvolvem, em determinadas fases do ciclo vital.

Todavia, porque um envelhecimento de qualidade, "bem-sucedido" (Baltes e Baltes, 1990) ou activo, deve ser promovido num tempo anterior àquele em que se faz manifestar, reconhece-se que o investimento neste domínio deverá ser efectuado numa fase antecedente à que se identifica com a de idoso (o mesmo é dizer, durante a meia-idade).

Ainda que se trate de um estadió do desenvolvimento humano sobre o qual persiste alguma indefinição conceptual, mas que se aceita como sendo o espaço de vida que se encontra compreendido entre a condição de adulto e de idoso (Bee, 1997; Lanhman; 2001; Fonseca, 2004a; Ribeiro, 2005), a meia-idade é, efectivamente, o período do ciclo vital no qual o investimento em termos de promoção de um envelhecimento activo deverá incidir. Assim, porque este período de vida é fortemente marcado pela vivência de múltiplas experiências de transição (Fonseca, 2004; Schumacher e Meleis, 1999) que poderão colocar em risco o desenvolvimento deste processo, considera-se pertinente conhecer os efeitos que os acontecimentos de vida transicionais poderão exercer no envelhecimento humano.

A passagem à reforma é indubitavelmente um dos acontecimentos de vida que maior relevância toma nesta fase do ciclo vital. Podendo ser entendida como um evento [quando associada à descrição de um acontecimento de vida que marca uma etapa do ciclo vital, a partir da qual as vivências dos indivíduos se manifestam de forma inevitavelmente diferentes (Belsky, 2001)], como um *status* [quando associada à aquisição de um novo estatuto social (Fernández-Ballesteros, 2004)] ou, ainda, como um processo [por constituir um "...acontecimento de vida que implica a ocorrência de fenómenos de transição-adaptação, que se reflectem em termos desenvolvimentais" (Fonseca, 2004: 361)]; a interferência que este acontecimento de vida exerce nos indivíduos é quase sempre notória e, pelas repercussões que poderá ter no equilíbrio do seu estado de saúde, torna acrescida a vulnerabilidade que os mesmos possam vir a experimentar durante o seu processo de envelhecimento.

Vários autores têm estudado este processo de transição (Fonseca e Paúl, 2002; Fonseca, 2004; Schlossberg, 2004) e descrito alguns dos factores que poderão ser apontados como presumíveis influenciadores desta vivência. As características dos indivíduos que o protagonizam, os significados que atribuem aos contextos laborais nos quais exerciam a dita "vida activa" e o próprio ambiente no qual o referido processo se desenvolveu são os principais factores implicados. De igual modo, também a forma como esperam e/ou anseiam por este evento, o motivo pelo qual se reformaram e o próprio contexto de interacção sistémica no qual o referido acontecimento de vida decorre são igualmente considerados como determinantes no processo de adaptação que desenvolvem nesta transição (*idem*).

Desconhecem-se, porém, os reais efeitos que esta transição poderá vir a originar em termos de equilíbrio da saúde dos indivíduos que o protagonizam e muito menos da saúde daquele que é o contexto sistémico que lhes é mais próximo – a família. Com efeito, até a data, são praticamente inexistentes os estudos que contemplam as famílias que a determinada altura do seu ciclo vital se tornam contexto desta transição e também não se conhece a vulnerabilidade em saúde que a mesma expor os seus elementos.

Cientes de que a promoção e preservação do estado de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades se torna essencial para aquela que deverá ser uma sociedade desenvolvida e precursora da construção de percursos de saúde sustentáveis, o estudo deste acontecimento transicional torna-se de mais-valia para fomentar aquele que deverá ser um envelhecimento activo, "bem-sucedido" ou, globalmente falando, um processo sistémico de *Envelhecimento Saudável*.

## Metodologia

O estudo desenvolveu-se em duas fases. Uma primeira, sustentada em paradigmas quantitativos, recorreu a uma metodologia de carácter descritivo-correlacional e teve por objectivos:

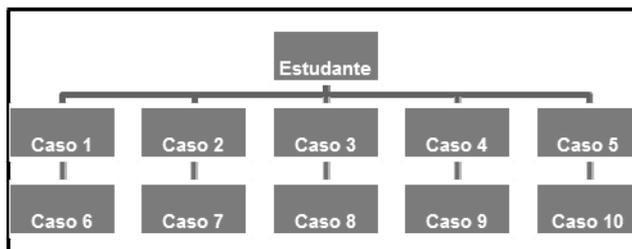
Conhecer as principais alterações e/ou dificuldades percebidas pelos indivíduos, durante a vivência da passagem à reforma;

Identificar as estratégias e as fontes de apoio a que recorrem os indivíduos para fazer face alterações e/ou dificuldades percebidas, durante a vivência da passagem à reforma;

Caracterizar a evolução dos comportamentos adoptados em saúde e de alguns indicadores do estado de saúde dos indivíduos, durante a vivência da passagem à reforma.

Ser detentor de uma memória recente relativamente àquela que tivera sido a vivência da passagem à reforma constituiu uma das principais exigências dadas pela especificidade do foco de análise (percepção de alterações e/ou dificuldades) e, neste sentido, um dos principais critérios de inclusão na amostra foi "estar aposentado há menos de cinco anos". O mencionado critério ditou, de certa forma, o método de amostragem (Figura 1) utilizado - método de rede. Para tal procedeu-se à distribuição de dez questionários a cada um dos 182 estudantes de enfermagem da ESEnfC que iam iniciar estágio em Cuidados de Saúde Primários na ARSCentro e que, de uma forma informada e voluntária, se disponibilizaram a colaborar. A referida colaboração preconizava a identificação de cinco reformados que obedecessem a tal critério, aos quais seriam entregues dois questionários: um para ser preenchido pelo próprio e outro para que os mesmos solicitassem o preenchimento a um dos seus pares (isto é, indivíduos igualmente reformados há menos de 5 anos).

Figura 1 – Método de amostragem (1ª Fase)



De auto-preenchimento, os mencionados instrumentos de colheita de dados inquiriram os participantes relativamente: *i)* ao período de exercício profissional; *ii)* ao momento de passagem à reforma; *iii)* às alterações e/ou dificuldades percebidas durante a referida vivência e estratégias utilizadas para lhes fazer face e, *iv)* à evolução dos comportamentos e do estado de saúde nessa mesmo período.

Ainda que os 1820 questionários tivessem sido distribuídos em envelope RSF, por forma a garantir o anonimato e a efectividade de recepção, o sucesso desta operação foi de 23,74%. Após inspecção e análise dos instrumentos de colheita de dados constantes nos sobrescritos recebidos, a amostra alvo de estudo ficou restringida a quatrocentos e trinta e dois casos (n=432).

Em termos de caracterização sociodemográfica, os elementos desta amostra: eram maioritariamente do género masculino (56,9%); apresentaram uma média de idade de 60,5 anos (DP=5,48; Idade mínima=44 anos, Idade máxima=72 anos), sendo que a média de idade do género masculino se revelou ligeiramente superior ao feminino [masculino (x=60,7 anos; DP=5,42); feminino (x=60,1 anos; DP= 5,54)]; identificaram-se na sua quase totalidade com o estado civil "casado" ou "a viver em união de facto" (92,6%); revelaram uma frequência escolar superior a 9 anos (58,6%), sendo que o género feminino demonstrou ser detentor de superior um grau académico (Quadro 1); e situaram-se com maior percentagem num nível socioeconómico médio (46,1%).

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo a escolaridade e o género (1ª Fase)

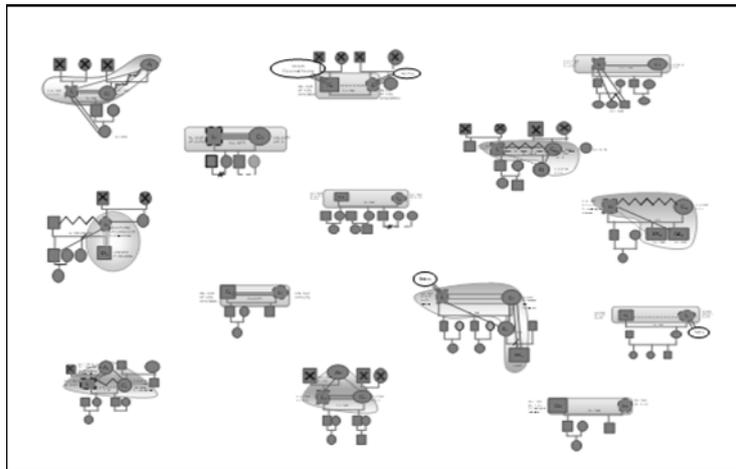
Escolaridade		Género		Total
		Mas	Fem	
0 anos	f	7	0	7
	f(%)	2,8	0,0	1,6
1-4 anos	f	88	67	155
	f(%)	35,8	36,0	35,9
5-9 anos	f	39	21	60
	f(%)	15,9	11,3	13,9
Sem ensino superior	f	48	42	90
	f(%)	19,5	22,6	20,8
Com ensino superior	f	64	56	120
	f(%)	26,0	30,1	27,7
Total	f	246	186	432
	f(%)	100,0	100,0	100,0
		Min=0 anos Max=C/ensino superior Mo=1-4 anos	Min=1-4anos Max=C/ensino superior Mo=1-4 anos	Min=0 anos Max=C/ensino superior Mo= 1-4 anos

Os dados obtidos foram analisados com recurso ao programa SPSS<sub>17</sub> e ao método de análise de conteúdo de Bardin.

A segunda fase, de carácter qualitativo, teve por objectivo *Compreender as vivências das famílias no período da passagem à reforma*. Com tal desígnio foram entrevistadas 14 famílias de indivíduos que tinham percebido alterações e/ou dificuldades, na primeira fase deste estudo. Num total de 36 entrevistados, as referidas famílias eram mai-

oritariamente constituídas pelo subsistema-conjugal, numa fase do ciclo vital de correspondente à de "ninhovazio" (Relvas, 2006), foram identificadas diversas formas de relação entre os seus elementos e o índice médio de APGAR familiar foi igual a 6.

Figura 2- Genogramas das famílias inquiridas (2ª Fase)



A análise da informação recolhida, por entrevista semi-estruturada, sustentou-se num referencial teórico de interacção simbólica e numa metodologia de investigação narrativa, contando com o auxílio do Nvivo8.

## Resultados e Discussão

Os resultados do presente estudo permitiram concluir que algumas variáveis expõem os indivíduos a uma maior vulnerabilidade em saúde, durante a vivência da passagem à reforma. As variáveis sociodemográficas (ex. género, a idade, o nível socioeconómico), a simultânea vivência de outros acontecimentos transicionais, o motivo da passagem a esse estatuto e o contexto de desenvolvimento familiar são exemplo das mesmas.

### O género

Quando questionados relativamente àquela que tivera sido a actividade laboral detida antes da passagem à reforma, 42,6% dos inquiridos referiu ter exercido nas áreas profissionais de "Técnicos e profissionais de nível intermédio", de "Pessoal administrativo e similares" e de "Trabalhadores não qualificados". Na análise comparativa efectuada entre os géneros e dado se ter verificado que, embora sendo detentores de um inferior grau de escolaridade, os elementos masculinos exerceram em áreas profissionais mais diferenciadas [ex. "Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas" (mas=15,0%; fem=9,1%); "Trabalhadores não qualificados" (mas=9,4%; fem=24,7%)], tais evidências vieram corroborar os resultados dos estudos de Almeida (1996) e Amâncio (1989), nos quais prevalecia a desigualdade de oportunidades entre os géneros. Ainda que passadas cerca de duas décadas, mas reportando à época em que a geração em estudo nasceu (período compreendido entre as décadas de 40/60) e aos referenciais socioculturais nos quais assentou o desenvolvimento das suas personalidades adolescentes, tal semelhança, verificada, não constituiu surpresa. Com efeito, se se tiver presente que até à década de 1970 a sociedade portuguesa foi sempre liderada por papéis masculinos, constituída por estruturas familiares bem diferentes das actuais (mais numerosas, com menor acesso a bens e informação, ...), nas quais o papel da mulher era essencialmente remetido para o cuidar do lar e dos filhos e em que a frequência escolar feminina não era de todo incentivada, este resultado era já previsível.

Ainda que contempladas por esta conjuntura, mas porque revelaram um superior grau académico, as mulheres deste estudo, muito provavelmente, terão frequentado o ensino já em idade adulta. Vendo essa vivência acumulada com as actividades laborais, domésticas e de cuidado dos filhos que habitualmente lhes é atribuída (Amâncio, 1996; Torres *et al*, 2005), esse esforço terá tido, com toda a certeza, implicações na dinâmica de vida que adoptaram e reflectido no equilíbrio do estado saúde que evidenciaram ao longo do seu processo de desenvolvimento na meia-idade.

Todavia, porque as evidências estatísticas fizeram notar que as mulheres deste estudo revelaram uma menor percepção de alterações e/ou dificuldades, na vivência transicional originada pela passagem à reforma (mas=58,8%, fem=42,2%;  $\chi^2=0,286$ ;  $p=0,603$ ), depreende-se que para muitas esta circunstância terá constituído um factor promotor da sua saúde psíquica e emocional, durante a adaptação ao referido processo (Fonseca, 2004). Assim, se por um lado, o simples facto de terem deixado de trabalhar fora de casa lhes proporcionou a possibilidade de terem mais tempo para realizar suas actividades domésticas por outro, a manutenção de objectivos de vida e de um sentido de

utilidade que estas actividades envolviam, ter-lhes-á diminuído a probabilidade de ocorrência de processos de involução em saúde.

Contribuiu para esta conclusão o facto de, uma vez questionada a amostra relativamente à vivência que passaram a ter após a passagem à reforma, se ter constatado que as mulheres perceberam “*Ter uma vida mais descontraída*” [mas ( $\bar{x}$ =3,99), fem ( $\bar{x}$ =4,05);  $Z=-2,943$  ( $p=0,003$ )] e a “*Realizar mais actividades lúdicas*” [mas ( $\bar{x}$ =3,39), fem ( $\bar{x}$ =3,67);  $Z=-2,776$  ( $p=0,006$ )]. Na verdade, são vários os autores a referir que as mulheres que trabalham fora de casa são vítimas desta sobrecarga, deixando-lhes muito pouco tempo para si e muito menos ainda para as suas actividades de lazer. Comprovativos desta afirmação foram os resultados do estudo de Torres *et al* (2005) [efectuado numa amostra de 1700 indivíduos trabalhadores (46,5% homens, 53,5% mulheres)], quando revelaram que o género feminino ocupava, em média, menos 0,8 horas diárias em actividades de lazer e de cuidados pessoais do que o género masculino. Na sequência destes resultados, a passagem à reforma parece ter libertado algumas mulheres da quantidade de trabalho que definham e, simultaneamente, ter-lhes proporcionado uma sensação de melhor gestão do tempo em função de si mesmas. Ainda, se se tiver em linha de conta que a geração em estudo foi sempre marcada por esta diferenciação entre os géneros [recorde-se que a mulher trabalhadora não era muito bem aceite no passado e quando, em jeito de emancipação, se fez lançar ao mundo do trabalho fora de casa, uma das condições que teve de aceitar foi o de acumular os dois papéis (trabalho em casa e fora de casa)], percebe-se então o efeito de melhoria em saúde que esta mudança de estatuto terá exercido nas mulheres questionadas.

Outros dos indícios reveladores da assimetria de adaptação a esta vivência transicional, observada entre os géneros, foi o facto de se verificado que os elementos do género masculino terem revelado com maior frequência a percepção de “*Alteração da rotina diária*” (mas=55,6%; fem=44,4%) e a percepção de “*Dificuldade em ocupar o tempo*” (mas= 55,0%; fem=45,0%) após a passagem à reforma. Denotando uma vez mais a diferente vulnerabilidade a que estão expostos os protagonistas desta adaptação, estes resultados vieram alertar para a imperatividade de manter objectivos e actividades conducentes à manutenção de um sentido de vida, numa fase de desenvolvimento mais avançada.

#### *A idade*

Quando se verificou que os inquiridos que apresentavam uma idade superior a 65 anos (à data da aquisição do estatuto de reformados) foram os que perceberam em maior percentagem a vivência de alterações e/ou dificuldades na passagem à reforma, a ideia que de imediato emergiu deste resultado foi a maior dificuldade de adaptação que estes indivíduos apresentaram face a este processo de transição. Ou porque não desejavam “entrar na reforma” [como acontece a alguns indivíduos durante longos anos fizeram do trabalho o seu objectivo de vida (Fonseca, 2004a)] ou porque, mesmo querendo “entrar na reforma”, não se encontravam preparados para a mudança que foram encontrar [dado que este acontecimento de vida origina a necessidade de refazer, não apenas uma estrutura horária mas também, de reestruturar metas, objectivos de vida e relações sociais que passam a diferir das anteriores (Rodrigues, 2004)], a forma como se reportaram a este acontecimento de vida fez notar que o mesmo lhes terá suscitado alguma alteração no seu percurso de desenvolvimento.

Outros factores poderão ter estado na origem destes resultados e neste contexto a maior vulnerabilidade em saúde, decorrente de se estar a vivenciar um estado a mais avançado do processo de envelhecimento, poderá ter sido mais uma das explicativas. Efectivamente, ocorrendo numa fase mais tardia do desenvolvimento humano, dificilmente se consegue dissociar a “passagem à reforma” do “envelhecimento” que acompanha o ciclo de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, os diferentes fenómenos biofisiológicos, psicológicos, sociais e ecológicos por estes vivenciados nesta adaptação.

Em boa verdade, se a alteração de um percurso de vida não é uma tarefa habitualmente fácil e se grande parte das vezes remete para constrangimentos para os quais se torna necessária a adopção de estratégias para minimizar os seus efeitos, quando esta ocorre após longos anos de vida instituída (em que a apetência para a mudança é geralmente exígua), surgirão, naturalmente, mais resistências e/ou dificuldades nestes processos de transição. A maior solicitação em termos de acompanhamento de um processo de envelhecimento, que se vai tornando cada vez mais acentuado, e a menor plasticidade que habitualmente caracteriza as gerações de mais idade, poderão ter sido então alguns dos factores que levaram a que esta percepção tivesse sido maioritariamente preferida por inquiridos com mais de 65 anos.

Mas outros factores terão contribuído para este resultado. Um exemplo explícito desta existência terá sido o próprio motivo que levou estes indivíduos a tomar a decisão de passagem à reforma, em idade mais tardia. Se, para alguns, esta situação foi normativamente imposta, para outros, terá sido uma opção pessoal relacionada com o adiar de uma conjuntura cuja “alteração da rotina diária” que pouco lhes aprazia. Fonseca (2004a: 347) ilustra bem esta ideia quando profere que “[...] alguns indivíduos se reformam tardiamente porque a vida profissional sempre foi mais gratificante do que a perspectiva de acordarem de manhã e “não terem nada para fazer”[...]” e talvez por esse motivo se verifique que muitos indivíduos, após a passagem na reforma”, demonstram um certo interesse por voltar a trabalhar e muitos chegam mesmo a fazê-lo.

Afirmam alguns autores (Antunes, 2007; Fonseca, 2004a; Rosenkoetter e Garris; 1998) que, para os que conseguem alcançar este objectivo, a satisfação de vida aumenta de forma significativa. Efectivamente, a possibilidade de se manter activo, de preservar “alguma rotina”, de poder ocupar o tempo livre com alguma actividade, de ter mais uma fonte de rendimento económico (para além do valor da pensão de reforma) e, juntando aos anteriores, a ausência da obrigatoriedade agora conferida pelo seu estatuto, contribuirão certamente para este efeito. Enquanto perdura, esta situação poderá minimizar outra das alterações e/ou dificuldades manifestadas pelos inquiridos, que foi

a percepção de "dificuldade em ocupar o tempo" (14,7%). Mas é certo que, essa ocupação não terá de passar necessariamente pela adopção um estatuto de trabalhador, já que muitas outras formas existirão para ocupar o tempo de forma útil.

Questiona-se, porém: *Será que os indivíduos mais novos também não terão percebido alterações e/ou dificuldades, nas suas vivências, com a passagem à reforma?*

Torna-se difícil crer que esta mesma percepção não tenha surgido em muitos daqueles que, ainda em idade jovem, "entraram na reforma" de maneira indesejada (ex. por motivo de desemprego prolongado) ou que, no auge da sua carreira, se viram forçados a abandonar o trabalho por motivos de saúde. Na verdade, para estes a chegada deste acontecimento de vida também terá originado a percepção de alterações e ou dificuldades nas suas vivências. Contudo, a razão desta maior incidência encontrada nas faixas etárias mais idosas da amostra poderá ter sido potencializada pelo efeito do "envelhecimento" que acompanhou estes inquiridos e nesta perspectiva: para além dos processos supra referidos, este efeito poderá ter causado um maior acréscimo de dificuldade de adaptação a uma nova forma de vida, que os mais novos não terão sentido. A este respeito, já Fonseca (2004a: 529) salientava que "muitos dos aspectos que põem em causa uma adaptação com sucesso à reforma não estão especificamente relacionados com a "passagem à reforma" (...) mas, são, fundamentalmente, aspectos que se prendem com o processo de envelhecimento, o qual, mesmo, tratando-se de um "envelhecimento normal", é sempre caracterizado por uma prevalência de perdas sobre os ganhos e por um risco acrescido de diminuição de bem-estar psicológico".

Todavia, independentemente da idade de passagem a reforma, considera-se importante referir que *"Retirement should be a planned activity, not a sudden event"(...) "The mental preparation is extremely important, and in one's busy schedule up until retirement day, the planning and soul searching may get pushed aside."* (Hawken e Hillestad, 2000:102) e se este planeamento ainda não é uma prática usual na população portuguesa que se apresenta num período iminente de aposentação (próximos dos 65 anos de idade), mais dificilmente se encontram indivíduos que em plena idade activa o considerem necessário ou estejam minimamente receptivos para a preparar para a chegada deste acontecimento de vida.

Esta é, sem dúvida, uma debilidade que caracteriza a nossa sociedade, já que em outras culturas (como é exemplo a Americana) tal procedimento é entendido como "normal" e até mesmo considerado como essencial à manutenção de um ciclo vital saudável (Hawken e Hillestad, 2000; Rosenkoetter e Garris, 1998). Com base neste reconhecimento, sugere-se então que num futuro próximo seja efectuado um maior investimento no âmbito do planeamento, implementação e avaliação de programas de promoção de saúde na passagem à reforma que deverão desenvolver-se, não apenas em settings de promoção da saúde (*vulgo* Centros de Saúde), mas, de igual forma, em settings de exercício laboral (como sejam os locais de trabalho, nos quais as equipas de saúde ocupacional deverão ter uma participação mais activa).

#### *O nível socioeconómico*

O grau de escolaridade e a área de exercício profissional, de que eram detentores os protagonistas da vivência em estudo, também exerceu influência na forma como os referidos se adaptaram ao processo de transição originado pela passagem à reforma. Reveladora da referida influência foi a significância estatística assumida pela associação entre estas variáveis e a percepção de alterações e/ou dificuldades que os mesmos preferiram, vindo corroborar a perspectiva de que as condições de vida experimentadas pelos indivíduos durante a sua idade adulta poderão determinar a forma como os mesmos se adaptam a este tipo de transição (Fonseca, 2004a; Rosenkoetter e Garris, 1998). Assim, quando as evidências empíricas fizeram notar que inquiridos de escolaridade média (5 a 9 anos de escolaridade) [f=40% ( $\chi^2=12,293$ ; p=0,015; VCramer = 0,176) e aposentados de áreas profissionais intermédias ("Técnicos e profissionais de nível intermédio" e "Pessoal administrativo e similares") [f=50% ( $\chi^2=23,027$ ; p=0,003; VCramer=0,236] foram os que se associaram em maior percentagem a tal percepção, estes resultados levaram a inferir que as referidas relações poderão ter sido atribuídas ao facto destes se encontrarem numa posição social de nível médio, habitualmente menos bem definida em termos de interesses e de objectivos de vida pessoal. As declarações de Fonseca (2004a; 2011) ajudam nesta explicação, quando refere que os indivíduos detentores de um menor grau de escolaridade e de níveis socioeconómicos mais baixos (grande parte das vezes associados), cujas expectativas de vida não os deixam "ir muito longe" ou por estarem mais acomodados, habitualmente não percebem tantas alterações e/ou dificuldades na passagem à reforma". O mesmo sucede com os que apresentam níveis de escolaridade mais elevados e assumem cargos profissionais mais diferenciados, porque geralmente têm interesses mais definidos e auferem possibilidades intelectuais e económicas para satisfazer as suas necessidades.

Na verdade, é geralmente nas classes intermédias onde se encontram os maiores níveis de instabilidade e esta forma de estar poderá suceder por diversas razões, sendo a mais elementar decorrente de serem os próprios indivíduos a terem dificuldade em situar-se socioculturalmente, no meio em que se inserem (Rodrigues, 2006). Com base nesta perspectiva e porque durante a "vida activa" se criaram algumas expectativas de viver "melhores tempos" após a passagem na reforma", a não concretização das mesmas poderá originar um certo sentimento de desilusão, que se vem a manifestar por uma maior percepção de alterações e/ou dificuldades. Um exemplo clássico desta desilusão prende-se com o facto de agora (após a passagem à reforma), apesar de passarem a ter mais tempo para viajar, para ir ao cinema, para frequentar um ginásio, ..., enfim para realizarem todas as actividades com as quais tinham sonhado e que foram adiando para esta altura da sua vida, não poderem ver essas suas expectativas realizadas, porque os recursos económicos não o permitem, ou porque, ainda que economicamente os consigam comportar, não são detentores de conhecimentos, de redes sociais de suporte ou de estratégias bem definidas que lhes permitam alcançar tais desígnios.

Esta complexidade acentua-se ainda mais se exerceram profissões que foram pouco estimulantes ou que não lhes tenham facultado um espaço mínimo de preparação para esta transição. Relembrando as áreas profissionais de que eram provenientes os inquiridos que revelaram mais alterações e/ou dificuldades ("Técnicos e profissionais de nível intermédio" e "Pessoal administrativo e similares"), não será difícil perceber as razões de tal sucedido. Sem querer generalizar (até mesmo porque, conforme anteriormente foi dito, cada pessoa é única e a vivência do seu processo de desenvolvimento faz-se de forma singular), será importante fazer notar que pelas próprias características das referidas áreas, a emergência de tais percepções poderá ter sido facilitada. Senão, veja-se: a exigência do cumprimento de uma rotina administrativa, a diminuta estimulação de processos de criatividade e, até mesmo, o limitado poder de autonomia na tomada de decisão (ex. funcionários públicos), são exemplo de alguns factores a que estes indivíduos estiveram expostos durante uma vida de trabalho e que, por si só, poderão ter contribuído para esta manifestação. Acrescendo à anterior exposição a forma abrupta como destas áreas profissionais se fazem a maioria das "passagens" à reforma (isto é, sem qualquer cedência de tempo ou de ajuda técnica que prepare o indivíduo para este acontecimento) e, ultimamente, pela mudança da legislação vigente, a forma repentina e imponderada com que se toma esta decisão (meramente por questões de ordem económico-financeira), poder-se-á ver ainda mais agravada esta percepção, num futuro próximo.

Mas, na realidade, a percepção que os indivíduos detêm da sua passagem à reforma é uma consequente aos significados que atribuíram ao trabalho, enquanto profissionalmente activos. "*Se a vida profissional teve pouca importância para além do salário ganho no final do mês, decerto que a sua falta será menos sentida do que se o trabalho constituiu um motivo de realização pessoal, de estabelecimento de relações significativas com outros, de expressão de valores. (...) também é verdade, porém, que as pessoas se adaptam bem à reforma na sequência de uma vida profissional bem sucedida, no fim da qual tomam consciência de que o trabalho não era para sempre e que a reforma é um acontecimento normativo que implica adaptações a vários níveis.*" (Fonseca, 2004a: 530). Com base nesta perspectiva, uma vez mais se remete a maior dificuldade de adaptação para os indivíduos que se encontram menos bem definidos (geralmente os que têm habilitações educacionais médias, operam em áreas laborais intermédias e, em concordância, ocupam estratos socioeconómicos médios).

#### *A simultânea vivência de outros acontecimentos transicionais*

A vivência de outros acontecimentos transicionais em simultaneidade com a passagem à reforma também poderá ser uma circunstância de vulnerabilidade em saúde. A significância estatística assumida entre a percepção de alterações e/ou dificuldades vivenciadas com a passagem à reforma e a variável estado civil "divorciado" ( $\chi^2=14,913$ ;  $p=0,002$ ;  $V_{Cramer} = 0,196$ ) assim o fez notar e remeteu para a existência de outros factores que poderão influenciar o estado de saúde daqueles que protagonizam este processo de transição. Um desses factores aponta para o facto de se tornar mais difícil ultrapassar as mudanças e proceder a um processo de adaptação sob um clima de perturbação estrutural, funcional e desenvolvimental (Wright e Leahey, 2005). O mesmo é dizer, se uma transição ocorre concomitantemente com outra: neste caso, se a passagem à reforma ocorre num contexto em que se deu ou se está a dar uma alteração de vida familiar, sentimental, económica e/ou outra, como é o exemplo daquela que é originada pelo divórcio.

Neste âmbito, Rutter (*apud* Fonseca, 2005) foi bem explícito quando, suportado num paradigma de continuidade, refere que a turbulência originada pela confluência de muitas transições simultâneas tende a ser desvantajosa em termos de bem-estar psicológico, sendo este efeito particularmente marcante em fases do ciclo vital que sejam dotadas de uma fragilidade acrescentada, como é exemplo a meia-idade.

No presente estudo, não foi possível saber se os indivíduos questionados estariam a vivenciar simultaneamente estes dois acontecimentos (divórcio + passagem à reforma). No entanto, vários autores são defensores de que o casamento propicia uma certa estabilidade aos indivíduos, conferindo-lhes uma robustez emocional que toma um carácter protector na vivência da mudança (Hanson, 2005; Fonseca, 2005; Stanhope e Lancaster, 2011). E se, a esta perspectiva, se acrescentar ainda a concepção que a geração em estudo certamente remeteria para a instituição casamento [entre outros, os "valores de segurança e estabilidade" (Ribeiro, 2005:26)], mais acentuada ainda se terá tornado esta dificuldade para os que se encontravam a vivenciar o referido estado civil.

Com a anterior análise, não se pretendeu afirmar que todos indivíduos divorciados vivenciem necessariamente alterações e/ou dificuldades na passagem à reforma. Contudo, considerando que a estabilidade deriva da manutenção de padrões consistentes de relações interpessoais (Rutter *apud* Fonseca, 2005) e que, numa situação de divórcio, esse padrão de estabilidade poderá ficar fortemente afectado, reconhece-se que poderá existir alguma probabilidade de esta situação exercer influência, quando se vivem transições desta natureza.

#### *O motivo de passagem à reforma*

Os resultados do estudo colocaram em evidência que a "*idade limite*" não constituiu condição única para a tomada de decisão de passagem à reforma. Apesar da elevada expressão que assumiu na amostra (56,9%), o apuramento de uma média de idade bastante inferior aos 65 anos (que habitualmente se atribui à passagem à reforma) foi, por si só, ilustrativa deste facto e veio corroborar a "[...] tendência contemporânea segundo a qual a "*passagem à reforma*" sucede cada vez mais cedo no ciclo de vida dos indivíduos" (Fonseca, 2004a: 504). A elevada menção a "*outros motivos*" para esta tomada de decisão denunciou a referida tendência e, ao mesmo tempo, ajudou a identificar outros factores que terão contribuído para a percepção de alterações e/ou dificuldades que alguns dos protagonistas desta vivência proferiram.

Entre os vários motivos referidos como precipitantes para a passagem à reforma, o facto da "idade+tempo de serviço" ter tomado um particular ênfase (45,9% dos "outros motivos") revelou que por parte dos inquiridos existiu uma atitude de "procura" activa deste acontecimento de vida. Em jeito de antecipação tal situação traduziu a conjuntura político-social que se passou a viver a partir de 2002 (reforma da legislação referente ao regime nacional de aposentações) mas também e, simultaneamente, remeteu para uma reflexão sobre a forma como estes indivíduos poderiam estar a vivenciar o trabalho numa fase final da sua carreira profissional. Recorde-se que a geração em estudo foi uma das que mais exposta esteve à terceira revolução tecnológica (que iniciou na década de 60, consolidou nos anos 70, com o sistema flexível de produção da Toyota e que foi evoluindo até aos nossos dias com a proliferação exponencial da informática, da robótica, das telecomunicações e da biotecnologia) e que maior esforço teve de fazer em termos de adaptação operacional (ser polivalente, integrado, submetido a tarefas stressantes e intensas). Este "esforço" terá certamente deixado as suas marcas no trajecto profissional destes indivíduos, levando a que o "cansaço" e a "insatisfação" tenham sido igualmente apontados como motivos de passagem na reforma".

Relativamente ao facto dos referidos motivos terem sido mais proferidos pelos inquiridos reformados das áreas profissionais "Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas", "Técnicos e profissionais de nível intermédio" e "Pessoal administrativo e similares"; esta decisão também poderá ter sido uma forma de reacção à mais recente remodelação do Regime Geral de Aposentações dos funcionários, agentes e demais servidores do estado [Lei n.º 11/2008. «D.R. I série». 36 (20.2.08)]. Com efeito, apesar do adiamento de passagem à reforma, preconizado pela referida legislação, paradoxalmente, tem-se vindo a assistir nos últimos anos a um aumento do número de casos de reforma antecipada, nunca antes observado. Não comentando a manobra político-económica que envolve este fenómeno, tal ocorrência advém da perspectiva de ficar economicamente mais penalizado perante o adiamento desta decisão.

Mas, neste contexto, apenas se está a contemplar a vertente económica da decisão de passagem à reforma, esquecendo que este acontecimento poderá ter outras implicações na vida dos seus protagonistas que não se revelam inócuos. Na verdade, dependendo das características individuais, das dos sistemas seus envolventes (ex. família e sociedade) e da conjuntura em que o mesmo possa vir a suceder, este acontecimento também poderá vir a constituir uma fonte de elevado stresse num processo de desenvolvimento que nesta fase do ciclo vital já apresenta as suas contrariedades (Belsky, 2001; Bomar, 2004; Fonseca, 2004b). Acrescendo a esta situação o facto de que "permanecer no trabalho pode ser mais vantajoso do que retirar-se da vida profissional para as pessoas que encaram a vida profissional como a "essência da existência"" (Fonseca, 2004a:505); questiona-se, então: *Terão estes indivíduos sido devidamente esclarecidos e acompanhados em termos de saúde para tomada desta decisão?*

No presente estudo, não foi possível conhecer a resposta para esta questão. Mas, o certo é que também não são conhecidas quaisquer orientações técnicas ou normas de actuação em saúde para intervir especificamente neste grupo populacional ou nesta fase do seu ciclo vital e, como tal, subentende-se que esta intervenção tenha sido escassa ou mesmo inexistente. Preconizando a obtenção de ganhos em saúde, não só para estes indivíduos mas também para a população em geral, recomenda-se que futuramente a implementação de algumas medidas legislativas sejam atempadamente preparadas e antecedidas de orientações de intervenção que visem a prevenção de casos de desequilíbrio em saúde.

Paralelamente a estas questões e conforme anteriormente foi proferido, também a evolução das condições laborais poderá ter sido desencadeadora do "cansaço" e da "insatisfação" que motivaram os inquiridos a "entrar na reforma". Num estudo comparativo que efectuaram para avaliar a saúde percebida pelos indivíduos reformados e não reformados, Fonseca e Paúl (2004) chegaram a idênticas conclusões quando apuraram que os indivíduos em idade activa percepcionavam ter uma actividade mental mais intensa e exigente do que aquela que inicialmente lhes era exigida. Contudo, porque *"os desafios do mundo do trabalho irão continuar num futuro próximo, dados pela globalização, desemprego, aumento do uso das tecnologias da informação, mudanças dos modelos de emprego (exemplos: emprego precário, a prazo, em tempo parcial e teletrabalho), envelhecimento da população, aumento da importância do sector dos serviços, redução da dimensão das empresas (em trabalhadores e em tarefas), aumento dos trabalhadores em pequenas e médias empresas (PME), gestão orientada para os consumidores e para a qualidade..."* (DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO, 1997: sp), torna-se premente que os trabalhadores sejam precocemente "preparados" para estes e para outros desafios.

#### *O contexto de desenvolvimento familiar*

Para 78,7% dos protagonistas que percepcionaram alterações e/ou dificuldades na passagem à reforma, a família constituiu a principal fonte de apoio ( $\chi^2=4,981$ ;  $p=0,029$ ), tendo o cônjuge (50,3%) e os filhos (38,2%) sido os seus elementos mais referidos. Motivadas por variadíssimos factores, que poderão ter decorrido das mais diversas intercorrências a que estiveram sujeitos nesse período, este resultado veio desta forma revelar que neste período das suas vidas estes indivíduos reencontram no sistema familiar o contexto favorável de desenvolvimento, que até à data os acompanhou. Com efeito, a família poderá desempenhar um importante papel para estes indivíduos, não só, pelo suporte emocional, físico e económico que habitualmente lhe são conferidos (Alarcão, 2006; Hanson, 2001; Stanhope e Lancaster, 2011) mas, também, porque neste período da vida poderá exercer um efeito promotor do seu equilíbrio nas várias dimensões que o constituem em termos de desenvolvimento em saúde (nomeadamente nas suas dimensões biológica, psicológica, social e ecológica). Também, as funções e tarefas que caracterizam as famílias contemporâneas e, de forma particular, as que se encontram numa fase de meia-idade (correspondentes à geração em estudo), de certo modo, puderam ter contribuído para o referido apoio.

Relativamente ao facto do cônjuge ter sido o elemento da família mais referido como fonte de apoio, vários factores

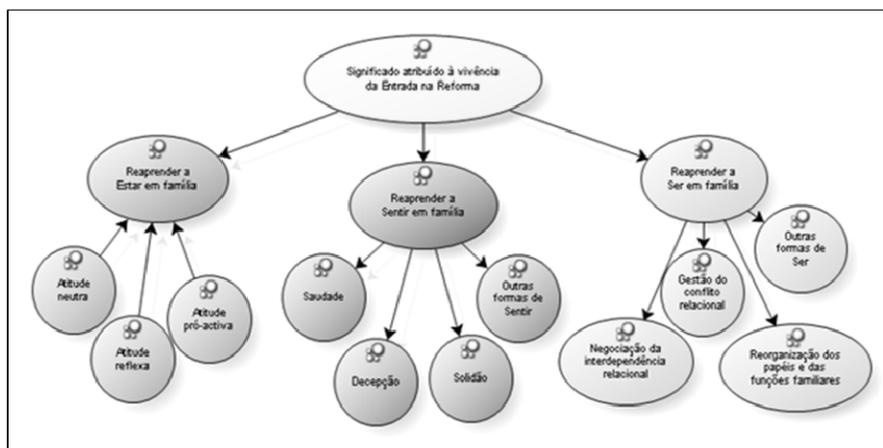
poderão ter estado implicados na origem deste resultado. Um primeiro poderá ter estado relacionado com a exiguidade que o sistema familiar habitualmente assume, nesta fase do ciclo vital. Muitas vezes restrito ao subsistema conjugal (razão pela qual se designa habitualmente por "ninho vazio" ou "empty nest"), a referida característica poderá ter sido facilitadora de uma maior proximidade entre os seus elementos, daí que o cônjuge tenha sido percebido como uma preferencial fonte de apoio. Um outro motivo que poderá ter indiciado esta preferência poderá ter sido o facto do indivíduo, agora reformado, permanecer a ver no cônjuge o elemento da família com o qual poderá manter uma relação de maior cumplicidade, no sentido de efectuar a exteriorização dos seus problemas e sentimentos. Neste último ponto, será importante salientar que o sucesso desta transição depende em grande parte do nível de satisfação e harmonia familiar que neste período se possa viver (principalmente entre o casal) isto, ainda que a fase da meia-idade possam ser experimentados com alguma frequência episódios de alguma conflitualidade conjugal que poderá repercutir-se no estado de saúde, manifestado pelos seus elementos (Alarcão, 2006; Relvas, 2000; Stanhope e Lancaster, 2011).

O contexto de desenvolvimento familiar poderá ser então facilitador ou dificultador da adaptação a esta transição e, em consequência, tornar-se mais ou menos propiciador de estados de vulnerabilidade em saúde. Os resultados deste estudo assim o evidenciaram quando os indivíduos referiram ter percebido uma "dificuldade de readaptação ao setting lar" e uma necessidade de "adaptação a novos papéis", após a passagem à reforma. Relativamente à "dificuldade de readaptação ao setting lar" e tendo presente que esta foi exclusivamente proferida por elementos do género masculino, em idade ainda jovem ( $\bar{x}$  = 56,5 anos), tal resultado veio ao encontro daqueles que são os cânones da sociedade contemporânea, quando se persiste em aceitar com maior facilidade a permanência da mulher (independentemente da sua idade) ou do homem de mais idade no lar, do que a de indivíduos ainda em idade activa, uma vez que a estes se atribui o papel de fonte de subsistência económica do sistema familiar. Ainda, se a este quadro se associar a elevada probabilidade da sua mulher (cônjuge) permanecer no exercício das suas funções (fora de casa), mais evidente se terá tornado esta percepção. Por outro lado, se se tiver presente que o facto de estes indivíduos terem passado a permanecer mais tempo em casa ter tido algum efeito na esfera de interacção sistémica que se passou a desenvolver em contexto familiar, ainda que não tivesse de resultar necessariamente em stress relaciona e/ou em manifestações de conflituosidade, a realidade é que existe sempre uma elevada probabilidade destas situações emergirem. Segundo alguns autores (Alarcão, 2006; Hanson, 2004; Stanhope e Lancaster, 2011), mais ainda quando um ou mais elementos dessa mesma família não se encontram satisfeitos, com os outros ou consigo, mesmos. Na verdade, para quem permaneceu um pouco afastado da dinâmica do lar, de repente ver-se envolvido (mesmo que seja só como um mero "espectador") num mundo de rotinas para as quais nunca tinha estado desperto poderá suscitar algum desconforto e fazer com que a readaptação ao *setting* lar seja percebida como uma dificuldade.

Neste contexto e associada à referida alteração e/ou dificuldade, também a percepção de "adaptação a novos papéis" se revelou passível de originar um contexto de vulnerabilidade em saúde. Assumindo 4,4% do total das alterações e/ou dificuldades percebidas pelos elementos da amostra (1ª Fase), sendo maioritariamente manifestada por elementos do género masculino (66,6%), com uma média de idade mais avançada ( $\bar{x}$  = 63,8 anos) e identificando-se, estas, com o desempenho de novas tarefas e funções em contexto familiar (66,7%) e com o maior envolvimento em família (50,0%); tal circunstância, decerto, não se terá tornado fácil para os seus protagonistas. Muito menos, ainda, para uma geração como a estudada que, não se tendo aculturado num modelo familiar moderno, mais dificultada vê a possibilidade de partilha de tarefas conjugais e/ou a inversão de funções e de papéis no sistema familiar (Stanhope e Lancaster, 2011).

Ainda que de forma "tímida", foi com base nestas evidências que se decidiu passa a uma 2ª fase do estudo desta transição – a passagem à reforma. Na sequência deste procedimento, constatou-se que o processo de adaptação à reforma não é exclusivo dos indivíduos que protagonizam esta transição, mas envolve igualmente todos os elementos da família nuclear e/ou mais próxima que com eles compartilham dessa mesma vivência. A análise das epifanias facultadas pelos 36 indivíduos, pertencentes às 14 famílias entrevistadas, assim o deram a perceber e permitiram ainda conhecer as principais adaptações que a estão sujeitos os sistemas familiares, durante este processo de transição. Reaprender a "Estar", a "Sentir" e a "Ser" em família, foram os subtemas encontrados nas narrativas que se reportaram ao significado atribuído à vivência da passagem à reforma (Figura 3). Perante estes significados e contexto da sua emissão, foi possível constatar que a passagem à reforma, ainda que seja um evento "querido" pela grande maioria daqueles que a experienciam, não é de toda aquela vivência inócua que muitos consideram ser. Muito pelo contrário, pela vulnerabilidade em saúde a que expõe os envolvidos, poderá tornar-se alvo de disfunção em saúde quando não devidamente planeada e negociada com os vários sistemas envolvidos.

Figura 3 - Subtemas relativos ao tema "significado atribuído à vivência da passagem à reforma".



## Conclusão

Os resultados que se obtiveram neste estudo tornaram evidente e inegável o facto de a passagem à reforma constituir um período de transição de vida que assume características muito específicas. As alterações e/ou dificuldades manifestadas pelos inquiridos assim o comprovaram mas, pelas evidências estatísticas nele encontradas, conclui-se também que tal fenómeno não se manifesta de igual forma em todos aqueles que vivenciam esta transição.

Quando se verificou que as percepções de alteração e/ou dificuldade na passagem à reforma, mais mencionadas, confluíram para a categoria "alteração da rotina diária" (26,5%), este resultado veio confirmar que mesmo quando desejada e/ou esperada, as mudanças de vida operadas por esta transição suscitam sempre algum desconforto e stresse para os indivíduos (Ainken, 1995; Agostinho, 2004; Atchley, 1996; Fonseca, 2004a; Rosenkoetter e Garris, 1998). Porém, quando esta se demonstrou mais frequente nos inquiridos de idade mais avançada, este dado remeteu para o entendimento de que nos mais idosos existe, efectivamente, uma maior dificuldade na adaptação à mudança.

Independentemente das razões que estiveram na base das alterações e/ou dificuldades percebidas, o simples facto de terem sido proferidas pelos inquiridos leva ainda a reconhecer que a passagem à reforma também não constitui um acontecimento de vida completamente inócuo. Na verdade, como sucede em qualquer outra transição, também no caso específico da passagem à reforma os indivíduos poderão estar expostos a uma certa vulnerabilidade, a qual, por sua vez, poderá repercutir-se em termos de desequilíbrio do seu estado de saúde.

No sentido de minimizar este efeito, considera-se que os profissionais de saúde deverão estar cada vez mais atentos para esta realidade. Mediar esta transição, no sentido de promover um processo de adaptação bem-sucedido, poderá ser uma das intervenções mais ajustadas a esta situação. Mas, será importante que não tomem por esquecido o facto de este procedimento não poder ser realizado de forma generalizada, uma vez que cada caso de passagem à reforma é único e as estratégias a adoptar deverão adaptar-se à realidade de cada indivíduo e cada família.

## BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, M. - (Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica. 3ª ed. Coimbra, Quarteto editora, 2006. ISBN 972-8535-21-X
- ANTUNES, D. - Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. Revista Educação. ISSN 0101-465X . Vol 61, nº 1 (2007). p. 149-164.
- ATCHLEY, R. - Retirement. In BIRREN, J. - Encyclopaedia of gerontology. San Diego: Academic Press, 1996. ISBN 978-0-12-370530-3 . Vol 2. p.423-454
- BALTES, M; CARSTENSEN, L. - The process of successful ageing. Ageing & Society. ISSN 0144-686 X. Vol 16, n.º 4(1996), p. 397-422.
- BALTES, P; SMITH, J. - New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. International Journal of Experimental, Clinical and Behavioural Gerontology. ISSN 0304-324x. Vol 49, n.º 2 (2003), p. 123-135.
- BRONFENBRENNER, U.; MORIS, P. - The ecology of developmental process. In DAMON, W.; LERNER, R. (Eds). Handbook of child psychology. New York: Wiley, 1998. ISBN 978-0-471-27287-8. Vol 1. p. 993-1028.
- BRUBAKER, T. - Family relationships in later life. 2ª ed. California: SAGE, 1990. ISBN 08039-3321-5.
- BUSHFIELD, S.; FITZPATRICK, T.; VINICK, B. - Perceptions of "impingement" and marital satisfaction among wives of retired husbands. Journal of Women & Aging. ISSN 1540-7322. Vol 20, n.º 3, 4 (2008), p. 199 - 213
- CALASANTI, T (1996). Gender and life satisfaction in retirement: an assessment of the male model. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. ISSN1413-7372. Vol 51, n.º 1, p. 18-29.

- CASADO, D. - Opciones humanizadoras de la jubilación. *Revista de Enfermería Rol*. ISSN 0034-7167. Vol 27, n.º 4 (2004), p. 63-66.
- DAVEY, A; SZINOVACZ, M. - Dimensions of marital quality and retirement. *Journal of Family Issues*. ISSN 0192513X. Vol. 25 (2004), n.º4, p.431-464.
- DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO. Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho. Apresentada na 1ª Conferência Europeia de Luxemburgo, 1997. [Consult. 6 Julho 2007]. Disponível na internet: URL:<<http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/302>>.
- DECLARAÇÃO DE LISBOA. Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho. Apresentada na 2ª Conferência Europeia em Lisboa, 2001. [Consult. 6 Julho 2007]. Disponível na internet: URL:<[http://osha.europa.eu/pt/publications/annual\\_report/2001](http://osha.europa.eu/pt/publications/annual_report/2001)>.
- FERNANDES, A. - Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise social*. ISSN 0003-2573. Vol. 42, n.º 183 (2007), p. 419-443.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. - *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2004. ISBN 84-368-1437-1.
- FONSECA, A. - Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma". Tese de doutoramento realizada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, 2004a.
- FONSECA, A. - O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2004b. ISBN 972-54-0099-2.
- FONSECA, A. - Desenvolvimento humano e o envelhecimento. *Manuais Universitários 35*. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-156-8.
- FONSECA, A; PAÚL, C. - Adaptação e validação do "Inventário de satisfação com a reforma" para a população portuguesa. *Psychologica*. ISSN 0871-4657. N.º29 (2002). p.169-180.
- FONSECA, A.; PAÚL, C. - Saúde percebida e "passagem à reforma". *Psicologia Saúde & Doenças*. ISSN 1654-0086. Vol 5, n.º1(2004), p. 17-29.
- FONSECA, A. – *Reforma e Reformados*. Coimbra: Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4531-3.
- HANSON, S. - *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5.
- HAWKEN, P.; HILLESTAD, A. - Retirement: a job in and of itself. *Nursing Administration Quarterly*. ISSN 1365-2834. Vol 25, n.º 1 (2000). p. 102-106.
- MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. ISSN 0029-6554. Vol. 42, n.º 6 (1994). p. 255-259.
- RELVAS, A. - *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. 2ª Ed. Porto: Edições Afrontamento, 2000. ISBN 972-36-0413-2.
- RIBEIRO, M. - *Casais de meia idade: estudos com casais portugueses numa perspectiva sistémica*. *Psicologia*. ISSN 0101-9074. Vol.19, no.1-2 (2005), p.57-85.
- ROSENKOETTER, M.; GARRIS, J. - Psychosocial changes following retirement. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 0309-2402. Vol. 27, n.º 5 (1998). p. 966-76.
- SCHLOSSBERG, N. - *Retire smart, retire happy: finding your true path in life*. Washington: American Psychological Association, 2004. ISBN 978-1591470397.
- SCHUMACHER, K.; MELEIS, A - Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In SWANSON, E.; TRIPP-REIMER, T. (ed.) *Life transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals*. New York: Springer Publishing Company, 1999. ISBN 0-8261-9112-6
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. - *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade, centrados na população*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 972-8383-05-3.
- TORRES, A. *et al* - *Homens e mulheres entre família e trabalho*. Comissão para a igualdade no trabalho e no emprego. Estudos n.º 10. 2ª Ed. Lisboa: DGEEP.CID, 2005. ISBN 972-704-237-6.
- WRIGHT, L.; LEAHEY, M. - *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. 4ª ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005. ISBN13:978-0-8036-1211-2.

## *Contactos / Contacts*

Prof. Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro - Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, hloureiro@esenfc.pt



# *A passagem à reforma: um estudo exploratório sobre mulheres profissionalizadas na sociedade portuguesa*

**Mestre Rita Pisani Burnay**

*Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - CES, Universidade Nova de Lisboa*

## *Resumo / Abstract*

As recentes evoluções demográficas mostram um crescente envelhecimento populacional caracterizado por um aumento da longevidade e da proporção de pessoas idosas, das quais a maioria são mulheres.

A passagem à reforma é um momento fulcral para conhecer como se adaptam os indivíduos a uma nova etapa da sua vida que é actualmente vivida por mais tempo, e que representa também a passagem para outra categoria social, a categoria de reformado associado à categoria de idoso. No entanto, a realidade da mulher portuguesa reformada e da maneira como é feita a sua passagem à reforma é pouco conhecida .

Condicionantes sociais, culturais e individuais, contribuem para modelar esta transição e o ajustamento à mesma. A reforma para as mulheres deverá corresponder a uma etapa com características únicas, devido às particularidades em termos profissionais e sociais que as distinguem dos homens.

Pretende-se neste trabalho "dar voz" às mulheres portuguesas que tiveram uma carreira profissional e conhecer as suas experiências de transição para a reforma e a forma como vivem esta condição. Foram realizadas entrevistas em profundidade com mulheres portuguesas profissionais reformadas, cujos conteúdos foram analisados em torno das seguintes categorias: sentimentos vividos; planeamento e motivações na passagem à reforma; relação com o trabalho; gestão de tempo e organização quotidiana e interacções familiares e sociais .

## *Comunicação / Paper*

### **1. Introdução**

A actualidade e a relevância deste tema surgem devido às alterações demográficas que se têm vindo a registar ao longo das últimas décadas nas sociedades actuais, em particular o envelhecimento acentuado da população que se traduz num aumento significativo de pessoas idosas, das quais a maioria são mulheres e por outro lado, o facto de que cada vez mais mulheres estarem neste momento elas próprias a entrar na reforma, devido a uma crescente profissionalização feminina, fruto das modernas mudanças sociais e políticas.

Portugal não é excepção e está a passar por uma rápida transição demográfica, com fortes implicações estruturantes, que levam a uma necessidade crescente de adaptação da sociedade a esta realidade. A proporção de pessoas com mais de 65 anos duplicou nos últimos 45 anos, passou de 8% em 1960 para 17% em 2005 (Gonçalves & Carrilho, 2007), presume-se que em 2050 este valor suba para os 32% (INE – Projecção da População Residente, Portugal 2000-2050, in Gonçalves & Carrilho, 2007), isto é 243 idosos por cada 100 indivíduos.

O envelhecimento da população tem ainda na sua base o aumento da esperança de vida dos indivíduos, este aumento também tem sido observado, em Portugal ao longo das últimas décadas. A maior longevidade verificada nas mulheres reflecte-se evidentemente, na maior proporção de mulheres na população idosa, o que se reflecte numa "feminização do envelhecimento". Actualmente estima-se que as mulheres que alcancem os 60 anos possam esperar viver ainda mais 24,6 anos (Fonte: INE), aos 65 anos este valor é de 19,7 anos para as mulheres e de 16,4 anos para os homens. Esta grande diferença de sobrevivência entre homens e mulheres, remete para aspectos relativos a questões quer biológicas quer sociais.

Os homens estão ainda mais expostos a riscos e a uma mortalidade violenta e prematura, verificando-se uma sobre-mortalidade masculina, que justifica também a maior proporção de mulheres que sobrevivem até idades mais avançadas. Além disso a maioria da população residente em Portugal é constituída por mulheres, em 2008, residiam em Portugal cerca de 5,5 milhões de mulheres, correspondendo a 51,6% da população total (INE, 2010).

Uma população crescente de pessoas com mais de 65 anos e políticas sociais que facilitaram a saída antecipada do mercado de trabalho, levou a um acréscimo da proporção de indivíduos que usufruem da atribuição de uma pensão. Por isso, a reforma e o momento da transição para a reforma, são fulcrais, na adaptação e integração dos indivíduos mais velhos na sociedade. Ao compreendermos o que este momento representa e como condiciona a acção dos indivíduos, poderemos contribuir para desenvolver estratégias mais adequadas a nível de políticas sociais que promovam um envelhecimento activo, mais autónomo e independente das estruturas e apoios governamentais.

Segundo dados recentes do INE (in [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)) a percentagem de pensionistas relativa ao total de residentes era em 2009 de 31,7%, contrastando largamente com os 28,6% registados em 1999. Os dados disponíveis para a população feminina são ainda mais expressivos, relativamente a esta situação. Para 2009 a proporção de homens idosos por população activa era de 22,50% e a proporção de mulheres idosas para a população activa era de 30,80% (Fonte INE, em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)). Em 2001, 21,8% da população portuguesa tinha 60 ou mais anos de idade e 81% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade encontrava-se em reforma, dos quais 86% mulheres (Fonseca, 2005). Desde 2000 os pensionistas do sexo feminino têm representado, em média, 64% do total dos pensionistas. Em Julho de 2007 por cada por cada 100 pensionistas de velhice, 53 eram do sexo feminino (Boletim Estatístico da Segurança Social de 2009).

As mulheres que constituem por isso a grande maioria da população idosa, chegam à velhice em condições económicas muito desfavorecidas. São frequentemente os mais pobres entre os pobres usufruindo de baixas pensões, devido a carreiras contributivas curtas e com baixos salários, e acentuada descapitalização, a análise dos dados disponíveis (para a população portuguesa) revela uma forte diferenciação negativa da situação material das mulheres das actuais gerações mais idosas, designadamente em termos de rendimentos e habitação (MERI, 2005).

Por outro lado, a determinação da categoria "idoso" é feita partir do critério idade, e é associada à passagem à reforma. No entanto velhice e reforma são noções conceptuais distintas cuja diferenciação se acentuou mercê das condicionantes sociais actuais "a idade da reforma e a idade da velhice deixaram de ser coincidentes apesar de a reforma, na sua génese estar indissociavelmente incorporada à velhice enquanto fase da vida onde se manifestava incapacidade para o trabalho" (Fernandes, 2008, p.89) e como tal um meio de assegurar as necessidades dos indivíduos.

Cada vez assistimos mais à desvinculação da categoria velhice, à categoria social de reformado, quer pela visibilidade social que tem adquirido com o aumento de pessoas em situação de reforma, mas também pelo facto de ser vivida por pessoas gradualmente mais jovens.

Houve de facto um ganho de tempo na fase final da vida, o que leva a questionar o limiar dos 65 anos para a definição desta categoria, ou da passagem à reforma, devendo esta definição prender-se muito mais com a funcionalidade do indivíduo. Isto porque é cada vez menos coincidente a idade da velhice (incapacidade funcional) com a idade da reforma, "as categorias oficiais e reconhecidas, conferem legitimidade às imagens e representações tradicionais de velhice, construídas ainda num passado recente, onde indivíduos de 60 ou 65 anos teriam provavelmente alcançado a idade da velhice" (Fernandes, 2008, p. 76) estas representações, de pobreza, exclusão social e incapacidade, são ainda aquelas que por serem situações problemáticas se impõem com maior visibilidade social, e se apresentam como características comuns dos "idosos".

Segundo Gaullier (1999, in Fernandes, 2001) "a velhice está de tal forma repleta de contradições que não pode permanecer como se encontra actualmente", a solução para este problema parte por uma posição de flexibilidade e de desvinculação da idade à reforma, atendendo sim às capacidades ou incapacidades dos indivíduos.

Importa então compreender estes dois conceitos: "passagem à reforma" e "reforma" no seu significado psicológico e compreender o impacto individual deste fenómeno.

Conceptualizar a reforma como um processo de ajustamento-adaptação fornece uma abordagem mais compreensiva da mesma, ao considerar o seu desenvolvimento longitudinal, quer a transição para a reforma, quer o percurso pós-reforma. Esta será também a perspectiva teórica adoptada neste estudo.

Três modelos teóricos são os mais frequentes e representativos desta conceptualização: a teoria da continuidade, a teoria dos papéis sociais e a perspectiva do ciclo de vida. (Wang & Schultz, 2009)

- a) Teoria da Continuidade (ex: Atchley, 1989; Richardson & Kilty, 1991): as pessoas tendem a manter os seus padrões de estilo de vida, auto-estima e valores ao longo de toda a vida, mesmo durante a reforma, sendo que a reforma não implica necessariamente desajuste e perturbação psicológica (Kim & Moen, 2002).
- b) Teoria dos Papéis Sociais (ex: George, 1993): do ponto de vista da teoria dos papéis sociais, as mulheres e homens que se reformam das suas carreiras profissionais, são vulneráveis a sentimentos de perda dos seus papéis sociais, o que pode levar a desajustes psicológicos.
- c) Perspectiva do Ciclo de Vida: considera a transição para a reforma dentro do ciclo de vida e argumenta que a história e os atributos individuais, bem como os contextos (sociais, familiares, culturais, políticos, etc...) influenciam a forma como estas pessoas conseguem esta transição. A ênfase é dada aos processos dinâmicos de mudança e desenvolvimento que ocorrem durante o percurso de vida do indivíduo, o objectivo é focar a investigação no processo, na interdependência dos indivíduos que vivem juntos e no contexto.

Wang & Bodner (2007, in Wang & Schultz, 2009) chegaram à conclusão que numa amostra representativa da população dos Estados Unidos, aproximadamente 70% dos reformados relatam mudanças mínimas no bem-estar psicológico; cerca de 25% dos reformados relatam mudanças negativas, durante a fase inicial da transição, mas depois mostram melhoras; e 5% dos reformados experienciam mudanças positivas no bem-estar psicológico. Estes resultados salientam a natureza múltipla do processo de transição e adaptação à reforma.

Para António Fonseca (2005) a reforma é descrita "globalmente como um acontecimento de vida que origina um processo "transição-adaptação" no âmbito do qual se forja um resultado adaptativo mais ou menos satisfatório". A "passagem à reforma" surge como um acontecimento de vida de cariz predominantemente normativo, exigindo o desempenho de novos papéis e a respectiva integração numa dada estrutura de personalidade, cuja ocorrência coincide no tempo com outros acontecimentos de vida característicos do envelhecimento (Fonseca, 2005). Este pro-

cesso é de particular importância: i) dado o papel central que a vida profissional tem na existência, trata-se de algo que acaba por fazer parte da própria personalidade; ii) independentemente da preparação que para ela o indivíduo tenha feito a “passagem à reforma” (como qualquer outra transição) trás consigo realidades novas, total ou pelo menos parcialmente diferente do que inicialmente esperado; iii) a “passagem à reforma” é, provavelmente a transição do ciclo de vida onde a vulnerabilidade individual assume contornos mais extraordinários, quer pela falta de modelos de referência, quer pela influência de múltiplas variáveis (Hooker, 1991 in Fonseca, 2005).

A condição do “eu reformado” é vivida em simultâneo com a percepção do “eu que envelhece”, e a passagem à reforma “surge como uma ocasião, particularmente relevante para o estudo de aspectos psicológicos indicadores de um maior ou menor sucesso adaptativo individual face a este acontecimento” (Fonseca, 2005, p.46).

O estudo da transição para a reforma, torna-se por isso fulcral, visto que o envelhecimento dos trabalhadores activos é um dos assuntos chave na política social, é necessário ter mais informação acerca dos factos que afectam o bem-estar daqueles que estão a chegar à casa dos 60 anos e encontrar solução para estender as suas carreiras profissionais, ocupacionais e actividades que realizam (Seitsamo, 2007), o mesmo afirma Ekerdt & Deviney (1990, in Fonseca, 2005) a satisfação com a reforma e a forma como se encara esta transição, são justamente “uma das vertentes mais importantes da investigação neste domínio, quer no sentido da prevenção de situações de desajustamento, quer no sentido da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos reformados”.

A passagem à reforma, envolve diversas mudanças em simultâneo, e se por um lado traz benefícios, também implica perdas, sobretudo em termos de rotinas, hábitos, lugares familiares e relacionamentos, pelo que o aparecimento de sentimentos ora de frustração, ora de tristeza, tornando-se efectivamente uma possibilidade real. Isto é, na opinião de Kim & Moen (2002), se por um lado, a experiência de reforma pode promover um sentido de bem-estar, à medida que os trabalhadores se retiram de uma actividade exigente e/ou stressante, por outro lado a passagem à reforma ela própria pode levar a uma diminuição do bem-estar, no seguimento da perda por parte dos indivíduos dos seus vínculos ocupacionais, da sua rede social e de um elemento essencial na sua própria identidade.

Neste sentido, Fonseca (2005), destaca as seguintes áreas, como as mais significativas em termos de mudanças após a reforma: questão financeira, os estilos de vida, o uso do tempo, a saúde, a vida conjugal, a vida familiar, as relações sociais, a mudança de residência e a própria identidade (pessoal e social). E ainda duas condições para o sucesso adaptativo desta transição “parecem-nos ser essenciais: por um lado, a manutenção de um sentido de continuidade e envolvimento na vida, fazendo com que o passado não seja simplesmente esquecido e o futuro simplesmente deixado ao acaso; por outro lado, a aposta no estabelecimento de relações mais próximas com os outros e na realização de actividades que proporcionem bem-estar e constituam ocasiões de desenvolvimento psicológico (como o envolvimento em novos projectos de vida)” (Fonseca, 2005, p. 72 in Paúl & Fonseca, 2005).

O aspecto positivo mais referenciado na passagem à reforma, prende-se com a liberdade do uso do tempo e com a autonomia para tomar decisões e controlar a própria vida. Outros aspectos igualmente relevantes consistem na refinação dos contactos familiares e sociais, bem como na possibilidade de ocupação do tempo disponível com actividades gratificantes sob o ponto de vista social (voluntariado) (Fonseca, 2005; Price, 2010, 2008, 2009).

Kim & Moen (2002) num estudo sobre ajustamento à reforma, que envolveu também uma análise de género, evidenciam os recursos financeiros, pessoais e sócio-relacionais, como mecanismos explicativos na ligação entre a reforma e as mudanças no bem-estar psicológico, quer para homens, quer para mulheres. Os dados apontam ainda para a importância de ser tomada em consideração a evolução ao longo do tempo da “passagem à reforma”, visto existirem diferenças significativas no bem-estar e ajustamento psicológico entre os reformados mais recentes e os que estão reformados há mais tempo, sendo esta diferença mais evidente nos sujeitos masculinos.

Em resumo, os resultados obtidos por estes investigadores sublinham a complexidade do processo adaptativo à medida que homens e mulheres vão lidando com as transições da vida adulta, tais como a reforma e a importância de recursos pessoais (controlo pessoal e saúde) e sócio-relacionais (tais como relação matrimonial e estado profissional do cônjuge, contexto social), independentemente de uma adequação dos recursos financeiros disponíveis.

As razões para explorar a reforma das mulheres separadamente da reforma dos homens, incluem as diferenças de como os homens e mulheres experienciam a reforma, particularmente considerando os diferentes percursos de vida profissional, contínuos ou descontínuos, a influência das responsabilidades familiares e das várias etapas do ciclo familiar na reforma da mulher, a maior acessibilidade a papéis sociais após o papel social de trabalhadora para a mulher, a instabilidade financeira das mulheres reformadas, e a maior duração da reforma para as mulheres devido à sua longevidade estendida (Price; Quick & Moen in Price, 2010, p.137)

Impõe-se então perceber quais as implicações sociais e psicológicas da reforma na vida das mulheres. Se no início do séc. XX a estimativa do tempo passado em reforma era de 7% da vida adulta. Devido ao drástico aumento da esperança de vida neste século, é hoje em dia expectável que um adulto passe 25% da sua vida adulta na reforma. Este dado é especialmente relevante no caso das mulheres que apresentam uma maior longevidade, relativamente aos homens, e que poderão estar 20 ou mais anos na reforma. (Hogstad, 1990 in Price, C., 2000).

Para Whiting (1998), a experiência de reforma nas mulheres não pode ser entendida em termos de uma dicotomia “deixar de trabalhar / lazer”, discurso que é tradicionalmente associado à experiência de reforma.

Por isso, a percepção da reforma está muito influenciada pelos papéis e estereótipos de género tradicionais, no que diz respeito ao trabalho das mulheres e à reforma, que são vistas como secundários em relação ao dos homens. Isto reflecte-se na:

- Inabilidade para considerar a reforma como algo que vai acontecer e que precisa de ser planeada;

- Incapacidade para escolher continuar a trabalhar após a reforma do parceiro;
- Falta de participação no planeamento financeiro.

Neste sentido a experiência da reforma nas mulheres está muitas vezes associada a uma mudança do emprego pago para outras actividades, passando por um período de transição que resulta então na reforma, a maior parte das vezes não intencionada na altura em que a mulher deixou o trabalho. Muitas mulheres "reformam-se" para poder assumir o papel de cuidadoras, de familiares doentes ou idosos ou dos maridos e depois não vêm muitas vantagens em retornar ao trabalho na sua idade.

Crespo & Mira (2005) revelam, com base nos dados obtidos pelo inquérito SHARE, que as mulheres na faixa etária entre os 50 e os 65 anos estão sobretudo envolvidas no cuidado aos outros, sobretudo dos seus pais idosos, por isso nesta idade a probabilidade de as mulheres terem de lidar com o fardo de providenciar ajuda aos seus pais idosos e de ter um emprego pago, aumenta de forma exponencial. Os resultados indicam que as mulheres de meia-idade que relatam uma deterioração da idade de algum dos seus pais idosos terão menos probabilidades de estar a trabalhar e mais de estar a prestar cuidados informais intensivos durante os dois anos do estudo. Esta situação é ainda mais evidente nos países do sul da Europa, devido aos fracos apoios formais de cuidados de saúde.

Neste cenário não é difícil imaginar que muitas mulheres simplesmente não pensem acerca da sua própria reforma, muitas delas poderão mesmo pensar em regressar ao trabalho após essa necessidade acabar e por isso não estão de facto a pensar na reforma por si. Ao contrário da perspectiva geral do que é a reforma, para muitas mulheres esta inclui um processo de prestação de cuidados ou de responsabilidades familiares, que após cessarem, evoluem para um período de tempo livre de lazer

Assim e seguindo a opinião de Whitting (1998), ao consideramos a mulher e a condição de reformada, temos que ter em conta a sua história de vida e o seu percurso profissional, muito relacionado com os papéis sociais que a mulher desempenha na nossa sociedade, e com os aspectos culturais específicos do nosso país.

Para Whitting (1998), é necessário alterar a nossa forma de perspectivar a experiência da reforma das mulheres, e ter em conta e compreender o processo de forma global, e não apenas centrado na dicotomia trabalho/reforma, mas sim como um processo fluído de mudanças de estados.

Na opinião dos autores citados (Whitting, 2008, Price, 2000), a maioria os estudos realizados têm-se focado na medida em que a experiência da reforma é diferente da do homem, muitas vezes identificando os factores preditivos da satisfação no processo de reforma utilizando os mesmos indicadores para homens e mulheres, simplesmente comparando as diferenças. Uma abordagem que ignora as características próprias das histórias profissionais e experiências de vida das mulheres, apostando apenas nas similaridades que existem com os homens, não providencia um entendimento completo deste processo. Subjacente a estas abordagens está a suposição que a transição do trabalho pago para a reforma nas mulheres que trabalham, causa menos stress do que aos homens, já que o trabalho pago, não é central nas suas vidas como o é para os homens (Whitting, 1998).

No entanto se "a divisão tradicional de papéis na família criou as condições para uma certa invisibilidade social das mulheres na reforma e na velhice (Russel, 2007 in Fernandes, em publicação), uma vez que era socialmente assumida uma continuidade na posição social feminina assente na assimetria de papéis e de responsabilidades nas tarefas domésticas. A crescente feminização do mercado de trabalho, assim como a mudança das estruturas familiares, promoveram o esbatimento das fronteiras de vivências e de identidades masculinas e femininas. E o trabalho revela-se um vector primordial para a afirmação identitária que prossegue mesmo após a reforma" (Fernandes, Gil & Gomes, no prelo).

Para Price (2000) o tipo de investigação baseada na comparação entre géneros, tem sido criticada porque não tem em consideração a complexidade e diversidade da reforma intra-género. Assim sendo existe a necessidade de desenvolver estudos que analisem esta diversidade, e não apenas fazer comparações de género relativas à transição para a reforma.

A reforma não é simplesmente uma transição económica, mas um processo social que é construído e moldado por factores sociais e experienciado através de relações sociais, sendo isto ainda mais evidente no caso da mulher.

Na sua investigação acerca da passagem à reforma em mulheres profissionais, Price (2000) quis compreender a adequação do modelo da Teoria dos Papéis Sociais, às vivências da mulher. Identificou quatro componentes na perda da identidade profissional, "transição inicial", "perda de contactos sociais", "perda de desafios profissionais" e "confronto com estereótipos profissionais". Sendo que apesar de sentida esta perda do papel profissional, a maioria das mulheres no seu estudo entravam na reforma com facilidade e entusiasmo. Algumas mulheres podem ter descrito esta transição como sendo mais difícil que outras, mas foi universalmente descrita como qualquer outra transição nas suas. Estes achados indicam que mesmo para as mulheres profissionais, que investem muita na sua vida profissional, a perda inicial desse papel, pode não ser o que consideram como crítico, em vez disso outras áreas são mais importantes como a perda do estatuto profissional, de contactos profissionais e dos componentes associados a isso. O que contrasta com uma visão dicotomizada da experiência de reforma centrada na percepção masculina.

Price e Nesteruk (2010) exploraram quais as vias tomadas por uma amostra de mulheres após a sua reforma, analisando as suas narrativas em entrevistas que realizaram com estas. Os resultados mostram a diversidade das suas histórias pessoais que influenciam e se reflectem nos seus estilos de vida, também variados na aposentação. Cinco percursos foram descritos neste estudo:

- a) Orientado para a família (family focused)

- b) Orientado para os serviços (service focused)
- c) Orientado para o lazer (recreation-focused)
- d) Orientado para o trabalho (employment-focus)
- e) Desiludido (disenchanted)

Nas palavras das autoras, estas vias não pretendem e não podem representar os percursos de todas as mulheres reformadas, mas permitem um início para a discussão sobre a forma como as mulheres constroem a sua reforma. A reforma é vista como um processo, que se vai alterando e toma diversas formas, à medida que existem mudanças na saúde, relacionamentos, circunstâncias familiares e nos próprios interesses das mulheres *"rather than thinking of retirement as a stagnant stage of life, women need to recognize the changing nature of retirement and embrace the different phases they may encounter"* (Price & Nesteruk, 2010, p. 145).

Também neste estudo e uma vez mais, à semelhança dos recentes estudos, que consideram uma perspectiva mais global da reforma como um processo ao longo do ciclo de vida, foi evidente a importância dos recursos pessoais, nomeadamente do sentido de controlo pessoal, sendo este, definido como uma característica da personalidade (Kim & Moen, 2002) para a satisfação com a reforma. As mulheres que seguiram as 4 vias iniciais descrevem ter um forte sentido de controlo pessoal, em contraste, as mulheres que se sentem desiludidas com a sua reforma, sentem ter um controlo pessoal limitado, resultando numa satisfação reduzida.

No que diz respeito ao percurso profissional, as mulheres são frequentemente distinguidas por ocupações profissionais e não-profissionais, sendo que as mulheres profissionais têm no geral uma educação superior, e reformam-se de empregos com um nível significativo de autonomia e responsabilidade, tal como professoras, médicas, advogadas, engenheiras, e profissionais de negócios. São caracterizadas por um compromisso profissional mais forte, percursos profissionais contínuos e identificação reduzida com o papel de dona de casa, ao contrário das mulheres não-profissionais, que têm empregos que são fisicamente mais exigentes, requerem pouca educação, são pior pagos e que empregam pessoas com poucas competências (Price & Dean 2009). Relativamente às mulheres profissionais, Price (2002, in Price & Dean 2009) encontrou evidências de que as reformadas profissionais expressam um maior compromisso com o seu papel profissional e mantêm mais contactos sociais relacionados com o trabalho do que mulheres não-profissionais.

Na sua investigação acerca da passagem à reforma em mulheres profissionais, Price (2000) quis compreender a adequação do modelo da Teoria dos Papéis Sociais, às vivências da mulher. Identificou quatro componentes na perda da identidade profissional, "transição inicial", "perda de contactos sociais", "perda de desafios profissionais" e "confronto com estereótipos profissionais". Sendo que apesar de sentida esta perda do papel profissional, a maioria das mulheres no seu estudo entravam na reforma com facilidade e entusiasmo. Algumas mulheres podem ter descrito esta transição como sendo mais difícil que outras, mas foi universalmente descrita como qualquer outra transição nas suas. Estes achados indicam que mesmo para as mulheres profissionais, que investem muita na sua vida profissional, a perda inicial desse papel, pode não ser o que consideram como crítico, em vez disso outras áreas são mais importantes como a perda do estatuto profissional, de contactos profissionais e dos componentes associados a isso. O que contrasta com uma visão dicotomizada da experiência de reforma centrada na percepção masculina.

Tradicionalmente era assumido que as mulheres que passavam à reforma, faziam-no com maior facilidade do que os homens, dado que teriam uma menor identificação com o papel profissional e mais ligação às tarefas domésticas. Mais recentemente têm sido reportados resultados de estudos que revelam uma menor adaptação à reforma entre as mulheres (Price, 2003; Kim & Moen, 2007). Baixa auto-estima, atitudes negativas para com a reforma, reforma involuntária ou antecipada, e responsabilidades familiares obrigatórias na reforma, relacionam-se com problemas de ajustamento nas mulheres (Price, 2003).

No seu estudo sobre a reforma nas mulheres profissionais, Price (2003) tomou em consideração 4 vectores de análise: a expansão do papel profissional; manutenção da noção do eu; gestão e estrutura do tempo; e realização através do envolvimento com a comunidade, como factores que contribuem para um ajustamento e satisfação positiva na reforma. Os resultados revelaram a importância de manter estilos de vida activos, utilizar as suas competências profissionais, e reforçar o seu auto-conceito. Uma vez mais a reforma era vista como uma continuação, e não uma situação de crise. O sentimento de perda do papel profissional foi significativo, e, a reforma implicou um esforço adicional para manter uma estrutura diária, bem como para promover fontes alternativas de identidades e produtividade.

Relativamente ao estado civil das mulheres, Price (2003), não encontrou evidência de que este afecte a satisfação com a reforma, mas ao contrário, tem uma ligeira influência ao nível do grau de envolvimento comunitário e ao nível do envolvimento familiar e de relacionamentos. Para a autora também não ficou evidente que tenha havido uma diminuição na auto-estima ou complicações sentidas no auto-conceito, este facto talvez seja justificado como resultado destas mulheres participarem em actividades nas quais são valorizadas e nas quais são competentes, e por outro lado apoiam a noção de que as mulheres profissionais mantêm uma associação forte com a sua identidade profissional anterior, utilizando as suas competências profissionais e conhecimentos de várias formas.

Segundo Fonseca (2005) podemos analisar o impacto que a "passagem à reforma" e a condição de reformado tem no indivíduo, atendendo ao padrão de ocupação do tempo e às actividades a que o indivíduo recorre no sentido de o preencher. Isto mesmo foi também sublinhado por Price (2003), sendo que a gestão do tempo e a estruturação das actividades quotidianas são uma questão fundamental no ajustamento das mulheres à reforma. As razões prendem-se com a importância de ter um equilíbrio entre as diversas actividades realizadas e protegerem o seu tempo

de pedidos que terceiros fazem (família, organizações, amigos, etc...). A preferência por horários estruturados que está patente nas narrativas das mulheres profissionais, que Price (2003) analisou, pode sugerir que este desejo está relacionado com estilos de vida anteriores, nomeadamente a ocupações exigentes e histórias de vida preenchidas com actividades profissionais. Assim salienta-se uma componente única do ajustamento à reforma das mulheres profissionais, uma manutenção das rotinas estabelecidas e a utilização de competências relacionadas com o trabalho exercido, colmatando a perda do papel profissional anterior.

Num estudo subsequente Price & Dean (2009), verificaram que as mulheres profissionais mostraram ter níveis significativamente mais elevados de participação em actividades de lazer e uma moral mais elevada do que as mulheres não-profissionais. Neste estudo verificou-se também que as mulheres profissionais gastam menos quantidade de tempo a cuidar de membros de família em comparação com mulheres não-profissionais reformadas, esta situação pode ser explicada, segundo a autora, pelo facto das mulheres profissionais reformadas terem maior segurança financeira, o que pode permitir pagar serviços de assistência e também porque as mulheres profissionais provavelmente identificam-se menos com os papéis familiares devido ao seu percurso profissional.

No que diz respeito à satisfação com o suporte social e a integração social, para as autoras Christine Price e Katherine Dean (2009), as mulheres profissionais estavam significativamente mais satisfeitas do que as mulheres não-profissionais, isto porque, a maioria tem um rendimento superior, e melhor saúde, o que alivia as preocupações financeiras, diminui a necessidade de assistência ou cuidados permitindo maior participação em actividades sociais, o que aumenta os níveis de satisfação destas mulheres (Price & Dean, 2009).

## 2. Metodologia

A metodologia utilizada para esta investigação é qualitativa, permite que as mulheres "descrevam as suas próprias experiências de reforma dentro do contexto das suas vidas e é essencial para se obter um melhor conhecimento e compreensão do processo da reforma, bem como permitir a documentação de diferentes formas de ajustamento à condição de reformada" (Price, 2003).

Para a recolha de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e individuais com mulheres portuguesas reformadas. A importância da utilização de uma entrevista do tipo semi-estrutura (por oposição a uma entrevista estruturada, ou um questionário, com questões fixas e fechadas) é que esta permite uma maior probabilidade em aceder aos pontos de vista particulares do sujeito, e em atingir uma maior compreensão e avaliação dos factores em causa. Para a entrevista foi elaborado para um guião de áreas temáticas escolhidas com base nas referências bibliográficas consultadas, em especial nos estudos já realizados na comunidade nacional e internacional, orientados para a investigação da passagem à reforma ou da satisfação na reforma (Fonseca, 2005; Price, 2003; Price & Nesteruk, 2010). Com a utilização deste guião, não se pretendeu tornar esta entrevista rígida ou estruturada, pelo contrário, o principal cuidado foi criar um espaço de partilha, onde foi dada liberdade às entrevistadas para relatar as suas vivências e contribuir com as suas opiniões. Para evitar que o guião temático, se desadequasse ao estudo em causa e que como nos diz Ketele e Roegiers (1999) por ser "elaborado "em câmara fechada" a partir de um balanço crítico da literatura, não necessariamente completo ou pertinente", foram realizadas várias entrevistas de pré-teste. As áreas temáticas do guião serviram de base para a análise das entrevistas, que foi realizada em 7 categorias de análise (Planeamento e motivações na "passagem à reforma"; Sentimentos experienciados na "passagem à reforma"; Relação com o trabalho; Noção de si própria; Ocupação de tempo e organização quotidiana; Interações familiares e sociais; e Percepção da reforma e estereótipos sociais) das quais apenas 5 são discutidas neste artigo.

No início da entrevista aproveitou-se a oportunidade para explicar os objectivos da mesma e apresentar o próprio entrevistador. Foram colocadas perguntas abertas e mais generalizadas, e no final aplicou-se um pequeno questionário com o objectivo de obter vários dados sócio-demográficos, reduzindo o número de perguntas e o tempo da entrevista, tal como proposto por Flick (2005).

A maior parte deste género de investigações é feita com amostras não-probabilísticas dadas as dificuldades de recrutamento (vide Price, 2005). A investigação foi conduzida num conjunto reduzido de indivíduos, com características sócio-demográficas semelhantes. A especificação da amostra permite que a análise e recolha dos dados sejam mais exaustivas, logo que os dados sejam mais ricos do ponto de vista qualitativo. As entrevistas foram realizadas a mulheres profissionais autónomas, no mínimo relativamente saudáveis, com níveis de escolaridade superiores ou com diplomas de formação técnica. Neste caso "estar reformada", foi definido, como não estar mais a trabalhar numa actividade profissional, e receber uma retribuição pecuniária fixa do estado (da Segurança Social ou da Caixa de Aposentações). Não foi tido em consideração nenhum critério relativo ao tempo de reforma, pelo contrário, uma variedade significativa, neste factor poderia contribuir para uma maior riqueza dos dados.

Parte das entrevistadas foram recrutadas recorrendo ao auxílio de um intermediário pertencente a uma instituição de educação, que forneceu vários contactos de mulheres reformadas potencialmente disponíveis para colaborar no estudo. As restantes mulheres foram recrutadas através de "snowball sampling" (vide Price, 2005). As candidatas às entrevistas foram contactadas por telefone, e informadas sobre os objectivos da entrevista, o projecto em que se inseriam, e quem as iria entrevistar. Foi também aferido o nível de escolaridade, idade e profissão para efeitos de selecção para o estudo. Em caso de selecção foi marcada uma data conveniente para a realização da entrevista. Na sua maioria, as entrevistas foram realizadas na residência das participantes, e duraram em média 48 minutos.

Foram entrevistadas ao todo 11 mulheres, mas apenas 8 entrevistas foram utilizadas com objecto de estudo. O conjunto das entrevistadas é constituído por mulheres portuguesas reformadas por períodos que iam dos 0,5 aos 7 anos de reforma, e estatuto conjugal variado (casadas; viúvas e divorciadas) com idade superior a 50 anos (entre os 56 e os 85 anos de idade). Todas as mulheres são de nacionalidade portuguesa, e residentes no concelho de Lisboa ou nos arredores. Em relação á escolaridade, todas as participantes tinham formação superior, ou pelo menos educação especializada com diploma (+ de 12 anos de escolaridade) sendo que 6 tinham o curso superior e 2 tinham um curso especializado. As participantes tinham pelo menos 15 anos de actividade laboral contínua prévia à reforma. Todas as entrevistas foram gravadas em sistema áudio apropriado, e foi pedida a permissão às participantes para utilização dos dados *a posteriori* com o intuito de facilitar o processo de análise recorrendo às transcrições das mesmas. Os nomes utilizados neste estudo são fictícios, para salvaguardar a identidade das participantes.

### 3. Resultados e Discussão

Tendo em conta estudos recentes na área da passagem a reforma, foram identificadas as principais variáveis que sofrem alterações ao longo deste processo, nomeadamente os estilos de vida; ocupação do tempo, a saúde, a vida conjugal, a vida familiar, as relações sociais e a própria identidade.

Estas variáveis deram origem a categorias de análise, que foram preenchidas com os relatos das mulheres entrevistadas. A definição de categorias distintas de análise, reside numa tentativa de simplificar o debate deste tema, organizando a sua complexidade em secções mais facilmente compreensíveis.

As categorias de análise escolhidas são:

- Planeamento e motivações na "passagem à reforma": Nesta categoria serão analisadas as razões pelas quais estas mulheres abandonaram a sua actividade profissional, a idade da sua saída, a forma como esta transição foi feita, e quais os preparativos e planos concebidos;
- Sentimentos vividos na "passagem à reforma": pretende-se saber qual o impacto inicial da passagem à reforma, quais os sentimentos vividos e os aspectos mais relevantes desta transição;
- Relação com o trabalho: Pretende-se conhecer os percursos profissionais das participantes, o compromisso com o papel profissional, e a qualidade da relação com o seu trabalho. Quais as suas características e atitudes enquanto mulheres profissionais, e as influências geracionais e sociais no seu percurso profissional. Na sequência da reforma perceber como estas mulheres lidaram com a perda deste papel, e quais as principais implicações desta mudança, em especial, porque sendo mulheres profissionais se espera que este papel assumira uma posição central na sua vida.
- Ocupação de tempo e organização quotidiana: conhecer os estilos de vida adoptados por estas mulheres, quais as actividades com que ocupam o seu tempo livre e como esta ocupação influencia a sua satisfação com a reforma;
- Interações familiares e sociais: dada a diversidade em termos do estado civil e dos agregados familiares destas mulheres, prevê-se que as interacções sociais existentes sejam também elas variadas, tal como a satisfação e bem-estar que proporcionam. Serão exploradas as relações familiares, inclusive as conjugais, e dentro destas as conjugais, e as interacções sociais e comunitárias e a sua importância na vida destas mulheres.

#### 3.1. Sentimentos vividos na transição para a reforma

Existe um consenso entre as participantes envolvidas no estudo de que a passagem à reforma foi uma transição positiva, com um impacto positivo nas suas vidas. Este impacto positivo é mais evidente no período inicial da entrada na reforma, sendo que para algumas participantes, a satisfação com a reforma decresceu ao longo do tempo, quer por razões relacionadas com o estado de saúde, quer pela falta de objectivos ou a percepção de perda do sentido de utilidade nas suas vidas.

Algumas participantes relataram, com maior ou menor intensidade, que o momento de transição originou sentimentos ambivalentes, e mesmo negativos. Estes sentimentos são ambivalentes porque dizem respeito quer a aspectos positivos como a libertação das pressões profissionais, das rotinas e horários, quer a aspectos negativos associados à perda da sua actividade profissional, como elemento central e valorizado nas suas vidas e à identificação com estereótipos sociais negativos relacionados com a reforma.

*"a vinda para a reforma, primeiro foi óptimo, porque eu estava cansadíssima, estava estoirada, foi óptimo e portanto, durante 1 mês ou 2 eu descansei, e depois ... (...) o meu marido até me dizia que não tinha reparado antes que eu estava tão esgotada com aquilo..." (Maria, Gestão Pública)*

*"contraditórios: uma pessoa ao mesmo tempo, ao principio (...) sente um certo alívio, não ter aquela tensão*

*de todos os dias... (...) sensação de alívio que me passou depressa, que eu não estava habituada a tanta paz... era paz e sossego a mais (...) a situação foi a principio, bastante dolorosa até... mas depois a gente, é claro, tem que se ir habituando" (Isabel, Gestão Pública)*

*" parece que é o contrário de todas as hipóteses que pomos, eu não sei se fiquei feliz ou infeliz no momento exacto de receber o papel da reforma, porque são dois pólos opostos é a libertação por um lado mas por outro foi o desfazer (...) da nossa vida profissional, agora acabou, e o que é que nos espera? (Otilia, Prof<sup>a</sup> Secundário)*

Os sentimentos negativos experienciados, de desorientação e de inutilidade foram mais experienciados nos casos em que as mulheres saíram da actividade profissional devido a motivos de saúde e estão mais isoladas, havendo um corte abrupto com o seu anterior estilo de vida.

Após esta percepção inicial, a maioria relata sentimentos positivos de satisfação e bem-estar, que, ou se mantiveram, ou diminuíram à medida que a pessoa procura encontrar "um sentido para a vida", uma ocupação e depois então, nas mulheres reformadas há mais tempo, verifica-se uma estabilização, pela adaptação à sua situação.

Outra questão diz respeito ao bem-estar físico que representa um recurso central na adaptação à reforma, com um papel cada vez mais importante à medida que a idade avança. A limitação física e perdas de capacidades associadas ao envelhecimento estão bem patentes nos seus relatos, e podem gerar alguma ansiedade e receio.

*"estar bem dentro [conhecimentos técnicos] do meu problema (...), ajuda-me a controlar a situação (...) sei bem reagir ao problema físico que tenho e ajuda-me muito a conseguir vencer e não entrar em depressão (...) sei bem porque vim (...) infelizmente tive um problema de saúde motivado pela minha profissão" (Fernanda, Prof<sup>a</sup> Universitária)*

*"Posso dispor de mim, mas (...) aparecem as oportunidades, numa altura em que a pessoa pode menos (...) eu como reformada estou bem, tenho horas livres (...) mas já estou mais coxa (...) seria irreal dizer que sinto que era a mesma de 18 anos, não sou..." (Odília, Prof<sup>a</sup> Secundário)*

*"eu não me sinto velha, sinto-me a Filipa de sempre... realmente vou para velha...o físico vai-se deteriorando" (Fillpa, Prof<sup>a</sup> Secundário)*

O aparecimento inesperado de estados de saúde desfavoráveis durante a reforma é como seria de esperar um forte condicionante para a satisfação com a reforma, o que leva estas mulheres a um percurso marcado pela desilusão (disenchanted) (Price, 2003) "muitas das mulheres entraram para a reforma involuntariamente, por razões de saúde ou desemprego de longa duração (...) originando sentimentos de desilusão e falta de controlo, a experiência destas mulheres, ilustra como a reforma não é sempre poder fazer escolhas, mas sim lidar com desafios, opções limitadas e circunstâncias inesperadas da sua vida" (Price & Nesteruk, 2010)

Os níveis elevados de educação deste grupo de entrevistadas, contribuem para um ajustamento positivo na reforma de várias formas, quer na facilidade de acesso à informação e como obtê-la, quer na escolha e acesso a actividades interessantes para realizar, quer ainda na capacidade de entendimento e envolvimento com o mundo que as rodeia.

### 3.2. Planeamento e motivações na passagem à reforma

As mulheres entrevistadas afirmaram todas não ter dedicado tempo ao planeamento e à preparação da reforma, nomeadamente em termos da procura de actividades ou de informação para os desafios que esta etapa poderia trazer e as mudanças em termos de estilo de vida, esta situação gerou situações de desajustamento ou de insatisfação com a reforma.

Depois desta fase inicial, mais orientada para o descanso pessoal, comparada por algumas mulheres como umas "férias", a maioria das entrevistadas, procurou iniciar actividades que promovessem o seu bem-estar e integração social. O "nível de investimento na preparação da reforma depende não só de condições sociais e recursos de vida individuais, mas também do conhecimento disponível sobre as determinantes, positivas e negativas da vivência da mesma" (Fernandes, Gomes & Gil, no prelo), este conhecimento sobre a experiência da reforma é limitado às suas relações sociais, ou em alguns casos a estereótipos sociais, pouco representativos da realidade.

A única preparação relatada, foi o cuidado em obter informação sobre as regalias, e penalizações, tendo em vista a manutenção dos seus níveis de rendimento, no entanto para as entrevistadas, as condições financeiras ao longo do período da reforma foram-se deteriorando, por razões individuais, mas também pelo aumento geral do custo de vida. Algumas das mulheres relatam que têm de fazer "cortes" nas suas despesas ou "contar o dinheiro", e outras descrevem ainda que a disponibilidade para gastar dinheiro é maior durante a reforma, pois muitas vezes o tempo é

ocupado com tarefas que são dispendiosas ou em tarefas de consumo comercial.

*“A única coisa que tinha preparado que é técnica, é as contagens de tempo para a reforma (...) foi de impulso, num mês estava na reforma ” (Maria, Gestão Pública)*

*“Reformei-me em Julho, porque já estou um pouco cansada disso tudo, porque as coisas modificaram-se de uma tal maneira, para já porque tinha idade e porque tinha tempo (...) a motivação para a reforma foi eu cheguei ao meu limite, não de tratar o doente, que eu gostava muito do que fazia e gosto e tenho muitas saudades e tenho muita pena (...) havia muita desumanização à minha volta e nós a querermos puxar o barco para um lado e o barco era desviado para o outro (...) os contratos são feitos de uma maneira, depois são alterados para outra... (...)já estava cansada (...) de querer trabalhar de uma maneira ... (Inês, Enfermeira)*

Relativamente à decisão de se reformarem, três das mulheres referiram ter tomado uma decisão de “impulso”, e destas duas confirmaram que esta decisão foi também discutida com os familiares mais próximos, que as apoiaram na sua decisão. Algumas mulheres foram pressionadas a entrar na reforma por motivos de saúde (2 em 8), as restantes (3 em 8), reformaram-se por terem atingido o limite de idade, ou por terem a totalidade dos anos de serviço e este foi o passo “normal” a tomar. Para algumas das mulheres (4 em 8) além da vontade pessoal contribuíram para a decisão de se reformar, razões relacionadas com conflitos, desilusão ou insatisfação, com as entidades empregadoras ou a actividade que desempenhavam.

No caso destas mulheres as motivações de saída, não se relacionam com questões familiares e/ou conjugais, que constituem as razões mais frequentes para a saída do mercado de trabalho, descritas na literatura. No entanto, a maioria (5 em 8) saíram antes da idade limite para a reforma, e das mulheres que tiveram reforma antecipada, apenas duas o fizeram por motivos de saúde. Este facto confirma as tendências sociais já descritas, de uma vivência mais longa do tempo de reforma, e com indivíduos cada vez mais novos.

O facto de a reforma ser considerada a melhor alternativa para a situação laboral em que encontravam, reflecte também a influência de certas políticas sociais que levaram a um aumento significativo das reformas antecipadas e da desvalorização dos trabalhadores mais velhos no mercado laboral.

### 3.3 Relação com o trabalho

Todas as entrevistadas demonstraram ter um forte sentido de compromisso com o seu trabalho, uma “dedicação a 100%”, e 3 das entrevistadas afirmaram trabalharem mais horas do que as exigidas, ou mesmo não terem horários de trabalho fixos e levarem ainda trabalho para casa, após as horas de expediente. Para as mulheres que têm filhos, às responsabilidades profissionais, acresciam ainda as responsabilidades familiares e o cansaço que esta situação de dupla ocupação acarreta.

*“trabalhei sempre (...), muito dedicada aos meus doentes, aliás era o meu grande enchimento de coração era mesmo o hospital... (...) rapidamente tentando ter um horário de manhãs para que eu pudesse estar em casa, estar à noite com os filhos, para apoiar o máximo (...) acho que me cansou muito, essa presença constante estar sempre a pensar nessas coisas [filhos e profissão]” (Inês, Enfermeira)*

*“eu nem hoje sei como fazia essas coisas todas, vindo para casa às tantas (...) jantávamos, e eu depois continuava a trabalhar, porque não era possível fazer as coisas num horário normal”. (Maria, Gestão Pública)*

A perda do papel profissional foi sentida por todas as mulheres, algumas substituíram de forma satisfatória o papel profissional que antes preencheria a sua vida, com papéis alternativos sobretudo relacionados com a família. No entanto, tal como afirmado por Price (2003) não é a perda do papel profissional em si, que pode representar um problema, mas sim o que está associado a este, nomeadamente, a perda do estatuto profissional, a perda dos relacionamentos sociais, a perda dos desafios intelectuais da função exercida e o serem alvo de discriminação social devido ao estereótipo de “reformada”. Nas mulheres entrevistadas esta transição teve um impacto distinto em cada uma destas áreas, as mais referenciadas, foram a perda de contactos sociais e a falta de estímulo intelectual, sendo que para umas foi mais significativa a perda do desafio profissional e para outras, mais significativa a perda dos contactos sociais relacionados com o trabalho.

*“há uma outra coisa importante que se sente que é as relações interpessoais (...) que nos faz falta além da parte intelectual (...) que talvez não compensamos, que é eu chegar encontrar o colega, falar (...) é aquilo do dia-a-dia, sem importância, mas que nos fazem falta (...) (Fernanda, Profª Universitária)*

As mudanças de papéis resultantes da entrada na reforma e a adaptação aos desafios impostos por esta nova condição constituem uma, transição profunda com possíveis consequências para a noção de identidade própria dos indivíduos. Verifica-se que a mudança e a estabilidade caminham juntas na “passagem à reforma” e devem ser ambas consideradas como componentes essenciais do esforço adaptativo desenvolvido pelo indivíduo na sequência de um acontecimento significativo para a sua vida (Hooker, 1991, in Fonseca, 2005). Um aspecto positivo da informação recolhida foi que as mulheres deste estudo afirmam manter uma visão positiva de si, sentem-se agentes da sua própria vida com controlo sobre o que podem fazer e aquilo que as rodeia, neste aspecto a reforma não teve impacto sobre aquilo sentem sobre elas mesmas. Para manter esta “noção do eu” contribui o facto de as mulheres continuarem, e na maioria dos casos, (7 em 8 das entrevistadas), intensificar a realização das actividades/ hobbies que faziam quando estavam a trabalhar, e de estas serem geradoras de bem estar e de prazer, promovendo um sentimento de continuidade, que facilita a transição.

#### 3.4. Ocupação do tempo e organização quotidiana

Das vantagens apontadas de forma global pelas mulheres entrevistadas a ausência de horários e logo de obrigações profissionais foi descrita como sendo a característica mais relevante de se reformarem, e permitiu ocupar o tempo disponível de acordo com os interesses individuais de cada mulher. No entanto, apesar da libertação de horários e o tempo livre ter sido considerado um ganho importante na reforma, a maioria das reformadas relata uma preocupação constante e cedo no início da sua reforma sobre o que fazer para ocupar o seu tempo.

*“ é o tempo... o tempo é aquilo que eu sinto de melhor ...não faço hoje, faço amanhã... (...) é o saborear o tempo (...) que a gente quando trabalha, não tem tempo, ou (...) nem sempre se dá valor, a rotina é tal, as horas são apressadas ” (Inês, Enfermeira)*

*“Continuo a ir lá [à escola] de vez em quando (...) se há alguma coisa na escola têm sempre a gentileza de me convidar e eu vou lá, mas não vivo agarrada ao passado” (Filipa, Profª Secundário)*

*“a grande desvantagem disto (...) uma pessoa quando vai para a reforma, começa a gerir mal o seu tempo (...) e depois o dia não rende quase nada (...) e uma pessoa vai querendo dar “jeitos” para todo o lado, fazer muita coisa, antigamente não podia” (Filipa, Profª Secundário)*

As actividades que realizam são actividades que conferem significado ao seu tempo, e não actividades que não sejam significativas. O seu interesse é fazer aquilo que gostam, aquilo em que são valorizados pelos outros, aquilo que as faça como já foi referido sentirem-se úteis e capazes. Em alguns casos as actividades são uma extensão ou envolvem competências desenvolvidas na sua actividade profissional, que como foi referido no estudo de Price (2003), é uma característica do ajustamento das mulheres profissionais à reforma. Algumas mulheres (3 de 8) relatam dificuldades em se sentirem ocupadas e com um sentimento positivo de realização pessoal, nomeadamente por realizarem apenas tarefas domésticas, ou relacionadas com a família.

*“eu acho que tenho de ter a minha vida própria (...) eu tenho os meus netos, os meus pais (...) outras mulheres que podiam estar satisfeitas com isto (...) e eu acho que tenho de encontrar espaço, falta o Eu, ainda não morri”.(Maria , Gestão Pública)*

*“Sinto-me bem, não tenho nada assim de especial (...) sinto-me perfeitamente bem, faço aquilo que quero, passem horas (...), se quiser sair saio, se não quiser sair não saio... tenho o computador que me entretém imenso, as leituras, gosto imenso de ler... (...) passo a minha vida assim (...) com os amigos, conversando, viajando, de vez em quando também (...) A minha vida é muito ocupada, e acho que a minha vida foi muito cheia e continua a ser , sinto-me bem” (Leonor, Profª Secundário)*

No entanto a maior parte das mulheres está satisfeita, sentem-se preenchidas com as actividades que realizam, quer sejam domésticas, familiares, de convívio social ou hobbies. O tempo da reforma é muitas vezes dedicado a explorar actividades, que já eram realizadas como hobbies pelas mulheres durante a sua vida profissional activa e que agora passam a ocupar significativamente mais tempo e importância na vida destas mulheres. A aprendizagem, revela-se como um factor importante na adaptação à reforma. O interessar-se por novas situações, quer em contextos formais (formação contínua, Universidades seniores, etc..), quer em contextos informais (grupos amadores, visitas de estudo, etc...), contribui para um “empowerment” destas mulheres, além de uma ocupação efectiva de tempo. Uma das actividades de aprendizagem mais mencionada foi a das tecnologias, o uso do computador, para obter informação, para estar em contacto com o mundo social. Esta actividade foi descrita como sendo muito importante na ocupação diária do tempo de muitas das mulheres entrevistadas (5 em 8).

O voluntariado foi uma opção pouco escolhida pelas entrevistadas sendo que apenas 2 realizam actividades deste género na comunidade, uma das entrevistadas no centro comunitário, e outra dedicou-se no início da sua reforma a actividades voluntárias relacionadas com projectos em instituições, utilizando as suas competências profissionais ou

no seguimento de actividades já realizadas, como é o caso de actividades de âmbito político. Quando querem contribuir e participar mais activamente na comunidade, relatam dificuldades em encontrar actividades compatíveis com as suas competências (e compatíveis também com as suas limitações físicas) e com os seus interesses, no tipo de oferta existente.

Outro problema que pode surgir é assumir apenas padrões de comportamentos associados à idade, o que leva os reformados a aderir apenas a actividades "próprias da sua idade", estas geralmente mais passivas, ignorando os seus interesses ou competências, que no seu extremo pode levar a "manter o quotidiano numa espécie de contemplação dos dias que faltam até à morte" (Fonseca, 2005, p. 397), ou seja as actividades e a ocupação de tempo têm de fazer sentido para o individuo, e estar adaptados à sua realidade e características pessoais. A adaptação a este período de vida para as mulheres profissionais passa por atingir o equilíbrio entre tarefas de carácter individualista com significado pessoal e actividades sociais e familiares, que reforçam a integração e os laços sociais, prevenindo situações de isolamento social promotoras de desajuste psicológico e emocional.

Nos casos de reforma antecipada por motivos de saúde, são visíveis as limitações que este factor acarreta, na disponibilidade para actividades e ocupação do tempo de acordo com os interesses individuais, o que pode muitas vezes deixar estas mulheres presas à sua casa ou a um circuito conhecido e limitado. Os níveis elevados de educação deste grupo de entrevistadas, contribuem para um ajustamento positivo na reforma de várias formas, quer na facilidade de acesso à informação e como obtê-la, quer na escolha e acesso a actividades interessantes para realizar, quer ainda na capacidade de entendimento e envolvimento com o mundo que as rodeia.

Algumas entrevistadas (3 em 8) afirmam ainda nas entrevistas sentirem a necessidade de ter um horário mais estruturado, e/ou desenvolver a capacidade de gerir melhor o seu tempo para poderem acomodar todas as actividades que querem fazer e dar "sentido" ao seu dia-a-dia. Esta situação pode estar relacionada com as vivências profissionais anteriores destas mulheres, pela vontade de manter um estilo de vida de certa forma semelhante ao anterior, ou influenciado pela necessidade de conseguirem gerir o seu tempo e as imposições de terceiros, relativamente à realização de tarefas ou de ocupação do seu tempo. Estes horários são no período da reforma mais personalizados e adaptados aos interesses pessoais, há expressa a noção de que as imposições exteriores acabaram, de que este novo ritmo de vida é exclusivo do individuo.

*"é preciso haver rotinas durante o dia, as rotinas que nós estamos habituados durante toda a vida, rotinas que nos agradem, isto agora pela positiva, porque as outras eram obrigatórias, ir para o trabalho, goste-se ou não tem que se ir (...) e agora o problema é a pessoa levanta-se e diz "o que é que eu faço hoje?" não tenho nada que fazer de obrigação" (Maria, Gestão Pública)*

*"uma pessoa depois acaba por não ter tempo, que eu não quero perder (...) porque senão, é um dia para hidroginástica, é outro dia para a caminhada, é outro dia para isto e para aquilo, uma pessoa, não tem afinal nenhum tempo livre, porque anda subjugada a um horário, eu gosto de um horário, mas tem de ser um horário feito à nossa vontade" (Odília, Profª Secundário)*

*"estar também aqui assim a ver o mar, ou ler um livro, ou ver um museu (...) quando uma pessoa vê isso como distração, (...) [agora na reforma] já é quase uma obrigação, já é diferente (...) cada altura tem a sua conotação" (Isabel, Gestão Pública)*

*"estou sempre muito ávida de saber coisas, costumo dizer nem que eu viva 100 anos hei-de estar todos os dias a aprender alguma coisa, isso sempre foi assim (...) às vezes penso mas afinal para que é que eu quero isto? (...) não faz mal, fica para mim" (Fernanda, Profª. Universitária)*

*"eu estou farta de aprender (...) desde que me reformei (...) claro, se as pessoas estiverem dispostas a aprender" (Filipa, Profª. Secundário)*

### 3.5. Interações familiares e sociais

Relativamente às interações familiares, com filhos, netos e outros familiares, as mulheres reformadas entrevistadas relatam que as suas relações familiares se intensificaram após a entrada para a reforma, em especial com os filhos, netos, irmãos e sobrinhos. Sentem que nesta altura podem despende de mais tempo para cuidar e auxiliar os seus familiares, pois estão mais disponíveis, e que essas actividades podem ser muito gratificantes para si. Houve também algumas mulheres que expressaram ter um forte sentimento de obrigação relativamente a ajudar a família e despende tempo em actividades familiares (já referido anteriormente), como cuidar dos netos, considerado uma imposição em responder às expectativas sociais do que é ser uma mulher reformada e do ter tempo livre. Esta situação poderá estar directamente relacionada com as expectativas geradas em torno do papel feminino após a reforma e na velhice, isto é, o papel de "avó" parece ser o mais aceite e espectável para as mulheres que estão a envelhecer.

*“desde que me reformei que achei que como a minha filha vive em Lisboa (...) podia dar-lhe mais apoio em termos dos netos, então estipulei com ela que uma vez por semana ia a Lisboa... (...) fiz essa alteração noutra altura não podia fazer isso” (Filipa, Profª Secundário)*

*“fui avó e pensei (...) eu estou em casa agora, (...) a criança não vai ficar com empregadas ou para ir para um infantário... por isso tenho que me chegar à frente (...) e fiquei e foi realmente encantador, (...) e foi muito giro e estimulante ser avó, foi uma experiência realmente notável, (...) surpreendente para mim que eu nunca pensei que fosse tão boa” (Maria, Gestão Pública)*

Relativamente às interacções sociais, Paúl (2005), afirma que “as redes de suporte social não aparecem significativamente associadas à satisfação da vida dos idosos, mas estão claramente associadas à qualidade de vida, e esta aparece associada quer a variáveis sócio-demográficas, quer físicas ou de contexto, ao passo que a satisfação de vida é uma variável mais intra-psíquica, provavelmente associada a características da personalidade”. No caso destas mulheres, a manutenção e intensificação das relações sociais, com amigos, ou conhecidos foram sobretudo mais acentuadas e significativas, para aquelas mulheres que vivem mais isoladas, divorciadas, e viúvas. Isto verifica-se pela preocupação demonstrada quer com a perda dos contactos sociais relacionados com a actividade profissional anterior, quer com a manutenção desses mesmos contactos e o interesse em fazer novas amizades, em novos contextos.

Só quatro das mulheres entrevistadas são casadas e vivem com o marido, no caso de uma dela o marido também está reformado, as restantes ou são divorciadas (2 em 8) ou viúvas (2 em 8). As mulheres que vivem com os maridos, mas que ainda estão a trabalhar (3 em 4) esperam com vontade a reforma do seu cônjuge, para poderem usufruir deste tempo com eles.

As mulheres viúvas relatam, a forte saudade e a falta dos seus maridos e recordam os tempos de cumplicidade após a reforma. Apesar da fase dolorosa que viveram, conseguiram ultrapassar e habituaram-se à viuvez. Estas são também as mulheres mais velhas do estudo, o que mais uma vez, vai de encontro as tendências populacionais já apresentadas de maior longevidade das mulheres.

Verifica-se que se mantêm as relações de género já existentes e com estas as expectativas em termos de tarefas desempenhadas, e de ocupação de tempo pela mulher, e é também esperado da mesma forma que acontece com a maioria das mulheres, enquanto estão num trabalho pago, que a mulher trabalhe duplamente, no espaço doméstico e no espaço profissional, o que pode levar estas mulheres “ a experimentar um sentimento de “prisão ao lar”, coisa que os homens reformados não sentem de todo, sentindo-se livres para sair e conviver socialmente sem quaisquer dificuldades” (Fonseca, 2005, p.388).

*“só noto é que a pessoa quando está a trabalhar é mais independente da casa (...) das tarefas... não há tanta pergunta...o meu marido como somos só dois, é “onde foste, onde vais” (...) eu tenho mais liberdade de horário em casa, mas a minha liberdade pessoal na escola era maior(...) aí há uma mudança, eu fui liberta de um horário fixo na escola, mas fiquei mais “prisioneira” do horário em casa, porque a presença é mais obrigatória em casa” (Otilia, Profª Secundário)*

*“ eu estou desejosa... o meu objectivo agora é que ele [marido] se reforme, para que nós possamos ir fazer mais uns passeios e não estar tanto tempo sozinha...” (Fernanda, Profª Universitária)*

*“[a nível conjugal] é diferente, eu não sei se é melhor ou se é pior (...) o meu marido acha que é excelente para mim eu poder estar reformada e ter tempo para tudo (...) temos aqui um conflito, ele acha que eu tenho a obrigação de fazer tudo porque tenho tempo e ele não tem e eu não acho nada disso (...) acho que as coisas não podem ser vistas assim” (Maria, Gestão Pública)*

Neste grupo, foram expressos sentimentos deste tipo, onde existe por um lado uma partilha de tempo com o cônjuge, mas não uma partilha de objectivos, esta situação origina conflitos com o marido e influencia negativamente a qualidade da relação marital. A existência de diferentes expectativas por parte de ambos os cônjuges, relativamente aos papéis desempenhados e ao valor que lhes é atribuído, pode também ser uma das fontes de conflitos entre cônjuges.

#### 4. Conclusão

As mulheres entrevistadas neste estudo são mulheres que tiveram uma carreira profissional e uma trajectória de actividade profissional continua, provenientes de uma categoria profissional com fraca representatividade na sociedade portuguesa. Pertencem a um grupo ainda restrito de mulheres reformadas portuguesas, que muito provavelmente,

pode vir a ser maior e mais representativo da mulher reformada em Portugal, se considerarmos as mudanças sociais que se têm verificado ao longo das últimas décadas, nomeadamente o acesso à educação e a feminização do mercado de trabalho, como nos indicam os dados estatísticos disponíveis.

Porque o grupo de entrevistadas foi reduzido, não se obteve saturação ou redundância dos conteúdos entre as entrevistas o que limita a formulação de considerações finais e coloca a questão da validade das mesmas caso surgisse a oportunidade de auscultar uma amostra mais representativa da população em estudo. Os métodos qualitativos, e dentro deles, o método de entrevista, adoptado neste estudo revelou-se adequado para conhecer as realidades destas mulheres, possibilitando compreender este fenómeno complexo e rico em termos de variáveis e influências quer externas, quer internas ao indivíduo. Com este método foi também possível registar de forma mais fiável as características únicas e a riqueza das vivências destas mulheres.

Verificou-se que não existe um padrão único nas condições, práticas, valores e representações das mulheres na passagem à reforma, mas sim uma diversidade de respostas de adequação à nova condição social de reformada. Esta condição constituiu um período marcado por uma multiplicidade de caminhos percorridos. Os diferentes estilos de vida adoptados, são influenciadas pelas experiências pessoais das mulheres, em termos da profissão e vivência familiar, mas também afectadas por condicionantes sociais e culturais.

Estas mulheres, ao contrário da imagem que muitas vezes é a representativa desta categorial social, de "reformados", demonstram ser indivíduos activos intelectualmente e socialmente, sendo úteis para as suas famílias, e vivendo activamente no seio da sociedade. A trajectória de actividade profissional propiciou-lhes condições sociais favoráveis para a manutenção de uma rede social activa e interações favoráveis a uma maior integração social.

A vivência da reforma revela-se para estas mulheres como um espaço mais individualista, com percursos mais orientados para a família, e para o lazer em termos de preocupações e ocupação do tempo, e menos para os serviços ou para o trabalho. Isto é, embora estas mulheres continuem a desenvolver algumas tarefas relacionadas com as suas competências profissionais, só uma minoria, expressa valorizar, este tipo de actividade (actividades profissionais, voluntariado, etc..), em detrimento de actividades mais de índole pessoal (lazer) e familiar.

No caso das mulheres entrevistadas, seria de esperar que o seu forte compromisso profissional e o facto de terem percursos de trabalho completos dificultasse a adopção de novos papéis, na reforma, mas pelo contrário, a maioria adaptou-se bem e aprecia de forma satisfatória esta nova condição de vida. Podemos mesmo dizer que o seu percurso activo de vida facilitou este processo, dotando estas mulheres dos recursos necessários para lidar com estas mudanças. A passagem à reforma, embora sendo uma transição complexa e importante, é encarada como mais uma das transições e mudanças que as mulheres enfrentam ao longo da sua vida, como o casarem, o serem mães, ou o serem avós.

Para todas estas transições, são os recursos individuais e sociais disponíveis que ditam o seu melhor ou pior ajustamento, por isso reconhecendo quais os recursos mais importantes e os factores que influenciam negativamente a vida destas mulheres é possível contribuir para melhorar as suas condições e ampliar as suas opções para enfrentar as transições ao longo de toda a sua vida. Para estas mulheres os recursos mais importantes são: integração numa rede social, e familiar, estabilidade financeira, percepção positiva da saúde, sentido de utilidade da sua vida e sentido de realização pessoal nas actividades desempenhadas e na ocupação o seu quotidiano.

Os aspectos positivos mais salientados pela entrada na reforma são libertação de horários e das pressões da actividade profissional, a liberdade para realizar actividades de interesse pessoal, e a intensificação das relações sociais e familiares. O que vai de encontro à percepção social de reforma com um espaço de valorização pessoal, no qual o indivíduo pode usufruir do seu tempo, onde antes não podia.

As principais problemáticas que surgiram nos testemunhos destas mulheres e que originam sentimentos negativos relativamente à reforma, foram as condições negativas de saúde prolongadas ou os episódios de doenças agudas inesperadas, a solidão, a percepção de perda do valor da sua própria vida e a falta de ocupação do tempo de forma útil ou com significado pessoal. Estes resultados são de resto semelhantes aos obtidos em estudos semelhantes (Fonseca, 2005, Price 2010, 2009).

As mulheres com maior satisfação relativa à reforma, são aquelas que se mostram também mais satisfeitas com as tarefas que desempenham, quer ao nível pessoal, quer ao nível social. Usufruem do seu tempo de uma forma gratificante e sentem-se integradas e úteis para as pessoas que as rodeiam. Por outro lado as mulheres menos satisfeitas com esta condição apresentam ter mais dificuldades em construir um significado para as suas vidas e usufruir do seu tempo de forma útil. Sentem-se muitas vezes esmagadas por pressões externas ou por condicionantes pessoais que não conseguem ultrapassar.

A identificação destas mulheres com o papel de reformada pode levar a situações de discriminação social. E este género de situação reflecte a desvalorização social da mulher reformada, e a identificação destas mulheres com estereótipos negativos que não correspondem, na maioria dos casos, à realidade na sociedade portuguesa. Uma pressão social negativa pode ser suficiente para impedir a integração social destas mulheres e mais uma vez levar à "invisibilidade social" desta população.

Dizer que as mulheres entram na reforma, integram esta categoria social e assumem as características negativas que lhe são associadas é redutor. E estamos apenas a olhar para a reforma como o final da actividade remunerada, considerada como central na vida do indivíduo, deixando de parte todo o potencial humano e valor acrescido que as mulheres depois de reformadas podem potenciar na sociedade, bem como a vida social e familiar, paralela à persecução de uma carreira, que durante anos estas mulheres viveram.

É necessário reconsiderar a adequação da "instituição social" que é a da reforma, nos moldes em que se pratica hoje, às gerações de trabalhadores profissionais que atingem actualmente este limiar. Em funções sobretudo orientadas para os serviços, e dependendo de competências sobretudo intelectuais, as características do envelhecimento destas mulheres foram diferentes e esta etapa carece de respostas sociais mais adaptadas. Apesar da sua preocupação e interesse em ocupar o seu tempo de forma efectiva, mas individualizada, a falta de escolhas e alternativas na sociedade, deixa-as sem opções e relegadas aos seus tradicionais papéis, desvalorizados socialmente e às vezes pouco gratificantes pessoalmente.

Também a vivência cada vez mais longa deste período, originada quer pela antecipação da saída do trabalho activo, quer pela maior longevidade vivida actualmente, tem consequências na adaptação destas mulheres à reforma, e muitas das problemáticas surgidas neste estudo, advêm deste excesso de tempo vivido na reforma. Serão necessárias definir novas medidas políticas, que ao contrário do que sucedia até agora, valorizem e prolonguem o período de actividade (adoptando medidas mais flexíveis), impedindo que estas mulheres saiam abruptamente para esta situação.

A importância em conhecermos a forma como estas mulheres vivem esta etapa, sugere um planeamento de políticas sociais que possa contribuir para promover um Que actividades poderão ser promovidas a nível social, e que estruturas sociais deverão ser idealizadas para integrar activamente as mulheres profissionalizadas reformadas, são as perguntas, cujas respostas precisam de ser encontradas na própria sociedade e nos interesses desta população.

## 5. Bibliografia

CARRILHO, Maria José; PATRÍCIO, Lurdes. A Situação Demográfica Recente em Portugal, Lisboa: INE, 2007

CRESPO, Laura & MIRA, Pedro. Caring for parents and employment of European middle-aged women. In: A. Börsch-Supan et al. Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007) - Starting the Longitudinal Dimension, 261-266. Mannheim: MEA.

DESHAIES, Bruno. Metodologia da Investigação em Ciências Humanas. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

FERNANDES, Ana A. – Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). «Análise Social». Lisboa: Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. volXLIII (183) (2007). 419-443

FERNANDES, Ana A., BOTELHO, M. Amália – Envelhecer activo, Envelhecer saudável: o grande desafio. «Forum Sociológico» Lisboa: CesNova – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. 0872-8380. Série II [Número 17] (2007). 11-16

FERNANDES, Ana A., GIL, Ana Paula, GOMES, Inês – Invisibilidades sociais na última etapa da trajectória de vida. no prelo.

FLICK, Uwe. Métodos Qualitativos na Investigação Científica. Lisboa: Edições Monitor, 2005

FONSECA, António M. Uma Abordagem Psicológica da "Passagem à Reforma": Desenvolvimento, Envelhecimento, Transição e Adaptação. Porto: Instituto Ciência Biomédicas Abel Salazar. UP, 2004

GONÇALVES, Cristina; CARRILHO, Maria J. Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. Instituto Nacional de Estatística: Lisboa, 2007

KETELE, J-M., ROEGIERS, Xavier, Metodologia da Recolha de Dados: Fundamentos dos métodos de observações, de questionários e de estudo de documentos. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

KIM, Jungmeen E., MOEN, Phyllis – Retirement Transitions, Gender, and Psychological Well-Being: A Life-Course, Ecological Model («Journal of Gerontology: Psychological Sciences») The Gerontological Society of America. Vol 57B, No.3 (2002), 212-222

LESSARD-HÉBERT, M, GOYETTE, BOUTIN, G.. Investigação qualitativa: Fundamentos e Práticas. 3ª edição. Lisboa: Instituto Piaget, 2008.

LO, Ruth, BROWN, Ron – Stress and adaptation: Preparation for successful retirement. « Australian and New Zealand journal of Mental Health Nursing. Blackwell Science Pty. 8 (1999), 30-38

PAÚL Constança – Envelhecimento activo e redes de suporte social («Sociologia»). Porto. UP. Vol.15 (2005), 275-287

PRENTIS, Richard S. - White-Collar Working Women's Perception of Retirement. «The Gerontologist» Vol. 20, No. 1, 1980, (pp. 90-95).

PRICE, Christine A. – Professional Women's retirement adjustment: the experience of reestablishing order « Journal of Aging Studies» Elsevier Science Inc. Vol 17 (2003) 345-355

PRICE, Christine A. – Women and Retirement: Relinquishing Professional Identity. «Journal of Aging Studies» Elsevier Science Inc., Vol.14, N.1 (2000) 81-101.

PRICE, Christine A.- Recruitment Strategies for Conducting Research on Women's Retirement «Journal of Women &

Aging» The Haworth Press, Inc. Vol.17 (1/2) (2005), 167-181

PRICE, Christine A., DEAN, Katherine J. – Exploring the Relationship Between Employment History and Retired Women's Social Relationships «Journal of Women & Aging» Vol.21 (2009) 85-98

PRICE, Christine A., NESTERUK, Olena – Creating Retirement Paths: Examples from the Lives of Women «Journal of Women & Aging» Vol.22 (2010) 136-149

QUARESMA, M.L; GIL, A.P, Relatório final MERI-Portugal, Lisboa: Centro de Estudos para Intervenção Social, 2005 Disponível em: <http://www.own-europe.org/History/meri/pdf/article-portugal.pdf>

RICHARDSON, Virginia E – Women and Retirement «Journal of Women & Aging » The Haworth Press. Vol.11, No 2/3 (1999)49-66

SEITSAMO, Jorma. Retirement Transition and Well-being: A 16 year longitudinal study. «. People and Work Research Reports» Finland: Finish Institute of Occupational Health, 2007 76.1237-6183.

WANG, Mo, SHULTZ, Kenneth S. – Employee Retirement: A review and Recommendation for Future Investigation « Journal of Management». Southern Management Association. Sage. XX(X) (2009), 1-35. Disponível em: <http://jom.sagepub.com/content/early/2009/10/06/0149206309347957>

WHITING, Kim - *Divergent Paths: Women's Experiences of the retirement Process*, in Changing families, challenging futures: 6<sup>th</sup> Australian Institute of Family Studies Conference, Melbourne, 1998. Disponível em: <http://www.aifs.gov.au/institute/afrc6papers/afrc6papersindex.html>

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SEGURANÇA SOCIAL, Boletim Estatístico, Setembro 2009, disponível em: <http://www.dgeep.mtss.gov.pt/estatistica/be/beset2009.pdf>

INE, CENSO 2001: Resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação / Instituto Nacional de Estatística. Lisboa : I.N.E., 2001

INE, Destaque (Informação à Comunicação Social), Dia Internacional da Mulher, 8 de Março, 2010. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

INE, Estatísticas da Segurança Social, 2007

INE /INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006,2009

## Contacts / Contacts

Mestre Rita Pisani Burnay - psicóloga, Mestre em Saúde e Envelhecimento e Bolseira de Investigação no Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, [burnay.rita@gmail.com](mailto:burnay.rita@gmail.com)



## *Promoção da Inclusão Social*

*Comentador / Paper Discussant*

**Professor Doutor António Fonseca**

*Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa*



# Tipologia de modos de vida na reforma e identidade(s) do reformado

**Doutoranda Joana Guedes**

Instituto Superior de Serviço Social do Porto

## Resumo / Abstract

Atendendo à longevidade da população idosa portuguesa, o período da reforma reveste-se de desafios relacionados com os papéis que os mais velhos podem assumir, sobretudo em sociedades que elegem o trabalho como elemento estruturante na definição da identidade pessoal e social dos sujeitos. Estudar as *tipologias de modos de vida na reforma dos idosos em Portugal* será o propósito central do estudo, mostrando que estes processos não reflectem exclusivamente escolhas individuais, mas decorrem dos bens e potencialidades acumulados durante as trajectórias (Guillemard, 1972; Guillemard, 2002; Caradec, 2009).

Para o efeito, apresentar-se-á a arquitectura do estudo em curso, o qual recorre ao uso de uma metodologia quantitativa numa primeira fase e, numa segunda fase, ao uso de uma metodologia qualitativa, aprofundando as percepções subjectivas e as reconfigurações identitárias associadas à experiência da reforma. Prevê-se que os resultados a obter sejam de grande utilidade na compreensão aprofundada das dinâmicas e vivências dos indivíduos nesta fase, permitindo que, quer no plano académico, quer político, se construam reflexões que orientem de forma assertiva as intervenções multidisciplinares neste domínio.

## Comunicação / Paper

### Introdução

Primeiramente, importa contextualizar a reforma como um fenómeno social relativamente recente, que surge na Europa a partir de meados do século XX. Até o desenvolvimento de sistemas de bem-estar públicos os idosos raramente tinham a possibilidade de se reformarem do seu trabalho e, quando tal acontecia, ficavam completamente dependentes do apoio da família ou, quando existissem, de poupanças individuais. Particularmente em Portugal, apenas com as movimentações políticas decorrentes do 25 de Abril de 74 se procuraram promover condições para a construção gradual de um Sistema de Segurança Social, em que o Estado se assumiu como um Estado protector, recolhendo aos indivíduos o direito a uma vida digna, sobretudo em situações de risco como doença, falta de trabalho ou velhice. Destaca-se a criação da pensão social, destinada a indivíduos com mais de 65 anos ou inválidos que não beneficiassem de qualquer esquema de previdência, decretada ainda em 74 como a primeira medida correctiva das anteriores injustiças. Contudo, apenas na Constituição de 1976 a velhice é identificada como categoria social autónoma e se consagraram as condições para a universalização do direito a uma reforma de velhice (Fernandes, 1997). De acordo com a autora, a universalização deste direito promoveu a redução do tempo de actividade da população, tornando a passagem à reforma um objectivo muito desejado, especialmente por parte das profissões menos estimulantes e criativas. Estabeleceram-se assim as bases de um novo contrato social, com a participação do Estado, e emergem novos princípios baseados na dignidade das pessoas e no respeito pelos seus direitos sociais fundamentais.

A construção da reforma como um período separado da vida é o resultado da emergência dos sistemas de segurança social que garantem recursos adequados para as pessoas idosas, permitindo-lhes a retirada do mercado de trabalho. Nos tempos actuais, a reforma é já entendida como um dado adquirido das trajectórias de vida modernas e significa um ritual de passagem, uma saída da vida activa de trabalho, com a garantia de pensões ou benefícios da segurança social, independentemente da participação actual ou passada na vida activa (Kunemund & Kolland, 2008).

Devido a uma multiplicidade de razões, a fase de transição dos trabalhadores mais velhos para a reforma reveste-se de uma importância inequívoca. Destaca-se a necessidade de compreender uma fase da vida que, fazendo parte do ciclo vital, foi durante muitos anos negligenciada a favor de outras fases; por outro lado, atender à importância que o trabalho remunerado assume na definição da identidade dos indivíduos, tornando a passagem à reforma um momento particularmente sensível ao nível do bem-estar psicológico e social e, ainda, considerar os desafios que se colocam a indivíduos que, transitando para a reforma num período em que as perspectivas de longevidade são bastante optimistas, podem vivenciar este período como uma nova etapa para o seu desenvolvimento (Fonseca e Paúl, 1999).

Por outras palavras, considerando que o trabalho não só organiza a nossa actividade como também nos ajuda a formar o nosso auto-conceito, a nossa identidade, o nosso lugar no mundo, ele ocupa um lugar muito importante na vida, afectando o bem-estar e a satisfação dos indivíduos. Assim sendo, a sua perda, quer seja voluntária ou involun-

tária, antecipada ou na idade prevista, parcial ou total, na sequência de um processo regular ou de uma experiência de incapacidade, traz sempre associado, ainda que temporariamente, algum sentimento de vazio para o indivíduo.

Atendendo a que uma das mais sérias perdas da idade decorre de não se assumir uma função útil na vida, o que significa sempre o exercício de algum tipo de trabalho, é vulgar que se instale uma crise com a reforma mesmo quando voluntária, mas sobretudo quando involuntária. Esta última circunstância é especialmente traumatizante e stressante, dando origem a uma perda de auto-estima e sentimento de controlo sobre a sua própria vida que pode culminar em depressão.

A questão central diz respeito ao modo como a pessoa lida com a perda de um papel, sendo que "não é possível falar da perda de uma função útil na vida sem referenciar o processo de coping" (Lazarus & Lazarus, 2006, p.155). Presume-se, pois, que a maneira mais segura para permanecer feliz na idade avançada é estando activo e envolvido, o que requer um esforço para compensar a perda desses recursos pessoais dos quais esse envolvimento depende.

Não obstante a grande variabilidade individual relativamente aos objectivos que as pessoas preenchem com o trabalho, tais como ganhar dinheiro, ocupar o seu tempo, desenvolver actividade social com pessoas da mesma classe social ou que se encontram nas mesmas circunstâncias, torna-se arriscado e talvez até prejudicial não desenvolver uma actividade interessante e, acima de tudo, útil, contribuindo para os outros, a sociedade e o mundo (Lazarus & Lazarus, 2006).

Reforçando a importância incontornável do trabalho na sociedade actual, é de supor, com efeito, que a transição para a reforma, cuja idade média na maior parte dos países da OCDE está fixada nos 65 anos, seja cada vez mais objecto de uma cuidada reflexão e preparação. Por este facto, e seguindo a reflexão de Kunemund & Kolland (2008), vamos-nos posicionar numa perspectiva que ao invés de a considerar como um período da vida ao qual estão associadas preocupações relacionadas com o bem-estar social e económico, a entende como um processo que obriga a pensar na influência que as trajetórias de vida assumem nesta etapa, nos desafios associados ao seu planeamento e transição, caminhos, pré-requisitos, resultados e momentos associados a todo o processo que a compõe.

## **Consequências e desafios associados à transição e adaptação à reforma**

Partindo de uma reflexão em torno dos mecanismos implicados nos processos de transição e adaptação à mudança, Fonseca (2005) considera que todos os momentos da vida de um adulto ou de um idoso em que ocorrem mudanças podem suscitar experiências de "transição-adaptação", revestidas de um carácter desenvolvimental (reorganizando objectivos de vida, modificando concepções do self e do mundo, etc).

O autor recorre ao modelo de Schlossberg (1981), o qual descreve transições nos adultos e idosos apoiando-se numa explicação do desenvolvimento que é simultaneamente contextual, desenvolvimental, de ciclo de vida e transaccional. Segundo o autor, uma transição ocorre se um acontecimento resulta numa mudança em termos pessoais e das relações que o indivíduo estabelece com o mundo envolvente. Em vez do conceito de "crise" prefere falar de "transição psicossocial", definindo-a como uma mudança que supõe o abandono de um conjunto de concepções e sua substituição por outras novas, habitualmente com consequências para o comportamento do indivíduo. Isto não invalida que as transições sejam sempre positivas. Numa óptica de ciclo de vida, há sempre um certo risco desenvolvimental associado às transições, sendo que o resultado de uma transição pode assumir aspectos positivos e negativos, envolver ganhos e perdas desenvolvimentais mas, acima de tudo, uma transição só o será se assim for definida pela pessoa que a experimenta (ex: reforma pode significar uma situação de efectiva mudança na vida e significar transição ou não) (in Fonseca, 2005).

Para Schollossberg (1981) a adaptação decorre naturalmente da própria transição, isto é, passa-se para a fase da reorganização em que a nova realidade é encarada e aceite. Este autor apresenta-nos os recursos de adaptação, com base nos sistema dos quatro esses: situação, self, suporte e estratégias. De entre os factores de mediação associados ao processo de "transição-adaptação", destacam-se as características da transição em si mesma (mudança de papel social, afectos desencadeados, motivação, tempo e modo de ocorrência, duração e grau de stress inerente), as características do ambiente antes e depois da transição (sistemas de suporte interpessoal e institucional, contexto físico) e as características do indivíduo (sexo, idade, estado de saúde, educação e estatuto socioeconómico, valores, competência psicossocial, experiência prévia com transições de natureza semelhante).

Considerando o processo de transição-adaptação aplicado ao envelhecimento, a idade adulta e o envelhecimento correspondem a períodos em que a adaptação implica o desenvolvimento de competências individuais, no sentido de uma maior maturidade e de uma frente mais alargada de capacidades de acção, aumento da consciencialização de si e aumento da capacidade para tomar decisões (in Fonseca, 2005).

A reforma, enquanto acontecimento sentido que introduz na vida das pessoas várias mudanças, suscita, simultaneamente o desejo de estabilidade por parte dos indivíduos que a experienciam, a fim de manterem um grau de satisfação de vida, pelo menos igual ao da vida profissional.

Neste sentido, a reforma é um processo que passa por uma série de etapas: fase da pré-reforma; fase da lua-de-mel;

fase do desencanto; fase da definição de estratégias de "coping"; fase da estabilidade; podendo ocorrer a fase do retorno (Atchley, 2000). Na fase de pré-reforma os indivíduos desenvolvem fantasias detalhadas do que julgam poder ser a reforma. Por vezes estas fantasias aproximam-se da realidade, outras vezes são totalmente irrealistas. A fase designada de lua-de-mel corresponde a um período bastante ocupado e eufórico em que o indivíduo descobre liberdade de tempo e espaço para fazer o que durante anos a fio não pôde fazer. Alguns dos que se prepararam e cultivaram algum tipo de actividade prévia passam a desenvolvê-la mais assiduamente. Contudo, nem todos os indivíduos experimentam esta fase de lua-de-mel, quer seja por motivos económicos, pela saúde, estilo de vida, situação familiar ou outro constrangimento. O tempo dispendido nesta fase é imprevisível, dependendo dos recursos disponíveis ao indivíduo e da sua imaginação para os usar. A certa altura quase todos os indivíduos descobrem que não conseguem permanecer indefinidamente na fase de lua-de-mel e iniciam uma rotina. Alguns iniciam uma fase caracterizada pelo desencanto e/ou depressão, sobretudo os que percebem que as suas fantasias sobre a reforma não se cumprem ou os que têm poucas alternativas, como pouco dinheiro, fraca saúde, os que sofreram outras perdas de papéis para além dos que decorrem do trabalho, os que não estão habituados a gerir as suas vidas, etc. Na sequência do desencanto algumas pessoas podem nunca conseguir ultrapassar a depressão, enquanto que outras podem passar por uma fase de reorientação. Passam por um processo de reavaliação e constroem percepções mais realistas da sua experiência de reforma que podem ser usadas a favor da construção de uma estrutura e rotina para a vida na reforma e, por essa via, dar origem a pelo menos alguma satisfação de vida. Na fase da estabilidade as pessoas desenvolvem um estilo de vida rotineiro. Geram-se meios para o confronto rotineiro com as mudanças que se produziram com a reforma. As pessoas com uma rotina satisfatória estão conscientes das suas capacidades e limitações, conhecem o que se espera delas e dos seus papéis. Essa rotina pode, com efeito, ser interrompida por acontecimentos como uma incapacidade física ou perdas de outros papéis, originando a necessidade de uma nova rotina. O indivíduo pode mesmo regressar à fase da reorientação. Por fim, para alguns o papel de reformado é irrelevante porque voltam a trabalhar. Nos casos de doença ou incapacidade produz-se uma mudança do papel de reformado ao de doente (Atchley, 2000).

Certo é que nem todos os indivíduos experienciam todas estas fases ou as experienciam pela ordem aqui apresentada. É necessário considerar que podem ser diversos os caminhos de envelhecimento e de adaptação à reforma, o que reforça o papel dos estilos adaptativos individuais face às transições e confere ao conceito de adaptação um maior valor explicativo, pela consideração conjunta das diferenças individuais e das circunstâncias ambientais. Quando confrontado com uma transição, o self encarrega-se de avaliar os conteúdos dessa transição e dessa avaliação irá depender a elaboração de respostas positivas ou negativas face ao acontecimento inerente a essa mesma transição (Fonseca, 2005).

No entender de Vaillant (2002), existem sobretudo quatro circunstâncias face às quais a reforma se pode tornar num acontecimento stressante: quando é involuntária e não planeada; quando o indivíduo não tem outros meios de suporte para além do salário; quando a própria vida não era feliz e o trabalho se assumia como um escape; quando é precipitada por uma situação de má saúde ou perda de saúde.

Procurando testar o modelo de adaptação à reforma proposto por Atchley, Reitzes & Mutran (2004) desenvolvem um estudo de acompanhamento de trabalhadores mais velhos desde a pré-reforma até 24 meses após a reforma, a fim de explorar estádios na reforma, assim como o impacto de factores psico-sociais, background social e factores de género na adaptação à reforma. Os seus resultados apoiaram o modelo de adaptação de Atchley, demonstrando um aumento inicial de atitudes positivas perante a reforma, até 6 meses após a reforma, seguido de um declínio até aos 12 meses e uma recuperação para níveis equivalentes aos da pré-reforma 24 meses depois da reforma. Se numa primeira fase se reduz o stress e se conquistam novas liberdades, numa fase subsequente adquire-se uma noção mais clara dos constrangimentos, limitações e ambivalências que caracterizam este processo até se atingir uma nova etapa de equilíbrio, bem-estar e adaptação às oportunidades da reforma.

Detalhando alguns factores com maior impacto neste processo de adaptação, os autores referem que a auto-estima na pré-reforma e significados identitários positivos, assim como a elegibilidade da pensão, enquanto importante fonte de segurança económica, aumentam as atitudes positivas em relação a esta nova etapa, quer seja 6, 12 ou 24 meses depois da reforma. O planeamento da reforma e uma reforma voluntária aumentam atitudes positivas numa fase imediata da reforma, mas não mais tarde. Crê-se que estes processos beneficiem os sujeitos numa fase inicial, tornando os primeiros 6 meses menos estranhos e mais próximos de uma "lua-de-mel", não obstante esta vantagem ser limitada no tempo. Relativamente às possíveis diferenças de género na adaptação à reforma, os autores não registaram diferenças significativas nem sistemáticas em nenhuma circunstância. A saúde precária contribui para diminuir as atitudes positivas em relação à reforma sobretudo numa fase mais tardia e não tanto inicial. Os efeitos negativos da saúde precária podem ser inicialmente ignorados pela euforia que caracteriza a fase de "lua de mel", mas a influência da saúde precária emerge após 12 meses de reforma e persiste, especialmente para os homens, no decorrer dos 24 meses do pós-reforma (Reitzes & Mutran, 2004).

De acordo com o que foi referido, os sentimentos perante a reforma dependem de vários factores. Indivíduos que têm boa saúde e boas condições físicas, que não têm preocupações económicas e não associam à reforma uma perda de rendimentos, que organizam adequadamente e desfrutam do seu tempo livre são, por regra, pessoas mais satisfeitas. Percebe-se, pois, que uma adequada forma de auxiliar as pessoas no seu processo de reforma é apoiando-as na sua preparação, processo este que deveria começar na idade adulta intermédia, reestruturando todo o curso vital. Preparar para a reforma ajuda a enfrentar os problemas de saúde, económicos, sociais e a organização global de toda a vida e dos novos papéis que o reformado pode vir a assumir. Com efeito, preparar para novos papéis não significa que a reforma não represente, em si mesmo, um papel social válido, ao qual estão associados direitos e deveres inerentes a uma posição social, assim como relacionamentos específicos entre pessoas reformadas e outros actores; é suposto que os reformados assumam responsabilidades na gestão da sua própria vida, evitem tornar

-se dependentes, e vivam com os seus recursos (Atchley, 2000).

No entanto, Ekerdit, DeViney & Kosloski (1996) mesmo antes da (re)definição de papéis ou da reconstrução de projectos de vida no pós-reforma, sugerem-nos a construção de perfis de planos para a reforma, salientando que o valor heurístico desta construção reside no reconhecimento da heterogeneidade das intenções dos reformados. Os 5 planos que os autores definem (reforma em full-time; reforma parcial; mudança de emprego; recusa da reforma e sem planos definidos em relação à reforma) foram aplicados e validados a trabalhadores com idades compreendidas entre 51 e 61 anos. Os planos de reforma construídos podem servir como o fundamento de uma taxonomia de planos específicos de reforma, para organizar investigações sobre estabilidade e mudança nas intenções de reforma e para caracterizar o caminho de que depende um eventual comportamento de reforma. Os autores sugerem que no âmbito de uma hierarquia analítica e taxonómica estes planos devam surgir em primeira instância. Posteriormente, fará sentido reflectir sobre outros elementos relativos ao planeamento da reforma, tais como o momento da transição, a gestão do tempo, futuros regimes ocupacionais, pensões, mudança de emprego, questões relacionadas com o estilo de vida, etc. Cada um destes elementos pode fazer sentido, ou não, em função do plano específico de reforma que cada indivíduo selecciona para si.

Independentemente dessa escolha, a verdade é que a reforma significa, por regra, um aumento de tempo disponível para o desempenho de outros papéis, a alteração dos recursos económicos disponíveis para uma diversidade de actividades, nomeadamente viagens e lazeres e uma modificação dos hábitos e qualidade associada a outros papéis, especialmente no âmbito familiar (Atchley, 2000).

Podemos afirmar que, com a reforma e o conseqüente aumento do tempo livre, as actividades ganham, pois, um papel de relevo, podendo as mesmas assumir-se como mais ou menos estimulantes e recompensadoras. Com propósitos mais exigentes e compensadores, e não apenas de garantir a mera ocupação de tempo, destacam-se as actividades que implicam a construção de novas redes sociais e amigos; a descoberta do prazer do brincar e dos jogos, ainda que de competição, que divirtam e elevem a auto-estima e auto-importância; a descoberta da criatividade, que requer tempo protegido, até mesmo alguma solidão e, por fim, actividades que garantam a aprendizagem ao longo da vida (Vaillant, 2002).

## Conceptualização e objectivos do estudo

Não obstante a heterogeneidade e a variabilidade de situações económicas e sócio-culturais que caracterizam o grupo dos mais velhos, as questões da longevidade e do melhoramento generalizado das condições de vida dos idosos que se têm verificado nas últimas décadas têm-se traduzido num enriquecimento dos seus quotidianos e modos de vida. Considerando que esses modos de vida específicos da reforma são o resultado dos bens e recursos adquiridos ao longo da vida, tais como rendimentos, saúde, relações sociais, podemos afirmar que existem hoje condições para que os indivíduos mais velhos desfrutem de oportunidades e de novos projectos que confirmem sentido ao horizonte alargado de vida.

Assim sendo, e à semelhança do que Guillemard tem vindo a fazer em França, desde finais de 60, interessa-nos construir para a realidade portuguesa tipologias de práticas de reforma que evidenciem os determinantes sociais das condutas dos reformados, não as considerando como reacções individuais mas como "práticas sociais" e "expressão do estado das relações sociais" (Guillemard, 1972; Caradec, 2009). Posicionamo-nos na perspectiva da autora, de que os determinantes sociais das práticas de reforma se configuram nos recursos acumulados durante a vida de trabalho, sob a forma de bens (rendimento, rede/alcance das relações sociais, grau de envelhecimento, estado de saúde) ou de potencialidades (instrução, situação anterior de trabalho mais ou menos propícia à tomada de iniciativas, actividade fora do trabalho) (idem).

A posse de ambos influenciará os trunfos que se detém para enfrentar a reforma podendo transformá-la no que a autora definiu como:

- a) "reforma-retraimento" (actos quotidianos destinados quase exclusivamente à manutenção do biológico, paragem progressiva de toda a actividade social);
- b) "reforma-terceira idade" (desenvolvimento de uma nova actividade criadora que toma o lugar da actividade profissional);
- c) "reforma-consumo" (consumo de bens e lazeres e reforma-família, centrada nas relações familiares),
- d) "reforma-reivindicação" (contestação do lugar construído para os velhos na sociedade, pondo em destaque o papel social dos reformados),
- e) "reforma-participação" (participação na sociedade por via da exposição massiva aos mass média).

O nosso objectivo visa analisar os modos de ocupação do tempo dos reformados portugueses, destacando papéis que assumem e grau de integração no domínio económico (produção e consumo), relações sociais e rede de comunicações que estabelecem, atitudes reflexivas, vivências subjectivas e reconfigurações identitárias construídas.

Revisitando em 2002 a sua obra de 1972, Guillemard postula que, à data, um dos modos de vida mais observados era o da "reforma-retraimento", significando que o pós-reforma era vivido como uma verdadeira morte social. A paragem da actividade laboral traduzia uma paragem progressiva de toda a actividade social. As práticas quotidianas destinavam-se quase exclusivamente ao descanso e à manutenção do biológico. Contudo, quando há bens e re-

curiosos significativos acumulados no decorrer da vida, surgem outras formas de adaptação, como a reforma-consumo, sob todas as formas de consumo de bens e lazeres e a reforma-terceira idade que se assume sobretudo como uma reforma solidária materializada em atitudes de utilidade social (Guillemard, 2002; Caradec, 2009). Num contexto de valorização das actividades de lazer podemos questionar até que ponto estamos perante uma sociedade do lazer e ócio ou de responsabilidade social. Concordando que a reforma surge como um tempo privilegiado para o envolvimento social, defende-se que a confiança nos outros cresce à medida que a participação nas organizações da sociedade civil se torna regular, favorecendo a inclusão social, o diálogo intergeracional e a responsabilidade cívica (Nicolas Servin, 2009).

Neste enquadramento, no estudo em curso define-se como objectivo geral evidenciar tipologias de modos de vida na reforma, dando conta da pluralidade de formas de vivência da reforma em Portugal e das identidades que a partir daí se definem. Prevêem-se, como objectivos específicos:

- 1) verificar as mudanças que se operam com a reforma, em termos de ocupação do tempo e de modos de sociabilidade, particularmente, a adesão a interesses individuais, a participação na vida colectiva, as relações familiares e de amizade;
- 2) articular as dimensões *actividade* e *sociabilidade* com as expectativas prévias dos indivíduos sobre a reforma;
- 3) analisar as atitudes reflexivas suscitadas pela reforma (a partir de elementos como balanço de vida; objectivos para a reforma, vivência subjectiva da solidão, auto-imagem);
- 4) compreender a ligação entre as atitudes reflexivas suscitadas pela reforma e a reconfiguração de identidades pessoais e sociais nos reformados.

Em suma, pretende-se no plano instrumental problematizar o grau de congruência entre as principais tipologias de adaptação à reforma encontradas e as concepções da política social vigente (evolução do discurso político sobre a reforma), que tendem a enfatizar a adopção de políticas que favorecem o prolongamento da vida e o incentivo ao envelhecimento activo.

## Arquitectura do estudo

É objectivo deste artigo apresentar a metodologia de investigação que se pretende vir a arquitectar. O propósito de contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a variabilidade dos processos e tipologias de práticas de reforma em Portugal, dada a escassez de estudos nestas matérias, determina a opção inicial por uma abordagem quantitativa.

Numa primeira fase do estudo, será validado um inquérito inspirado no originalmente utilizado por Guillemard (1972), cujas variáveis decorrem das opções teóricas implícitas no modelo de análise. Serão destacadas dimensões relacionadas com:

- questões de natureza sócio-demográfica (sexo, idade, lugar de residência actual, estado civil...);
- passado residencial (lugares de residência, tempo de permanência, tipo de alojamento...);
- actividade profissional passada (escolaridade, formação profissional, ramo de actividade, categoria profissional, vínculos contratuais, existência de actividade profissional no pós-reforma...);
- estado de saúde (doenças, acidentes, hospitalizações, deficiências, capacidade para realizar as actividades de vida diária...);
- actividades quotidianas (horas de sono, realização de tarefas domésticas, tempo dedicado a actividades, tais como caminhadas, excursões, férias, bricolage, actividades culturais, leitura...);
- vida social passada (actividades várias realizadas antes da reforma tais como participação em associações, grupos políticos, actividades culturais, hobbies, leitura...);
- situação de família (composição do agregado familiar, contacto com família alargada, actividades partilhadas em conjunto, apoio prestado e recebido pela família...);
- relações de amizade (existência de amigos de longa data e recentes, actividades partilhadas, regularidade dos contactos, tipo de relação estabelecida...);
- recursos financeiros (rendimento mensal, origem desses rendimentos, principais despesas...);
- relações com a sociedade (leitura de jornal, rádio, televisão, revistas, livros, bens e serviços consumidos, projectos, representações sobre a juventude e a reforma...).

O inquérito será concebido procurando replicar e testar as tipologias de modos de vida na reforma a que Guillemard tem chegado em França, desde os inícios da década de 70. Pretende-se perceber se essas tipologias verificadas em França, que prefiguram modos de vida de adaptação à reforma, se materializam actualmente em Portugal, país com um Estado Providência mais recente e cuja consagração do direito à reforma ocorreu mais tardiamente. A vali-

dade e fiabilidade do inquérito serão testadas de acordo com os procedimentos estatísticos habitualmente utilizados.

A entrevista ocorrerá num momento posterior, depois de se terem apurado as tipologias de práticas de reforma mais evidenciadas no estudo. Esta segunda fase possibilitará uma compreensão exaustiva das reflexões e vivências mais subjectivas da reforma, permitindo apontar como os indivíduos experienciam os novos papéis e reconstróem a sua identidade(s).

Dar voz aos sujeitos permite a valorização do significado das suas acções, experiências e conhecimentos, destacando a heterogeneidade dos processos e vivências na reforma. Entende-se que a exigência deste objectivo só é compatível com a adopção de uma abordagem qualitativa que facilitará a explicação dos "porquês" das relações identificadas na pesquisa quantitativa.

## Procedimentos

Pretende-se que o inquérito seja de auto-preenchimento e dirigido a pessoas de ambos os sexos. Considerando que "padrões de envolvimento profissional diferentes vão corresponder também atitudes diferenciadas face à passagem à reforma" (Fonseca, 2004), interessa-nos inquirir indivíduos com diferentes trajectórias escolares e profissionais. Para que as tipologias reflectam uma pluralidade de experiências e modos de vida na reforma, importa que os indivíduos sejam provenientes de diferentes contextos sociais, económicos, familiares, culturais, relacionais e que estejam envolvidos, ou não, em projectos sociais, de apoio familiar e/ou comunitário, reflectindo diferentes formas de ocupação do tempo.

Pretende-se explorar variáveis e factores das trajectórias dos sujeitos que melhor possam explicar o modo como ocupam o tempo, desenvolvem redes de sociabilidade, participam na comunidade e concebem subjectivamente as suas experiências de adaptação à reforma, sobretudo por relação às expectativas construídas. Estima-se que a amostra possa ser de 500 pessoas reformadas, cujo tempo de reforma oscile entre 2 e 15 anos, procurando, através deste intervalo ultrapassar possíveis enviesamentos: menos 2 anos para obviar as representações que tendem a associar a reforma a uma fase de "lua-de-mel" (Atchley, 2000) e até 15 anos, considerando que os efeitos de adaptação após este tempo podem ser fortemente influenciados pelos efeitos da idade biológica. A escolha de um concelho, neste caso Matosinhos, deve-se ao facto de ser um espaço de conhecimento e interacção profissional da investigadora e ser um contexto geográfico bastante diversificado, com partes urbanas, semi-urbanas e de alguma ruralidade. Prevê-se que a recolha de dados seja feita pela investigadora e decorra em universidades seniores, projectos de voluntariados, centros de saúde, centros de convívio, juntas de freguesia e mediante contactos pessoais.

Os dados recolhidos serão analisados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). A segunda parte do estudo, de cariz qualitativa, centrar-se-á na realização de entrevistas semi-estruturadas. Após testar o guião de entrevista, cujas questões visam induzir os sujeitos a manifestar percepções e aspectos particulares associados à experiência da reforma, proceder-se-á à sua aplicação e análise de conteúdo, através do programa NUD\*IST6.0. Visando garantir a segurança na obtenção dos dados, procurar-se-á garantir a credibilidade, fiabilidade e transferibilidade dos mesmos, considerando as particularidades de uma investigação qualitativa. A amostra será apenas decidida depois de realizado o estudo quantitativo e de apuradas as tipologias mais representativas de adaptação à reforma.

## Conclusões e contribuições previstas

A reforma, enquanto fenómeno social recente, considerada a par dos benefícios associados a uma sociedade longevital, vem criar novas oportunidades e possibilidades de projectos para os indivíduos que enfrentam esta nova etapa.

No entanto, considerando a importância central do trabalho nas sociedades contemporâneas, a transição da condição de trabalhador para a de reformado não é linear. Ela comporta desequilíbrios, mudanças, podendo até ser vivenciada como um período de "crise" ou "transição psicossocial" para o indivíduo. Retirar-se do trabalho pode significar deixar de se sentir envolvido socialmente, de se sentir útil, colocando em causa a auto-estima e identidade social dos sujeitos.

Neste sentido, são de valorizar as estratégias de coping mobilizadas pelos próprios ao longo das várias etapas de adaptação à reforma, assim como todos os esforços movidos no sentido da sua cuidadosa preparação. Estes processos podem garantir melhores condições para se beneficiar plenamente das oportunidades que advêm da reforma.

Independentemente dos motivos que conduzem à reforma, ela pressupõe quase sempre um aumento de tempo livre que pode ser dedicado a actividades produtivas e de lazer. Criar condições para que essas actividades não se destinem à mera ocupação de tempo dos indivíduos, mas sejam substantivas do ponto de vista do enriquecimento social, relacional e cultural deve ser um propósito social e académico a prosseguir, restituindo aos mais velhos o direito a

viverem com a dignidade e consideração social de que são merecedores. Destacam-se, para o efeito, as estratégias de intervenção que favoreçam as trocas intergeracionais e uma "reforma-solidária".

Neste sentido, prevêem-se contribuições sobretudo a dois níveis: político – no sentido de (re)pensar políticas de planeamento e preparação gradual para a reforma, ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, e o aperfeiçoamento das políticas e intervenções sociais, educacionais e institucionais que promovam o enriquecimento e o sentimento de pertença e integração social dos indivíduos reformados; académico – contribuindo para uma maior compreensão dos processos sociais (bens, recursos, oportunidades...) que influenciam a diversidade de trajectórias dos sujeitos que se encontram em processo de reforma, e para a construção de práticas profissionais onde faça sentido a existência dos indivíduos mais velhos numa óptica solidária e intergeracional.

## BIBLIOGRAFIA

Atchley, R. C. (2000). Retirement as a Social Role. In Gubrium, J., Holstein, J. (Eds.), *Aging and Everyday Life* (pp.115-124). Oxford: Blackwell Publishers.

Bye, D., & Pushkar, D. (2009). How need for cognition and perceived control are differentially linked to emotional outcomes in the transition to retirement. *Motivation and Emotion*, 33(3), 320-332.

Choi, N., & Dinse, J. (1998). Challenges and Opportunities of the Aging Population: Social Work Education and Practices for Productive Aging. *Educational Gerontology*, 24, 2, 159-173

Chung, S. Y., Domino, M. E., & Stearns, S. C. (2009). The Effect of Retirement on Weight. *Journals of Gerontology Series B - Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(5), 656-665.

Coursolle, K. M., Sweeney, M. M., Raymo, J. M., & Ho, J.-H. (2010). The Association Between Retirement and Emotional Well-being: Does Prior Work-Family Conflict Matter? *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*.

Ekerdt, D. J., DeViney, S., & Kosloski, K. (1996). Profiling plans for retirement. *Journals of Gerontology Series B - Psychological Sciences and Social Sciences*, 51(3), S140-S149.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade – Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Coimbra: Celta Editora.

Fonseca, A. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Edições Almedina.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A., & Paúl, C. (1999). A Passagem à Reforma como um Momento de Transição - uma Abordagem Desenvolvidamente. *Psicologia, Educação e Cultura*, vol.III, nº2, 377-384.

Fonseca, A., & Paúl, C. (2004). Saúde Percebida e "Passagem à Reforma". *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 17-29.

Fonseca, A. & Paúl, C. (2002). Adaptação e Validação do "Inventário de Satisfação com a Reforma" para a população portuguesa. *Psychologica*, 29, 169-180.

Guillemard, A.-M. (2002). De la Retraite Mort Sociale à la Retraite Solidaire. La Retraite une Mort Sociale (1972) Revisitée Trente Ans Après, *Gérontologie et Société*, nº102, 53-66.

Guillemard, A.-M. (2004). L'Employ des Seniors les Enseignements de L'Europe de Nord et du Japon, *Gérontologie et Société*, nº111, 29-43.

Guillemard, A.-M. (2002). Vieillesse et Exclusion. In Paugam, S. (Eds.), *L'Exclusion. L'État des Savoirs* (pp.193-206). Paris: La Découverte.

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses Através da Continuidade de Tarefas Produtivas, *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 137-143.

Kunemund, H. & Kolland, F. (2008). Work and Retirement. In Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F., & Westerhof, G. (Eds.), *Ageing in Society. European Perspectives on Gerontology* (pp.167-185). London: Sage Publications.

Lalivé D'Épinay, C. (2003). La Retraite et Après? Vieillesse entre Science et Conscience. Leçon D'Adieu, Université de Genève: Centre Interfacultaire de Gérontologie, Coll. Questions D'Âge, 2.

Lazarus, R. S., Lazarus, B. N. (2006). *Coping with Aging*. Oxford: University Press.

Lewis, M. J., Edwards, A. C., & Burton, M. (2009). Coping With Retirement: Well-Being, Health, and Religion. *Journal of Psychology*, 143(4), 427-448.

Martin, I., Guedes, J., Gonçalves, D., & Cabral Pinto, F. (2007). O Desenvolvimento do Paradigma do Envelhecimento Produtivo: Os Novos Papéis dos Seniores na Sociedade. In Osóri, A. & Cabral Pinto, F. (Eds.), *As pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa* (pp.203-223). Lisboa: Instituto Piaget.

Nicolas Sirvin, I., Pascal Godefroy, I. (2009). Le Temps de la Retraite est-il Improductif?. *Retraite et Société*, 57, 76-95

- Pinquart, M., & Schindler, I. (2009). Change of Leisure Satisfaction in the Transition to Retirement: A Latent-Class Analysis. *Leisure Sciences, 31*(4), 311-329.
- Pushkar, D., Chaikelson, J., Conway, M., Etezadi, J., Giannopoulos, C., Li, K., et al. (2010). Testing Continuity and Activity Variables as Predictors of Positive and Negative Affect in Retirement. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 65*(1), 42-49.
- Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (2004). The transition into retirement: Stages and factors that influence retirement adjustment. *International Journal of Aging and Human Development, 59*, 63-84.
- Rozario, P., Morrow-Howell, N., & Hinterlong, J. (2004). Role Enhancement or Role Strain: Assessing the Impact of the Multiple Productive Roles on Older Caregiver Wellbeing. *Research on Aging, Vol.26, N°4*, 413-428.
- Topa, G., Moriano, J. A., Depolo, M., Alcover, C. M., & Morales, J. F. (2009). Antecedents and consequences of retirement planning and decision-making: A meta-analysis and model. *Journal of Vocational Behavior, 75*(1), 38-55.
- Vaillant, G. E. (2002). *Ageing Well: Surprising Guideposts to a Happier Life from the Landmark Harvard Study of Adult Development*. Boston: Little Brown and Company.
- Wang, M. (2007). Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: Examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *Journal of Applied Psychology, 92*(2), 455-474.
- Westerlund, H., Kivimaki, M., Singh-Manoux, A., Melchior, M., Ferrie, J. E., Pentti, J., et al. (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. *Lancet, 374*(9705), 1889-1896.
- Wong, J. D., & Hardy, M. A. (2009). Women's Retirement Expectations: How Stable Are They? *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 64*(1), 77-86.
- Wong, J. Y., & Earl, J. K. (2009). Towards an integrated model of individual, psychosocial, and organizational predictors of retirement adjustment. *Journal of Vocational Behavior, 75*(1), 1-13.

## Contactos / Contacts

Doutoranda Joana Guedes - Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Joana.guedes@issp.pt | joanamartinsguedes@hotmail.com

# Sou velho e agora? Solidão e depressão no idoso institucionalizado e não institucionalizado

**Mestre Sara Ribeiro**  
**Professor Doutor Milton Madeira**  
Universidade Fernando Pessoa

## Resumo / Abstract

Este estudo exploratório pretende identificar e analisar a relação entre os sentimentos de Solidão e de Depressão em idosos Institucionalizados e não Institucionalizados de ambos os Géneros, testando as seguintes hipóteses: *H1* Há associação entre as variáveis sentimento de Solidão e sentimento de Depressão; *H2* Há diferenças entre idosos Institucionalizados e não Institucionalizados quanto à Solidão e quanto à Depressão; *H3* Há diferenças entre homens e mulheres quanto ao sentimento de Solidão e quanto ao índice de Depressão. Assim, foram seleccionados um grupo de 30 idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fafe, Institucionalizados em regime de tempo integral; e um grupo de 27 idosos dos concelhos de Felgueiras e Ponte de Lima, obtendo-se uma amostra mista de ambos os géneros de 57 idosos. A esta amostra foi aplicado um Questionário Sócio-Demográfico; a Escala de Solidão da UCLA e a Escala Geriátrica de Depressão. Assim, concluiu-se que existe uma relação linear entre o índice de Solidão e o índice de Depressão; que não existem diferenças quanto à Solidão e quanto à Depressão em idosos Institucionalizados e não Institucionalizados; e que as mulheres não Institucionalizadas são mais Deprimidas que os homens não Institucionalizados.

## Comunicação / Paper

### Introdução

O envelhecimento é cada vez mais um assunto de interesse por parte da comunidade científica que acompanha a crescente preocupação da sociedade com as pessoas mais velhas. Antevê-se uma era futura em que a população mundial vai ser composta maioritariamente por idosos, estando a sociedade actual a preparar-se para lidar com o "boom geriátrico". Além das questões de saúde física, o bem-estar emocional tem-se apresentado como objecto de especial interesse por parte dos investigadores, sendo a Solidão e a Depressão referidas como a nova patologia geriátrica pela frequência com que surgem associadas.

Nesta investigação procurou-se perceber se existiriam diferenças no índice de Solidão e no índice de Depressão em idosos Institucionalizados e idosos não Institucionalizados de ambos os géneros, já que Sheehan & D'Souza (2007) e Junior, Silva, & Bastos (2009) referem que não existem dados conclusivos para estabelecer uma relação linear entre a Depressão e a Institucionalização. Quanto à Solidão, Okoso *et al* (2009) e Spenser *et al* (2010) referem que embora não exista uma relação linear entre a Solidão e a Institucionalização, a maioria das investigações apontam para a Institucionalização como um factor determinante no aparecimento da Solidão, sob a justificação de que os idosos Institucionalizados estabelecem relações menos significativas que os da comunidade. Quanto à diferença de Género Sparks & Richardson (1997) e Caciopo, Fowler & Cristakis (2009), defendem que as mulheres são mais propensas a experienciar sentimentos de Solidão devido a uma maior vulnerabilidade do género feminino às necessidades de interacção com os membros da sua origem social.

Assim, de uma forma mais abrangente, pretende-se então perceber qual o contexto que melhor satisfaz as necessidades do idoso Português, espera-se que os resultados obtidos auxiliem idosos, familiares e técnicos na escolha de uma resposta adequada para o idoso.

### A Solidão

Embora a natureza e o propósito da solidão sejam actualmente discutidas por disciplinas como a Filosofia, a Teologia e a Literatura, o estudo científico da Solidão tem uma história relativamente curta. O primeiro trabalho científico sobre este tema e com o objectivo de conceptualizar a Solidão surgiu em 1955 pela autora psicanalítica Frieda Fromm-Reichmann que afirmava que a Solidão podia ser desconstrutiva, desintegrativa e poderia levar ao desenvolvimento de estados psicóticos, já que o ser humano tem uma necessidade intrínseca de contacto social e ternura (Silver, 1995).

Depois de Fromm-Reichmann, muitos foram os teóricos que se indagaram sobre as causas e as consequências da Solidão. Alguns autores clássicos da Psicologia como Freud (1930, citado por Tanís, 2003) associaram a origem do sentimento de Solidão à infância. Para Freud este sentimento seria decorrente de duas angústias infantís: o silêncio e a escuridão. A sua teoria postula que na solidão o principal mecanismo de acção é a transformação da libido do esta-

do de excitação para o estado de angústia. Dessa forma, a teoria psicanalítica defende que a origem da Solidão se resume à angústia da perda definitiva do objecto. Este receio da perda ocorre pelo papel do objecto enquanto elemento fundamental do crescimento emocional do indivíduo, mas também enquanto alvo de investimento pulsional do sujeito (Tanís, 2003).

Assim, pode dizer-se que a Solidão é uma experiência de vida emocional, aversiva e *stressante*, já que se relaciona com a inexistência, o afastamento ou perda de relações afectivas significativas (Neri, 2008). Pode ser uma experiência excessivamente penosa, que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias. A Solidão não é isolamento, mas antes uma reacção pessoal face a uma dada situação (Berger & Mailloux-Poirer, 1995).

Os idosos (e os adolescentes) constituem a população que mais se sente só (Neto & Barros, 2001); esse facto está muitas vezes relacionado com as alterações que ocorrem no contexto familiar, principalmente devido às perdas de familiares (Tikkainen, & Heikkinen, 2005). A viuvez, devido à perda de uma relação íntima muito particular (Paúl, 1997), e a indiferença que muitas vezes os idosos recebem do meio em que vivem, faz com que entrem numa espiral de Solidão, que é o mais doloroso tipo de ansiedade para o indivíduo. A humanidade – e os idosos, em particular – não devem ficar sós, devido à intensidade do sofrimento que o sentimento de Solidão acarreta (Grinberg & Grinberg, 1999).

Um estudo realizado por Neto e Barros em 2000 conclui que o resultado obtido relativamente ao índice de Solidão em idosos portugueses é consideravelmente alto relativamente a dados da América do Norte. O autor questiona-se se o factor explicativo não poderá residir nas melhores condições de vida proporcionadas aos idosos na América do Norte do que em Portugal (Neto & Barros, 2001). Um estudo realizado por Emílio e colaboradores em 1989 também na população Portuguesa, apresentou as vulnerabilidades desta população, concluindo nessa altura que os idosos são a população mais propícia a sentirem-se sós, sentimento gerado não só pelas perdas mas também pelas dificuldades nos contactos sociais devido a doenças físicas, pelas privações inerentes à falta de recursos económicos e pela perda de amigos ou familiares (Monteiro & Neto, 2006). Slepj, (1998) acrescenta ainda a falta de uma identidade socialmente reconhecida como mais um factor que gera nos idosos sentimentos de marginalização e de Solidão.

Concluindo, Mijuskovic (1979) refere que a amizade e o fomento de relações sociais são a chave para anular sentimentos de Solidão pois quando existem sentimentos genuínos de amizade, a Solidão é recalçada no inconsciente. Tendo em vista a fuga ao estado de isolamento, muitas vezes a pessoa idosa decide por livre vontade ou por influência de outras pessoas procurar uma Instituição, já que esta opção torna-se um projecto atraente comparativamente ao isolamento social e ao sentimento de Solidão (Bessa & Silva, 2008; Cartelletti, Casara, & Herédia, 2004).

## Depressão

A Depressão é uma patologia recorrente, mas frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários (Buckley & Lachman, 2007). Prevê-se que as consequências na saúde pública do sub-tratamento da Depressão no idoso irão aumentar, caso não haja uma maior precisão no que refere ao seu diagnóstico (Rajji, Mulsant, Lotricht, Lokker, & Reynolds, 2007).

São diversos os autores que estabelecem diferentes definições para esta psicopatologia, assim para Bize & Vallier (1985), as Depressões caracterizam-se pelo seu aspecto «rígido» com apatia e hipoemotividade, monotonia progressiva dos conteúdos, estereotipia. A este pano de fundo, estes autores acrescentam a angústia, frequentes crises de agitação, eventuais ideias delirantes com temas de culpabilidade, de defesa, de perseguição ou de tendências paranoicas e sádicas com o fim de castigar os que o cercam do seu estado de abandono de que é acusado.

Embora os sintomas pareçam bastante lineares e de fácil diagnóstico através do DSM-IV, a avaliação de sintomas de Depressão nas pessoas mais velhas não é uma tarefa simples. A maioria dos clínicos sabe que no caso dos idosos a sintomatologia depressiva não é uma situação clara, já que os idosos em vez de dizerem que estão deprimidos dirão provavelmente que têm dificuldades em concentrar-se ou verbalizam sintomas como problemas de estômago, falta de sono, perda de apetite, entre outros. Além disso, a maioria dos sintomas de Depressão coincidem com os sinais de um envelhecimento normal ou podem estar associados a défices cognitivos ou outros problemas de saúde. Neste caso, a utilização de instrumentos de avaliação adaptados à população mais velha é um forte auxílio na realização do diagnóstico diferencial (Cappeliez, Landreville, & Vézina, 2000; Monteiro, 2002).

No que refere às causas de Depressão Haynal, Pasini, & Archinard (1998) referem que a viuvez é uma das causas mais comuns de Depressão no idoso, e por isso mesmo o risco de morte aumenta muito significativamente durante os seis meses seguintes à perda do cônjuge. Após o luto, a saúde mental e física é menos boa, mas este facto continua muitas vezes a ser ignorado pelo médico. Observa-se frequentemente a alteração dos comportamentos alimentares e o abuso de álcool ou de tranquilizantes. O suicídio, nomeadamente sob uma forma dissimulada, composta pela recusa de viver e pela recusa de cuidados, pode ocorrer. A degradação do estado cardio-vascular é frequente, as dificuldades económicas e o apoio social relativamente pobre pioram o prognóstico da Depressão reactiva à viuvez.

O autor Blazer (1998) considera que existem determinados tipos de Depressão mais susceptíveis de surgirem nos idosos, são elas a *Depressão Severa*; a *Depressão Melancólica*; a *Depressão Psicótica*; os *Episódios Maníacos* e a *Perturbação Distímica*, *Perturbação de adaptação com humor depressivo* e *Perturbação orgânica do humor*.

Nesta fase da vida, o tratamento combinado de psicoterapia com a farmacoterapia é especialmente indicado, já que aumentam a magnitude e a duração da resposta por parte do paciente. Alguns medicamentos são inicialmente mais eficazes do que a psicoterapia; contudo certos tipos de psicoterapia são mais abrangentes e têm efeitos

mais duradouros do que a farmacoterapia (Green, 2003).

Desta forma, reitera-se que o diagnóstico diferencial é uma tarefa essencial e deve ser uma preocupação para os profissionais de saúde. Segundo Cohen & Eisdorfer (1997), o diagnóstico diferencial em idosos deve contemplar, para além das diferentes perturbações afectivas, também a Depressão induzida por doença física e/ou por medicamentos; Depressão coexistente com outros distúrbios psiquiátricos e por fim com a Depressão Reactiva e tristeza existencial.

### **Institucionalização Vs. Família/Comunidade**

A discussão gerada em torno do envelhecimento e das respostas sociais no que refere ao apoio aos cidadãos idosos tem adquirido nos últimos anos e particularmente nas sociedades ocidentais, uma crescente actualidade e pertinência. A notoriedade desta questão encontra-se na centralidade que o tema tem tido no discurso político e social e na proliferação de iniciativas mais ou menos visíveis e mediáticas que têm como preocupação central questões ligadas à velhice e ao apoio social.

Segundo Nunes (1999), embora o conceito de apoio social varie consoante a perspectiva de cada autor, em geral todos eles convergem no que refere ao objectivo do apoio social: apoio instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interacção positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, assistência maternal, etc.

Focando-nos um pouco mais na pessoa idosa, podemos dividir as redes sociais de apoio para esta população em dois grupos principais: as *redes de apoio formal* que são constituídas por Lares para a Terceira Idade; serviços de Apoio Domiciliário e Centro de dia. E as *redes de apoio informal*, constituídas por Família e amigos/vizinhos (Martins, 2007).

A criação das IPSS levou ao desenvolvimento de novas modalidades assistenciais para os idosos (Freitas, Py, Neri, Cançado, Gorrioni & Rocha, 2002) e segundo o Ministério do Trabalho e da Segurança Social, neste momento as opções formais de assistência ao idoso disponíveis em Portugal são as seguintes: Lar de Idosos; Centro de Convívio; Centro de Dia; Residência de Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário; Acolhimento Familiar; Centro de Acolhimento Temporário; Centro de noite.

Embora as opções apresentadas induzam a uma evolução da realidade social de prestação de cuidados aos idosos na prática é notório que a oferta não corresponde à procura e que existe um número elevado de idosos em lista de espera relativamente ao ingresso nas IPSS. Este desfasamento entre oferta e procura, leva a que a Família quando não tem alternativa se sujeite a colocar o idoso em instituições de legalidade duvidosa, que não obedecem às normas estabelecidas para as IPSS.

### **O impacto negativo da Institucionalização**

Relativamente ao impacto da Institucionalização, muitos estudos têm sido levados a cabo com vista a perceber as suas vantagens e os seus inconvenientes. Há, o entanto, uma prevalência de teorias sobre o seu impacto negativo. Entre essas teorias, encontram-se os argumentos de Baltès & Baltès (1986) que referem a Institucionalização como uma opção contraproducente para o idoso. Esses autores defendem que quando considera a situação de ser Institucionalizado, o idoso fica desde logo assustado e que essa reacção se deve ao facto de antever uma perda de controlo relativamente à própria vida e conseqüentemente expectativas de se tornar passivo relativamente ao ambiente que o rodeia. Acrescentam ainda o facto de se conviver diariamente com a deterioração, a morte e a dependência, o que leva à Depressão.

Por sua vez, Bessa & Silva (2008) partilham a mesma ideologia dos autores supracitados referindo que a Institucionalização não se trata de uma opção benéfica para o idoso, na medida em que a partir do momento em que a o geronte é Institucionalizado, ele é forçado a aprender a conviver com aqueles totalmente desconhecidos e que após uma longa trajectória de vida em que conviveu com aqueles com quem mantinha laços de amizade e consanguinidade, na Instituição deixa para trás o seu estilo de vida pessoal e quotidiano. Para além disso, residir numa Instituição leva a um reconstituição da vida na sua globalidade, o que, para quem vivencia o envelhecimento pode ser um evento complexo.

Ainda sobre os inconvenientes, Birren & Schaie (2001) alertam para o facto de que a mudança da pessoa idosa, de sua casa para a Instituição, na maioria dos casos enfraquece as relações familiares, levando ao sentimento de isolamento social relativamente aos seus significativos.

Para além disso, as pessoas admitidas numa Instituição tornam-se membros de uma nova comunidade. Geralmente vivenciam uma ruptura radical dos seus vínculos afectivo-relacionais, convivendo quotidianamente com pessoas com as quais não possuem qualquer vínculo afectivo. Assim, independentemente do tipo e da qualidade da Instituição, ocorre geralmente o afastamento da rotina até aqui preservada (Matheus & Papaléo, 2001).

A perda de controlo sobre as actividades é também uma das características consideradas contra-indicadas, mas que ocorre inevitavelmente. As decisões mais banais como a hora de dormir; acordar; tomar banho ou almoçar deixam de ser tomadas pelo idoso. Tal é prejudicial na medida em que expõe a pessoa à infantilização e ridiculariza hábitos que acabam por originar a falta de comunicação e informações mal percebidas que despersonalizam o idoso (Baltès & Baltès, 1986).

A todos esses inconvenientes da Institucionalização até aqui referidos, acrescenta-se as más práticas de um grande número de Instituições no que refere à falta de atenção às necessidades psicossociais dos residentes, incluindo necessidades de autonomia e independência. Infelizmente a mudança é lenta e sabe-se que a maioria dos organismos deste cariz é reticente em implementar novas medidas se isso implicar um aumento de custos, ainda que existam compensações a longo prazo (Whitbourne, 2005). Dessa forma, a Institucionalização de idosos tem sido questionada nos países desenvolvidos, precisamente tendo em vista os altos custos dessas modalidades e as dificuldades associadas à sua manutenção (Freitas, Py, Neri, Cançado, Gorrioni & Rocha, 2002).

### **O impacto positivo da Institucionalização**

Embora exista uma maior prevalência das teorias sobre o impacto negativo da Institucionalização, casos há em que esta se revela uma necessidade para o idoso. Ao longo da recolha de dados na Santa Casa da Misericórdia de Fafe, abundaram os comentários positivos, por parte dos idosos, sobre a opção de deixar a Comunidade e ingressar numa vida na Instituição. Trataram-se sobretudo de casos em que os idosos viviam isolados, onde se verificava a ausência da rede de apoio informal ou até de relações sociais satisfatórias. A questão da saúde foi também bastante mencionada, referindo a maioria dos participantes da amostra, que devido à perda de saúde e de funcionalidade, não se sentiam seguros nas suas próprias casas, e que na Instituição sentiam essa segurança devido à existência de profissionais de saúde 24 horas por dia, e de vigilância permanente dos técnicos.

Apurou-se então que quer em homens quer em mulheres, a demência, as psicoses, a sintomatologia depressiva, entre outras perturbações, estão fortemente associadas ao aumento da probabilidade de ocorrência da Institucionalização (Nintila, Martikainen, Koskinen, Reunanen, Noro, & Hakkinen, 2007; Schoenmakers, Buntinx, Devroey, Casteren, & DeLepeleire, 2008). Contudo, a saúde não é um motivo exclusivo, sendo também frequente a falta de recursos económicos para a manutenção da casa, o isolamento e a viuvez (Paúl, 2005).

O apoio ao idoso que se sente e se vê como fragilizado, e o ingresso num contexto em que vê supridas as suas necessidades de apoio e protecção, podem então originar uma perspectiva positiva da Institucionalização.

O autores Bessa & Silva (2008) referem que aquando do ingresso do idoso na Instituição, a "Família" passa a ser a própria Instituição, pois é na Instituição que recebem o acolhimento e o acompanhamento no seu quotidiano e durante o envelhecimento.

Sobre a Família, saliente-se que embora pouco se fale sobre esta situação, muitas vezes os laços familiares fortalecem-se com a institucionalização e a qualidade relacional entre o idoso e a família melhora, talvez porque a carga que a família sentia, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, ficou resolvida, deixando lugar tão somente à expressão de afecto (Bernardino, 2005).

Outra das vantagens da Institucionalização relaciona-se com o estabelecimento de objectivos diários. A falta de objectivos no dia a dia, que muitos idosos sentem quando estão nas suas casas, leva a um sentimento de desesperança e depressão. Em contextos institucionais com programas ocupacionais, o idoso é incentivado para todas as suas actividades, de modo a que não passe o dia desocupado, e se sinta satisfeito e realizado. Nestes casos a estimulação cognitiva e funcional do idoso contribui para o aumento da longevidade com qualidade. Os serviços médicos prestados também recuperam a funcionalidade perdida por falta de cuidados adequados e proporcionam mais qualidade de vida aos idosos dependentes (Grinberg & Grinberg, 1999).

Desta forma pode dizer-se que a Institucionalização apresenta, para além das suas desvantagens frequentes na literatura, algumas vantagens marcadas por um impacto positivo ao nível da socialização, da preservação da saúde e da funcionalidade e ainda por fim, ao nível do relacionamento familiar que se pauta nos exemplos acima descritos por uma redução significativa do *stress*.

### **Família/Comunidade**

Definir e descrever o conceito de Família não é simples. Para clarificar, nesta investigação considera-se Família aquela legalmente constituída através do casamento, mas também aqueles com que se vive independentemente do parentesco ou com que se contacta diariamente. De uma forma resumida, são os significativos da pessoa idosa que constituem a sua rede de apoio informal (Binstock & Shanas, 1985).

### **O impacto positivo da permanência na Família/Comunidade**

Embora os cuidados de assistência ao idoso pela Família não sejam profissionais e por vezes de qualidade duvidosa, na maioria dos casos o geronte opta por envelhecer no ambiente que lhe é familiar, a Família e a Comunidade onde sempre se encontrou inserido.

Lewis (1998) justifica essa opção referindo que para o idoso a sua casa é mais que um local familiar, significa a pertença a uma comunidade composta no ambiente circundante por pessoas com quem viveu; trabalhou e partilhou os momentos de lazer, bem como as suas necessidades físicas; sociais e psicológicas.

Já Carstensen e colaboradores (citados por Birren & Schaie, 2001) defendem que a opção de permanência na Comunidade se relaciona com o desejo de se manterem próximos daqueles que amam e por quem são amados, e este desejo está relacionado com a percepção de longevidade tida pelo sujeito. Quanto menos tempo de vida têm, maior a necessidade de evitar afectos negativos e de escolher parceiros sociais que os ajudam a satisfazer as suas

necessidades emocionais, sendo assim privilegiadas as relações que satisfazem a necessidade de resguardo emocional.

Para além disso, à medida que se envelhece as pessoas tornam-se menos atraídas pelo desconhecido e assustam-se com mais facilidade, repelindo aquilo que não conhecem. Na maioria dos casos, apesar das deficiências na formação dos cuidadores acerca do próprio processo de cuidar, a permanência no ambiente familiar é o maior suporte para as carências da pessoa idosa, supridas por aqueles que demonstram que a permanência do sujeito na família é desejada (Lewis, 1998).

Duarte & Diogo (2000) também reforçam a importância da permanência do idoso na família/comunidade por dois motivos: o primeiro relaciona-se com o decréscimo da capacidade de adaptação ao longo da idade; o segundo é relativo ao papel da família na vida do geronte, pois a família desempenha, segundo os autores, um papel fundamental e inigualável no bem-estar emocional e na prestação de cuidados de saúde ao paciente adulto maduro. Em termos médicos, estes autores descrevem o núcleo familiar como o elemento privilegiado de diagnóstico e o principal elemento terapêutico na saúde do geronte.

Apesar de em termos ideológicos a autora desta dissertação acreditar que a família deve ser a primeira opção para os idosos, casos há em que as opções devem ser repensadas. É exactamente quando as condições de saúde se agravam comprometendo a autonomia e a independência do geronte que vários aspectos negativos da permanência na família/comunidade devem ser considerados, tal como os referidos em seguida.

### **O impacto negativo da permanência na família/comunidade**

Birren & Schaie (2001) referem que quando se trata da permanência do idoso na sua própria família/comunidade os potenciais cuidadores são a esposa/marido; os filhos; os irmãos; a família alargada e os amigos. Independentemente do género, a figura conjugal é a primeira opção em termos de cuidador; contudo, com a idade a hipótese de permanecer casado diminui consideravelmente, sobretudo entre as mulheres. Sob essas circunstâncias, a pessoa idosa recorre geralmente aos filhos, especialmente para cuidados instrumentais mas também emocionais.

Embora os filhos sejam uma opção lógica em termos do ciclo de vida por fazerem parte das relações primárias de afecto, verifica-se actualmente que nem sempre essa constitui a melhor opção: "*a família e as alterações de comportamentos ao nível das relações familiares constituem um dos eixos mais problemáticos da emergência do problema social da velhice*" (Fernandes, 1997 p.4).

O primeiro inconveniente prende-se com o trabalho, já que hoje em dia os cuidadores informais têm de adaptar as suas demandas na prestação de cuidados ao idoso à sua situação profissional. A separação de gerações dentro da própria família e a diferença de rotinas e horários tornam difícil a convivência entre filhos adultos e pais. Contudo, o obstáculo pode ser mais social e psicológico que financeiro. A tecnologia e as mudanças sociais e ocupacionais entre pais e filhos acentuam-se em vertentes como a educação (no caso dos netos), a especialização em áreas de trabalho diferentes das dos progenitores e as pressões sociais das novas gerações, que originam uma distância emocional entre as duas gerações (Bromley, 1974).

Para além disso, outra situação que deve ser tida em conta é que o laço entre pais e filhos é algo construído ao longo da vida e cuja qualidade depende do tipo de relacionamento entre ambos. Uma dinâmica familiar conflituosa, dificilmente se altera na velhice dos progenitores. Estando o idoso numa posição de dependência e vulnerabilidade face ao cuidador, essa dinâmica familiar origina muitas vezes maus tratos e abusos por parte dos cuidadores informais. Situação esta comprovada pelas estatísticas que apontam o contexto familiar como o local onde ocorrem mais situações de abusos aos idosos (Bromley, 1974).

Outro inconveniente da permanência em casa relaciona-se com a prestação de cuidados. Estima-se que cerca de 90% das pessoas que padecem de demência permanecem nas suas casas. Nestes casos os cuidados domiciliários recaem 80% das vezes sobre algum membro da família que é quem fornece os cuidados e a supervisão necessária ao paciente. Aqui a desvantagem é que na maioria dos casos os cuidadores não contam com nenhum tipo de ajuda institucional que não só apoie como esclareça o cuidador informal sobre a melhor forma de cuidar. Esta carência de conhecimentos técnicos resulta geralmente em altos níveis de *stress*, de cansaço, de irritação, e de Depressão, e com frequência em problemas sociais e económicos (Crego & Santos, 2002). Remetendo para a experiência em contexto de estágio desta mestranda, não raras vezes a situação acima referida resultava em abandono ou negligência por parte do cuidador informal que se encontrava muitas vezes no limite das suas forças.

Tal como foi possível constatar no início deste quarto capítulo, no tópico sobre a institucionalização, Portugal, em comparação com os países desenvolvidos com uma situação económica favorável, está ainda a maturar as formas de assistência social ao idoso. Desta forma, é espectável que também os modelos de assistência na comunidade sigam os modelos já implementados nos países economicamente e culturalmente mais avançados.

## **Método**

### **Objectivo do Estudo**

Os objectivos deste estudo são o de perceber se existe relação entre as variáveis Solidão e Depressão em idosos Insti-

tucionalizados e não Institucionalizados de ambos os géneros, considerando a Institucionalização vs. a permanência na Família/Comunidade; de perceber se os contextos de cuidados a idosos (Institucionalização e permanência na Família/Comunidade) têm um papel relevante nas variáveis Solidão e Depressão; e o de analisar se a diferença entre os géneros quanto à Solidão e quanto à Depressão, tanto nos idosos Institucionalizados como nos não Institucionalizados, é relevante.

### Hipóteses do estudo

H1. Há associação entre as variáveis sentimento de Solidão e índice de Depressão

H.2 Há diferenças entre os idosos Institucionalizados e não Institucionalizados quanto à Solidão e quanto à Depressão

H.3 Há diferenças entre homens e mulheres idosos quanto ao sentimento de Solidão e quanto ao índice de Depressão, em idosos Institucionalizados e não Institucionalizados

### Variáveis em estudo

Variáveis de relação: Solidão e Depressão

Variáveis de comparação: Institucionalização e Género

### Caracterização da Amostra

Foi estudada uma amostra constituída por 57 sujeitos, 23 homens e 34 mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos. Todos os participantes partilhavam a característica de serem reformados e de até à data da entrevista não manifestarem qualquer perturbação clínica que eventualmente afectasse a memória ou o juízo crítico.

A amostra dos indivíduos Institucionalizados foi recolhida na Santa Casa da Misericórdia de Fafe. E composta por 30 sujeitos de ambos os géneros. Foi seleccionada por conveniência, de acordo com o estado cognitivo do indivíduo e disponibilidade naquela altura para participar no estudo.

Os dados foram recolhidos num gabinete pré-determinado pela Psicóloga da Instituição, e no caso dos utentes imobilizados por patologia física os dados foram recolhidos no local onde estes se encontravam, sempre tendo em conta o bem-estar do utente e a salvaguarda dos princípios éticos.

No caso dos indivíduos não Institucionalizados, os dados foram recolhidos em Felgueiras e Ponte de Lima, também por conveniência em registo de *snowball*, uma vez que foi pedido a cada indivíduo que sugerisse outra pessoa a ser entrevistada.

### Material

Neste estudo foram adoptadas três medidas de recolha de dados, sendo elas o questionário Sócio-Demográfico; a Escala de Solidão da UCLA e a Escala Geriátrica de Depressão.

Este questionário é constituído por um grupo de oito questões com o objectivo de obter informações acerca da Idade; o Género; a Escolaridade; o Estado Civil; o local de residência; a composição do núcleo familiar; a frequência de contacto com os significativos; o número de horas que a pessoa idosa passa sozinha; e questões de opinião relativamente à solidão.

A escala de Solidão da UCLA encara a Solidão enquanto um estado psicológico, em detrimento da Solidão enquanto traço de personalidade. Nesta escala a Solidão é percebida como um fenómeno unitário cuja variação incide apenas na intensidade com que é experienciada (Russel, Peplau, & Cutrona 1980; Neto, 1989).

*“Esta escala revela uma boa consistência interna (0.96 – o que traduz uma excelente fidelidade). A correlação entre uma classificação pessoal da solidão e a nota global da escala foi de 0.46, revelando-se positiva e altamente significativa, o que é sugestivo de uma boa validade. A validade desta escala também se confirmou através da correlação da solidão com outros estados emocionais”* (Neto, 1989, p. 79).

### Escala Geriátrica de Depressão

Esta escala foi construída por Brink, Jesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose em 1983 e é segundo os mesmos autores, o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objectivo de ser usado, especificamente, para pessoas idosas. Este instrumento foi traduzido, aferido e adaptado à população portuguesa por Veríssimo em 1988 e publicada no artigo *“Avaliação Diagnostica dos Síndromes Demenciais”*, foi posteriormente desenvolvida por Leuschner; Barreto; Santos & Sobral em 1991 (Reis, Silva, & Fernandes, 2009).

Relativamente às medidas de consistência interna a Escala Geriátrica de Depressão da versão portuguesa apresenta um alfa de 0,94 e um valor relativo à fiabilidade de 0,94. Apresenta também uma boa validade em comparação com outras escalas de Depressão. O teste re-teste de 8 dias apresentou um valor de *rigual* a 0,85 (Barroso, 2006).

## Tratamento e análise dos dados

O tratamento e a análise dos dados foram elaborados quantitativamente, tanto a nível descritivo como a nível inferencial. Nesta dissertação optou-se por utilizar a *correlação ordinal* de *Spearman* de modo a confirmar a consistência dos valores, já que as amostras são diferentes no que refere ao género e ao número; utilizou-se também o teste não paramétrico *U* de *Mann-Whitney* assim como o teste paramétrico *t* de *Student*.

Recorreu-se a gráficos – elaborados pelo programa *Excell* – no que concerne à apresentação dos resultados da Estatística Descritiva, e ao programa estatístico *SPSS* versão 16.0 para o *Windows* para a Estatística Inferencial, usando os quadros que permitiram colocar em evidência várias comparações e as relações entre os dados (Fortin, 1999).

## Caracterização sócio-demográfica descritiva da amostra

A amostra a que se refere este estudo quanto à variável Género foi constituída por 57 idosos: 23 (40,4%) homens e 34 (59,6%) mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, dos concelhos de Fafe, Felgueiras e Ponte de Lima.

No que refere ao Estado Civil, 9 (15,8%) sujeitos constituíram o grupo dos solteiros; 21 (36,8%) sujeitos constituíram o grupo dos casados; 2 (3,5%) representaram o grupo dos divorciados/separados, e finalmente 25 (43,9%) pertenceram ao grupo dos indivíduos viúvos, como é possível verificar na Figura 2.

Relativamente à Institucionalização, 30 (52,6%) sujeitos desta amostra encontravam-se institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Fafe e 27 (47,4%) viviam em contexto domiciliário.

## Discussão

Este estudo foi composto por uma amostra de 57 idosos, dos quais 23 são Homens e 34 são Mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, dos concelhos de Fafe; Felgueiras e Ponte de Lima.

De acordo com os resultados obtidos através da análise estatística para a hipótese H1 – *m*Há associação entre as variáveis sentimento de Solidão e índice de Depressão – *foi possível comprovar que existe uma relação efectiva entre o índice de Solidão e o índice de Depressão*, ou seja o facto de o indivíduo se sentir só está associado a um processo depressivo. Esta relação mantém-se independentemente dos sujeitos estarem Institucionalizados ou de permanecerem na Família/Comunidade e do género. É possível que neste estudo a Solidão além de associada à Depressão seja a sua causa, pelo que uma sugestão para futuros estudos é a investigação desta questão sobre a possibilidade de a Solidão ser o factor determinante da Depressão.

Um estudo de Moreira e Callou (2006) vai de encontro aos resultados obtidos, já que conclui que a Solidão surge associada à Depressão embora tenha um significado ambíguo: tanto é causa como consequência; tanto é sintoma como é origem, variando de indivíduo para indivíduo. Os autores Junior, Silva, & Bastos (2009) reiteram as conclusões supracitadas referindo que para o idoso a Depressão surge relacionada não apenas com Solidão, mas também com a perda do sentido da vida e com as restrições sociais.

Agora relativamente à variável Solidão, para a hipótese H2 – Há diferenças entre idosos Institucionalizados e não Institucionalizados quanto à Solidão e quanto à Depressão – ao contrário do que prevêem as hipóteses, *os resultados indicam que os indivíduos Institucionalizados de ambos os géneros não se sentem mais sozinhos que os que vivem na comunidade*. Este resultado pode ser explicado por um estudo de Branch & Jette (1982) que concluíram que os idosos residentes em Instituições em contraste com os não Institucionalizados, apresentam o perfil de uma população solteira; viúva ou casados mas sem filhos. Antes da Institucionalização geralmente viviam sozinhos, carentes de serviços sociais ou recentemente enlutados por um parente. Desta forma a Institucionalização tinha como principal objectivo a fuga à solidão e ao isolamento social. Estes factores podem ter contribuído para a inexistência de diferenças entre ambos os grupos, já que de acordo com a caracterização socio-demográfica da amostra, os Institucionalizados da amostra assemelham-se significativamente a esse perfil proposto por esses autores.

Outra das hipóteses levantadas apontava para o facto de os idosos Institucionalizados de ambos os géneros apresentarem índices de Depressão mais elevados que os não Institucionalizados. *Os resultados obtidos levam à refutação desta hipótese*.

Relativamente ao facto de não existirem diferenças significativas entre estes dois grupos quanto à Depressão, há a possibilidade de, entre outros factores, isso ser devido a algumas características particulares da Instituição onde foram recolhidos os dados. Ou seja, a triagem dos utentes no momento de admissão e o facto de permitirem aos mesmos a escolha voluntária entre a permanência na comunidade com serviços de apoio [nos casos que assim o permitam] e o ingresso na Instituição, fomenta o sentido de responsabilidade sobre as suas vidas e consequente satisfação. Para além disso, constatou-se que a Instituição contava com diversos serviços de animação e uma política de "portas abertas" e de fácil acesso à comunidade por parte dos utentes. Outra das vantagens reveladas por parte daqueles utentes idosos durante a recolha de dados, é o facto de existirem quartos individuais e *suites* para os casais. O pessoal técnico foi também bastante elogiado por parte dos idosos, que verbalizavam as informações acima referidas espontaneamente.

Assim, a questão de não existirem diferenças entre a Institucionalização do idoso e a permanência na comunidade, quanto à Solidão e quanto à Depressão, poderá estar relacionada com a noção que os adultos mais velhos têm de

“suporte percebido e suporte recebido” (Birren & Schaie, 2001). Já que as pessoas que avaliam de forma positiva a sua rede de suporte, tal como é o caso dos indivíduos Institucionalizados desta amostra, são menos deprimidas que pessoas que avaliam de forma menos satisfatória a sua rede de suporte. Para além disso, estudos recentes referem que relativamente ao desenvolvimento de Depressão devido à Institucionalização, os dados não são conclusivos (Sheehan & D'Souza, 2007; Junior, Silva, & Bastos, 2009), pois dependem de diversos factores relacionados com a história de vida do idoso, motivo da Institucionalização; se esta foi voluntária ou não e as características próprias da instituição.

Relativamente à hipótese H3 – há diferenças entre mulheres e homens quanto ao índice de Solidão e quanto ao índice de Depressão – concluiu-se que em nenhum dos grupos: Mulheres e Homens Institucionalizados e não Institucionalizados se obtiveram valores que permitissem confirmar a hipótese de que as mulheres se sentem mais sós que os homens. Cook & Wilson (1979) defendem que a Solidão, para além dos factores preditores que se conhecem, também depende das expectativas do indivíduo relativamente ao contacto social. Assim, no caso dos idosos Institucionalizados desta amostra, o ajustamento das expectativas: de verem reduzido o contacto social com os significativos no dia-a-dia e a necessidade de estabelecer novos laços fora da Comunidade, poderão ter sido factores importantes para estes não sentirem mais solidão que os idosos da Comunidade.

Um estudo realizado por Neto e Barros em 2000 concluiu que quanto ao género, não existem diferenças relativamente à Solidão. Este autor refere que seriam de esperar diferenças, tendo em conta a tendência geral para reacções emocionais negativas serem mais frequentes nas mulheres. Reforça ainda que os estudos efectuados sobre a solidão não são conclusivos sobre as diferenças relativamente a esta variável e que estudos que utilizam a escala da UCLA, não encontram geralmente diferenças segundo o género (Neto & Barros, 2001). Flores, Forjaz, Maioralos, Perez & Martin (2010) discordam, referindo que o género (ser mulher); o estado civil (viúvo; solteiro ou divorciado) e a Institucionalização são factores importantes para o surgimento do binómio Solidão – Depressão.

Ainda relativamente às diferenças de género no que refere ao índice de Solidão, as opiniões divergem entre autores, não tendo sido encontrado nenhum estudo conclusivo passível de generalização – tal como aconteceu na presente Dissertação – há investigações que indicam que o sexo feminino é o mais propício a experienciar sentimentos de Solidão, afirmando que as Mulheres são mais vulneráveis que os Homens às necessidades de interacção com os membros da sua origem social (Caciopo, Fowler & Cristakis, 2009; Sparks & Richardson, 1997), o que leva a que, segundo Nalung (2009) as Mulheres viúvas são mais propensas a elevadas percentagens de Solidão e Depressão, comparativamente aos Homens na mesma situação. Saliente-se no entanto que os dados obtidos não vão de encontro à teoria destes autores.

Agora, relativamente à Depressão no grupo dos idosos não Institucionalizados, os resultados permitem confirmar a hipótese de que as Mulheres não Institucionalizadas são significativamente mais Deprimidas que os homens não Institucionalizados.

A obtenção destes resultados levanta questões sobre os benefícios da Institucionalização para ambos os géneros. Se for feita uma análise cuidada dos resultados obtidos verifica-se que embora não sejam valores significativos, os Homens Institucionalizados apresentam índices de Solidão e de Depressão mais elevados relativamente aos que vivem na comunidade; já as Mulheres reflectem a tendência contrária, as Institucionalizadas apresentam valores, que embora não sejam significativos, demonstram que sofrem menos de Depressão e de Solidão que as que permanecem inseridas na comunidade. Saliente-se que nos resultados obtidos na Escala de Solidão da UCLA, apesar de a hipótese não ter sido aceite, as mulheres não Institucionalizadas apresentam um índice de Solidão superior ao grupo dos Institucionalizados, lembre-se ainda que se comprovou neste estudo a relação entre Solidão e Depressão. Desta forma o facto de passarem mais horas sozinhas e os factores biopsicossociais inerentes ao género podem ser a explicação para o facto de se apresentarem mais deprimidas, pois é um dado adquirido que a Depressão é mais prevalente em Mulheres (Birren & Schaie, 2001).

Para este facto a linha de explicação mais difundida é a que sugere que os resultados não revelam diferenças reais entre os dois sexos, mas antes revelam um maior pedido de ajuda por parte das mulheres aquando de situações depressivas. Uma outra linha de explicação corrente é a *linha de explicação biológica* que tenta explicar a incidência diferencial da Depressão através das diferenças quer genéticas quer hormonais entre os dois sexos. A linha de explicação que mais popularidade tem tido é a *linha de explicação social*, que tenta explicar aquelas diferenças a partir das condições específicas da mulher na sociedade moderna, quer ao nível do menor suporte social em relação ao homem, quer ao nível das condições específicas de reacção ao *stress*. Finalmente, uma última linha de explicação tenta fazer apelo às anteriores e pretende explicar aquelas diferenças através da diferente forma de cada um dos sexos *expressar os desequilíbrios* resultantes de factores ambientais stressantes: a mulher no sentido da Depressão e o homem em outros sentidos (Teixeira, 1998; Póvoa *et al*, 2009; Cheloni, Pinheiro, Filho, & Medeiros, 2003).

Relativamente aos Homens, Lewis (1998) faz uma referência a esta situação revelando que os Homens por regra, quanto mais activos e mais sociáveis são, menor é a sua aceitação e adaptação a casas seniores, já que encaram a Institucionalização como a perda de poder e de autonomia. Frequentemente reagem de duas formas, sendo resistentes ao processo de adaptação ou resignando-se.

Para terminar, embora um dos objectivos desta Dissertação fosse perceber qual a melhor opção para os idosos, a Institucionalização ou a permanência na Comunidade, avaliando para isso o índice de Solidão e o índice de Depressão no grupo dos Institucionalizados e nos grupos dos não Institucionalizados, os resultados do estudo empírico não foram conclusivos, já que na maioria das hipóteses se verificou não existirem diferenças significativas entre os idosos Institucionalizados e os da Comunidade.

Assim, pode dizer-se que ambas as modalidades de assistência ao idoso apresentam vantagens e inconvenientes, e que aquilo que se considera a melhor opção para o idoso, é a opção que melhor suprir as suas necessidades.

## Conclusão

Considerando que a Solidão e a Depressão andam lado a lado, sobretudo nas mulheres. Ao longo desta Dissertação é possível verificar que quer a Institucionalização quer a permanência na Família/Comunidade são opções viáveis no que refere à assistência ao idoso, desde que respondam às suas necessidades.

É também possível constatar a importância da avaliação psicossocial e individual de cada idoso apurando as suas necessidades concretas, já que só assim se poderá avaliar a probabilidade de existência de sentimentos de Solidão ou de Depressão em ambos os contextos – Instituição e permanência com a sua Família/Comunidade. Este processo de levantamento das necessidades do geronte deve privilegiar não apenas as suas necessidades, como a sua vontade, salvaguardando assim a ocorrência de afectos negativos e promovendo o envelhecimento com qualidade de vida, ou seja um envelhecimento bem-sucedido.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, esta necessidade de apoio aos idosos e da gestão das suas necessidades surge como um dos problemas prioritários nas políticas sociais de todos os países desenvolvidos, e nestes, relativamente à questão sobre qual a melhor opção de assistência (formal ou informal) para os idosos, a resposta mais eficaz tem-se revelado a permanência, por parte do idoso, na sua própria casa.

Assim acredita-se, apesar dos dados inconclusivos obtidos neste estudo relativamente a esta questão, que a Família/Comunidade é a principal fonte de bem-estar do idoso devendo por isso ser desenvolvidas acções, políticas e sociais, que facilitem a permanência do idoso na Comunidade. Para tal, esta mestranda defende que é no apoio às famílias que se centra a questão principal e o factor chave que permitirá a permanência dos idosos na Comunidade.

Ao longo da realização da presente Dissertação de Mestrado também foi possível verificar que existem lacunas no sistema político, social e económico, o que influencia a má qualidade de vida no envelhecimento sentida pelos idosos Portugueses.

Para que se altere a situação várias medidas deveriam ser tidas em conta, as quais passa-se a referir:

Em primeiro lugar considera-se que é urgente proceder à legislação efectiva da situação de cuidador informal como uma profissão, com todos os direitos inerentes a uma situação laboral. Esta medida, primeiramente permitiria que muitas famílias pudessem dedicar-se ao acto de cuidar em tempo integral, sem que isso afectasse negativamente a sua condição económica. Consequentemente, esperar-se-ia um aumento do número de Famílias dispostas a manter os idosos no contexto que lhes é familiar, a Comunidade e as suas casas.

Na opinião desta investigadora, o apoio ao cuidador informal por parte de entidades externas como os profissionais de saúde (incluindo psicólogos), no âmbito das redes de saúde primárias e técnicos de apoio social revela-se imprescindível. Numa sociedade ideal, existiria uma rede de comunicação privilegiada entre estes dois grupos.

Os profissionais de saúde da Comunidade (tais como os técnicos das unidades de saúde primárias) funcionariam como a primeira linha de apoio, dando formação contínua; supervisionando as práticas do cuidador informal, o que teria um cariz preventivo relativamente aos maus tratos; e ainda dando conta do desgaste deste cuidador. Neste último caso, os técnicos de segurança social e psicólogos, entre outros que constituem uma equipa multidisciplinar, interviriam proporcionando os chamados internamentos de alívio – internamento do idoso tendo em vista a redução do *stress* do cuidador.

Para que esta intervenção fosse produtora, o ideal seria que existisse uma ligação em rede de todos os profissionais e de todos os organismos: Família; cuidados de saúde primários; segurança social e autarquias. Aqui, a Família seria o núcleo, cuja homeostasia era assegurada pelas entidades acima referidas.

Quanto à Institucionalização, sempre que esta se revelasse inevitável, as medidas a adoptar passariam pela redução do número de utentes, de modo a evitar a massificação e a conseqüente despersonalização. Os quartos partilhados deveriam ser uma escolha em detrimento de uma obrigação por falta de opções; nestes a possibilidade de decorar o espaço aos gostos do utente e o uso de objectos pessoais tornaria o espaço acolhedor e significativo para o utente, ao contrário dos espaços impessoais e inflexíveis com que muitas vezes se deparam.

Relativamente aos técnicos das Instituições, deveriam ser alvo de uma selecção criteriosa e apenas admitidos caso tivessem o perfil adequado. Para além disso, o seu desempenho devia ser alvo de avaliação por parte do utente.

Para terminar esta dissertação, considera-se ainda que caso fosse possível a execução do modelo assistência idealizado, outra característica fundamental seria a dinamização entre a Comunidade e a Instituição. Assim, os idosos Institucionalizados seriam motivados a participar nas actividades promovidas pela Comunidade onde a Instituição se encontra inserida, juntamente com os não institucionalizados. A Instituição poderia promover actividades dentro das suas próprias instalações, como ginástica, festas, palestras etc., de modo a que a fusão entre as duas realidades desmistificasse a Institucionalização como o símbolo de um leito de morte, facilitando até a adaptação de futuros Institucionalizados.

### Quadros: Apenas as hipóteses confirmadas

Quadro 1: Hipótese 1 sobre a relação entre as variáveis Solidão e Depressão

Correlações				
			Índice de Solidão	Índice de Depressão
Rho de Spearman	Índice de Solidão	Coeficiente de correlação	1,000	,626
		Sig. (bi-caudal)	.	,000
		N	57	57
	Índice de Depressão	Coeficiente de correlação	,626	1,000
		Sig. (bi-caudal)	,000	
		N	57	57

Quadro 2: Hipótese H1.1 sobre a relação entre Solidão e Depressão em Idosos Institucionalizados

Correlações				
			Índice de Solidão	Índice de Depressão
Rho de Spearman	Índice de Solidão	Coeficiente de Correlação	1,000	,652
		Sig. (bi-caudal)	.	,000
		N	30	30
	Índice de Depressão	Coeficiente de Correlação	,652	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	30

Quadro 3: Hipótese H1.2 sobre a relação entre Solidão e Depressão em Idosos não Institucionalizados

Correlações				
			Índice de Solidão	Índice de Depressão
Rho de Spearman	Índice de Solidão	Coeficiente de correlação	1,000	,529
		Sig. (bi-caudal)	.	,005
		N	27	27
	Índice de Depressão	Coeficiente de correlação	,529	1,000
		Sig. (bi-caudal)	,005	
		N	27	27

Quadro 4: Hipótese H1.3 sobre a relação entre Solidão e Depressão no Género Feminino

Correlações				
			Índice de Solidão	Índice de Depressão
Rho de Spearman	Índice de Solidão	Coeficiente de correlação	1,000	,630
		Sig. (bi-caudal)		,000
		N	34	34
	Índice de Depressão	Coeficiente de correlação	,630	1,000
		Sig. (bi-caudal)	,000	
		N	34	34

Quadro 5: Hipótese H1.4 sobre a relação entre Solidão e Depressão no Género Masculino

Correlações				
			Índice de Solidão	Índice de Depressão
Rho de Spearman	Índice de Solidão	Coeficiente de correlação	1,000	,605
		Sig. (bi-caudal)		,002
		N	23	23
	Índice de Depressão	Coeficiente de correlação	,605	1,000
		Sig. (bi-caudal)	,002	
		N	23	23

Teste U the Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of indice_depressao is the same across categories of genero.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.030	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Grupo Estatístico				
	Género	N	Média	Desvio Padrão
Índice de Depressão	Masculino	13	6,69	3,860
	Feminino	14	11,57	6,406

Teste t para amostras independentes							
		Teste de Levene para a igualdade de variâncias		Teste t para a igualdade de médias			
		F	Sig.	t	Gl.	Sig. (bi-caudal)	Diferença das médias
Índice de Depressão	Igualdade de variâncias assumida	2,650	,116	-2,373	25	,026	-4,879
	Igualdade de variâncias não assumida			-2,416	21,579	,025	-4,879

## BIBLIOGRAFIA

- Agostinho, P. (Janeiro-Junho de 2004). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 31-36.
- Alexopoulos, G. S. (1998). Transtornos do Humor. In H. I. Kaplan, & B. J. Sadock, *Tratado de Psiquiatria* (pp. 2776-2786). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alexopoulos, G. S. (Jun de 2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, pp. 1961-70.
- APA, A. P. (2000). *DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi.
- Araújo, L. F. & Carvalho, V. Â. (Janeiro de 2005). Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. *MNEME Revista de Humanidades*, 6, pp. 228-236.
- Baltes, M. & Baltes, P. B. (1986). *The Psychology of control and Aging*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barrón, A. I. (1996). *Apoio Social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: España Editores.
- Barroso, V. L. (2006). *Psicologia*. Obtido em 7 de Outubro de 2010, de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Barsen, B. V., Sniders, T. A., Smith, J. H. & Duijn, M. A. (2001). Lonely but not alone: emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 119-135.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed.
- Berger, L., & Mailloux-Poirer, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bernardino, M. P. (2005). *As respostas sociais de apoio na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa idosa: uma perspectiva de educação e promoção para a saúde. Dissertação de Mestrado*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Bessa, M. E. & Silva, M. J. (2008). Motivações para o ingresso de idosos em Instituições de longa permanência e processos adaptativos. *Texto Contexto Enfermagem*, 117, pp. 258-65.
- Binstock, R. H., & Shanas, E. (1985). *Handbook of aging and Social Sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Birren, J. E. & Bengston, V. (1988). *Emergent Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Birren, J. E. & Schaie, K. W. (2001). *Handbook of Psychology of aging*. New York: Academic Press.
- Bize, P. R. & Vallier, C. (1985). *Uma vida nova: a terceira idade*. Viseu: Verbo.
- Blazer, D. (1998). *Problemas emocionais na terceira idade: estratégias de intervenção*. São Paulo: Andrei.
- Born, T. & Boechat, N. S. (2006). A qualidade de vida dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1131-1141). Rio de Janeiro: Koogan.
- Branch, L. & Jette, A. (1982). A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *American Journal of Public Health*, IV, pp. 1373-1374.
- Bromley, D. B. (1974). *The Psychology of Human Ageing*. Middlesex London: Penguin Books.
- Buckley, M. R. & Lachman, V. D. (Aug de 2007). Depression in older patients recognition and treatment. *JAAPA*, 20, pp. 34-41.
- Caciopo, J. T., Fowler, J. H. & Cristakis, N. A. (June de 2009). Journal of Personality and Social Psychology. *Interpersonal relations and group processes*, pp. 977-991.
- Câmara, F. G. & Silva, J. (2001). *Estatística não paramétrica: testes de hipóteses e medidas de associação*. Ponta Delgada: Universidade dos Açores.
- Cappeliez, P., Landreville, P. & Vézina, J. (2000). *Psychologie Clinique de la personne âgée*. Paris: Masson.
- Cartelletti, I. A., Casara, M. B. & Herédia, V. B. (2004). *O idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: Edipubers.
- Carvalho, V. D. & Fernandez, M. E. (2002). Depressão no Idoso. In M. P. Neto, *Gerontologia: Velhice e envelhecimento em visão globalizada* (pp. 160-173). São Paulo: Atheneu.
- Carvalho, V. F. & Fernandez, M. E. (1996). Depressão no idoso. In M. P. Netto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 160-173). São Paulo: Atheneu.
- Cheloni, C. F. Pinheiro, F. L., Filho, M. C., & Medeiros, A. L. (2003). Depressão em mulheres de idade adulta avançada. *Expressão Mossoró*, 34, pp. 61-73.
- Cohen, D. & Eisdorfer, C. (1997). Depressão. In F. Clakins, A. B. Ford, & P. R. Katz, *Geriatria Prática* (pp. 301-311). Rio de Janeiro: Revinter.

- Cook, M. & Wilson, G. (1979). *Amor e atracção*. New York: JBC.
- Copland, J. R., Abou-Saleh, M. T. & Blazer, D. G. (1994). *Principles and practice of Geriatric Psychiatry*. England: London Press.
- Costa, E. (1998). *Gerontodrama: a velhice em cena, estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento*. São Paulo: Agora.
- Crego, M. G. & Santos, J. M. (2002). *Intervención Gerontológica*. Madrid: Sega.
- Cruz, E. B. (2001). Estudo da relação entre qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico. *Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga*. Coimbra.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Duarte, Y. A. & Diogo, M. J. (2000). *Atedimento Domiciliar, um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta editora.
- Field, A. (2000). *Research Methods I*. United Kingdom: Sussex University.
- Flores, M. E., Forjaz, M. J., Maioralos, G. F., Perez, F. R. & Martin, P. M. (2010). Loneliness and Depression in elderly. *Journal of aging and health, 23*, pp. 177-194.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (15-16 de Maio de 2007). *Envelhecimento e qualidade de vida*. Obtido em 7 de Setembro de 2010, de I Congresso Internacional do Envelhecimento e Qualidade de Vida: [http://www.socialgest.pt/\\_dlds/APEnvelhecimentoequidadedevida.pdf](http://www.socialgest.pt/_dlds/APEnvelhecimentoequidadedevida.pdf)
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Forlenza, R., & Nitrini, R. (2000). Doença de Alzheimer. In J. R. Fráguas, & J. A. Figueira, *Depressões em medicina interna e outras condições médicas* (pp. 109-119). São Paulo: Atheneu.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Foundation, H. S.-M. (2004). *Reinventing Aging*. Obtido em 3 de Outubro de 2010, de <http://www.hsph.harvard.edu/chc/reinventingaging/Report.pdf>
- Freire, S. A., Sommerhalder, C., & Silveira, R. A. (Maio/Ago de 2003). Contribuições da Psicologia para o estudo do Envelhecimento. *Arquivo de Ciências das Saúde Unipar, 7*, pp. 185-188.
- Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A., Gorrioni, M. L. & Rocha, S. M. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gaia, R. V. (2010). O mito da velhice repaginada: o discurso impresso sobre o idoso. *Revista Científica de Psicologia, 7*, pp. 3-12.
- Gallo, J. J., Busby-Whitehead, J., Rabins, P. V., Silliman, R. A. & Murphy, J. B. (2001). *Assistência ao Idoso*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gierueld, J. d., Tilburg, T. u., & Dijkstra, P. A. (2006). Loneliness and Social Isolation. In S. Vangelisti, & D. Perlman, *Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gil, A. C. (1996). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. S. Paulo: Atlas.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da Depressão em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 20*, 13-27.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida nos idosos Portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 7*, 137-143.
- Gonçalves, V. J. (2007). *Níveis de Depressão no idoso Institucionalizado*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Gournellis, R. (2006). Psychotic Delusional Major Depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med, 144*-496.
- Green, R. C. (2003). Depression as a risk factor for Alzheimer disease. *Arch Neural, 60*, p. 753.
- Grey, A. d. & Rae, M. (2007). *Ending Aging*. New York: St. Martin's press.
- Grinberg, A. & Grinberg, B. (1999). *A arte de envelhecer com sabedoria*. São Paulo: Livraria Nobel.
- Hartlog, J., Audry, J. & Cohen, Y. (1980). *The anatomy of loneliness*. New York: International Universities Press.
- Haynal, A., Pasini, W. & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicossomática Perspectivas Psicossociais*. Lisboa: Climepsi.
- Hayslip, B. & Panek, P. E. (1993). *Adult development and aging*. New York: Harper Collins.
- Horowitz, L., French, R. & Anderson, C. (1982). The prototype on a lonely person. In L. Peplau, & D. Perlman, *Loneliness: A source book of research and therapy* (pp. 351-378). New York: John Wiley & sons.
- INE. (22 de Dezembro de 2005). *Indicadores Sociais 2005*. Obtido em 17 de Novembro de 2010, de Instituto Nacional

de Estatística: [http://www.ine.pt/prodserv/quadros/periodo.asp?pub\\_cod=163](http://www.ine.pt/prodserv/quadros/periodo.asp?pub_cod=163)

INE, I. N. (1999). *As gerações mais idosas- Série de estudos 81*. INE.

INE, I. N. (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 186-208.

Jacob, L. (2002). *Origem e desenvolvimento das IPSS*. Obtido em Outubro de 2010, de <http://www.socialgest.pt>

Jeammet, P. (1989). *Manual de Psicologia médica*. S. Paulo: Masson.

Jonh, E. E. & Cacioppo, J. t. (1999). *Applied & preventive Psychology*. Cambridge: Cambridge university press.

Junior, A. S., Silva, R. A. & Bastos, O. (2009). Idosos Institucionalizados: Relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. *Neurobiologia*, 3, 19-23.

Leal, S. A. (maio de 1995). O envelhecimento sob a perspectiva da Psicossomática . *Pulsional revista de Psicanálise*, 4, 61-65.

Levenson, S. A. (2001). A assistência institucional de longo prazo. In J. Gallo, P. Busby-Whitehead, P. Rabins, R. Silliman, & J. Murphy, *Assistência ao idoso: aspectos clínicos* (pp. 527-38). Rio de Janeiro: Guanabara.

Lewis, A. R. (1998). *Human Development in Adulthood*. New York: Plenum Press .

Lima-Costa, M. F., & Veras, R. (Maio/Jun de 2003). Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*, pp. 700-701.

Ling, S. C. (Sep. de 2008). Factors leading to institutionalization in old age. *A study of the intention of elderly institutionalisation: the impact of chinese values*. Hong Kong: City University Hong Kong.

Lobo, A., Launer, J. L. & Fratiglioni, L. (Suppl 5 de 2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, pp. 4-9.

Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.

Marôco, J. (2007). *Análise Estatística* . Lisboa: Edições Silabo.

Martins, R. M. (2007). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, XX, 128-134.

Matheus, A., & Papaléo, N. (2001). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* . São Paulo: Atheneu.

McLaren, P. (1997). *Multiculturalismo Crítico* . São Paulo: Cortez .

Mijuskovic. (1979). *Loneliness in philosophy and literature*. Assen: Van Gorcun.

Monteiro, D. d. (2002). *Depressão e envelhecimento*. Tijuca: Revinter.

Monteiro, H. & Neto, F. (2006). A solidão em pessoas idosas: universidade de terceira idade. *Psicologia Educação e Cultura*, 1, pp. 183-286.

Moraes, E. N., Moraes, F. L. & Lima, S. d. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais*, 20, 67-73.

Moreira, V. & Callou, V. (2006). Fenomenologia da Solidão na Depressão. *Mental*, IV, 67-83.

Mota, J. & Carvalho, J. (1999). Aspectos metodológicos no trabalho com idosos. *Actas seminário da Qualidade de Vida no idoso* (306-327). Porto: Faculdade de ciências do desporto e educação física da universidade do Porto.

MTSS, M. d. (2007). Carta social: rede de serviços e equipamentos .

Nalung, P. (2009). Loneliness among elderly widows and it's effect on their mental well being. (L. U. Press, Ed.) *Laurea University at applied sciences*.

Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. São Paulo: Papirus.

Neri, A. L. (2006). O legado de B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 , pp. 17-34.

Neri, A. L. (2008). *A velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. São Paulo: Papirus.

Neto, F. (1989). Avaliação da Solidão. *Psicologia Clínica* , 2, pp. 65-79.

Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.

Neto, F. & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 3, pp. 71-88.

Nintila, E. K., Martikainen, P. T., Koskinen, S. V., Reunanen, A. R., Noro, A. M., & Hakkinen, U. T. (Jan de 2007). institutionalization in elderly. *European Journal of Public Health*, 18, pp. 77-84.

Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde*. Lisboa: Lidel.

Nunes, M. C. (1999). Qualidade de vida e Diabetes, influências das variáveis psicossociais. *Dissertação de mestrado*

- apresentada ao Instituto superior de Altos Estudos Miguel Torga. Coimbra.
- Okoso, K., Endo, E., Young-soon, B., Makoto, A., Jung-Hee, K., & Hiromi, O. (June de 2009). *Nursing and Investigation*, 3, pp. 67-70.
- Oliveira, J. H. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis.
- Olszewer, E. (2005). *Como vencer a batalha contra o envelhecimento*. São Paulo: Icone.
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Parente, M. A. (2006). *Cognição e Envelhecimento*. São Paulo: artmed.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento a ambiente. In L. Soczka, *Contextos humano e envelhecimento ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Coimbra: Climepsi.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Almedina.
- Pavan, F. J., Meneghel, S. N., & Jungues, J. R. (Set. de 2008). Estudo sobre o impacto da institucionalização em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9, pp. 2187-2190.
- Pereira, A. (2006). *SPSS Guia prático de utilização*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). *Loneliness*. Los Angeles: Academic Press.
- Póvoa, T. R., Amaral, A. S., Cardenas, C. J., Viana, L. G., Tavares, A. B., & Machado, F. V. (Março de 2009). Depressão no Feminino. *Brasília Médica*, 46, pp. 241-246.
- Rajji, T. K., Mulsant, B. H., Lotricht, F. E., Lokker, C., & Reynolds, C. F. (Aug de 2007). Use of antidepressants in late life depression. *Aging*, 8, pp. 34-41.
- Reis, M. G., Silva, C. M., & Fernandes, T. L. (2009). Depresión (humor deprimido) en los mayores residentes en la comunidad. *GEROKOMOS*, 3, pp. 123-126.
- Robert, L. (1995). *O envelhecimento - Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rossel, N., Herrera, R., & Rico, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirâmide.
- Russel, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, pp. 472-480.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., Devroey, D., Casteren, V. V. & DeLepeleire, J. (Jun. de 2008). institutionalization of community dwelling demented vs non demented elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, pp. 76-83.
- Sheehan, B. & D'Souza, G. T. (2007). Are care homes depressing for people with dementia? *International Journal of psychiatry*, 22, pp. 816-819.
- Shepard, J. R. (1997). *Envelhecimento actividade física e saúde*. Brasília: Phorte.
- Siegel, S. & Castellan, J. (2006). *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. Porto Alegre : Artmed.
- Silver, A. L. (1995). Frieda Fromm-Reichman Loneliness and Deafness. *Int. Forum Psychoanal*, 5, pp. 39-46.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice*. Porto: Âmbar.
- Slepoj, V. (1998). *Compreender os sentimentos*. Lisboa: Presença.
- Sparks, K. & Richardson, A. (1997). Exploring Loneliness: experiences in rural and urban areas in Australia. (M. PRESS, Ed.) *Journal of Psychology*, 7, pp. 56-59.
- Spenser, J. A., Hartman, J., Silva, R. A., Gomes, G. C., Paes, E. T. & Boston, O. (Jull/Set de 2010). Teoria da mente e depressão no idoso institucionalizado. *Neurobiologia*, 73, pp. 143-149.
- Tanís, B. (2003). *Circuitos da Solidão: Entre a clínica e a cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teixeira, J. M. (1998). A Depressão e a Mulher na sociedade moderna. *Psiquiatria em revista*, 11, pp. 76-78.
- Tikkainen, P. & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 9, pp. 526-534.
- Veloz, M. C., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (Fev. de 1999). Representações Sociais do Envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12.
- Veríssimo, R. (1983). *Avaliação diagnóstica dos síndromes demênciais: Escala Geriátrica de Depressão*. Serviço de Neurologia: Hospital de S. João.
- Viegas, J. (2000). *Quebrei todos os espelhos*. São Paulo: Atlas.
- Vieira, D. F. (1996). *A velhice nos tempos actuais*. Obtido em Novembro de 2010, de Revista de Psicologia: <http://www.revistapsicologia.com.br>

Vieira, D. F. (2005). *A velhice nos tempos actuais*. Obtido em Outubro de 2010, de <http://www.revistapsicologia.com.br>

Whitbourne, S. K. (2005). *Adult Development Aging: Biopsychosocial perspectives second edition*. Berkeley: Wiley.

Young, J. E. Beck, A. T., & Weinberger, A. (1999). Depressão. In D. H. Barlow, *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp. 273-312). Porto Alegre: Artmed.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed .

## **Contactos / Contacts**

Mestre Sara Ribeiro - Psicóloga Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, [sararibeiro.psicologia@gmail.com](mailto:sararibeiro.psicologia@gmail.com)

Professor Doutor Milton Madeira - Psicólogo e Docente da Universidade Fernando Pessoa, [madeira@ufp.edu.pt](mailto:madeira@ufp.edu.pt)





## *Sessão de Encerramento*

### **Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida**

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Muito boa tarde a todos,

Cabe-me a honra de encerrar este dia de trabalho da Conferência Internacional Sobre Envelhecimento. Eu, infelizmente, não pude participar e tenho muita pena porque, olhando para o programa, pude ver que tiveram um programa excelente. Excelente pela qualidade dos oradores, pela diversidade e abrangência dos temas.

Pessoalmente, havia variadíssimas comunicações que eu gostaria imenso de ter ouvido e, pelos ecos que tive entretanto, sei que não ficaram defraudados os que resolveram vir aqui.

Em nome da Faculdade, basta-me agradecer aos organizadores:

À Professora Amália Botelho, que foi uma alma importante deste evento;

Ao Sr. Engenheiro Vasco do Canto Moniz, Presidente da Fundação D. Pedro IV, com a qual temos muito gosto em trabalhar em conjunto nesta parceria.

Quero agradecer também a todos aqueles que quiseram participar nesta jornada científica. Sei, por aquilo que me disseram, e pelo que vejo espelhado nas vossas caras, que não estão nada arrependidos de ter vindo aqui.

Desejo-vos um bom fim-de-semana, e, mais uma vez, agradeço à Professora Amália Botelho e ao Sr. Engenheiro Vasco do Canto Moniz.

Muito obrigado.









