

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Sociologia

Área de especialização | Recursos Humanos

Dissertação

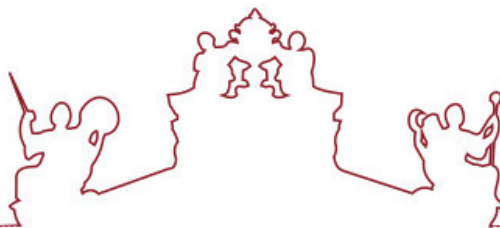
Envelhecimento e abandono de idosos em instituições hospitalares: o papel dos profissionais de saúde para a compreensão do fenómeno

Nuno Manuel Pardelha Atafona

Orientador(es) | Filipe José Ribeiro

Lídia Patrícia Tomé

Évora 2024



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Sociologia

Área de especialização | Recursos Humanos

Dissertação

Envelhecimento e abandono de idosos em instituições hospitalares: o papel dos profissionais de saúde para a compreensão do fenómeno

Nuno Manuel Pardelha Atafona

Orientador(es) | Filipe José Ribeiro

Lídia Patrícia Tomé

Évora 2024



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Rosalina Pisco Costa (Universidade de Évora)

Vogais | Alice Delerue Matos (Universidade do Minho) (Arguente)
Filipe José Ribeiro (Universidade de Évora)

Epígrafe

“Mais do que nunca, podemos hoje esperar – com a habilidade dos médicos, a dieta e os remédios – o adiamento da morte. Nunca antes na história da humanidade os métodos mais ou menos científicos de prolongar a vida foram discutidos de maneira tão incessante (...) O sonho do elixir da vida e da fonte da juventude é muito antigo, mas só tomou uma forma científica – ou pseudo-científica – nos nossos dias. A constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho em adiá-la cada vez mais com a ajuda da medicina e da prevenção, e com a esperança de que tudo isso talvez funcione.”

(Elias, 2001: 56)

Agradecimentos

Não encontro palavras para agradecer a todos os que ajudaram com tanto empenho neste trabalho. É pena que as palavras sejam pobres para retratar a dimensão dos sentimentos que nos assolam em momentos importantes da vida, tal como este.

Ainda assim gostaria de agradecer a todos aqueles que, ao longo da caminhada, estiveram sempre presentes através do seu apoio, da sua motivação, dos conselhos e das sugestões. Aos amigos de verdade, aos que me ensinaram a interpretar o mundo, aos que criticaram construtivamente, aos que me deram força nos momentos de desistência e cansaço. Obrigado a todos!

Não menos importante, gostaria de agradecer de forma especial:

Aos meus pais, que sempre lutaram ao longo da sua vida para me poder dar um futuro melhor. A vós, pais, dedico-vos este sonho com muito amor! Sempre com a fé e esperança de um amanhã melhor.

Aos meus orientadores académicos, Prof. Doutor Filipe Ribeiro e Prof. Doutora Lúcia Patrícia Tomé, que com muito esforço, compreensão e carinho me acompanharam e me mostraram os caminhos que deveria seguir, apesar de todas as minhas dificuldades. Recordo que o meu pensamento inicial era a execução de um relatório de estágio!

À Catedra LifeSpan e ao Doutor Lino Patrício pelo apoio para com o desenvolvimento do tema em estudo. Pois tal como a Catedra LifeSpan, também aqui se apresentam os desafios do envelhecimento.

Aos profissionais de saúde com os quais privei e entrevistei. Pois foram eles a “fonte” desta dissertação, que visa conhecer como é lidar com os idosos “abandonados” dentro dos locais de trabalho destes.

Aos que antecederam e serviram de preparação para este estudo, também o meu muito obrigado.

E é claro, não poderia deixar de agradecer a todos os colegas mestrandos que foram fundamentais para a concretização deste meu percurso. Vocês foram sem sombra de dúvidas os melhores colegas que o universo me poderia ter dado.

A todos, eu sou imensamente grato.

Siglas e Acrónimos

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

ANCC - Associação Nacional de Cuidados Continuados

APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APS - Associação Portuguesa de Sociologia

BIS - Barómetro de Internamentos Sociais

CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC CI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários

EGA - Equipa de Gestão de Alta Hospitalar

EMV - Esperança de Vida à Nascimento

ERPI - Estruturas Residenciais Para Idosos

GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento

GNR - Guarda Nacional Republicana

HESE - Hospital do Espírito Santo de Évora

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MCA - Medicinas Complementares e Alternativas

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PRR - Plano de Recuperação e Resiliência

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSES - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SS - Segurança Social

TCN - Taxa de Crescimento Natural

TM - Taxa de Mortalidade

TN - Taxa de Natalidade

UC - Unidade de Convalescença

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

USF - Unidades de Saúde Familiar

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

Introdução	10
Capítulo I - Enquadramento teórico-conceptual	13
1.1 - O papel do idoso na sociedade contemporânea: reflexões sobre o passado e o presente	13
1.2 - O idoso e a família.....	19
1.3 - Desigualdades sociais e o envelhecimento.....	22
1.4 - O papel voluntário ou involuntário na saúde dos idosos pelo olhar dos profissionais de saúde.....	28
Capítulo II - A construção demográfica da população idosa.....	34
2.1 – O aumento da longevidade	37
2.2 – A evolução da população por ciclos de vida.....	40
Capítulo III - Envelhecimento, Saúde e Sociedade.....	48
3.1 - Políticas de população: existe lugar ao envelhecimento?.....	49
3.2 - Saúde e envelhecimento	51
3.3 - O abandono no processo de formação dos profissionais de saúde	55
Capítulo IV - Magnitudes demográficas, sociais e económicas	59
4.1 - Demografia, quem são os institucionalizados e os “abandonados”	59
4.2 - Sociologia: quem é quem os cuida?	66
4.3 - As redes de Cuidados Continuados	74
4.4 - O peso socioeconómico do envelhecimento em Portugal	81
Capítulo V - Desigualdades e dificuldades de uma sociedade envelhecida.....	87
5.1 - O idoso por entre as desigualdades sociais, o papel da família e o dever moral da sociedade..	87
5.2 - O papel, a racionalização e a vulnerabilidade do profissional de saúde.....	94
5.3 - Entre a ciência e a sociedade: a evidência e a realidade.....	100
5.4 - Perspetiva ao abandono dos idosos nos hospitais.....	104
Capítulo VI - Metodologia	108
6.1 - Quadro Conceptual.....	109
6.2 - Procedimentos metodológicos.....	109
6.3 - Considerações Éticas	114
Capítulo VII - Compreensão do Envelhecimento e Abandono de Idosos: O Papel dos Profissionais de Saúde.....	116
Capítulo VIII - Discussão de Resultados	126
Conclusões	134
Bibliografia.....	138
Anexos.....	151

Guião(ões) de recolha de dados (versão definitiva).....	151
Planificação da entrevista.....	152
Problema de estudo:.....	155
Guião de entrevista “Focus Group”	158
Estrutura do grupo focal:	161
Quadro síntese de questionários administrados/entrevistas realizadas:	162
Declaração de consentimento Informado	162
Construção do perfil sociodemográfico:.....	163
Análise de conteúdo (Entrevistas Individuais) - Inter-casos, Procedimento misto:	165

Índice de Figuras

Figura 1: Percentagem da população com 65 e mais anos e 80 e mais anos, 2019 e 2050.....	35
Figura 2: Percentagem de adultos com 65+ anos que recebem cuidados de longa duração, 2009 e 2019	36
Figura 3: Despesas totais com cuidados de longa duração em percentagem do PIB, 2019 (ou ano mais próximo)	36
Figura 4: Índice de envelhecimento entre 1961 e 2007	38
Figura 5: Índices dependência dos idosos entre 1960 e 2021	39
Figura 6: Índice de sustentabilidade potencial entre 1961 e 2017	40
Figura 7: Infografia da população em Portugal no ano de 2021	42
Figura 8: Esperança de vida à nascença, total e por sexo de 1960 a 2018.....	43
Figura 9: Taxa de mortalidade infantil em Portugal entre 1960 e 2016	44
Figura 10: Variação do número de indivíduos entre 2001 e 2021, nos municípios.....	45
Figura 11: Entrada e saídas permanentes e o saldo migratório em Portugal, entre 2004 e 2018.....	46
Figura 12: Pirâmides etárias anuais, Portugal para a população residente (2019) e projetada (2080)	47
Figura 13: Censos 2021 por concelhos e regiões: evoluções 1960-2021	62
Figura 14: Evolução do número das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente: 2000-2019	69
Figura 15: Evolução do número de respostas sociais ERPI e SAD, Continente: 2000-2019	69
Figura 16: Evolução da capacidade das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente: 2000-2019	70
Figura 17: Evolução da capacidade e do número de utentes da resposta social SAD, Continente: 2000-2019	70
Figura 18: Distribuição territorial das respostas sociais para as pessoas idosas por concelhos (a) e da resposta social SAD por concelho em 2009 (b).....	71
Figura 19: Distribuição percentual da resposta social SAD, por natureza jurídica da entidade proprietária e distrito: 2019	72
Figura 20: Evolução da taxa de cobertura das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente: 2000-2019	73
Figura 21: Uteses a aguardar vaga na RNCCI, por região de saúde e tipologia	78
Figura 22: Rácios de vagas por 1000 habitantes com 65+ anos, por NUTS III (INE, Censos 2021).....	79
Figura 23: Evolução projetada da despesa pública relacionada com o envelhecimento (Cenário base - em percentagem e pontos percentuais do PIB).....	83
Figura 24: Proporção de dependentes por tipo de cuidados formais de que usufruem e por país, 2013	88
Figura 25: Taxa de participação no mercado de trabalho da coorte de 55-64 anos em geral e das mulheres em Portugal: 2013 - 2060.....	90
Figura 26: Distribuição de reformados e pensionistas por escalão de pensão, 2013: segurança social + Caixa Geral das Aposentações.....	93
Figura 27: SNS, camas nos hospitais por 100 mil habitantes - Continente	101

Índice de Tabelas

Tabela 1: Prestações sociais da Segurança Social por situação de reforma.....	84
---	----

Resumo

Com o acentuado e contínuo envelhecimento populacional, há uma crescente valorização e reconhecimento dos idosos em diferentes aspetos. Estes encontram-se mais ativos e desempenham papéis fundamentais na sociedade contemporânea. Muitos continuam a trabalhar, e a desempenhar um papel na atividade financeira e social, contribuindo para o desenvolvimento do país. Em outros casos, devido às dificuldades económicas e familiares, desempenham um papel crucial como membros ativos das famílias.

Havendo um foco crescente no bem-estar dos idosos, desenvolvem-se programas de saúde específicos e atividades adaptadas às faixas etárias que, muitas vezes, entram em contrassenso com os desafios sociais reais. Apesar dos avanços e dos crescimentos de consciência humana, o isolamento, o abandono social ou até a falta ou dificuldade de acesso a serviços específicos é uma realidade que não pode ser ignorada.

O trabalho apresentado assenta na análise do envelhecimento e do abandono de idosos em instituições hospitalares, focando-se no papel fundamental dos profissionais de saúde para a compreensão deste fenómeno. Através de uma abordagem interdisciplinar, procura explorar as causas e consequências do abandono, bem como as estratégias que os profissionais podem adotar para mitigar os seus efeitos e promover um cuidado mais humanizado. Desta forma, para além de trazer à tona o que em cima referencio, trago também uma visão sociológica de como são vistos e tratados os cidadãos 65+ anos pelos profissionais de saúde que partilham com eles o ambiente de “despejo” destes.

Palavras-Chave:

Idoso; Sociedade; Família; Atividade; Saúde

Ageing and abandonment of the elderly in hospital institutions: the role of health professionals in understanding the phenomenon.

Abstract

With the marked and continuous ageing of the population, there is a growing appreciation and recognition of the elderly in different aspects. They are more active and play key roles in contemporary society. Many continue to work and play a role in financial and social activity, contributing to the country's development. In other cases, due to economic and family difficulties, they play a crucial role as active family members.

With a growing focus on the well-being of the elderly, specific health programmes and activities adapted to age groups are being developed, which often don't match to real social challenges. Despite advances and growth in human awareness, isolation, social abandonment or even the lack of or difficulty in accessing specific services is a reality that cannot be ignored.

The work presented is based on analysing ageing and the abandonment of elderly people in hospital institutions, focusing on the fundamental role of health professionals in understanding this phenomenon. Through an interdisciplinary approach, it seeks to explore the causes and consequences of abandonment, as well as the strategies that professionals can adopt to mitigate its effects and promote more humanised care. So, as well as bringing to light what I have mentioned above, I also bring a sociological view on how citizens aged 65 and over are seen and treated by the health professionals who share their “dumping” environment with them

Keywords:

Elderly; Society; Family; Activity; Health

Introdução

Qual é a função do idoso na nossa sociedade? Essas são pessoas que deram contribuições significativas ao longo da vida, participaram ativamente da dinâmica familiar e tiveram um papel crucial na elaboração de projetos, sonhos e na consolidação da comunidade por um longo período.

A velhice é um assunto pensado desde a antiguidade, mas só a partir do século XX se passou a consolidar estudos em contexto de emergência acerca do envelhecimento e dos idosos (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro)¹. A verdade é que a esperança de vida aumenta a cada ano devido ao desenvolvimento da medicina e da tecnologia (Brauer *et. al.*, 2024: 2162-2203). Conforme a esperança de vida aumenta, será que a qualidade de vida também acompanha essa progressão? Estamos, tanto como pessoas quanto como sociedade, preparados e aptos para lidar com essa nova realidade? A realidade de que o mundo começa a ser um ecossistema de seres humanos mais velhos?

A situação remete para a realidade que o ser humano ao se aposentar, tem dificuldades em se manter parte de alguma atividade económica produtiva. Uma visão capitalista de que o homem apenas tem lugar na sociedade se for produtivo e se gerar lucros; uma ideia não muito diferente da filosofia social de Adam Smith (1776)². Ao que a nossa sociedade define muito a identidade com base na atividade profissional, sendo a profissão um dos principais pilares de quem somos. Com a chegada da “reforma”, muitas pessoas sentem-se perdidas, o que pode gerar sentimentos de fracasso, incapacidade e falta de propósito de vida, especialmente ao entrar na chamada fase do envelhecimento. O que os leva, nesse momento tão importante de mudanças, a esquecerem-se dos seus valores enquanto humanos e a autovalorizarem-se?

O aumento da esperança de vida e da longevidade tem um peso mais acrescido e esses desafios estão intimamente ligados a questões de dependência e à prestação de cuidados, que afetam especialmente as pessoas idosas. Isso resulta em um aumento na demanda por cuidados e na procura de apoio, tanto nas redes formais quanto nas informais.

Montezuma, Freitas e Monteiro (2006) destacam que, apesar das mudanças socioeconómicas, a família ainda ocupa um papel central como primeira fonte de apoio na prestação de cuidados.

¹ Fonte: Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, disponível online em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>

² Fonte: Nunes, A. J. A. (2010). A filosofia social de Adam Smith. *Prim Facie*, 4(6), 5–41. Disponível online em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/primafacie/article/view/4503/3389>

Entretanto, há um aumento no recurso a apoios formais por parte de muitos cuidadores familiares. Em outros casos, os mais velhos que já não dispõem de cuidadores informais, deparam-se com dificuldades maiores na sua vivência em sociedade.

Quando se dá a chegada do idoso às instituições hospitalares, em regime de cuidados formais, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no cuidado e no trato do abandono de idosos, sendo parte integrante da equipa de saúde que atua na identificação e na abordagem desse problema. O abandono de idosos é uma questão séria que pode envolver negligência, abuso ou isolamento social, sendo que os profissionais de saúde na linha direta de contacto, desempenham um papel fundamental tanto na prevenção como na intervenção como referenciam Duarte Melo *et. al.* (2022). São estes profissionais que colaboram de forma mais próxima com outros profissionais de saúde e serviços sociais para assegurar o bem-estar dos idosos e oferecer o apoio físico, emocional e social de que necessitam. É de relevante interesse social verificar a existência de formação específica, e de que modo são formados os trabalhadores nestas áreas da saúde que permita o devido acompanhamento deste problema; o que observam estes profissionais na saúde dos idosos perante uma situação de abandono; quando o idoso já tem alta hospitalar, as suas atividades de vida diárias prestadas a este deixam de ser dados na instituição pelas equipas de enfermagem; como permanecerão na instituição hospitalar até serem encaminhados para uma unidade de acolhimento; e se terá o idoso autonomia para fazer seu dia a dia enquanto ali permanece ou tem de continuar a obedecer às mesmas regras existentes antes da alta hospitalar (consoante o grau de dependência do doente e a patologia da doença). Em suma, como fica a sua saúde? Revitalizada ou mais deteriorada? A convivência social é trabalhada para dar um bem-estar ao idoso?

De forma a consolidar o tema do papel dos profissionais de saúde no abandono de idosos em instituições hospitalares, é necessário contextualizar o lugar e papel que o idoso ocupa nas famílias atuais e qual o modo como a sociedade contemporânea reconhece o idoso. Para que depois, possamos então, aprofundar o conhecimento científico sobre a temática em análise – a perceção dos profissionais de saúde de primeira linha, sobretudo os enfermeiros, e a forma como estes atuam em contexto profissional, com o fenómeno social do abandono dos idosos. Delimitar conceitos como idoso, abandono, isolamento são assim essenciais.

Durante o desenvolvimento do projeto que serviu de base para esta dissertação, destacou-se como principal objetivo oferecer uma contribuição investigativa que ajudasse a clarificar o estado atual das diferentes abordagens teóricas sobre o que é o envelhecimento, os idosos, o abandono destes, e também as práticas concebidas por profissionais de saúde ao se depararem

com estes temas nas instituições hospitalares. Considerando o objetivo deste estudo e a falta de pesquisas sobre o tema, optou-se por uma metodologia mista. Utilizou-se o estudo de caso como estratégia de investigação, entrevistas semiestruturadas como técnica de recolha de dados, direcionadas a cuidadores formais, e a análise de conteúdo das narrativas para tratamento dos dados.

Nesta dissertação de mestrado, pretende-se abordar um problema de investigação há muito projetado e que pela minha visão pretendo apresentar da seguinte forma: perceber o porquê de quando um cidadão entra numa fase de vida de mais repouso ele se depara com desafios familiares, sociais e psicológicos que prejudicam o seu bem-estar. Ainda numa segunda fase analisar o papel e a relação dos profissionais de saúde com os idosos deixados em ambiente hospitalar pelas suas famílias. Vários estudos, oriundos de diferentes áreas académicas e baseados em distintos pressupostos epistemológicos e metodológicos, não chegam a resultados consensuais sobre a postura, conduta ética ou formação dos profissionais de saúde para com a situação do abandono e, na maioria das vezes, limitam-se à construção argumentos, ou na inexistência de manuais que possam contribuir para uma gestão mais eficaz de um delicado assunto que pressupõe um forte peso económico, social e demográfico ao encargo das instituições hospitalares e do estado.

Capítulo I

Enquadramento teórico-conceptual

1.1 - O papel do idoso na sociedade contemporânea: reflexões sobre o passado e o presente

Para um melhor entendimento é importante delimitar e definir os conceitos de idoso; envelhecimento; e abandono que permita uma maior facilidade de interpretação para com a finalidade e o objetivo deste trabalho da dissertação.

Assim sendo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), um idoso é definido como qualquer indivíduo com 60 anos ou mais. No entanto, para a formulação de políticas públicas, esse limite pode variar conforme as condições específicas de cada país. A OMS também destaca que, independentemente do limite adotado, a idade cronológica não é um indicador preciso das mudanças associadas ao envelhecimento. Existem grandes variações nas condições de saúde, nível de participação social e grau de independência entre as pessoas idosas em diferentes contextos. E nesta vertente, o conceito de envelhecimento remete cronologicamente a,

“um processo biológico universal e experiência que afeta todos os indivíduos com a passagem do tempo. Já o envelhecimento social é um processo muito mais complexo, que implica a passagem de uma posição social para outra e, com ela, para novos conjuntos de direitos e responsabilidades, além de uma nova identidade social. Todas as sociedades dividem o curso da vida em uma série de faixas etárias, cada uma das quais ligada a várias ideias culturais sobre quem as pessoas são, o que podem fazer e o que se espera delas em relação a outros indivíduos. O conceito de envelhecimento pode ainda ser aplicado a populações inteiras. As populações da Europa e da América do Norte, por exemplo, vêm envelhecendo há longo tempo, à medida que as taxas de mortalidade e, em especial, as de natalidade, caem. Esse fato teve como resultado proporções decrescentes de jovens e proporções crescentes de idosos. Na Grã-Bretanha 16% da população têm 65 anos ou mais de idade, em comparação com apenas 4% na Índia. Nos Estados Unidos, os centenários constituem agora a faixa etária em mais rápido crescimento”.

(Johnson, 1997: 154)

Uma vez que estou já a abordar conceitos que visem a delimitação da análise, menciono também o conceito de abandono que será útil, mais à frente, quando frisarmos as desigualdades sociais e o envelhecimento. Assim, ao considerar a epistemologia da palavra, 'abandono' refere-se ao ato e à consequência de deixar algo ou alguém. Esse verbo pode indicar a ação de se afastar, negligenciar ou desprezar alguém. Cujos conceitos estão relacionados a uma questão de desamparo.

Como mudou o papel dos idosos ao longo da história? Do ponto de vista histórico, existem fatos surpreendentes e muitas vezes tristes sobre a velhice. Antes do século XX, a esperança de vida na maioria dos países era, geralmente, inferior a 60 anos. Considerando as limitações da medicina, os conflitos bélicos e as severas condições de vida, ao analisar esses períodos, ninguém poderia prever a longevidade que estamos a observar atualmente (Fogel, 2004: 2-4).

“Essa visão pode ser um indicativo sobre o modo como a sociedade egípcia antiga percebia as pessoas idosas. Entretanto, segundo as crenças da época, a velhice poderia ser revertida, uma vez que a sociedade de então acreditava em receitas para o rejuvenescimento. Na civilização oriental, mais especificamente na China, o filósofo Lao-Tsé (604-531 a. C.) destacou aspetos do conhecimento intuitivo, difundindo, com isso, a importância do ato reflexivo sobre a vida, bem como seu real sentido (Santos, 2001). Segundo o filósofo, ao chegar a uma idade avançada, o indivíduo alcança um momento supremo e espiritual, capaz de lhe trazer a libertação do corpo. Confúcio (551-479 a. C.), grande conhecedor da alma, propagador de conceitos relativos à moral e à sabedoria especialmente junto à família, realçou aspetos do envelhecimento. Nos seus ensinamentos, prezou pela autoridade dos mais idosos, pois, segundo ele, seriam sinónimo de sabedoria. Uma abordagem mais coletivista, onde o valor das hierarquias da família, do idoso e da idade tradicional mostrava-se importante” (Nascimento, in. SESC, 2021: 72).

Embora na China houvesse uma tradição de cuidado e respeito para com os mais velhos, os filósofos do período clássico abordaram de forma limitada a questão do envelhecimento. De acordo com Bavidge (2016), na Grécia Antiga, os pensadores dedicaram mais atenção à reflexão sobre a morte do que ao envelhecimento. Este enfoque pode ter influenciado a forma como a civilização ocidental desenvolveu uma percepção sobre o envelhecimento, frequentemente caracterizando-o como um período marcado por perdas. Esta perspectiva foi alicerçada em aspetos biológicos, considerando o envelhecimento como responsável pela perda da juventude, por alterações progressivas nas células do organismo e, por conseguinte, pela diminuição gradual da funcionalidade (Amarya, Shing e Sabahrwal, 2018). Assim, consolidou-se, em parte,

o hábito de utilizar o termo "velho" com uma conotação depreciativa, associando-o a um estado de debilidade ou desgaste.

No contexto ateniense, a visão sobre os mais velhos era particularmente negativa, sendo comum uma atitude de rejeição e hostilidade em relação a eles. Aristóteles (384-322 a.C.), um dos filósofos gregos que comentou o fenômeno do envelhecimento, fez observações pouco lisonjeiras sobre os idosos (Anton, 2016). As suas análises, concisas e diretas, retratavam os mais velhos como indivíduos medrosos, desconfiados e inativos. De acordo com Aristóteles, os idosos eram faladores e propensos a repetir histórias do passado, além de manifestarem comportamentos egoístas. A abordagem aristotélica não considerava o envelhecimento sob a ótica da patologia, mas sim do ponto de vista comportamental. “No Império Romano, Marco Túlio Cícero (106-43 a. C.), responsável por introduzir em Roma as escolas gregas de pensamento, também criou o vocabulário filosófico latino, escrevendo respeitáveis obras literárias como “*De legibus*”, “*De natura*” e “*Republica*”. A relação direta com o envelhecimento ocorreu na obra “*Saber envelhecer*” (Túlio, 2013), quando o filósofo abordou a arte do envelhecimento, destacando a importância do prazer, que segundo ele seria favorecido pelo tempo, uma vez que cada idade (faixa etária) apresentaria virtudes próprias. Entretanto, foi no texto “*A amizade*” que Cícero revelou um tratado definitivo sobre a fraternidade e as relações sociais com temas associados ao envelhecimento (Túlio, 2013). (...) Cícero acredita que muitos não gostavam da velhice porque ela afastava as pessoas de suas atividades quotidianas. Mas também salientou que isso estaria mal fundamentado porque nem toda ação é basicamente física. Segundo ele, o que determina a importância de uma ação seria a extensão das consequências geradas por ela (Anton, 2016). Pois, muitas vezes, ações aparentemente pequenas produzem grandes resultados” (Nascimento, in. SESC, 2021: 75).

Durante os períodos medievais e renascentistas, esses tempos não foram considerados uma idade de ouro para o envelhecimento, sendo comuns as visões contraditórias sobre os idosos. A velha era, com frequência, descrita como uma etapa marcada por fraquezas e dificuldades. Apesar disso, alguns pensadores utópicos do século XVI, como Thomas More, passaram a imaginar uma sociedade onde os idosos podiam optar entre viver em uma condição debilitada ou escolher uma morte digna (Stannah, 2019).

Ainda assim, no seio deste período de sociedade moderna da história em algumas culturas, os idosos eram venerados pela sua sabedoria e experiência. Eles ocupavam posições de liderança e eram frequentemente considerados conselheiros importantes para as comunidades. Como transmite Aboim (2014) na sua obra “*Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade*

contemporânea”, a cultura mediterrânea e latina, aquela que é a cultura portuguesa, olha para os mais velhos como indivíduos de grande sabedoria e importância. É a geração mais antiga que é frequentemente confiada ajudar no cuidado dos mais novos, enquanto o resto da família se debruça nas suas rotinas e trabalhos. Como tal, é dado o devido valor aos idosos, respeitando o papel destes na sociedade. Aboim (2014) destaca que essa relação intergeracional enriquece a dinâmica familiar, pois os mais velhos oferecem suporte emocional e orientações, criando um ambiente onde todos se beneficiam. Essa valorização do envelhecimento é um aspecto central da cultura mediterrânea, que enfatiza a importância da sabedoria e além disso, Aboim (2014) destaca que essa interdependência entre as gerações fortalece a coesão social e promove um sentido de pertencimento. Os idosos, com sua experiência de vida, não cuidam apenas das crianças, mas também deixam legados, tradições, histórias e ensinamentos que moldam a identidade cultural das novas gerações. Um velho é visto não como um “fardo”, mas como uma fase rica em oportunidades para a partilha de conhecimento e a construção de laços familiares mais íntimos.

Com o advento da Revolução Industrial, houve mudanças drásticas na estrutura social. Houve uma nova mudança histórica e uma transformação societal. As famílias passaram concentrar-se mais em ambientes urbanos, onde o papel do idoso como provedor de conhecimento e experiência foi gradualmente substituído por um modelo mais voltado para a força de trabalho jovem. Mais uma vez o papel do idoso viu-se transformado de forma significativa, influenciado por fatores culturais, económicos, sociais e políticos, como absorvemos do estudo de Phillipson (2013: 69-71).

Seguindo uma linha de ascensão,

“no séc. XX, dado sobretudo o grande avanço da medicina e as melhorias das condições de vida proporcionou aumentos da esperança média de vida o que levou a uma população idosa mais numerosa. Isso levantou questões sobre como integrar os idosos à sociedade de maneira produtiva e respeitosa. Programas de pensões e políticas de saúde voltadas para os idosos começaram assim a surgir. Passou-se para esperanças de vida de aproximadamente 79 anos para homens e 83 anos para mulheres. Mas nas culturas ocidentais modernas, o status cultural dos idosos diminuiu. À medida que vivem mais, os idosos muitas vezes se encontram deslocados devido a restrições financeiras ou a incapacidade de viver de forma independente. Muitos são obrigados a mudar para lares; instituições de repouso e cuidados.

Na verdade, a cultura ocidental moderna é muito conhecida pelos focos individualistas em “juventude, autoconfiança e individualismo”. Como resultado, em 2011, as Nações Unidas (ONU) propuseram uma convenção de direitos humanos que protegeria especificamente as pessoas idosas. O facto é que muitas dinâmicas familiares mudaram dramaticamente, com mais avós do que crianças”.

(Stannah, 2019)

De acordo com Carrilho e Patrício (2005: 111-140), entre 1960 e 2011, houve uma inversão significativa na pirâmide etária da população. Enquanto em 1960 o índice de envelhecimento era de apenas 27,3%, ou seja, a população era composta por pouco mais de um quarto de pessoas com 65+ anos por relação às menores de 14 anos –, em 2011 este número atinge já os 120,1. As autoras referem ainda que a cada 100 jovens com menos de 15 anos, existiam 120 idosos. E que em 2005 (ano do estudo) a previsão era de que em 2044 a população até os 14 anos venha a constituir apenas 13% de toda a população. Em oposição a uma população com 65+ anos que tenderá a aumentar cerca de 30%. Aboim, (2014: 207), aponta o exemplo de acordo com o relatório da Gesaworld (2005), em que no caso português, as projeções da população para 2050 são referidas com uma duplicação da percentagem de pessoas com 65+ anos e, por isso mesmo, “em 2050, Portugal será o quarto país da eu-25 com maior percentagem de idosos, só ultrapassado por Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%)”. A mesma autora refere ainda que “no cenário atual, o sul da Europa parece ser palco de um envelhecimento ainda mais acentuado do que aquele que sucede em outros contextos europeus, consequência sem dúvida de taxas de fertilidade muitíssimo baixas (cf. Almeida *et. al.*, 1998; Rosa, 1996; Bandeira, 1996), problema que se tem progressivamente transformado num pesado desafio em matéria de políticas públicas para a natalidade e a família. Com realidades que mostram pirâmides etárias cada vez mais invertidas” (Aboim, 2014: 207).

É inegável que “a população mundial está a envelhecer em ritmos e contextos diferentes do passado” (WHO, 2015), por isso, é essencial reavaliar o papel dos idosos e sua relevância nas sociedades contemporâneas atuais. Segundo “dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que até 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos triplique e passe de 400 milhões para mais de 2 mil milhões a nível mundial. Estes dados representam um enorme desafio que há muitos anos tentam contornar a questão do envelhecimento populacional” (Stannah, 2019). Autores como a empresa Stannah (2019); Francois de Waal (2018) - *Ageing and Health:*

A Focus on Socioeconomic Impacts and Policies; Helen M. (2017) - *The New Dynamics of Ageing: An International Perspective*; Michele T. (2014) - *Rejuvenating Society: Strategies for Addressing Population Ageing*; têm ao longo do tempo questionado: como pode a sociedade adaptar-se a este envelhecimento populacional? Quais as medidas que devem ser adotadas para ajudar a rejuvenescer a população e, ao simultaneamente, proporcionar maior qualidade de vida aos mais idosos?

Embora o cenário atual possa parecer alarmante, é importante olhar para ele como uma oportunidade valiosa para promover melhorias sociais e científicas, criando um ambiente mais favorável ao envelhecimento. Ao mesmo tempo, devemos reconsiderar o papel dos idosos na sociedade. Esse papel é dinâmico e muda conforme a cultura e as épocas. Na realidade, apesar de enfrentarem especificações específicas, os mais velhos representam uma rica fonte de experiência e sabedoria, podendo servir de modelo e inspiração para os mais novos.

Aliás, conforme a obra de Almeida (2008) - *A transmissão de valores e saberes entre gerações* - atualmente, as pessoas idosas desempenham um papel fundamental na transmissão de valores e na preservação de tradições, pois, são eles os guardiões de uma rica herança cultural. Em complemento, também a obra de Sousa, Cerqueira e Galante (2017) - *A relação entre gerações e o respeito pelos mais velhos na sociedade contemporânea* – traz ao saber que felizmente, os tempos estão a mudar e as novas gerações estão cada vez mais a ser ensinadas a cultivar o respeito pelos mais velhos, e a valorizar mais estes, olhando para eles com mais respeito e com o objetivo de proteger as gerações mais antigas. No fundo, a ideia de aprender e de partilhar experiências e conhecimentos com os outros e cada vez mais apreciada pela nossa sociedade. Será que estamos a caminhar para uma sociedade mais inclusiva das pessoas da terceira idade? Assim esperamos, que no gerar de um novo período histórico haja uma sociedade mais coletiva e de visão humanitária.

Já na sua obra, A. Giddens – *Modernidade e Identidade* (2002) mostra uma teoria sobre a modernidade que reflete uma análise profunda das mudanças sociais, culturais e políticas que caracterizam a era moderna. Para Giddens, a modernidade é marcada por mudanças significativas na estrutura social, como a globalização, a urbanização, o avanço da tecnologia e a transição de sociedades tradicionais para sociedades mais complexas e interconectadas. O autor enfatiza que a modernidade trouxe consigo uma série de transformações que afetam diretamente a formação da identidade individual (o Eu). Com o declínio das estruturas tradicionais (como comunidades, famílias extensas, religiões) que antes forneciam estabilidade e sentido à vida das pessoas, surge uma maior ênfase na autonomia individual e na construção

ativa da própria identidade. Desta forma, sendo o idoso um indivíduo de estruturas tradicionais muitos enfrentam desafios para com as ditas transformações onde se verifica que o lado cognitivo com as perdas das suas faculdades e capacidades começam a restringir perda de evolução e por conseguinte uma perda de individualidade, “A reflexividade do eu, em conjunto com a influência dos sistemas abstratos, afeto de modo difuso o corpo e os processos psíquicos” (Giddens, 2002: 15).

Giddens introduziu o conceito de *modernidade reflexiva*, destacando que, na sociedade moderna, os indivíduos são desafiados a constantemente refletir sobre suas identidades, escolhas e ações, pois são confrontados com uma multiplicidade de opções e possibilidades. Para o autor, a identidade torna-se um projeto pessoal contínuo, moldado pelas escolhas individuais em um contexto de liberdade, mas também de incertezas e riscos. Nesse sentido, a modernidade não apenas oferece liberdades, mas também gera ansiedades e dilemas, exigindo que as pessoas negociem sua identidade em um mundo em constante mudança. É assim a relação entre modernidade e identidade um processo complexo, onde a autonomia individual e a responsabilidade pela própria vida são características fundamentais, mas também desafiadoras, dessa era (moderna) marcada pela mudança constante e pela reflexividade. “O mundo moderno é um "mundo em disparada": não só o ritmo da mudança social é muito mais rápido que em qualquer sistema anterior; também a amplitude e a profundidade com que ela afeta práticas sociais e modos de comportamento preexistentes são maiores” (Giddens, 2002: 22).

1.2 – O idoso e a família

“O lugar do idoso na família pode variar de acordo com diferentes contextos culturais, valores familiares e dinâmicas específicas” (Pimentel, 2001). No entanto, há algumas tendências gerais implícitas, como o respeito e o cuidado - em muitas culturas, os idosos são respeitados como portadores de sabedoria e experiência. Eles frequentemente ocupam um papel de autoridade moral na família, sendo consultados para aconselhamento e orientação. Culturas como a muçulmana conotam os seus idosos como membros indispensáveis aos olhos desta perspectiva (Hussein e Ismail, 2017). O suporte familiar de um modo tradicional remeteu aos idosos um costume no viver com seus filhos ou serem cuidados por eles quando necessário. Isso reflete o senso de responsabilidade familiar e a valorização dos laços intergeracionais. Atualmente, inúmeros idosos assumem a carga das rotinas diárias dos filhos vistos os desafios da sociedade que se vive (Fonseca, 2021). O ir buscar os netos as escolas porque os horários de trabalho

deixaram de ser compatíveis com entre pais e filhos; ou o ir as compras para os filhos e/ ou o cuidar da casa dos filhos para além das suas.

Esse é o conhecimento transmitido por Pimentel (2005) que se foca na análise das interações, expressivas e instrumentais, que ocorrem dentro das redes primárias, com ênfase nas relações entre diferentes gerações. A autora reflete sobre estes dois aspetos: por um lado a importância que a família assume nos contextos sociais atuais, e por outro, o lugar que o idoso ocupa na dinâmica familiar, em particular o idoso institucionalizado. Também esta obra revela a valorização que faz o quotidiano na análise do problema de relação entre o idoso e a família. A autora demonstra que as relações comunitárias tendem a perder importância, especialmente nas zonas urbanas, onde nem sempre existem laços comuns. Nesses locais, as pessoas cruzam-se sem se conhecerem, tornando-se difícil manter e reproduzir estilos de vida associados a formas de solidariedade baseadas em laços de parentesco. “O individualismo e a forma impessoal como os indivíduos se relacionam tendem a enfraquecer as formas de sociabilidade ligadas a essa solidariedade” (Pimentel, 2005: 37).

As trajetórias de vida de alguns idosos, foram utilizadas como instrumento precioso para a construção de reflexões em torno de aspetos como a profissão, a reconstrução subjetiva, a angústia da perda, a ocupação versus inatividade. Verifica-se a existência de oscilações entre continuidades e rupturas que são constantes no processo de vida do ser humano. Pimentel (2005) identifica ainda as questões das representações sociais da velhice, do lugar privilegiado da família no contexto das relações sociais e da institucionalização dos idosos. Sendo que o idoso como entidade abstrata não existe, ele é uma construção, onde cada um com sua história de vida, com suas necessidades específicas e motivações. A singularidade e a particularidade constituem espaços de mediação instrumental e expressiva daqueles que convivem diariamente com pessoas destas faixas etárias.

Olhando também para um sentido amplo nacional, cada vez mais são exercidas mudanças nas dinâmicas familiares. Com mudanças nas estruturas familiares, como famílias menores ou monoparentais, com migrações, e desta forma o papel dos idosos na família tem evoluído e sofrido mudanças constantemente (Silva, 2020). Em algumas sociedades, os idosos ainda permanecem próximos aos seus entes queridos, enquanto em outras, podem se apoiar mais em serviços que fornecem cuidados de saúde como em lares de idosos na sua maioria (WHO, 2015). Como desafios atuais, dentro de muitas casas e lugares, a pressão financeira e a necessidade de ambos os cônjuges trabalharem podem limitar a capacidade das famílias de cuidarem diretamente dos idosos. Isso pode resultar na procura de assistência externa, como cuidadores

profissionais ou instituições de cuidados para idosos como também num afastamento dentro das famílias. Levando a que muitas das vezes se dê um “abandono” involuntário e inconsciente. A APAV (2020) apresenta a situação de abandono do idoso encaixa num panorama de violência para com este. Importa estabelecer a ponte de ligação um dos maiores sinais de prosperidade, que é “o aumento da esperança de vida, com algumas perspetivas sobre o envelhecimento que não são as melhores: as pessoas idosas, mesmo que ativas, são globalmente encaradas como pessoas frágeis, doentes e dependentes, o que promove fenómenos de desrespeito pelos seus direitos, exclusão, marginalização e, “não raras vezes, a situações de crime e violência” APAV (2020: 3).

O que tem levado as autarquias locais, nomeadamente do interior do país, a dinamizarem e conotarem a valorização do envelhecimento ativo. Com a mudança nas atitudes em relação ao envelhecimento, existe uma tendência crescente para promover o envelhecimento ativo, onde os idosos são encorajados a continuar ativos, socialmente integrados e independentes (Teixeira, 2018). Nesta linha de pensamento, Pimentel, Lopes e Faria (2016: 131), esclarecem que “o paradigma do envelhecimento ativo surge, assim, como um programa de intervenção voltado para a mudança da condição do idoso como indivíduo inativo e que procura, ao mesmo tempo, responde aos problemas do aumento da longevidade.” Ao fomentar um status ativo, procura-se preservar a autonomia e a independência dos idosos pelo maior tempo possível. De modo semelhante, em Cabral e Ferreira (2013: 16) afirma-se que “o envelhecimento ativo convida a reformular a articulação entre a atividade e a inatividade, entre o trabalho e a saúde, entre a participação e a exclusão; em suma, convida a que se caminhe para uma sociedade sem discriminação em torno da idade.” Essa abordagem é crucial para respeitar os direitos humanos em todas as idades, promovendo uma convivência. Refletindo-se numa implementação de políticas que incentivem a participação ativa dos idosos nas esferas sociais, económicas e culturais. Isso não apenas parece demonstrar uma melhoria na qualidade de vida dos mais velhos, mas também parece enriquecer a sociedade como um todo, que beneficia da experiência e sabedoria que essas pessoas têm a oferecer.

Em resumo, o lugar do idoso na família está em constante evolução, influenciado por mudanças sociais, económicas e culturais. No entanto, valores como respeito, cuidado e reconhecimento da contribuição dos idosos ainda são valorizados em muitas sociedades. Contudo a sociedade contemporânea tem se esquecido que o dito lugar do idoso na família muitas vezes é uma questão de equilíbrio entre a preservação da autonomia e a prestação de apoio necessário para garantir não só o seu bem-estar como o bem-estar de uma comunidade.

1.3 – Desigualdades sociais e o envelhecimento

As desigualdades sociais desempenham um papel significativo no envelhecimento da população. Segundo Pereira (2021), existem disparidades consideráveis no acesso a recursos e oportunidades entre diferentes grupos socioeconômicos, étnicos, raciais e geográficos, e isso influencia diretamente como as pessoas envelhecem. Os acessos a cuidados de saúde: indivíduos/ idosos de comunidades marginalizadas muitas vezes enfrentam dificuldades para conseguirem cuidados de saúde de qualidade, incluindo serviços geriátricos, prevenção de doenças crônicas e acesso a medicamentos essenciais. Isso provoca um envelhecimento menos saudável. A instável e fraca segurança financeira: a falta de acesso a empregos bem remunerados, pensões ou sistemas de segurança social robustos pode levar a uma situação financeira precária na velhice. Isso afeta a capacidade das pessoas de se cuidarem adequadamente, comprarem medicamentos, procurarem tratamento médico e viverem com dignidade.

Similarmente, como referido na obra de Silva (2019), as condições precárias na habitação: a qualidade e segurança das moradias desempenham um papel importante no envelhecimento saudável. Muitos idosos enfrentam dificuldades com habitações inadequadas, falta de acessibilidade e problemas de isolamento social, o que afeta a sua saúde mental e física. Sendo ainda que, a falta de educação e oportunidades de emprego ao longo da vida, ou seja, o acesso a uma educação de qualidade, como por exemplo as universidades seniores, e oportunidades de trabalho ao longo da vida podem influenciar diretamente na capacidade das pessoas de se manterem ativas e saudáveis à medida que envelhecem. E desta forma a falta de oportunidades educacionais e profissionais pode limitar a capacidade de um indivíduo de se adaptar a mudanças sobretudo sociais e tecnológicas (Ferreira, 2020).

Vaz (2008), aborda na sua obra - *A Velhice na Primeira Pessoa* - o tema do envelhecimento a partir da perspetiva dos próprios idosos e das dificuldades destes. Propõe-se desconstruir a perceção moderna de velhice que se configura como problema social. A autora procura oferecer uma visão mais íntima e pessoal do processo de envelhecimento. Muitas vezes, a narrativa sobre a velhice é construída por pessoas mais jovens, profissionais da saúde, académicos, entre outros, sem dar espaço para a voz direta dos idosos. Esta obra procura mudar esse paradigma, dando voz aos próprios idosos para partilhar as suas experiências, desafios, conquistas e reflexões sobre essa fase da vida. A autora explora uma variedade de temas, desde questões sociais, como a representação dos idosos na sociedade, até questões individuais, como as mudanças físicas, emocionais e as transformações nas relações familiares e sociais. Vaz (2008: 98-100) acredita

que, “a identidade é determinada pelas “experiências singulares que têm lugar na interação com os outros numa sociedade de mudança, tendo em conta as estruturas mentais e os processos psicológicos”. A construção da identidade não é estanque, sendo que a mesma evolui com o indivíduo, acompanhando os processos de evolução, quer do próprio crescimento inerente ao processo de envelhecimento, através das aprendizagens no percurso da sua vida, quer através da evolução da própria sociedade. Em suma, “as identidades constroem-se e reconstroem-se em permanência dando azo à renovação das gerações mais velhas, menos marcadas pelos valores rigorosos anteriores (...)”.

Esta mesma forma encontra-se refletida nos finais dos anos 80 na obra de Pierre Bourdieu e no que o autor refere de poder simbólico. Bourdieu (1984: 56) argumentava que o poder não se limita apenas a formas visíveis de controlo, como políticas ou força física, mas também se manifesta através de símbolos, significados e valores culturais que são internalizados pela sociedade. O poder simbólico refere-se à capacidade de influenciar e dominar através da imposição de significados, ideias e normas que são socialmente aceites e internalizadas pelas pessoas. Bourdieu (1984) argumentava que as instituições sociais, como a educação, os meios de comunicação social e a cultura, desempenham um papel fundamental na legitimação e reprodução do poder simbólico, consolidando assim as hierarquias sociais.

Essa mesma forma de poder é sutil e muitas vezes não é percebida, pois está enraizada nas estruturas sociais e nas práticas quotidianas. Bourdieu destacava como o acesso desigual aos recursos culturais e simbólicos pode perpetuar as desigualdades sociais, criando e reforçando hierarquias de poder. Para Bourdieu, compreender o poder simbólico era fundamental entender como as estruturas sociais são mantidas e como as desigualdades são perpetuadas, destacando a importância de questionar e desafiar os sistemas de valores e significados que perpetuam tais desigualdades.

Quando aplicado ao envelhecimento o poder simbólico pode estar relacionado à maneira como a sociedade atribui significados e valores às pessoas idosas. Por exemplo, estereótipos negativos associados ao envelhecimento podem criar um poder simbólico que marginaliza os idosos, limitando as suas oportunidades e acesso a recursos sociais. Uma violência simbólica que transparece que o ser velho é o olhar da comunidade que faz as pessoas velhas. Daí, Bourdieu, argumentar que o poder simbólico muitas vezes é internalizado pelas pessoas, afetando suas percepções de si mesmas e de seu papel na sociedade. No caso dos idosos, a internalização desses estereótipos negativos pode levar a uma autopercepção diminuída, afetando sua autoestima e senso de valor.

Desconstruir esses poderes simbólicos requer uma mudança na percepção social do envelhecimento, promovendo uma visão mais positiva e inclusiva dos idosos, reconhecendo as suas contribuições para a sociedade e oferecendo oportunidades e recursos adequados para que possam viver com dignidade e participação ativa na comunidade.

Numa mesma perspectiva Beauvoir (1990) apresenta o seu livro - *A Velhice* - onde se examina a experiência de envelhecer, explorando como a sociedade trata as pessoas idosas e como esses indivíduos experimentam o passar do tempo. Beauvoir argumenta que a velhice é uma fase da vida frequentemente desconsiderada ou marginalizada pela sociedade, relegando os idosos a um papel de invisibilidade ou diminuição de valor e contribuição para a sociedade. A autora desafia essas percepções, ressaltando a importância de reconhecer a plenitude da vida em todas as suas etapas, incluindo a velhice. Além disso, Beauvoir discute como a velhice pode ser uma oportunidade para reflexão sobre a vida, o significado do tempo e a mortalidade. Através destas reflexões, a autora convida a questionar as normas culturais que estigmatizam o envelhecimento e a reconsiderar a forma como valorizamos e tratamos as pessoas idosas na sociedade contemporânea. Aos olhos de Beauvoir, a sociedade necessitava de uma restituição simbólica. Um fazer ver que os mais velhos podem trazer ainda benefícios à sociedade dentro das suas limitações.

Bourdieu (1984) e Beauvoir (1990) resgatam reflexões e análises que destacam quatro eixos temáticos, os quais delimitam diferentes formas de expressão de uma violência sutil, suave, invisível que impõe ao idoso um ser dependente e submisso sob a sua velhice e as suas limitações físicas e psicológicas a mudança de hábitos forçada; a infantilização; a negação da sexualidade; e a perda de autonomia, todos aspectos que ampliam o campo de análise sobre o fenómeno contemporâneo da violência contra pessoas idosas. Como se um idoso volte a ser um recém-nascido protegido pelos pais.

Para compreender essa violência permeada por referências simbólicas, destaco a formulação de Bourdieu (1992: 7-14) sobre o poder simbólico, descrito como um “poder invisível, que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que, conscientemente ou não, estão submetidos a ele ou mesmo o exercem (...). É um poder de construir o real por meio da enunciação, de fazer ver e acreditar, de confirmar ou transformar a visão do mundo e, assim, agir sobre o mundo e constituir-lo. Esse poder quase mágico permite obter resultados semelhantes aos conseguidos pela força física ou econômica, mas só se efetiva se for reconhecido e, ao mesmo tempo, ignorado como arbitrário”.

Simone de Beauvoir (1990) descreve esse tipo de violência como algo disfarçado, que permanece escondido nas camadas mais subtis da vida social. A autora observa que a sociedade trata a velhice quase como um “segredo vergonhoso, sobre o qual é indecente falar”. De forma contundente, a autora expressa a sua indignação ao afirmar que a sociedade do consumo e do descartável impõe uma tirania sobre os mais velhos, ocultando, por trás dos mitos de crescimento e abundância, uma visão dos idosos como “párias”. Essa tirania, segundo Beauvoir, manifesta-se de maneira dissimulada principalmente no ambiente familiar, sob a justificativa de um “bom cuidado”, onde filhos e netos, em geral, não se empenham em suavizar o destino dos seus ascendentes. “É de forma disfarçada que o adulto controla o idoso de quem depende. Evita dar ordens diretas, não atacando de forma clara, mas manipulando-o, sempre em nome do bem-estar do idoso”, aponta a autora. Assim, Beauvoir afirma que toda a família acaba por se tornar cúmplice dessa atitude (Beauvoir, 1990: 265-268).

Para a autora, o estilo de vida imposto aos mais velhos pela sociedade reforça a necessidade de distanciá-los como “o outro”, uma vez que a sociedade evita reconhecer-se na imagem de desprezo que atribui ao idoso. E, caso o comportamento do idoso divirja das normas impostas, ele enfrenta críticas e julgamentos, expondo-se a uma violência sutil, porém igualmente cruel, uma outra forma perversa de violência:

“Se os velhos manifestam os mesmos desejos, os mesmos sentimentos, as mesmas reivindicações que os jovens, eles escandalizam; neles, o amor, o ciúme, parecem odiosos ou ridículos, a sexualidade repugnante, a violência irrisória. Devem dar o exemplo de todas as virtudes. (...) A imagem sublimada deles mesmos que lhes é proposta é a do Sábio aureolado de cabelos brancos, rico de experiência e venerável se dela se afastam, caem no outro extremo: a imagem que se opõe à primeira é a do velho louco que caduca e delira e de quem as crianças zombam”.

(Beauvoir, 1990: 10)

Tendo em conta todos estes desafios que padecem de mudança de mentalidades impregnadas na sociedade, é urgente enfrentar a realidade perante pirâmides etárias invertidas. Agir sob o crescente envelhecimento demográfico que se tem observado não só em Portugal, mas também na Europa, é um desafio transversal a todos os países desenvolvidos. Este aumento na

longevidade individual faz com que cada vez mais sejam os idosos a procurar cuidados de saúde, e esta relação causa-efeito, em que os cuidados médicos prestados potenciam ainda mais a longevidade, traduz-se em problemáticas que não se verificavam anteriormente, ou pelo menos, não com a intensidade atual. Trazer à consciência que nos dias de hoje somos indivíduos ativos que exercem trabalho, mas num piscar de olhos, nos tornaremos também indivíduos inativos – velhos. É agora o tempo de procurar contribuir para um futuro diferente e melhor.

Embora o envelhecimento humano para António (2013: 81), represente uma “das maiores conquistas da humanidade, por ser sinónimo de melhorias nos mais diversos níveis como a saúde, educação, higiene, trabalho, tecnologia, entre outros”, existe também um maior encargo para as famílias face às crescentes necessidades de apoio aos mais velhos. A questão do envelhecimento demográfico não é recente, exemplo disso são os trabalhos apresentados por Rosa (1993), Bandeira (1996 e 2014), Aboim (2003), Tomé (2015), contudo ganha no presente, dimensão diferente pelo impacto que tem no surgimento de novos desafios sociais. O conceito de envelhecimento, nomeadamente o envelhecimento demográfico, coincide com o aumento da longevidade e a diminuição do número médio de filhos. Ou seja, “aumentam as populações no topo da pirâmide demográfica, em oposição à diminuição na base da mesma pirâmide” (Leston *et. al.* 2014: 17).

Surge como problema social de peso relevante nas últimas décadas, o abandono de idosos que pode ocorrer de diversas formas, incluindo o abandono físico, emocional e financeiro. Existem várias razões para o aumento desse problema, incluindo mudanças nos padrões familiares, aumento da esperança de vida, pressões económicas e mudanças culturais. Esta é uma questão complexa que exige abordagens multidisciplinares. É fundamental conscientizar a sociedade sobre os desafios enfrentados pelos idosos e implementar políticas e programas que visem garantir o seu bem-estar, promovendo a inclusão social e fornecendo recursos adequados para cuidados apropriados. Além disso, a educação sobre os direitos dos idosos e a criação de redes de apoio comunitárias podem desempenhar um papel crucial na mitigação desse problema.

Para Rosas (2015), é necessário romper com a estigmatização do idoso ser sinónimo de velho e de passado. Atualmente o idoso não é sinónimo de estagnação, mas sim de estar vivo e reinventando-se cada dia como uma nova oportunidade. A autora diz que em Portugal, essa tarefa está cada vez mais difícil, devido à crise económica e também por conta dos valores culturais que enaltecem a juventude e o facto de o “ter” como mais importante que o “ser”. Existe cada vez mais população idosa, no entanto, esta não pode ser uma etapa da exclusão e do abandono social, mas sim uma etapa de vida onde se deve fazer um balanço, uma reflexividade

e proporcionar um envelhecimento ativo, na qual a prestação ao idoso não seja vista como a última etapa de vida, como um “fardo”, mas sim de forma humana, dialogante e mediadora, como refere Pimentel (2001). Neste sentido torna-se emergente proceder a uma melhor compreensão da sociedade contemporânea, de forma que esta fique capacitada para perceber o envelhecimento da população como um processo natural e não como algo negativo, ou patológico no campo familiar. Deste modo, Pimentel (2001:51) refere que “os seres humanos só porque envelhecem, não perdem necessariamente as suas capacidades, e os seus saberes podem ser preciosos numa sociedade em transformação”. Assim, é fundamental analisar e compreender o envelhecimento como um fator inevitável do ciclo vital, no qual é um processo dinâmico e recheado de aprendizagens que podem contribuir para uma partilha de conhecimento com outras faixas etárias, ao invés de este ser um propulsor ao descarte.

Sendo que o abandono de idosos pode ocorrer em lares de idosos, em hospitais, na rua, ou até mesmo em casa, ficando o idoso entregue a si próprio. Embora a família represente, na maior parte das vezes, um apoio e uma fonte de proteção para os seus membros esta, “por outro lado, é uma instituição onde, cada vez mais, se torna visível a violação dos direitos do homem, nomeadamente em relação às crianças e aos idosos. Estes últimos são habitualmente deixados à sua sorte, alguns mesmo abandonados em hospitais” (Fernandes, 2005: 246). Ou seja, em intuições cuja designação remete para estruturas ou mecanismos de ordem social, que regulam o comportamento de um conjunto de indivíduos. Escreve Goffman (1961: 11) "podemos definir uma instituição total como um lugar de residência e de trabalho em que um grande número de indivíduos colocados na mesma situação separados do mundo exterior (...), levam em conjunto uma vida reclusa cujas modalidades são explicitamente e minuciosamente regulamentadas."

Apesar da alteração do significado de idade (cronológica), neste trabalho são considerados idosos os indivíduos com 65 ou mais anos, e tem como principal objetivo compreender as variáveis potenciadoras desta situação, bem como é gerida a sua situação. Além disto, com os resultados obtidos, pretende-se ainda contribuir para a melhoria dos planos de formação dos profissionais de saúde encarregues destas situações delicadas.

Esta temática é, não só, de extrema relevância social, mas também cultural, económica e demográfica, cujos resultados esperados se esperam ser de interesse para os diferentes decisores políticos. Um facto podemos constatar, a solidão e o abandono estão intrinsecamente ligados à saúde, uma vez que estes podem condicionar de forma severa o nosso bem-estar físico e mental. Estudos recentes, como os de Holt-Lunstad e Smith (2022) e Berkman e Syme (2021), sugerem que a solidão, resultante de uma forma de abandono (seja voluntário ou involuntário), pode ter

um impacto na saúde mental equivalente ao do stress crónico e pode também afetar o sistema endócrino e imunológico, contribuindo para o desenvolvimento de outras diversas doenças. Estima-se, a partir de uma reportagem da Radio Renascença a 26/05/2022³, que “70% dos idosos em Portugal enfrentam problemas de saúde graves associados à solidão”; sendo que as mais comuns associadas à solidão são a hipertensão arterial, as infeções repetidas, a ansiedade e a depressão (Rodrigues, 2018). Num estudo realizado por Reis e Fradique (2001, cit. por Reis, 2005), relativo ao isolamento e à saúde e doença, cerca de 20% dos idosos identificaram o isolamento social e a solidão como um fator causador de doenças.

1.4 – O papel voluntário ou involuntário na saúde dos idosos pelo olhar dos profissionais de saúde

É a partir de um contexto do sentimento de repulsão, que se dá num primeiro momento a ligação entre instituição e utente, sendo ali que surge a relação estabelecida com os profissionais de saúde e o paciente que passa a estar em situação de abandono ou negligência por parte da sua família. É através destes profissionais que se identifica o problema. Sendo também assim, que o problema individual ou familiar se transforma num outro problema social e público e onde se enquadram os profissionais como enfermeiros, assistentes sociais ou administrativos. Acrescendo a cada um deste grupo de profissionais, necessidade de planos formativos e de “aprendizagem de respostas aos comportamentos dos idosos com alterações cognitivas, restrição química e física da mobilidade, mobilidade do idoso e incontinência, necessidades de aprendizagem identificadas pelas equipas cuidadoras de idosos hospitalizados” (Baumbusch *et. al.*, 2017; Danlke *et. al.*, 2019 in Queirós e Fernandes, 2021: 157).

Destacam ainda a relevância da formação académica curricular e da aprendizagem através da experiência. Afirmam que “esta última fundamental na transferência e aplicação do conhecimento, e na reflexão em contexto clínico. O mesmo estudo analisa a mentoria por enfermeiros especializados ou a procura de um bom desenvolvimento experiencial, das suas competências clínicas. Neste realçou-se a relevância dos programas educativos na formação de enfermagem, da educação contínua, sobretudo os programas formativos desenvolvidos pelos hospitais, em contexto clínico, dando seguimento ao paradigma da formação contínua para a

³ Fonte: André, A.C. (2022). 70% dos idosos em Portugal sentem-se sós. Renascença. Disponível online em: <https://rr.sapo.pt/noticia/pais/2022/05/26/70-dos-idosos-em-portugal-sentem-se-sos/285783/>

qualificação e melhoria da competência no contexto de trabalho” (Dikken *et. al.*, 2018 in Queirós e Fernandes, 2021: 157).

“É importante ponderar que o conceito de saúde no envelhecimento se traduz para além da ausência de doença (...). Nesse sentido, chamou atenção, ao analisar as ementas a ausência de termos que remetam à funcionalidade do indivíduo idoso. Ressalta-se que a formação do enfermeiro deve abranger o desenvolvimento de competências para o cuidado à pessoa idosa, alinhada a políticas públicas da área e também ao modelo de atenção vigente. No entanto, pesquisa realizada com enfermeiros da Atenção Primária em Saúde (APS) evidenciou que tais profissionais não se sentem aptos para atenderem a população idosa no que se refere à realização da avaliação multidimensional. Tal dificuldade esteve relacionada à lacuna na formação académica quanto às competências para o atendimento do público idoso, as quais foram obtidas a partir de experiências na prática profissional.”

(Vargas *et. al.*, 2022; 25 (285): 7180)

Não só a investigação científica têm dedicado tempo na investigação dos fenómenos, como a problemática do abandono de idosos em hospitais tem vindo a ser frequentemente difundido pelos meios de comunicação social. Em Portugal, têm sido várias as notícias de jornais que divulgam este problema social: “Aumenta o número de idosos abandonados nos hospitais” (Diário de Notícias, 21 de Setembro de 2010); “Camas dos hospitais estão a substituir lares” (Diário de Notícias, 8 de Fevereiro de 2011); “Quando o hospital se transforma na casa dos idosos” (Público, 4 de Março de 2012); “Mais de 250 camas de grandes hospitais do país ocupadas este ano com casos sociais” (Público, 26 de Julho de 2014); “Sem terem para onde ir, ficam no hospital” (Jornal de Notícias, 27 de Julho de 2014); “Gostava de me poder ir embora” (Reportagem CNN Portugal, 12 de Janeiro de 2022); “Há cada vez mais idosos abandonados nos hospitais à espera de vaga em lares ou cuidados continuados” (Reportagem SIC Noticias, 17 de Setembro de 2022); “Mais de 1600 pessoas com alta hospitalar continuam internadas por não terem para onde ir” (Público, 02 de Junho de 2023); e mais recentemente, “A minha filha vem buscar-me na quinta-feira” (Jornal Expresso, 13 de Outubro de 2023); “Hospitais continuam a ser casa para centenas de pessoas que não têm para onde ir” (Sic Notícias, 16 de

Dezembro de 2023). São diversos os casos que relatam a situação dos idosos sem um local adequado para morar, ou em caso de responsabilidade social, e onde eles acabam permanecendo nos hospitais por falta de alternativas de cuidados. Acontece quando não têm suporte familiar ou recursos para cuidados nas suas casas. Nesses casos os hospitais procuram para eles serviços e cuidados especializados, mas as vagas muitas vezes são limitadas e, por conseguinte, esses idosos permanecem em recinto hospitalar por tempo indeterminado.

Infelizmente, os hospitais nem sempre são o ambiente mais adequado estes idosos a longo prazo. Essa questão destaca a necessidade de mais recursos e opções de cuidados de longo prazo para os idosos, como casas de repouso, cuidadores domiciliares ou programas de apoio comunitário. É um desafio complexo que exige esforços em diferentes níveis, desde políticas públicas até iniciativas sociais, para garantir um ambiente digno e adequado para os idosos que não têm para onde ir após a alta hospitalar.

No decorrer deste panorama, o papel voluntário ou involuntário na saúde dos idosos é visto e praticado de maneira distinta pelos profissionais de saúde, embora ambos tenham impactos significativos. Muitos profissionais de saúde reconhecem os benefícios do voluntariado para a saúde dos idosos. O envolvimento em atividades voluntárias pode proporcionar um senso de propósito e significado, melhorar a saúde mental, reduzir o isolamento social e até mesmo contribuir para um envelhecimento mais saudável. Os profissionais frequentemente incentivam a participação em atividades voluntárias, reconhecendo o seu potencial para promover o bem-estar geral. São frequentemente os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, os mais presentes na vida dos idosos e desempenham várias funções que podem afetar diretamente a saúde e o bem-estar dessa população. Enfermeiros voluntários podem oferecer programas educacionais que promovem práticas saudáveis e autocuidado entre os idosos, como gestão de doenças, nutrição adequada e exercícios físicos. Oferecem ainda suporte emocional ao participar de atividades voluntárias voltadas para os idosos, fornecendo um ambiente de apoio. Outros programas de voluntariado podem incluir rastreio de saúde básico, permitindo que enfermeiros identifiquem problemas de saúde precocemente e encaminhem os idosos para cuidados médicos apropriados (Russell *et. al.*, 2018).

Por outro lado, o contexto involuntário, como o isolamento social devido a questões de acessibilidade, falta de recursos ou problemas de saúde, pode ter efeitos negativos na saúde dos idosos (Henriques e Dias, 2020). Os profissionais de saúde frequentemente deparam-se com situações em que os idosos enfrentam dificuldades fora do seu controle, como falta de apoio familiar, condições de habitação inadequadas ou barreiras de acesso aos serviços de saúde. Lidar

com essas circunstâncias muitas vezes requer intervenções específicas para melhorar a qualidade de vida e a saúde geral dos idosos. Os profissionais de saúde costumam trabalhar para minimizar os efeitos negativos do contexto involuntário na saúde dos idosos, oferecendo apoio, encaminhando para serviços sociais adequados, promovendo a conscientização sobre questões de acessibilidade e trabalhando para criar ambientes mais inclusivos e acessíveis.

Casos de cuidados involuntários prestados pelos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, recaí sob a administração de medicamentos, curativos e monitorização constante da saúde. Oferecem aconselhamento a pacientes e familiares, ajudando a compreender diagnósticos, opções de tratamento e fornecendo suporte emocional para lidar com doenças ou incapacidades. E por fim, de um modo mais indireto, atuam como defensores dos idosos, assegurando que recebam os cuidados adequados, sejam respeitados e tenham suas necessidades atendidas no sistema de saúde. Demonstram sensibilidade por estes. Em resumo, os profissionais de saúde reconhecem tanto o impacto positivo do contexto voluntário na saúde dos idosos quanto os desafios enfrentados por aqueles que estão em circunstâncias involuntárias, procurando oferecer suporte e recursos para promover um envelhecimento mais saudável e equitativo.

Sendo que um dos grandes desafios a gerir são os problemas de saúde mental entre idosos, que são complexos e variados. Muitos fatores podem contribuir para a saúde mental nessa faixa etária, incluindo mudanças físicas, eventos de vida estressantes, problemas de saúde crônicos, perda de entes queridos, solidão, isolamento social e até mesmo estigmas sociais associados ao envelhecimento. Os profissionais da área de saúde mental frequentemente exploram estratégias de intervenção para promover o bem-estar psicológico dos idosos. Isso pode incluir terapia cognitivo-comportamental adaptada para atender às necessidades específicas dessa população, programas de suporte social, intervenções para combater a solidão, cuidados de saúde integrados que abordam tanto questões físicas quanto mentais e educação pública sobre a importância da saúde mental na terceira idade.

Ryan e Coughlan (2013) apresentam questões e implicações que os profissionais de saúde mental, a trabalhar nas alas da psiquiatria, enfrentam quando lidam com o envelhecimento. Os autores centram-se nas influências biológicas, psicológicas e culturais que têm impacto no trabalho dos profissionais de saúde mental que trabalham com as faixas etárias acima dos 65 anos. Baseado numa investigação empírica e em questões práticas baseadas em provas, este trabalho explora tópicos que incluem: envelhecimento e demência; abuso de idosos; cuidar de adultos mais velhos; depressão e envelhecimento; o paradoxo do envelhecimento; e como os adultos mais velhos são fundamentais para o sucesso das gerações futuras.

“Atchley credit other researchers who injected more positivity into their work: ‘They look at the elderly and see that most have good health, frequent contact with family members, adequate incomes, and a high degree of satisfaction with life’ (1982: 268). (...) Nevertheless, ‘among individuals of similar chronological age some individuals appear to be resistant to decline in physical function while others appear more vulnerable’ (2007: 382). There is now a general consensus that decline in physical functioning in older adults is dependent on a range of diverse factors, not just age.”

(Ryan e Coughlan, 2013: 26-27)

Ao longo do livro, os autores sublinham o conceito de *envelhecimento saudável*, a importância e o significado deste conceito como parte do processo do ciclo de vida. Fornecem uma visão abrangente dos desafios enfrentados por adultos mais velhos (idosos) em relação à saúde mental, destacando estratégias e intervenções para os profissionais de saúde lidarem com essas questões. “(...) nurses were more likely to hold positive attitudes if they had received gerontology education (...)” (Ryan e Coughlan, 2013: 39) Os autores trazem para discussão abordagens terapêuticas e estratégias de intervenção, incluindo terapias cognitivo-comportamentais, programas de exercícios físicos, intervenções sociais e farmacoterapia. Estes métodos visam melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo a saúde mental e o bem-estar. No contexto atual, em que a população mundial está a enfrentar acentuadas taxas de envelhecimento, a compreensão e o tratamento adequado das questões de saúde mental entre os idosos são extremamente relevantes e necessárias.

Dentro da categoria de profissionais de saúde, além dos enfermeiros como profissionais de primeira de linha, existem também os assistentes operacionais ou técnicos auxiliares de saúde, como referiu ao jornal Público o então secretário de Estado da Saúde⁴ “Os assistentes operacionais que hoje estão na prestação direta de cuidados dos hospitais, nos internamentos, nos serviços de urgência, terão a possibilidade de transitar para esta nova carreira”.

A presença destes profissionais nos cuidados de saúde para idosos nos hospitais é também crucial, como destaca a obra de Almeida, Tavares e Ferreira (2021), uma vez que desempenham

⁴ Fonte: Maia, A. (2016). Governo cria carreira de técnicos auxiliares de saúde. Cerca de 24 mil abrangidos. Público. Disponível online em: <https://www.publico.pt/2023/11/15/sociedade/noticia/governo-cria-carreira-tecnicos-auxiliares-saude-cerca-24-mil-abrangidos-2070306>

um papel significativo no bem-estar dos pacientes mais velhos, oferecendo suporte e assistência em várias áreas. Sobretudo no que respeita aos cuidados pessoais: ajudam os idosos nas atividades diárias, como higiene pessoal, alimentação e mobilidade. Isso é fundamental para garantir que os pacientes se sintam confortáveis e recebam os cuidados necessários. Dentro de certos limites, fazem também uma monitorização: são essenciais para observar os idosos, perceber suas necessidades e garantir que estejam confortáveis. Podem ajudar na movimentação dos pacientes na cama, reposicionamento para evitar úlceras de pressão (escaras) e também oferecer auxílio para que se levantem e caminhem, quando possível. Fora os cuidados mais “físicos”, também são parte importante para com o apoio psicológico e emocional, muitas vezes passam mais tempo com os pacientes do que os outros profissionais de saúde, o que lhes permite estabelecer um vínculo mais próximo. Isso pode ser extremamente reconfortante para os idosos, evitando sentimentos de isolamento e de ansiedade. A ligação entre os assistentes operacionais e os idosos é fundamental para garantir um ambiente hospitalar acolhedor e cuidados também eles de qualidade. Assim sendo desempenham um papel essencial no cuidado holístico e no bem-estar dos pacientes idosos durante a sua permanência na instituição hospital.

Segundo a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) “a meio do ano, o Barómetro de Internamentos Sociais dava conta de um total de 1.675 camas dos hospitais públicos ocupadas, em março, por pessoas internadas apenas por razões sociais. Era já um aumento de 60% dos internamentos inapropriados com um custo para o Estado até 226 milhões de euros, este ano” (Catarina Neves e Sic Notícias, 16 dez.2023) ⁵.

⁵ Fonte: Neves e Sic Noticias (2023). Hospitais continuam a ser casa para centenas de pessoas que não têm para onde ir. Disponível online em: <https://sicnoticias.pt/pais/2023-12-16-Hospitais-continuam-a-ser-casa-para-centenas-de-pessoas-que-nao-tem-para-onde-ir-530e8f61>

Capítulo II

A construção demográfica da população idosa

A sociedade é vista como um tecido social, uma teia de relações. Alguns elementos centram-se na análise de estrutura (ou arquitetura) da teia, outros preferem ver mais o movimento da “aranha” (agente/ator) do que a arquitetura da teia. Isto é, usando a metáfora de uma teia social chegamos à perspetiva da sociedade como tecido social, comparada a rede complexa de relações entre indivíduos, grupos e instituições. Assim como um tecido, é composto por fios entrelaçados, a sociedade é composta por interações e conexões entre seus membros. Dentro dela é fulcral olhar com sentido de análise da estrutura da sociedade - procurar entender a organização, os padrões e as hierarquias que compõem essa "teia social" (a arquitetura social), ou seja, na forma como as partes da sociedade estão organizadas e interligadas. Por fim, há que focar no movimento dos indivíduos da sociedade, comparando-os à "aranha" que tece a teia. Nesta abordagem, o agente ou ator social é visto como a força motriz por trás das interações e mudanças na sociedade que contribuem para a dinâmica social.

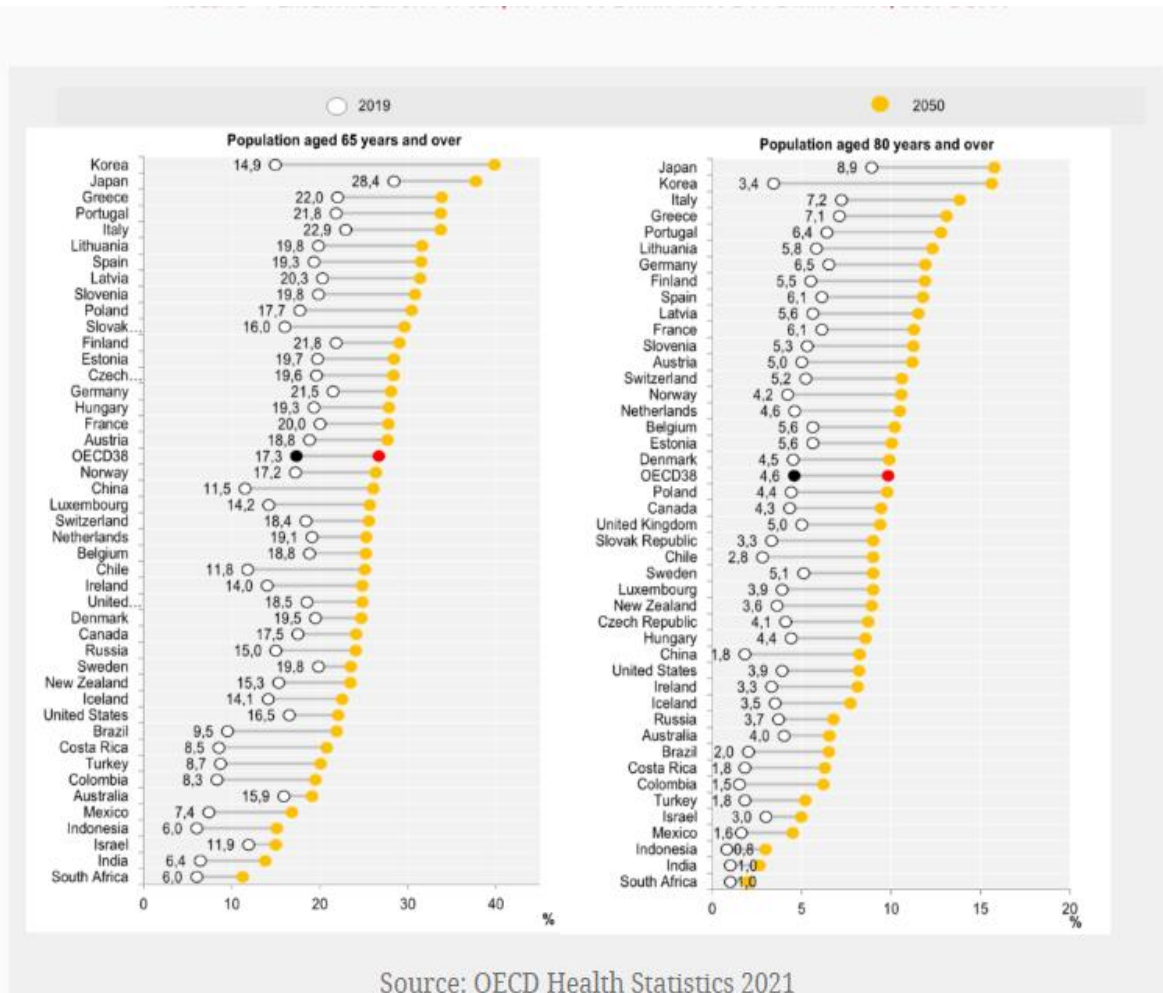
Como sociólogos, é importante construir uma análise da sociedade a partir de uma perspetiva estrutural, conhecendo a organização e a arquitetura das relações sociais, e também o comportamento e as ações individuais que moldam a dinâmica social. Pois ambas as abordagens são complementares e oferecem insights diferentes sobre a complexidade da sociedade.

Naquela que é a evolução demográfica da população idosa, os dados da OCDE mostram Portugal sendo dos países mais envelhecidos (Figura 1), cuja população com 65+ anos representa cerca de 22% do total da população no ano de 2019; havendo destaque para com a proporção das pessoas com 80+ anos, que representam cerca de 6,5% da população total. As projeções indicam o continuo crescimento do envelhecimento demográfico, onde o segmento da população com 80+ anos ultrapassa os 12% do total da população na projeção a 2050.

Ao redigirmos uma leitura da Carta Social (2021) e da obra de Barros e Santos (2024), constatamos que na generalidade, é sobretudo a partir dos 80 anos que as dependências para as atividades de vida diárias e o agravamento das condições de saúde, exigem mais cuidados. Maioritariamente os que são definidos como cuidado de longa duração. O cuidado de longa duração quando prestado as pessoas idosas caracteriza-se por ser assegurado por uma diversidade de estruturas a pessoas com doenças cognitivas, com limitações motoras e crónicas,

durante um vasto período. A matriz de cuidados pode variar desde uma assistência mínima nas atividades de vida diárias, até a uma assistência total.

Figura 1: Percentagem da população com 65 e mais anos e 80 e mais anos, 2019 e 2050.

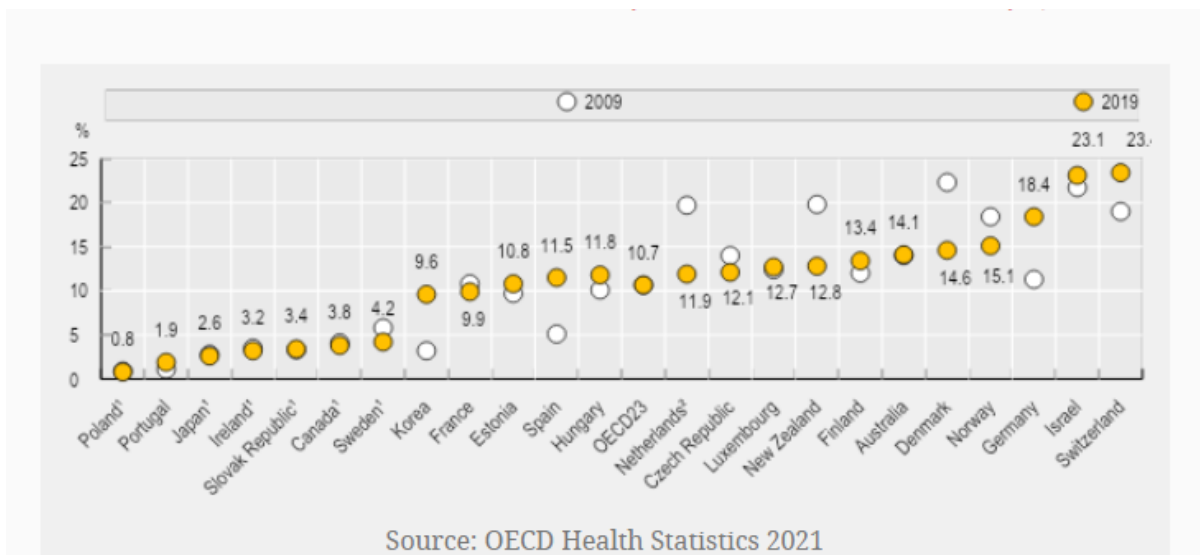


Source: OECD Health Statistics 2021

Fonte: OCDE, Estatísticas da saúde 2021

Em média, dentro dos países da OCDE, cerca de 10,7% das pessoas com 65+ anos recebe cuidados de longa duração (figura 2), ou no domicílio ou em instituições. Suíça (23,4%), Israel (23,1%) e Alemanha (18,4%), são os países com valores médios mais elevados e que se destacam comparativamente com as médias mais baixas de outros países como Canadá (3,8%), Japão (2,6%) e Portugal (1,9%).

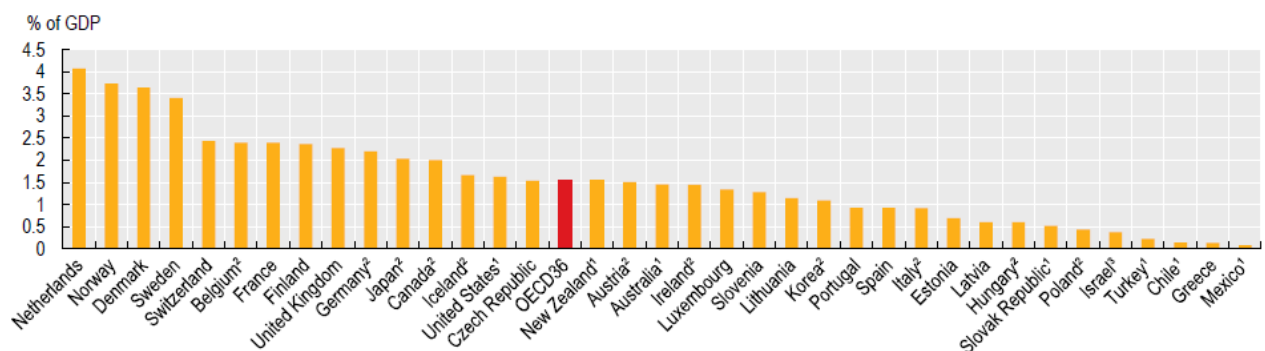
Figura 2: Percentagem dos adultos com 65+ anos que recebem cuidados de longa duração, 2009 a 2019.



Fonte: OCDE, Estatísticas da saúde 2021

Considerando o que cada país gasta parte do seu produto interno bruto com o cuidado aos mais velhos, o relatório OECD (2021), “em 2019 aponta a média dos países da OCDE para um dispender de 1,5% do seu PIB em cuidados de saúde e sociais às pessoas mais idosas. Segundo o relatório da OCDE, Portugal gastou em 2019 cerca de 1% do seu PIB com os cuidados de longa duração” (OECD, 2021), valor com fortes tendências a subir nos próximos anos, fruto do crescente envelhecimento demográfico.

Figura 3: Despesas totais com cuidados de longa duração em percentagem do PIB, 2019 (ou ano mais próximo).



Fonte: OCDE, Estatísticas da saúde 2021

Existe uma vasta diversidade naquela que é a forma como os países organizam os cuidados aos idosos, bem como nas verbas que dispõem para os mesmos. “Em termos de despesa em percentagem do PIB, no topo da tabela, temos países como a Holanda, Noruega e Dinamarca que gastaram, 4,1%, 3,7% e 3,6% do seu PIB (2019), por oposição a países como México, Chile e Grécia que gastaram apenas entre 0,1 e 0,2% do PIB” (OECD, 2021). Essas diferenças refletem em parte, não só nas diferenças da estrutura populacional, como também ao nível de desenvolvimento das estruturas formais de apoio à população idosa, por oposição as formas de cuidado informal, focados no apoio familiar não remunerado.

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, mesmo existindo uma maior longevidade humana, estando esta ligada a índices de dependência e sendo um resultado do agravamento da morbilidade adquirida de modo prévio.

Em Portugal, “o Alentejo é a região mais envelhecida, com 206,1 idosos por cada 100 jovens” (DGS, 2022), pelo que, existe um crescimento do número de doenças crónicas e do nível de dependência da pessoa idosa, precisando de cuidados por parte da família e de cuidadores. No caso dos idosos que após alta hospitalar não tem para onde ir, obrigatoriamente os seus cuidadores passam a ser de forma temporária os profissionais de saúde, trabalhadores das instituições hospitalares. Onde pelo art. 80º do Código Deontológico do Enfermeiro(a), são definidos os deveres que o enfermeiro(a) tem para a comunidade, como ser responsável e promover a saúde, conhecer as necessidades da comunidade em que está inserida, assim como colaborar com outros profissionais e participar na orientação do grupo na busca de soluções para os problemas detetados.

2.1 – O aumento da longevidade

“A longevidade é uma das maiores conquistas das sociedades modernas. Nos últimos 20 anos, a população mundial ganhou, em média, 6 anos de esperança de vida” (Lusa, 2015 *in*. Observador)⁶ e “as crianças que nasceram depois de 2010 têm 30% de probabilidade de virem a ser centenárias” (Ferreira, 2024 *in* Jornal Expresso)⁷. Enquanto que a população mundial se

⁶Fonte: Lusa, A. (2015). Esperança média de vida mundial cresce 6 anos. Mas com mais doenças nos últimos anos. Observador. Disponível em: <https://observador.pt/2015/08/27/esperanca-media-vida-mundial-cresce-6-anos-doencas-nos-ultimos-anos/>

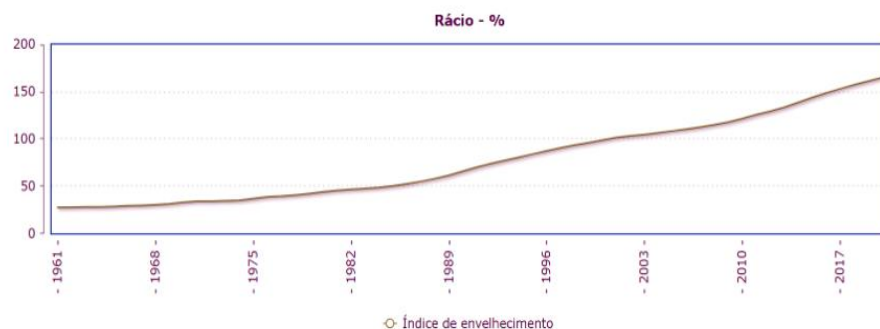
⁷ Fonte: Ferreira, R. (2024). Ministério da Longevidade: “Metade das crianças que nascem agora vão passar a barreira dos 100 anos” e a sociedade tem de preparar-se. Jornal Expresso. Disponível em: <https://expresso.pt/politica/eleicoes/legislativas-2024/2024-03-01-Ministerio-da-Longevidade-Metade-das-criancas-que-nascem-agora-vaopassar-a-barreira-dos-100-anos-e-a-sociedade-tem-de-preparar-se-f61c7583>

mostra continuar a aumentar, nas regiões mais fortes economicamente, a taxa de fecundidade mantém-se a um nível baixo, provocando uma contração demográfica com impacto muito significativos nas vidas das populações e respetivas economias dos países. Conhecer a estrutura etária da população de um país ou de uma região mostra-se ser de grande importância para auxílio na definição das políticas, sobretudo as demográficas, que visam equilibrar os três grupos etários (jovens, adultos e idosos) num sentido de sustentabilidade económica e social das futuras gerações.

As pirâmides etárias são uma mais valia, pois permitem antecipar e avaliar as tendências, seja para com o envelhecimento ou para qualquer outra alteração que decorra na estrutura etária de um determinado país ou região. Estas tendências podem ser indicadas pelo comportamento das taxas de natalidade e mortalidade, todavia, outros indicadores permitem também aferir esta evolução, como por exemplo: o índice de envelhecimento, o índice de dependência de jovens e o índice de dependência de idosos.

O índice de envelhecimento, medido através da relação entre a população idosa e a população jovem, indicando o número de idosos por cada 100 jovens, apresenta para Portugal uma evolução crescente desde a década de 1980, sendo que em 2001 este índice regista valores superiores a 100%, alcançando valores acima de 150%, ou seja, 150 idosos por cada 100 jovens (figura 4).

Figura 4: Índice de envelhecimento entre 1961 e 2007.



Fonte: PORDATA

O índice de dependência de idosos representa a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos). O índice de dependência de jovens expressa a

relação entre a população jovem e a população em idade ativa, definida frequentemente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Estes dois indicadores são eles indicadores de dependência, pois pressupõe-se que os jovens e os idosos são dependentes financeiramente da população ativa; logo são indicadores da proporção de pessoas que é suportada pela população produtiva (figura 5).

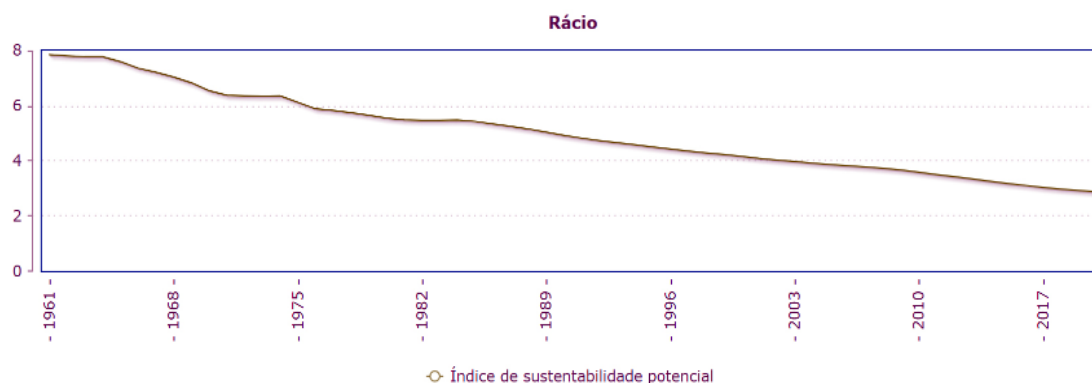
Figura 5: índices dependência dos idosos entre 1960 e 2021.

Anos	Rácio - ‰			Proporção - ‰	
	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência jovens	Índice de dependência idosos	Índice de longevidade
1960	27,3	59,1	46,4	12,7	33,6
1970	34,0	61,7	46,0	15,6	32,8
1981	44,9	58,6	40,5	18,2	34,2
1991	68,1	50,6	30,1	20,5	39,3
2001	102,2	47,8	23,6	24,2	41,4
2011	⊥ 127,8	⊥ 51,3	⊥ 22,5	⊥ 28,8	⊥ 47,9
2021	182,1	57,0	20,2	36,8	48,7

Fonte: PORDATA

Quanto maior for o índice de dependência de idosos, por exemplo, maior será o peso que a população idosa representa relativamente à população ativa, aquela que é suporte do sistema de segurança social, particularmente as reformas e o sistema de saúde, inegavelmente necessários à população idosa. Em sentido inverso, quanto maior for este índice, menor será o índice de sustentabilidade potencial (relação entre a população idosa e a população ativa), por falta de sustentabilidade de um sistema com tão poucos contribuintes para tantos dependentes, como é o caso português (figura 6).

Figura 6: Índice de sustentabilidade potencial entre 1961 e 2017.



Fonte: PORDATA

Em contrapartida, um baixo valor do índice de dependência de jovens implica que no futuro poderá haver escassez da população ativa, e como tal da produtividade económica, justificando-se desta forma a adoção de políticas que visem aumentar o número de nascimentos e do manter de jovens. “Nos países menos desenvolvidos, onde a natalidade é elevada, o índice de dependência de jovens é maior, o que mostra aos decisores políticos a necessidade de investir na área da educação” (Sachs, 2005).

Em países mais jovens existem investimentos dirigidos a essa população, tais como creches e escolas e pelo contrário, em países de evidente envelhecimento demográfico, as necessidades de investimento devem focar-se no topo da pirâmide, isto é, para os idosos e para a criação de respostas a nível de apoios à terceira idade.

2.2 – A evolução da população por ciclos de vida

A evolução da população portuguesa ao longo das últimas décadas reflete mudanças profundas nas suas dinâmicas demográficas, sociais e económicas. Estas transformações, influenciadas por fatores como a transição demográfica, as migrações, as políticas públicas e as alterações no comportamento social, podem ser analisadas através dos diferentes ciclos de vida: infância, juventude, idade adulta e velhice. Este ensaio analisa a evolução da população portuguesa por estes ciclos de vida, recorrendo a dados demográficos e bibliografia relevante para fornecer uma visão abrangente sobre as tendências e desafios que moldam o futuro de Portugal.

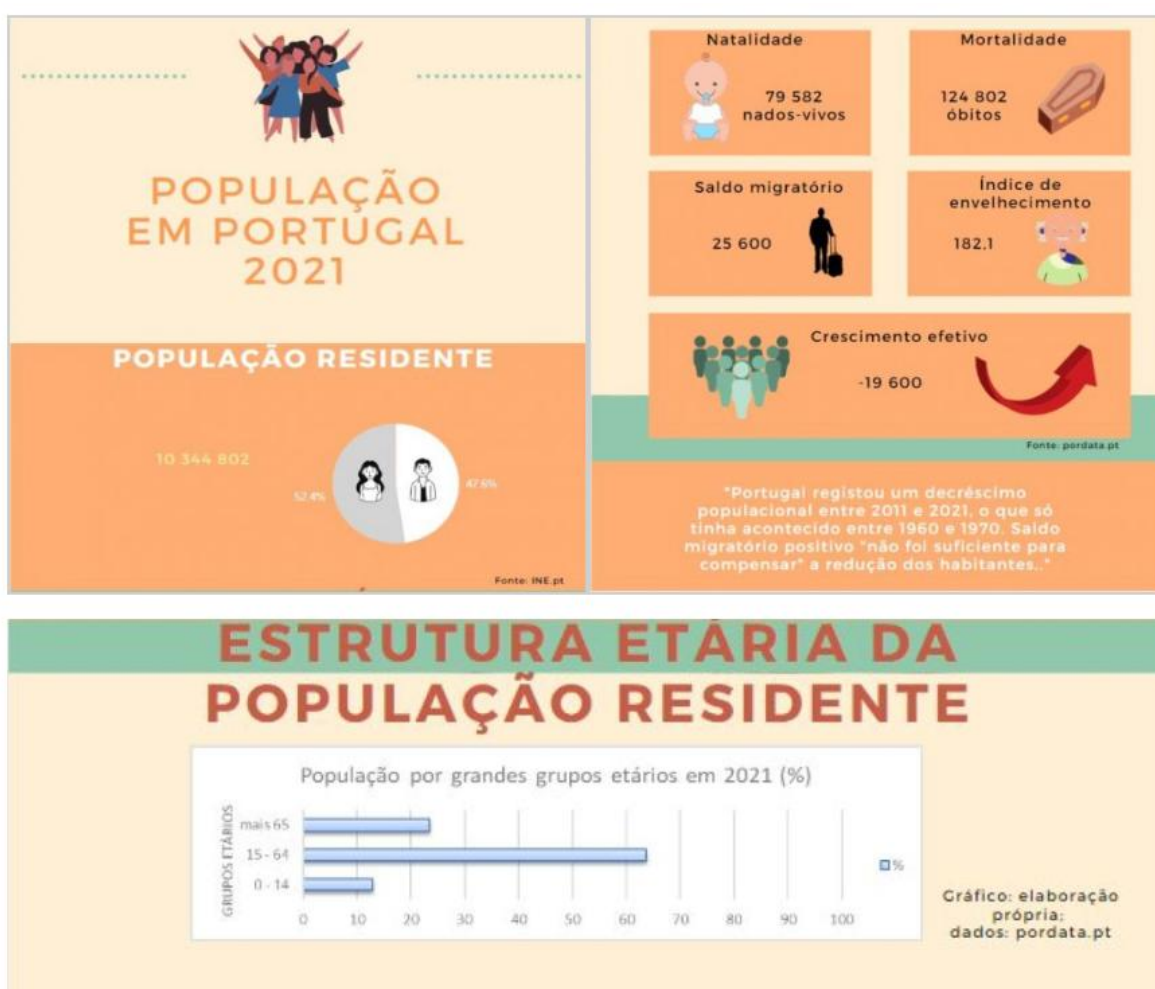
De referir que Portugal, como muitos países da Europa Ocidental, experimentou profundas mudanças demográficas ao longo do século XX e início do século XXI. Também fruto das guerras mundiais. Durante grande parte da primeira metade do século XX, o país apresentava características demográficas típicas de uma sociedade em transição, com altas taxas de natalidade e mortalidade, resultando numa população jovem e com uma esperança de vida relativamente curta (Pinto e Teixeira, 2020). A segunda metade do século foi marcada por uma transformação significativa, com uma descida abrupta nas taxas de natalidade e mortalidade, que alteraram profundamente a estrutura etária da população. Portugal passou de um país com uma população jovem e em crescimento para uma sociedade envelhecida, caracterizada por um baixo crescimento demográfico e uma crescente longevidade (INE, 2020). Esta transição demográfica é essencial para entender a evolução dos diferentes ciclos de vida, desde a infância até à velhice, e os desafios que o país enfrenta em termos de sustentabilidade populacional e social.

Com as melhorias da educação infantil, que não só proporciona melhores oportunidades para o desenvolvimento cognitivo das crianças como também tem efeitos de longo prazo sobre a estrutura demográfica, fez com que as famílias com maior acesso à educação passassem a ter tendências em adiar o nascimento de filhos e a optar por ter menos crianças, o que contribuiu para a diminuição da natalidade o longo dos anos (Pinto e Teixeira, 2020). O que por sua vez ressoou com uma mudança no ciclo da juventude em Portugal, significativas nos últimos 20 a 30 anos, nomeadamente no que diz respeito à entrada no mercado de trabalho e à constituição de família. Os jovens portugueses estão a adiar cada vez mais a transição para a vida adulta, optando por continuar os estudos até idades mais avançadas e adiando o casamento e o nascimento de filhos (Oliveira e Gomes, 2020). Este adiamento está relacionado com a expansão do sistema educativo e com o aumento do número de jovens que frequentam o ensino superior. Em 2019, a taxa de escolarização dos jovens entre os 18 e os 24 anos era de cerca de 40%, refletindo uma tendência crescente de prolongamento da vida escolar (INE, 2020). Esta mudança tem repercussões demográficas, uma vez que os jovens entram mais tarde no mercado de trabalho e constituem família numa idade mais avançada, contribuindo para o envelhecimento da população e a baixa natalidade.

Assim sendo, é importante sintetizar a infografia da População, sendo “esta fundamental para o conhecimento de um território, servindo de base a qualquer processo de planeamento, com vista ao estabelecimento de políticas direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo quando há regiões com saldos bastante positivos e outras em clara regressão demográfica. Em Portugal, desde 2007 que se assiste a uma regressão progressiva, associada a

múltiplos fatores e com um impacto significativo. A conjuntura demográfica atual coloca vários desafios e faz soar os alarmes da sustentabilidade social e económica, num quadro de duplo envelhecimento” (Associação de Professores de Geografia, 2021)⁸. Em baixo apresenta-se (figura 7) uma infografia da população em Portugal no ano de 2021. Aqui é demonstrado o plano demográfico português de 2021 com o intuito de melhor compreendermos os dados dos gráficos mais abaixo.

Figura 7: Infografia da população em Portugal no ano de 2021.

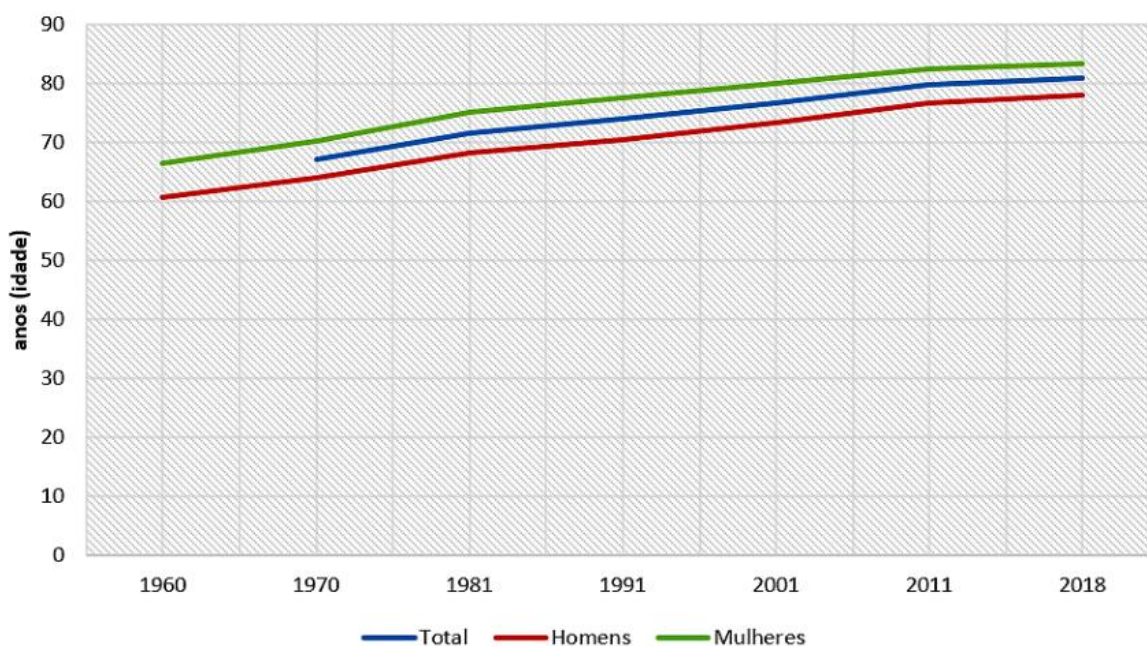


Fonte: APROFGEO 2021

⁸ Fonte: Associação de Professores de Geografia. (2021). População portuguesa. RTP Ensina. Disponível online em: <https://ensina.rtp.pt/explicador/populacao-portuguesa/>

A esperança de vida à nascença (EV) apresenta desde 1960 uma evolução positiva, resultado dos ganhos importantes do desenvolvimento socioeconómico do país. Embora a EV das mulheres seja tendencialmente superior, os valores de ambos os sexos têm vindo a aproximar-se (figura 8). Assim constatamos que as melhorias que levam ao aumento da esperança de vida contribuem para um índice de envelhecimento acentuado (figura 7).

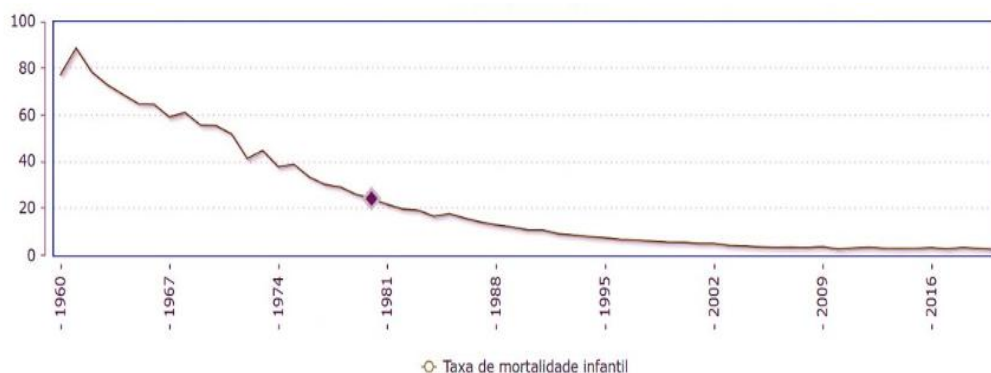
Figura 8: Esperança de vida à nascença, total e por sexo de 1960 a 2018.



Fonte: PORDATA 2020

Já a taxa de mortalidade infantil (figura 9) apresenta também uma significativa redução, embora mais lenta e recente. Não obstante os valores acima dos restantes países europeus e da ligeira subida nos anos de 2011, 2012 e 2018 (UNICEF, 2019), Portugal atingiu um patamar digno de orgulho a nível mundial. Contudo, digo que reflete uma consequência do aumento das melhorias que conduzem ao aumento da esperança de vida.

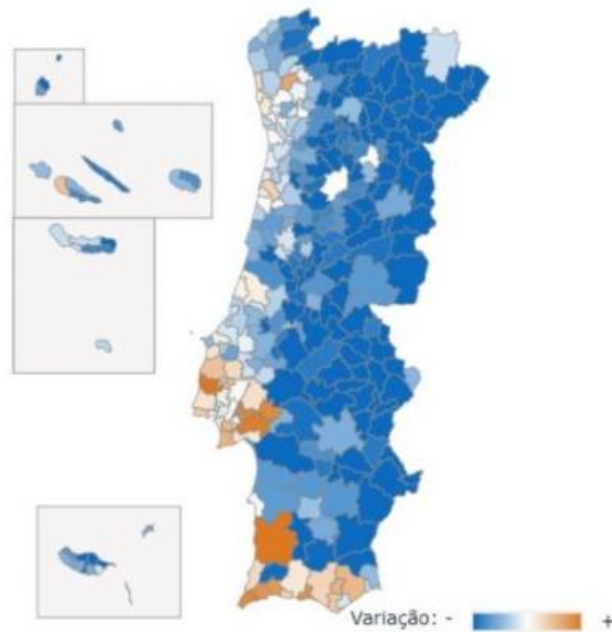
Figura 9: Taxa de mortalidade infantil em Portugal entre 1960 e 2016.



Fonte: PORDATA 2020

Por outro lado, observando o crescimento efetivo, este agrega o crescimento natural e o saldo migratório, pelo que, apresentando valores negativos no primeiro indicador, resta o saldo migratório como principal componente do real crescimento da população, não só a nível nacional, como regional, contribuindo para uma ligeira desaceleração do decréscimo demográfico verificado nos últimos anos (figura 10). Isto é, no período de 2001 a 2021, Portugal enfrentou um decréscimo demográfico provocado por um crescimento natural negativo. Resultados de fatores como o envelhecimento da população, baixas taxas de natalidade e aumento da esperança de vida. A variação de indivíduos em idade ativa a despovoar o interior veio agravar as taxas de envelhecimento do interior e em contrapartida aumentar a população concentrada no litoral. Como consequência, o saldo migratório tornou-se a principal força de compensação para evitar uma maior perda de população do interior. Se a nível nacional, a imigração desempenhou um papel fundamental em mitigar o declínio da população, cujo número de imigrantes que entraram no país ajudou a equilibrar a perda natural de indivíduos devido ao envelhecimento populacional e à redução da natalidade, a nível regional, especialmente em áreas mais despovoadas ou rurais, o saldo migratório ajudou a abrandar a diminuição do número de habitantes. Embora algumas regiões continuem a enfrentar o declínio populacional, a chegada de imigrantes contribuiu para uma desaceleração desse decréscimo (Peixoto *et. al.*, 2017). O aumento da imigração ajudou a compensar o efeito negativo de um crescimento natural deficitário, contribuindo para uma ligeira desaceleração do decréscimo demográfico do interior verificado entre 2001 e 2021.

Figura 10: Variação do número de indivíduos entre 2001 e 2021, nos municípios.



Fonte: INE 2022

A evolução do saldo migratório português (figura 11) resultada das instabilidades políticas e económicas, verificando-se duas épocas de forte emigração, na década de 1960 e mais recentemente, entre 2011 e 2016 (consequências da crise económica), e com uma recente recuperação da imigração desde 2017. No entanto, a emigração jovem tem-se tornado uma tendência crescente em Portugal. A falta de oportunidades de emprego e a precariedade laboral têm levado muitos jovens a procurar melhores condições de vida no estrangeiro. Segundo dados do INE (2020), entre 2011 e 2019, cerca de 500.000 portugueses emigraram, com a maioria a ser composta por jovens entre os 20 e os 34 anos. Este fenómeno de emigração jovem tem repercussões significativas para o país, uma vez que resulta na perda de capital humano qualificado e contribui para o envelhecimento da população. Além disso, a saída de jovens em idade reprodutiva reduz ainda mais a já baixa taxa de natalidade (Pinto e Teixeira, 2020).

Figura 11: Entrada e saídas permanentes e o saldo migratório em Portugal, entre 2004 e 2018.



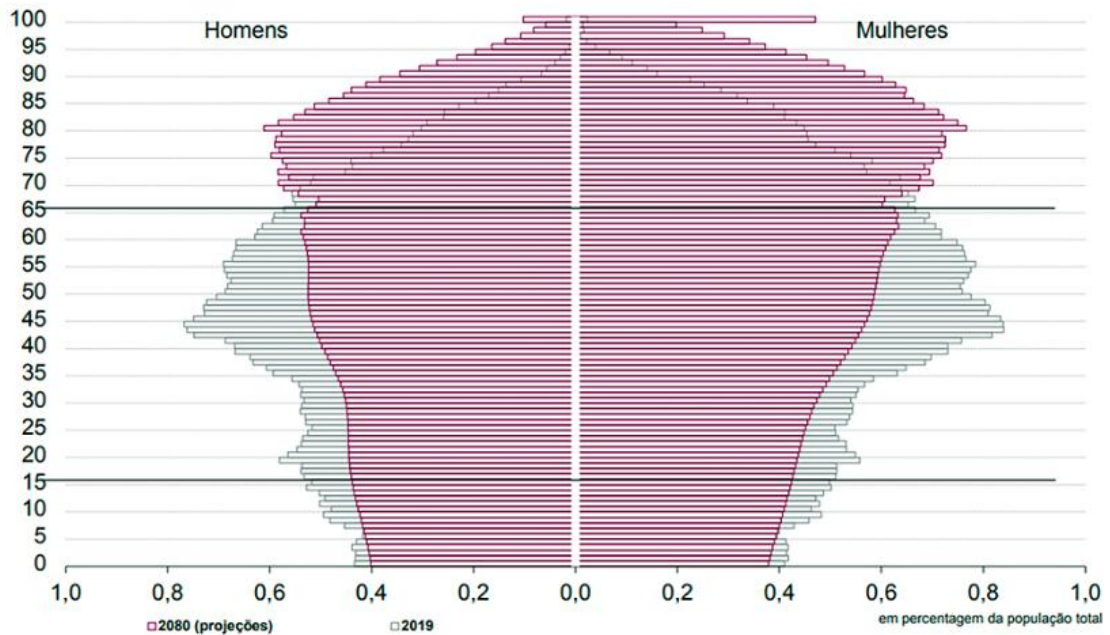
Fonte: Observatório das Migrações

Vale a pena também referir que a estrutura familiar em Portugal também mudou significativamente. As famílias são hoje mais pequenas e menos numerosas do que no passado. Em 2019, o tamanho médio das famílias portuguesas era de 2,5 pessoas, refletindo uma diminuição no número de filhos por casal e um aumento nas uniões de facto e nas famílias monoparentais (INE, 2020). Cujas mudanças nas dinâmicas familiares estão diretamente relacionadas com a evolução dos papéis de género e com as expectativas em torno da carreira e do desenvolvimento pessoal. O aumento da escolaridade das mulheres e a sua maior participação no mercado de trabalho têm contribuído para um adiamento da idade do primeiro casamento e do nascimento dos filhos, o que está associado à baixa taxa de natalidade (PORDATA, 2020).

Todos estes novos métodos sociais de pertença têm feito com que Portugal, como muitos países europeus, enfrente um rápido envelhecimento da sua população. Em 2020, cerca de 22,5% da população tinha 65+ anos, um aumento significativo em relação a décadas anteriores (INE, 2020). E ao observar a figura 7 percebemos que em 2021 o valor já haverá tido um aumento na ordem dos 1%. Este envelhecimento é o resultado de uma combinação de baixa natalidade, maior esperança de vida e a saída de jovens em idade reprodutiva. Como tal, o envelhecimento da população coloca desafios significativos para o país, especialmente no que diz respeito à sustentabilidade do sistema de segurança social e ao financiamento dos cuidados de saúde. Com uma população ativa em declínio e um número crescente de idosos dependentes, o país enfrenta o desafio de garantir o financiamento adequado para pensões e serviços de saúde (Barreto e Figueiredo, 2019).

Olhando a estrutura etária da população portuguesa em 2020 com projeção a 2080, esta é resultado de um duplo envelhecimento na base e topo da mesma pirâmide. Na base pela diminuição do número de nados vivos, e no topo, consequência do aumento da longevidade (Figura 12).

Figura 12: Pirâmides etárias anuais, Portugal para a população residente (2019) e projetada (2080).



Fonte: INE 2020

Esses efeitos são atribuídos à melhoria das condições de vida da população, particularmente nas áreas da assistência médica, nutrição e higiene, fatores que têm contribuído para uma maior longevidade. Este fenómeno, no caso português, ilustra um duplo envelhecimento na pirâmide etária: um envelhecimento pela base, caracterizado pela diminuição da população jovem, e um envelhecimento pelo topo, derivado do aumento da proporção de idosos.

Capítulo III

Envelhecimento, Saúde e Sociedade

A população mundial está a envelhecer, uma realidade impulsionada pelas ideologias capitalistas incorporadas na sociedade. Mas esse é um assunto externo a este trabalho. Aqui importa mencionar que de forma transversal, quase todos países do mundo estão a assistir a um crescimento no número e na proporção de pessoas idosas da sua população (UNFPA, 2012: 3). O envelhecimento da população está prestes a ser uma das mudanças sociais mais marcantes do século XXI, com repercussões em todos os setores da sociedade, exigindo a revisão de políticas económicas e laborais, bem como a adaptação da procura de bens e serviços, como a habitação, os financiamentos, os transportes, a proteção social, e nas dinâmicas familiares e laços entre gerações. Na nossa sociedade, grande parte dos indivíduos que envelhecem vivem um processo de isolamento, alguns pela fragilização das relações sociais do deixar o mundo do trabalho e outros, sobretudo mulheres, pela diminuição das obrigações familiares à medida que os filhos conquistavam sua independência.

Uma das maiores transformações ocorridas no mundo laboral nas últimas décadas foi a crescente feminização da população ativa (Cruz, 2000). Este fenómeno está intimamente ligado à adoção de comportamentos malthusianos pela maioria dos casais, que, ao controlarem a natalidade e a dimensão das suas famílias, contribuem para aumentar a disponibilidade das mulheres para participarem na vida económica. Numa fase inicial, a revolução contracetiva refletia sobretudo uma nova atitude dos casais, preocupados com a educação e o futuro dos filhos (Bandeira, 1996 e 2014). Posteriormente, o impacto mais notório foi a abertura do mercado de trabalho às mulheres, até então um espaço predominantemente masculino. Tanto Morland (2019) como Bandeira (1996 e 2014) salientam o aspeto mais relevante da revolução demográfica do século XIX: a progressiva disseminação, entre as populações europeias, de um novo modelo de procriação, assente no controlo voluntário da fecundidade. Por outro lado, a teoria da transição demográfica tem apresentado essa difusão como consequência direta da industrialização e urbanização. Destaca-se a importância de redefinir o lugar e o valor da criança no seio da família conjugal moderna. A partir de uma vasta análise da produção teórica sobre estas questões, Morland e Bandeira abordam as mudanças demográficas e familiares na Europa Ocidental como elementos chave no processo de modernização. Sob esta ótica, a análise das tendências demográficas em Portugal nos últimos duzentos anos permite esclarecer algumas das causas da lenta e tardia modernização da sociedade portuguesa.

Estima-se que “o número de pessoas idosas (60 anos ou mais) duplique até 2050 e triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. A população com 60 anos ou mais está a crescer mais rapidamente que os grupos etários mais jovens. Em 2017, estimava-se que 962 milhões de pessoas no mundo tinham 60 anos ou mais, representando 13% da população global. Atualmente, a Europa tem a maior percentagem de população com 60 anos ou mais (25%). Este envelhecimento rápido também ocorrerá noutras partes do mundo e, até 2050, todas as regiões, exceto África, terão cerca de um quarto ou mais da sua população com mais de 60 anos” (ONU, 2019)⁹. E porque é África uma exceção? Tudo parece indicar que devido aos défices médico-científicos no continente, bem como pela ausência de ideologias capitalistas enraizadas na sociedade.

Globalmente, “o número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar até 2050 passando de 137 milhões, em 2017, para 425 milhões em 2050. As pessoas mais velhas são cada vez mais vistas como contribuintes para o desenvolvimento, cujas competências devem estar interligadas com políticas e programas transversais. No entanto, nas próximas décadas, muitos países irão enfrentar pressões fiscais e políticas na esfera dos sistemas públicos de saúde, providência e proteção social para a população com a faixa etária mais avançada” (ONU, 2017).

3.1 – Políticas de população: existe lugar ao envelhecimento?

De um modo direto e simples respondemos à questão com um sim! Sim, existem lugares dedicados ao envelhecimento, como casas de repouso, lares para idosos, comunidades de aposentados e centros de cuidados geriátricos. Esses lugares são projetados para oferecer cuidados, assistência e um ambiente adequado para pessoas mais velhas que possam precisar de apoio adicional devido a questões de saúde, segurança ou bem-estar (Gineste e Pellissier, 2008). Eles podem variar em termos de serviços oferecidos, instalações e níveis de cuidados, desde assistência básica com atividades diárias até cuidados médicos especializados.

No entanto o envelhecimento demográfico é uma tendência transversal ao mundo e exige adaptações estruturais. O termos cada vez mais idosos a permanecer em instituições hospitalares

⁹ Fonte: Organização das Nações Unidas. (2019). Envelhecimento. Nações Unidas - ONU Portugal. Disponível online em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

após alta clínica é disfuncional, tanto para a saúde dos idosos que obtêm alta hospitalar, como para a ocupação e sobrelotação destas instituições que necessitam de espaço para cuidar de outros que chegam com questões de saúde por resolver.

No caso português, o envelhecimento demográfico não era ainda evidente até meados da década de 60 (INE, 2002). Foi apenas no final do século XX que a população portuguesa começou a apresentar características de duplo envelhecimento, resultado do “aumento da esperança de vida e do acentuado declínio da fecundidade” (Bandeira, 2014). Observa-se, então, a transição de um modelo demográfico caracterizado elevada mortalidade e fecundidade, para um modelo em que ambos os indicadores são reduzidos, provocando um estreitamento da base da pirâmide etária. O aumento da população sénior, tanto em termos relativos como absolutos, tem tido um impacto significativo na sociedade. Na opinião de Rosa (1993: 681), "existe uma relação necessária de causa-efeito entre o envelhecimento demográfico e as disfunções sociais". A autora acrescenta que, embora os efeitos do envelhecimento demográfico ainda não sejam motivo de grande preocupação, poderão vir a ser, nas sociedades onde este fenómeno se verifica, uma vez que "o aumento da importância dos indivíduos em idade avançada corresponderá a um agravamento do peso de uma fase do ciclo de vida: a velhice".

O número de crianças e jovens em Portugal reduziu-se para metade nos últimos 50 anos. Até 1970, representavam 25% da população, e atualmente representam 12,8%, o que corresponde a cerca de 1,3 milhões de crianças e jovens¹⁰. De acordo com os últimos dados da PORDATA, esta tendência vai intensificar-se, prevendo-se que, em 2080, o número de crianças e jovens diminua para um milhão. No século XXI, o envelhecimento populacional é uma tendência inevitável, e essa realidade não pode ser combatida. “Portugal é o segundo país mais envelhecido da União Europeia e o quinto a nível mundial. Sendo que, em Portugal no ano de 2021 quem atingiu os 65 anos de idade tinha mais 20 anos de esperança de vida” (Dias, 2023 *in* Jornal Negócios)¹¹. Isso significa que “temos de nos adaptar a uma sociedade mais longeva, com características completamente diferentes e com perfis de população envelhecida também muito diferentes do que era há 60 anos e diferentes entre si - é diferente o envelhecimento consoante se é homem, mulher, com escolaridade ou não, vivendo em centros urbanos ou em zonas rurais”

¹⁰ Fonte: Censos Históricos disponíveis em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_historia_pt

¹¹ Fonte: Dias, Sónia S. (2023). Portugal tem de se adaptar ao envelhecimento “inevitável” da população. Jornal de Negócios. Disponível online em: <https://www.jornaldenegocios.pt/sustentabilidade/detalhe/20231212-0850-portugal-tem-de-se-adaptar-ao-envelhecimento-inevitavel-da-populacao>

(Santana, 2019 *in* Fundação Francisco Manuel dos Santos)¹². Neste sentido, poderá ser necessário repensar uma sociedade com um perfil etário completamente diferente, sendo necessário encontrar políticas e soluções para esses perfis.

“Se nada for feito, em 2060, Portugal terá pouco mais de 8,6 milhões de habitantes, em que 30% terão mais de 60 anos”. Visto isto, “qual é a viabilidade económica e estratégica do país quando em 2060 tivermos uma população na grande maioria dependente - crianças, jovens e idosos - e onde com o atual modelo de pensões e proteção social nós não geraremos meios para que o país seja sustentável e viável?” (Dias, 2023 *in* Jornal Negócios)¹³.

3.2 – Saúde e envelhecimento

A promoção da saúde tem por base dois pressupostos fundamentais: (1) os comportamentos diários dos indivíduos e as condições em que vivem influenciam a sua saúde; e (2) mudanças adequadas nesses comportamentos e condições podem melhorar a saúde. Tradicionalmente, os programas de saúde focavam-se sobretudo na alteração de comportamentos relacionados com a saúde, mas, cada vez mais, tem-se dado importância às variáveis sociais e ambientais que afetam a saúde, bem como ao impacto dos fatores psicológicos no estado de saúde. A promoção da saúde deve considerar a interação complexa entre fatores sociais, psicológicos, biológicos e ambientais (Martins de Almeida, 2013).

Para compreender melhor a perceção das pessoas sobre a saúde, alguns investigadores (Flick, 2007; Smith e Osborn, 2015; Tones e Green, 2004) realizaram entrevistas informais, questionando o que cada pessoa entende por saúde. Em Portugal, Reis e Fradique (2001, cit. por Reis, 2005) identificaram que cerca de 20% dos idosos mencionaram o isolamento social e a solidão como causas de doença. Este resultado revela que algumas pessoas idosas, com base na sua própria experiência de isolamento social, reconhecem a importância das relações sociais para a saúde, o que está em consonância com outros resultados que salientam a relevância das interações sociais para o bem-estar.

¹² Fonte: Santana, P. (2019). Este País não é para velhos? Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Disponível online em: <https://ffms.pt/pt-pt/atualmentes/este-pais-nao-e-para-velhos>

¹³ Fonte: Dias, Sónia S. (2023). Portugal tem de se adaptar ao envelhecimento “inevitável” da população. Jornal de Negócios. Disponível online em: <https://www.jornaldenegocios.pt/sustentabilidade/detalhe/20231212-0850-portugal-tem-de-se-adaptar-ao-envelhecimento-inevitavel-da-populacao>

De acordo com a OMS de 1946¹⁴, saúde é o “completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, as ações de promoção da saúde expandiram-se para além dos objetivos iniciais (controlo de sintomas, redução da mortalidade ou aumento da esperança de vida), passando a valorizar também o bem-estar e a qualidade de vida”. Este último é um conceito multidimensional que abrange a saúde física, mental e social. A quantificação de cada uma destas dimensões é um campo em desenvolvimento na promoção da saúde. Assim, um dos papéis fundamentais da promoção da saúde deveria ser melhorar ativamente a qualidade de vida e o bem-estar, e não apenas focar-se na prevenção da doença.

Os avanços no campo da saúde têm levado a uma redefinição mais ampla e positiva, que centraliza a saúde como uma preocupação e destaca a capacitação individual para melhorar a sua própria condição de saúde. Desta forma, uma boa estratégia de promoção da saúde deve ir além do foco na capacidade física e incluir o bem-estar mental e social, onde os determinantes fatores sociais, psicológicos e psicossociais, desempenham um papel crucial. O desafio atual na promoção da saúde dos idosos passa por desenvolver estratégias que incentivem a ideia de viver mais e melhor, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Zimerman (2000: 28), “envelhecer é simplesmente entrar numa nova fase da vida, que deve ser vivida da forma mais positiva, saudável e feliz possível”. Tal como noutras faixas etárias, envelhecer implica mudanças físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Contudo, estas mudanças podem ser mais marcantes e difíceis de enfrentar, tornando essencial investir no processo de envelhecimento, promovendo a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

É fundamental ajudar os idosos a adaptarem-se às novas realidades sociais, pois a sua capacidade de adaptação influencia a perceção de sucesso ou insucesso perante a vida. Esta adaptação envolve a promoção de uma vida saudável até à manutenção de atividades na terceira idade, como a criação de Universidades Seniores. O sentimento de satisfação com as atividades e com a vida em geral pode ser um fator determinante para essa adaptação. Tudo isto pressupõe que o idoso envelheça num ambiente ativo e saudável.

Estes conceitos estão relacionados com a noção de envelhecimento ativo, proposta pela OMS (2002: 12), que define o envelhecimento ativo como “um processo de otimização das oportunidades para saúde, participação e segurança, com o objetivo de aumentar a qualidade de

¹⁴ Fonte: World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. Disponível online em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

vida à medida que se envelhece”. O envelhecimento ativo pode ter vários determinantes, que variam de autor para autor.

A OMS (2002) propõe um conjunto de políticas para promover o envelhecimento ativo, abrangendo quatro áreas principais: saúde comportamental e física; funcionamento cognitivo; bem-estar emocional e capacidade de lidar com problemas; e participação social. Promover o envelhecimento ativo implica, assim, otimizar estas condições através de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e socioambientais, com o objetivo de maximizar o bem-estar e a qualidade de vida na velhice.

Indo ao encontro das teorias do envelhecimento ativo, encontramos as obras de William H. Thomas (2004) - "What Are Old People For?", onde o autor discute a importância do envelhecimento ativo como parte da vida, enfatizando a necessidade de manter um papel social ativo; e de Peter Laslett (1989) – “A fresh map of life: The emergence of the third age.”, cujo autor introduziu o conceito de "terceira idade", enfatizando que os idosos podem e devem participar ativamente da sociedade. Outros autores como Robert J. Havighurst formulou a Teoria do Desenvolvimento ao Longo da Vida, que destaca a importância do engajamento social e das atividades significativas durante o envelhecimento. Este autor propôs que o envelhecimento é um processo de adaptação a novas demandas e expectativas. Onde destacou a importância de realizar tarefas de desenvolvimento em diferentes etapas da vida, incluindo a velhice.

Na sua generalidade, as teorias do envelhecimento ativo vêem os idosos como pró-ativos que podem regulamentar a sua qualidade de vida através da definição, luta e alcance de objetivos. Para tal acontecer, é expectável que os idosos se envolvam ativamente ao utilizar os recursos vantajosos para a adaptação às modificações e aos desafios inerentes ao processo de envelhecimento. "Na terceira idade, as pessoas podem e devem buscar novas oportunidades de engajamento social e realização pessoal" (Laslett, 1989: 45). Estes objetivos podem ser relativos a diversas áreas da vida de cada um, por exemplo, podem ser relativos à vida familiar ou às relações de amizade, à saúde, à autonomia pessoal. Uma das vantagens destas novas propostas de promoção da saúde e de envelhecimento ativo é justamente a introdução da importância da interação social e do contacto social, estes podem ser facilitadores no processo de adaptação a novas vivências que ocorrem com o avançar da idade. "Os idosos têm o potencial de transformar nossas comunidades através de sua experiência e sabedoria" (Thomas, 2004: 76).

A crescente centralidade da saúde é uma característica marcante das sociedades contemporâneas, evidente tanto nos discursos públicos e políticos como no quotidiano, especialmente em relação ao envelhecimento populacional. Com isso, em comparação com o final do século XX, surgem

novas formas e abordagens para viver e encarar a saúde. Foi nesse contexto que Crawford introduziu, em 1980, o termo “healthism” para descrever uma nova consciência em torno da saúde que emergiu nas últimas três décadas. Esta nova cultura valoriza a saúde e leva os indivíduos a definirem-se pelo seu sucesso ou insucesso na adoção de práticas de saúde. “A salutocracia (healthism) torna-se, assim, um quadro ideológico em que a saúde é vista como um valor absoluto, sendo considerada não apenas um meio para alcançar o bem-estar, mas como o próprio sinónimo de bem-estar” (Lopes, 2003: 53).

Nesta visão, a saúde passa a ser a principal dimensão para a definição e alcance do bem-estar, incorporando de forma integrada a saúde física, psicológica e emocional, pela qual os indivíduos são os principais responsáveis. A retórica enfatiza o dever de adotar estilos de vida saudáveis, dos quais depende a manutenção da saúde e a prevenção da doença. Contudo, esta responsabilização individual não implica uma maior autonomia em relação ao conhecimento especializado que domina as questões de saúde e doença. É também no seu trabalho de 1980 – *“Healthism and the medicalization of everyday life”* - que Crawford demonstra que a salutocracia promove a medicalização, ou seja, a expansão da influência das concepções médicas sobre fenómenos sociais, à medida que a preocupação com a prevenção da doença e a promoção da saúde coloca um número crescente de práticas sob o prisma dos seus efeitos medicamente definidos. Essas práticas, integradas nos estilos de vida saudáveis promovidos pela “nova saúde pública”, incluem aspetos como a alimentação, o exercício físico, a abstinência de tabaco e álcool, e o repouso.

Neste sentido, a ideologia da salutocracia tem uma componente moralista ao enfatizar a responsabilidade individual, o que pode levar à culpa pessoal. A incapacidade de manter a saúde pode ser vista como uma falha em estar bem, um desejo inconsciente de adoecer ou simplesmente como um fracasso da vontade. A salutocracia cria, assim, o conceito de doente potencial, transferindo para os indivíduos a obrigação moral de se manterem saudáveis, principalmente através da correção de hábitos não saudáveis.

Independentemente de divergências conceptuais, é consensual que a saúde tem ganho importância crescente no quotidiano. “A procura da saúde tornou-se uma das atividades mais relevantes na vida moderna, envolvendo um grande volume de recursos sociais. As formas convencionais de alcançar a saúde e a condição de ser considerado saudável são traços que definem a identidade moderna. Através da saúde, o “self” moderno demonstra a sua capacidade de ação e a sua competência racional para se reinventar e transformar o mundo” (Crawford, 2006: 402).

A retórica da promoção da saúde, conforme a nova saúde pública, desloca o foco das tecnologias curativas para as estratégias preventivas da doença (Lupton, 1995). “A prevenção, vista como uma “noção elástica”” (Lupton, 1995: 53), ocupa um lugar central, sendo a autocuidado e a responsabilidade individual considerados os métodos mais desejáveis para manter ou melhorar a saúde. De acordo com Lupton a saúde preventiva é dividida em três níveis: primária, secundária e terciária. A prevenção primária refere-se à manutenção ativa de uma boa saúde antes do surgimento da doença; a secundária envolve a deteção precoce de doenças; e a terciária trata do controlo e tratamento da doença, prevenindo o seu agravamento. Nos três níveis de prevenção, os atores envolvidos podem variar. “A prevenção primária promove estratégias proativas por parte dos indivíduos, incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis. A prevenção secundária impõe o dever de autovigilância, exigindo uma maior sensibilidade e conhecimento sobre o corpo, com a utilização de exames médicos e rastreios para a deteção precoce de doenças” (Lupton, 1995). Por fim, a prevenção terciária requer o envolvimento da “rede de segurança” dos cuidados de saúde, mas ainda valoriza a participação ativa dos doentes na gestão da sua própria condição.

“A ideologia da prevenção valoriza uma consciência dos perigos, com a saúde a ser vista como um estado constantemente ameaçado” (Crawford, 2006: 403). Este “imperativo da saúde” é um mandato para identificar riscos e controlá-los, seja através do ambiente ou das escolhas de estilo de vida. Assim, desenvolve-se uma “medicina vigilante”, onde todos são vistos como potenciais doentes e a saúde passa a ser entendida num continuum de risco, em vez de uma dicotomia entre saúde e doença (Armstrong, 2011). Os fatores de risco vão além dos preditores biológicos, incluindo o ambiente, o stress e os comportamentos.

A transição epidemiológica, caracterizada pela predominância das doenças crónicas e degenerativas sobre as doenças agudas, é frequentemente apontada como uma razão para o aumento da procura de medicinas complementares e alternativas (MCA). A saúde pública enfrenta agora o desafio de responder ao sofrimento causado por estas doenças crónicas, muitas delas associadas ao envelhecimento (Baszanger, 1986; Turner, 1987; Bury, 1997).

3.3 – O abandono no processo de formação dos profissionais de saúde

O aumento significativo do envelhecimento da população, potenciou o crescimento na incidência de doenças crónicas, tanto físicas como mentais, o que exige mais tempo de cuidados e intervenções hospitalares. Embora seja uma obrigação legal da família cuidar dos idosos, o

dever moral e afetivo pode, por motivos diversos, não ser devidamente considerado, provocando alterações psicológicas e o agravamento de problemas de saúde (Cruz, 2004). Várias vezes, os idosos, encontram-se numa situação de desamparo familiar, agravada pelas complicações associadas à velhice. No contexto hospitalar, a idade pode ser um fator determinante no apoio ao idoso doente, servindo como critério para cuidados específicos e adequados. A reavaliação ética de uma perspectiva mais ampla sobre o envelhecimento gera desafios, especialmente na enfermagem, que procura proporcionar um atendimento integral e humanizado a todos os cidadãos.

Os profissionais de saúde enfrentam o desafio de lidar com idosos que experimentam um sentimento de "abandono", numa situação de fragilidade humana. O futuro de uma sociedade depende da educação e sensibilização transmitidas aos seus cidadãos e, particularmente, aos profissionais, sendo crucial que haja uma formação coerente e bem coordenada para alcançar os níveis de qualidade exigidos. As profissões sociais, incluindo as da área da saúde, não são exceção e necessitam de uma formação inicial e contínua que desenvolva competências e conhecimentos que melhorem a prestação de cuidados aos utentes.

As mudanças estratégicas são necessárias para melhorar os processos de formação dos profissionais de saúde, já que é sobre eles que recai grande parte da responsabilidade de manter e garantir a qualidade do sistema de saúde. Contudo e apesar de vários esforços ao longo dos anos para aproximar as áreas da educação e da saúde, a formação dos profissionais da saúde ainda não reflete plenamente as necessidades sociais em termos de saúde. As universidades formam profissionais para atuarem na área da saúde sem um preciso das exigências do setor, criando um desfasamento entre as ações educacionais e as reais necessidades dos serviços de saúde. Este descompasso obriga o setor da saúde a assumir a responsabilidade de preparar os seus profissionais nos próprios locais de trabalho. Para intervir eficazmente na realidade, é fundamental que os setores da educação e da saúde estabeleçam uma parceria interinstitucional contínua, com o objetivo de desenvolver ações conjuntas para construir uma proposta educacional que integre os conhecimentos acumulados em ambas as áreas. Sendo esse o sentido, é preciso que a proposta compartilhada se insira “em um projeto mais amplo de sociedade, de história humana e de ação política” (Frigotto, 1988: 8), estabelecendo uma dinâmica que contemple a direccionalidade e as consequências, para o conjunto da sociedade atual, da incorporação e da aplicação de novas tecnologias.

É essencial, portanto, desenvolver um processo educacional que articule a formação profissional com as necessidades e necessidades sociais, como uma estratégia para o desenvolvimento

económico, social e cultural. Isto poderá potenciar que os profissionais desempenhem as suas funções de forma mais eficiente, e também que participem de forma consciente e crítica no mundo do trabalho alcançando simultaneamente a sua realização pessoal. Este processo exige clareza, vontade política e a compreensão das dificuldades por parte dos administradores para que se possa repensar e melhorar a formação profissional, abandonando uma abordagem puramente tecnicista e promovendo a integração entre teoria e prática. A questão da formação profissional num contexto de constantes mudanças obriga-nos a refletir sobre como a sociedade se organiza, não apenas em termos de aprendizagem num determinado contexto, mas tendo em vista uma sociedade transformada. Isto implica uma reflexão profunda sobre as condições de trabalho, os desafios éticos e a importância da educação na formação de profissionais mais preparados para enfrentar as realidades atuais. Além disso, é necessário desenvolver capacidades comunicativas, como a expressão e comunicação eficaz, trabalho em equipa, cooperação e a capacidade de negociação. Também se devem promover capacidades sociais e comportamentais, como a iniciativa, a criatividade e a abertura às mudanças, essenciais no contexto de saúde. A aquisição e prática desses saberes pelos profissionais de saúde é crucial para a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde (Simões, *et. al.*, 2017).

A humanização dos cuidados prestados aos idosos, particularmente em situações de abandono e violência psicológica, é uma questão cada vez mais premente. O desenvolvimento de sensibilidade e empatia torna-se essencial, assim como a capacidade de autodefesa dos profissionais de saúde que lidam com estas situações. No processo de construção dessas capacidades, é importante formar profissionais que não sejam apenas prestadores de serviços, mas também cidadãos ativos e conscientes do seu papel na sociedade. A educação deve, por isso, permitir aos trabalhadores participarem na sociedade de forma plena, resgatando a dimensão política e a construção da identidade social.

Educar e formar pessoas conscientes do seu papel social, com uma visão global dos problemas que afetam a sociedade, é fundamental para que cada indivíduo possa assumir uma postura crítica e participativa. Para tal, é necessário repensar a forma como a formação profissional está a ser realizada, garantindo que os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino permitam aos futuros profissionais desenvolver tanto competências técnicas como uma visão crítica sobre o mundo que os rodeia.

Por esta via de pensamento, podemos dizer que formar profissionais de saúde para lidarem com a fragilidade e o abandono dos idosos é essencial para garantir um cuidado integral e humanizado da população envelhecida. Esse processo de formação deve abranger aspetos técnicos, éticos,

emocionais e sociais, capacitando os profissionais para oferecer um trato de qualidade e sensível às necessidades dos idosos. Como conhecimentos técnicos e científicos, destacam-se a necessidade de conhecimentos na área da Geriatria e Gerontologia. Isto para que os profissionais de saúde tenham um sólido conhecimento sobre as condições clínicas comuns na terceira idade, incluindo doenças crônicas, síndromes geriátricas (como demência, depressão, incontinência) e cuidados paliativos. Conhecimentos de nutrição e exercício físico, que aumentem competências sobre as necessidades nutricionais específicas dos idosos e a importância da atividade física para a manutenção da saúde física e mental. Não esquecendo ainda a aquisição de capacidades de farmacologia geriátrica, que enriqueçam competências sobre o uso seguro de medicamentos em idosos, considerando as interações medicamentosas e os efeitos adversos.

Num segundo sentido, são necessárias maiores perícias éticas e humanísticas. Destacam-se neste campo a empatia e comunicação para interagir de forma a se colocar no lugar do outro, neste caso dos idosos, respeitando suas limitações e preferências. E o já referenciado apoio psicológico capaz de capacitar os profissionais de saúde para identificar sinais de sofrimento emocional e proporcionar apoio psicológico adequado (Howick *et. al.*, 2018)

Os aspectos sociais e comunitários, não podem ser descartados. Estes são competências essenciais com necessidade de desenvolvimento. Os cuidadores informais, as redes de suporte precisam ser preparadas com base formativa que lhes sejam facultadas capacidades para tratar dos idosos. Sensibilizar a população sobre os direitos dos idosos, as políticas públicas de proteção e assistência. “Jovens hoje, idosos amanhã!” Esta é uma precaução futura. Por fim, nos tempos atuais é essencial abrir a mente a situações de interdisciplinaridade e encorajar a colaboração entre diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos) para um cuidado integrado.

A formação de profissionais de saúde para lidarem com a fragilidade e o abandono dos idosos deve ser abrangente e multidisciplinar, envolvendo não apenas o conhecimento técnico, mas também o desenvolvimento de competências éticas, emocionais e sociais. Ao adotar uma abordagem integrada, é possível preparar profissionais capazes de oferecer um cuidado humanizado e de qualidade, promovendo o bem-estar e a dignidade dos idosos em todas as fases das suas vidas.

Capítulo IV

Magnitudes demográficas, sociais e económicas

4.1 – Demografia, quem são os institucionalizados e os “abandonados”

Em Portugal, cerca de 5% da população, 575 mil cidadãos idosos viviam sozinhos em 2023¹⁵ (Campos, 2024). E, outra realidade aponta para que cada vez há mais idosos a cuidar de idosos. São realidades novas. Quando se aperta o filtro e se olha apenas para o grupo de pessoas a partir de 75 anos que vivem sozinhas, o número é ainda mais expressivo - um em cada quatro está nessa situação, eram já mais de 300 mil nos últimos Censos do INE (2021). Nestes mesmos Censos (INE 2021) as pessoas com 65 ou mais anos cresceu na última década 20,6%, representando já mais de 23% da população portuguesa. Verifica-se que o índice de envelhecimento aumentou 42,4% e o índice de dependência de idosos aumentou 27,7%¹⁶.

Envelhecer sozinho em casa é muitas vezes uma opção de vida, mas pode tornar-se desafiante, sobretudo em idades mais avançadas, quando a vontade de permanecer no domicílio começa frequentemente a esbarrar nas crescentes dificuldades de mobilidade, no medo de quedas, na perda de autonomia. Nas idades mais avançadas, muitas vezes não se escolhe viver sozinho, fica-se sozinho. Viver sozinho não é problemático, só é problemático quando se transforma em isolamento social e quando as pessoas acabam por viver isoladas ao ponto de passarem dias seguidos sem comunicarem com ninguém e sem que o mundo lhes chegue de outra forma que não seja através da televisão. A longevidade é uma conquista, mas é determinante a qualidade dos anos de vida que ganhamos. O problema é que Portugal não surge em boa posição no mais recente retrato traçado pelo Eurostat, em 2022, era o quinto país da União Europeia onde os idosos percecionavam pior o seu estado de saúde, cerca de um em cada três considerava-o “mau ou muito mau”, mais de 70% diziam ter doença crónica ou um problema de saúde e 21% acreditavam estar “severamente limitados” na realização de atividades quotidianas¹⁷.

¹⁵ Fonte: Campos, A. (2024). Nunca houve tantos idosos a viver sozinhos: no ano passado eram 575 mil. Público. Disponível online em: <https://www.publico.pt/2024/05/19/sociedade/noticia/tantos-idosos-viver-sozinhos-ano-passado-575-mil-2090971>

¹⁶ Fonte: Resultados Preliminares Censos 2021: Breve Análise – Plano Nacional de Saúde. (2021). Pns.dgs.pt. Disponível online em: <https://pns.dgs.pt/resultados-preliminares-censos-2021-breve-analise/>

¹⁷ Fonte: PODCAST, Fundação Francisco Manuel dos Santos. Envelhecer com pouca saúde é uma fatalidade no país. Disponível online em: <https://ffms.pt/pt-pt/ffms-play/da-capa-contracapa-podcast/envelhecer-com-pouca-saude-e-uma-fatalidade-no-pais#resumo>

O isolamento contribui para agravar estas perceções. E os últimos Censos (INE 2021) indicam justamente que é a partir dos 75 anos que, no grupo das pessoas que vivem sozinhas, o sentimento de solidão e isolamento se torna mais agudo - 15% diziam sentir-se sós ou isoladas “sempre ou quase sempre” e 21%, durante “algum tempo”. Multiplicaram-se assim por todo o país, nos últimos anos iniciativas e projetos que procuram aliviar a experiência da solidão, impedindo que se transforme em isolamento social.

Por exemplo, o projeto *Radar Social* lançado no ano passado com verbas do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), medida que financiará equipas no terreno, uma por cada concelho do continente, encarregues de fazer até 2026, o levantamento das pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade, a registar numa plataforma nacional coordenada pelo Instituto da Segurança Social (ISS). Inspirado numa medida lançada há cinco anos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que funciona em rede com outras várias entidades, como a Câmara Municipal de Lisboa, o ISS, a PSP e as juntas de freguesia, que constituem “radares comunitários” responsáveis por detetar no terreno situações de isolamento, solidão não desejada e vulnerabilidade social.

O aumento do índice de envelhecimento na última década que é comum a todas as NUTS II, com as regiões do Centro e Alentejo a apresentarem os valores mais elevados em 2021, com 229 e 219 idosos por cada 100 jovens, respetivamente. Sendo que o caso particular do Alentejo, local onde se encontra a instituição Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), que desde Janeiro 2024 denominado de Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC), apresenta uma percentagem acentuada da população residente idosa, 27% - o valor mais expressivo a par da zona centro daquela que é a população total do continente português.


Os Censos Sénior Alentejo (dados recolhidos pela Guarda Nacional Republicana) estima que cerca de 10 mil idosos vivam sozinhos, uma boa parte por escolha própria, porque se sentem realizados e acreditam que ainda têm muito a contribuir para a comunidade onde estão inseridos.

Já os resultados dos Censos 2021, divulgados pelo INE, demonstram que o número de pessoas a viver sozinhas aumentou comparativamente aos Censos de 2011. Os agregados unipessoais nacionais representam 24,8% do total de agregados domésticos, valor que cresceu 18,6% face também a 2011. Ao olharmos o grupo etário dos agregados somente com uma pessoa verificasse que 50,3% têm 65 ou mais anos de idade. Em termos geográficos, o Alentejo apresenta a menor percentagem - 10,6%, resultante da densidade demográfica (Figura 13).

Ao verificar, na figura 13 em baixo, as condições do distrito de Évora (Alentejo Central), onde a taxa de idosos subiu 8,3% entre 1991 e 2021, os últimos 30 anos, sendo o maior registo de subida a última década – 3,9% de idosos registados em todo território do Alentejo Central. Segundo cálculos próprios, observo também que o índice de envelhecimento, no referido período temporal, demonstra 98,3 (1991-2021) sendo 41,5 a diferença entre os anos de 2011 e 2021. O que podemos aqui concluir que na última década além do aumento significativo da população idosa no Alentejo Central a relação entre idosos e jovens tem vindo a aumentar, o que perfaz com que haja cada vez menos jovens por cada idoso. Ora então, isto quer ainda dizer que temos menos jovens para cuidar de idosos. Realçamos ainda o aumento médio de 4% entre décadas no que respeita as famílias unipessoais. Estas famílias unipessoais, são idosos já em situação de viverem sozinhos ou até mesmo população ativa que por diversas razões pessoais assim se encontram. Esta população ativa que pertence à taxa de famílias unipessoais, um fator com tendência em crescer, futuramente tendem a fazer parte da população idosa que vive sozinha e que se encontra em situação que carece de cuidados sociais.

Figura 13: Censos 2021 por concelhos e regiões: evoluções 1960-2021.

PORDATA



FUNDAÇÃO
FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS

Censos 2021 por concelho e regiões: evolução 1960-2021

Território: Évora

	1960	1981	1991	2001	2011	2021
População residente	50 095	51 572	53 754	56 519	± 56 596	53 577
Taxa de crescimento anual médio da população (%)	-	-	0,4	0,5	± 0,0	-0,5
Densidade populacional	38,3	39,5	41,2	43,3	± 43,3	41,0
<small>Nº médio de indivíduos por Km²</small>						
Jovens (%)	24,1	22,4	19,1	14,9	± 14,4	13,2
<small>menos de 15 anos</small>						
População em idade ativa (%)	68,3	65,3	65,6	66,7	± 65,9	63,2
<small>15 aos 64 anos</small>						
Idosos (%)	7,6	12,3	15,3	18,4	± 19,7	23,6
<small>65 e mais anos</small>						
Índice de envelhecimento	31,3	55,1	80,3	123,6	± 137,1	178,3
<small>idosos por cada 100 jovens</small>						
Pessoas que vivem sós (%) (1)	2,2	4,5	5,3	7,5	± 9,9	± 11,3
Famílias (2)	13 657	16 927	18 493	20 954	22 774	± 22 359
Dimensão média das famílias (2)	3,5	3,0	2,9	2,7	2,4	± 2,4
Famílias unipessoais (%) (2)	8,1	13,6	15,4	20,2	24,7	± 27,1
Famílias de 2 pessoas (%) (2)	20,3	27,3	28,5	29,4	32,4	± 34,0
Famílias de 3 ou mais pessoas (%) (2)	71,5	59,1	56,1	50,4	42,9	± 38,9

Simbologia

± Quebra de série	Pro Valor provisório	Pre Valor preliminar
... Confidencial	// Não aplicável	e Dado inferior a metade do módulo da unidade
f Valor previsto	§ Dado com coeficiente de variação elevado	- Ausência de valor
N Valor negligenciável	s Valor estimado	u Valor incerto ou não confiável

Fontes
INE, Pordata

Fonte: PORDATA 2024

A população idosa tem vindo a aumentar, fruto do aumento da esperança de vida, representando um aumento de 20,6% em relação a 2011¹⁸ (Ferreira, 2021). Atualmente, parece que mais idosos vivem sozinhos, por dois motivos principais: por escolha própria (opção voluntária) ou devido à desagregação familiar (opção involuntária) e à perda das redes de sociabilidade, à medida que os cônjuges ou pessoas com quem mantinham laços afetivos vão desaparecendo ao longo da vida. Esta situação obriga-os a adaptar-se constantemente às novas circunstâncias das suas vivências.

Ainda que estes representem um papel também importante nas economias governamentais, eles são muitas vezes vistos como um peso social. E é aqui que podemos questionar – quem os cuida? Cada vez representam números maiores na sociedade, quem está preparado para lidar com eles e com as suas imperfeições? Alguns ainda conseguem ajudar e que ajudam como podem os seus filhos e netos. Ou até em alguns casos, cargos de liderança com as suas experiências. E, depois, há os que são dependentes e que ajudam à criação de postos de trabalho pelas necessidades de receberem apoio domiciliário ou por estarem internados em ERPI. Diferentes realidades, cada uma com um contributo para a sociedade, daí falar-se, cada vez mais, da economia grisalha ou do envelhecimento.

Os idosos mais dependentes têm na sociedade também um papel fundamental por este ajudar na dinâmica da economia do envelhecimento, resultante dos postos de trabalho que criam para conseguir ter respostas para as suas necessidades. Estamos a falar dos serviços de apoio domiciliário, dos centros de dia e das ERPI. Uma perspetiva que pode ajudar na libertação do estigma de que é um peso na família, englobando-se de múltiplas formas na vivência em sociedade.

É necessário aperfeiçoar as políticas que já temos, e evitar talvez a visão mais catastrofista de que os idosos são “um peso” e estão “abandonados”. Recordando a comunicação social, há meia dúzia de anos, as notícias eram de que os idosos morriam sozinhos em casa - ainda acontece, verdade. Mas o facto de os filhos não estarem a viver na casa ao lado não significa o abandono das pessoas mais velhas. E aí, os sentimentos podem ser diferentes – isolamento não é solidão. Solitude não é prejudicial. Não é o viver sozinho, só por si, que dita a solidão. É sim preciso olhar para a saúde mental do “sujeito” e entendê-lo.

¹⁸ Fonte: Ferreira, M. L. (2021). Portugal está ainda mais envelhecido: há 182 idosos por cada 100 jovens no país, dizem os Censos. Observador. Disponível online em: <https://observador.pt/2021/12/16/portugal-esta-ainda-mais-envelhecido-ha-182-idosos-por-cada-100-jovens-no-pais-dizem-os-censos/>

Acima dos 75 anos, havia em 2021 mais de 300 mil pessoas a viver sozinhas em Portugal e mais de um terço, segundo as estimativas, sentia-se isolada, perdeu familiares e amigos¹⁹. Isto é uma fatalidade à medida que a idade avança? Nas idades mais avançadas da velhice existem diversos fatores que contribuem para o isolamento social e a solidão. Desde logo, a viuvez e a perda de parceiros e amigos fazem com que as pessoas vejam o seu círculo social a diminuir significativamente. Além de que as famílias são hoje mais pequenas e, muitas vezes, os filhos vivem longe, o que reduz as redes de apoio familiar, tendência que se agravará no futuro. Também com a reforma, as relações profissionais cessam abruptamente, o que também intensifica o isolamento. A par disto, a saúde vai-se degradando, a mobilidade reduz-se e as cidades não estão preparadas para enfrentar estes desafios. Um exemplo disto é a calçada portuguesa, que embora bela, representa um risco acrescido de quedas para os idosos (Amor, 2024).

As gerações que agora têm entre 40 e 50 anos estão a preparar-se para evitar que estas situações ocorram no futuro? Como nos podemos preparar para uma vida mais longa? Devemos fomentar relações intergeracionais. Porque motivo só tenho amigos da minha idade? Precisamos de ter amigos de outras gerações, refletir sobre o futuro e planear como estaremos mais tarde. Daí também a importância de prevenir problemas de saúde.

Quanto às respostas às necessidades dos mais velhos, as políticas públicas precisam de ser revistas e reformuladas. Continuamos a pensar que a família garante os cuidados em idades avançadas, mas muitas destas pessoas não têm familiares de quem depender. Os poderes públicos têm a responsabilidade de reconhecer que a longevidade é tão relevante como as alterações climáticas, já que estamos a atravessar uma transição demográfica sem precedentes. As estratégias devem ser ajustadas, abandonando soluções do passado. A família é importante, mas o futuro não pode depender exclusivamente dela. É fundamental criar microcomunidades nas cidades, tornando-as mais "amigáveis" para os idosos e eliminando o medo de sair de casa.

Não podemos olhar só para as idades superiores, é também necessário investir nas preparações nas idades centrais e até nas idades mais jovens. O problema está quando a ligação entre gerações se quebra. Depois é muito mais difícil unir tudo isto na sociedade. Então temos de refletir como alimentar estas ligações. E o cidadão tem aqui o seu papel importante. Sendo que os poderes públicos têm também a obrigação de prevenir, mas, como andam sempre a olhar para o que é

¹⁹ Fonte: Céu, B. (2023). CNN Portugal: "Foi-se tudo embora, deixaram-me sozinha.". A solidão também "mata" e há idosos na Baixa de Lisboa que estão "sozinhos no mundo". Disponível online em: <https://cnnportugal.iol.pt/solidao/idosos/foi-se-tudo-embora-deixaram-me-sozinha-a-solidao-tambem-mata-e-ha-idosos-na-baixa-de-lisboa-que-estao-sozinhos-no-mundo/20231225/657c6c03d34e65afa2f8b3a2>

urgente, perdem parte do que é a visão estratégica, que só se sabe trabalhar dentro das empresas capitalistas. Se conseguirmos entender que é na prevenção e no planeamento das nossas vidas que temos de apostar, futuramente estaremos mais bem preparados. Isto não descarta os desafios que depois surgem, mas cria melhorias e condições para a saúde mental e para um viver com maior tranquilidade nos dias de amanhã.

Um trabalho de respeito, tem sido nestes últimos anos, feito pela Guarda Nacional Republicana (GNR). Um projeto interno, denominado “Idosos em Segurança” sinalizou como “Censos Sénior” 44.114 idosos a viver sozinhos ou isolados em todo o país²⁰, em Outubro de 2023²¹. Durante a recolha de dados, os militares dão prioridade ao contacto pessoal com os idosos em situação vulnerável, com o objetivo de os sensibilizar e alertar para a adoção de comportamentos de segurança que possam reduzir o risco de se tornarem vítimas de crimes, como violência, burla, furto, e também para prevenir comportamentos de risco, como o consumo de álcool. Além disso, são promovidas medidas preventivas para evitar a propagação de vírus, como aconteceu durante a pandemia de COVID-19.

A GNR informa que o maior número de idosos, em Outubro 2023, identificados a viver sozinhos ou isolados foi registado no distrito da Guarda (5.477), seguido de Vila Real (5.360), Viseu (3.528), Faro (3.513) e Bragança (3.347). Em Lisboa, foram identificados apenas 1.118 idosos em situação de isolamento e, no Porto, 826. Nos distritos alentejanos de Beja, Évora e Portalegre, foram sinalizados 9.094 idosos, com Beja a registar o maior número (3.230), seguido de Évora (2.972) e Portalegre (2.892). Já em Outubro de 2022, a operação tinha identificado 44.511 idosos a viverem sozinhos ou isolados, segundo eles, um aumento em relação a 2021 embora se tenha verificado uma redução de 397 idosos em 2023, possivelmente como consequência da COVID-19. Desde 2011, ano em que se realizou a primeira edição da operação “Censos Sénior”, a GNR tem atualizado a sua sinalização geográfica, o que permite um apoio mais próximo à população idosa. Esta proximidade contribui, por um lado, para um clima de maior confiança e empatia entre os idosos e os militares da GNR e, por outro, para um aumento do sentimento de segurança entre os idosos (GNR Notícias, 2023).

²⁰ Fonte: GNR Notícias. (2023). Balanço “Censos Sénior 2023”. Direção de Comunicação e Relações Públicas. Disponível online em: <http://www.gnr.pt/noticias.aspx?linha=23644>

²¹ Fonte: GNR Notícias. (2023). Operação “Censos Sénior 2023”. Direção de Comunicação e Relações Públicas. Disponível online em: <http://www.gnr.pt/noticias.aspx?linha=23452>

4.2 – Sociologia: quem é quem cuida?

Existem atualmente sete tipos de respostas sociais de apoio a pessoas idosas, segundo informação disponibilizada pela Segurança Social²²: o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), o Centro de Convívio, o Centro de Dia, o Centro de Noite, o Acolhimento Familiar, as Estruturas Residenciais (anteriormente designadas por Lares de Idosos) e os Centros de Férias e Lazer. Os três principais tipos de resposta são o SAD, o Centro de Dia e as Estruturas Residenciais, sendo feita uma breve descrição das suas funções e objetivos.

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social, realizada a partir de uma infraestrutura, que visa prestar cuidados individualizados no domicílio a pessoas que, devido a doença, deficiência ou outro impedimento, não conseguem garantir, temporária ou permanentemente, as suas necessidades básicas ou atividades diárias. O objetivo deste serviço é melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias, conciliar a vida profissional e familiar, garantir cuidados adequados, reforçar competências familiares e facilitar o acesso a serviços comunitários (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017: 5-6).

O Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento próprio, que presta um conjunto de serviços durante o dia, ajudando a manter as pessoas idosas no seu meio familiar e social. Os seus principais objetivos incluem: responder às necessidades dos utentes, retardar os efeitos negativos do envelhecimento, prestar apoio psicológico e social, promover relações interpessoais e intergeracionais, e prevenir ou adiar a institucionalização, promovendo a autonomia (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017: 6).

De acordo com a legislação portuguesa (Despacho Normativo 12/98 de 25 de fevereiro), um Lar de Idosos é um estabelecimento onde se realizam atividades de apoio social a pessoas idosas, através de alojamento coletivo, de carácter temporário ou permanente. Estes lares asseguram alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, promovem o convívio social e proporcionam atividades de animação e ocupação dos tempos livres. Em 2012, com a publicação da Portaria 67/2012 de 21 de março, pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, a designação de "Lar de Idosos" foi alterada para "Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas" (ERPI). Desta forma Estruturas Residenciais são estabelecimentos que oferecem alojamento coletivo, seja de forma temporária ou permanente, e que prestam apoio social e serviços de enfermagem. Segundo

²² Fonte: Idosos - seg-social.pt. (2024). www.seg-social.pt. Disponível online em: <https://www.seg-social.pt/idosos>

a legislação, os principais objetivos destas estruturas são: proporcionar serviços adequados às necessidades biopsicossociais dos idosos, estimular um processo de envelhecimento ativo, e criar condições que favoreçam a preservação e fortalecimento das relações familiares e a integração social dos utentes (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017: 7).

As ERPI regem-se pelos seguintes princípios de atuação (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março²³):

- a) Qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade;
- b) Interdisciplinaridade;
- c) Avaliação completa das necessidades do residente;
- d) Promoção e manutenção da funcionalidade e autonomia do idoso;
- e) Participação ativa e corresponsabilização do residente, do seu representante legal ou familiares na elaboração do plano individual de cuidados.

Ao nos debruçarmos sobre a obra de Sousa (2011) - *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas* – percebemos que os progressos tecnológicos da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para uma inversão das pirâmides etárias devido ao aumento da longevidade da população, à qual se associa uma maior prevalência de doenças crónicas (das quais se destacam as demências) e dos níveis de dependência nas atividades da vida diária, o que implica obrigatoriamente uma maior necessidade de cuidados de natureza física, emocional e/ou social.

Toda esta conjuntura, associada ao facto de todos os elementos adultos dos agregados familiares estarem inseridos no mercado de trabalho e ao aumento das exigências dos utentes por cuidados mais adequados e de melhor qualidade, veio colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (DGS, 2004). Estas mudanças demográficas e sociais têm implicações no perfil epidemiológico, caracterizado por um aumento das doenças crónicas e degenerativas, as principais responsáveis pela incapacidade e dependência (Miguel *et. al.*, 2007). Espera-se que o número de pessoas a necessitar de cuidados de longa duração continue a crescer, resultando num aumento dos custos associados, o que levanta dificuldades ao Estado para responder eficazmente às necessidades de todos os cidadãos. Segundo os dados relatados em Martín e Brandão (2012), comparado com outros países europeus, Portugal é dos países que menos percentagem do PIB destina aos cuidados de longa

²³ Fonte: Diariodarepublica.pt. (2012). Disponível online em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/67-2012-553657>

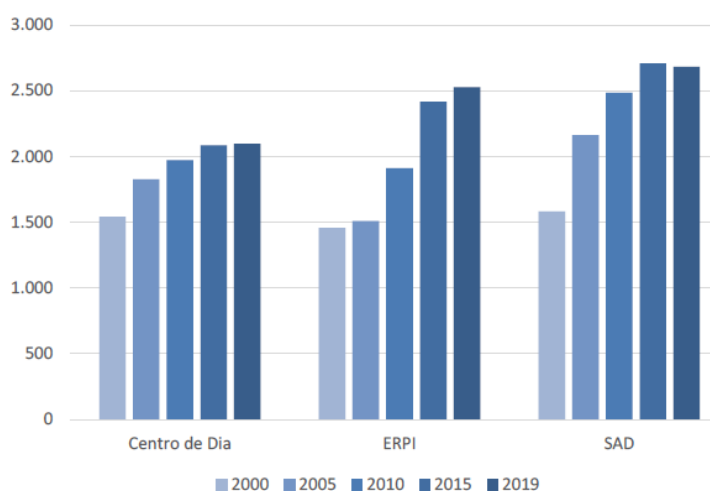
duração, sendo este tipo de cuidados identificado como uma das lacunas do sistema de saúde português. Em 2005, segundo estimativas da OCDE, as despesas com cuidados de longa duração representavam 0,2% do PIB português.

Ao dar prioridade à manutenção dos idosos dependentes nas suas residências, o problema é, em grande parte, transferido para as famílias, o que contribui para uma menor visibilidade de um problema social crescente. Contudo, devido às alterações na estrutura familiar (como a entrada da mulher no mercado de trabalho e o menor número de filhos) e ao elevado nível de dependência entre os idosos, os membros mais idosos ou fragilizados da população que necessitam de cuidados especiais são frequentemente encaminhados para instituições especializadas, como lares e centros de dia, entre outros (Ribeiro *et. al.*, 2008).

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) para Idosos consistem nas respostas sociais com maior representatividade no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais dirigidas às Pessoas Idosas. Para além da satisfação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) dos utentes, as respostas destinadas a esta população-alvo visam a promoção, a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência da pessoa idosa e de esta se encontrar a residir na sua habitação ou numa instituição. Do universo de respostas que visam o apoio a Pessoas Idosas são de destacar, ainda, o Centro de Convívio, o Centro de Noite e o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017).

Observando os gráficos em baixo (Figura 14 e 15) do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), mostra-se que “as respostas dirigidas a pessoas idosas registaram um crescimento de 52%, entre 2000 e 2019, que ascende a 160% se consideradas apenas as principais respostas dentre as ERPI, o Centro de Dia e o SAD, traduzindo um aumento superior a 2700 novas respostas” (Carta Social, 2021: 44).

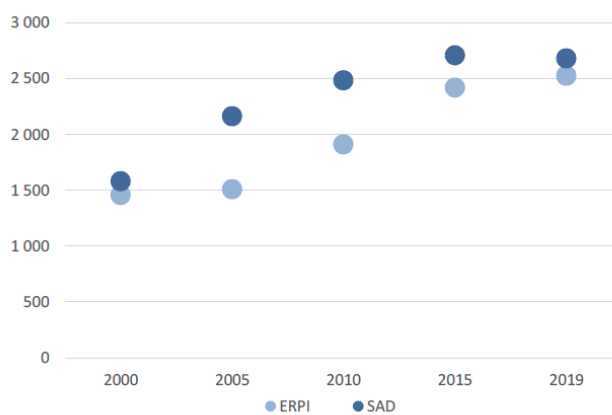
Figura 14: Evolução do número das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente: 2000-2019.



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2021

Figura 15: Evolução do número de respostas sociais ERPI e SAD, Continente: 2000-2019.



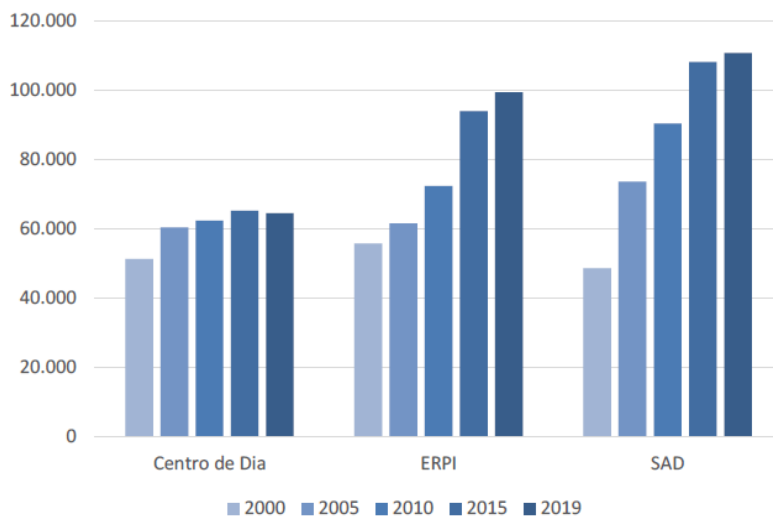
Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2021

Segundo o citado na Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2019 (2021: 44-45) “as respostas ERPI e SAD foram as que, neste domínio, mais cresceram no período 2000-2019 (173 % e 170 %, respetivamente) e as que apresentavam maior oferta. Em 2019, contabilizaram-se cerca de 7306 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37% correspondiam a SAD. No que respeita ao número de lugares/capacidade nas respostas para as

Pessoas Idosas revelou-se um aumento de 63% entre 2000 e 2019, mais acentuado - 76 %, contudo se consideradas apenas as três principais respostas” (Figura 16).

Figura 16: Evolução da capacidade das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente: 2000-2019.

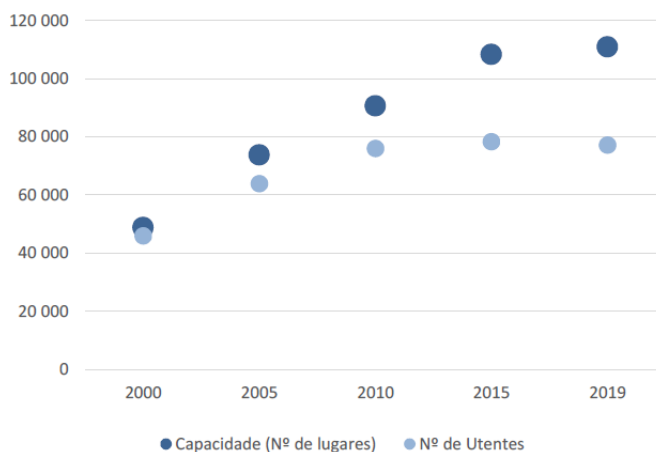


Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2021

E “em 2019, contabilizaram-se na totalidade de respostas para esta população-alvo mais de 297,000 lugares no Continente. O SAD constitui a resposta, no conjunto das principais respostas que visam o apoio a Pessoas Idosas, com maior oferta de lugares (cerca de 37% do total) totalizando 111,000 lugares, aproximadamente” (Figura 17).

Figura 17: Evolução da capacidade e do número de utentes da resposta social SAD, Continente: 2000-2019.

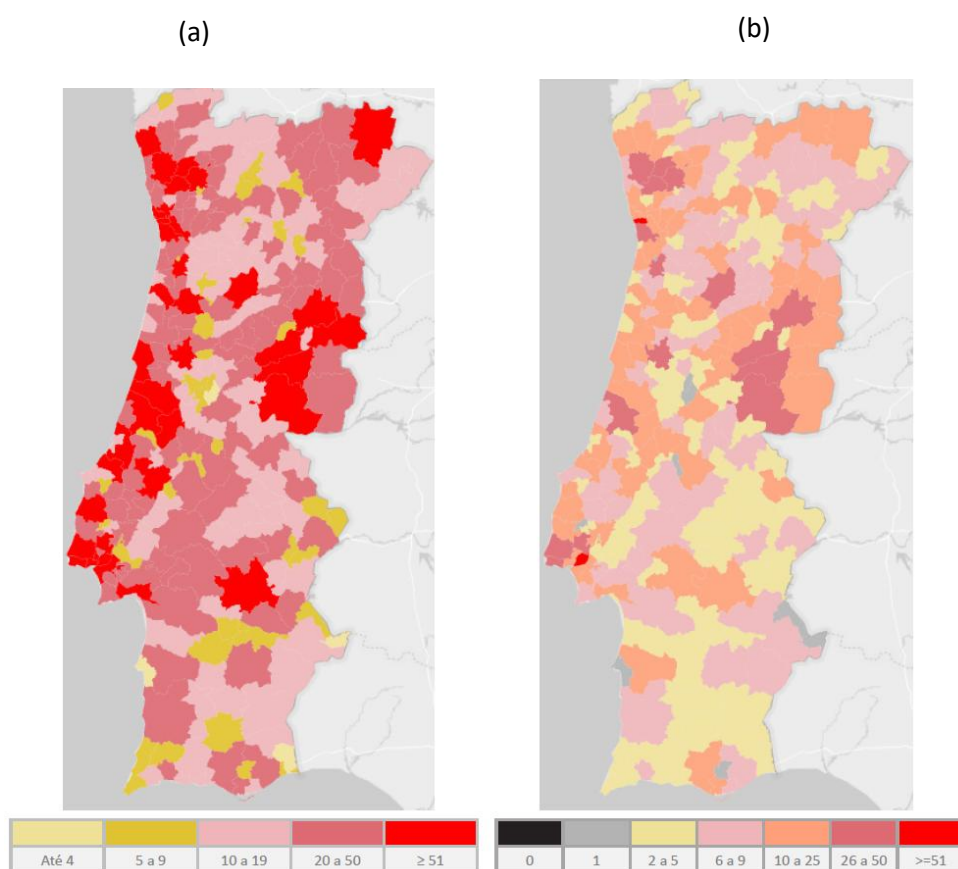


Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2021

Ainda de acordo com a Carta Social para com o ano de 2019, 63% do número total de lugares em SAD estavam abrangidos por acordos de cooperação. Onde todos os concelhos do território continental (278) dispunham de respostas sociais dirigidas a esta população-alvo conforme descrito na figura 18, “todavia era notória uma oferta superior nas regiões Norte e Centro. Destaque-se, que dos 278 concelhos do Continente, 234 dispunha de 10 ou mais respostas sociais para os mais idosos” (Carta Social, 2021: 47).

Figura 18: Distribuição territorial das respostas sociais para as pessoas idosas por concelhos (a) e da resposta social SAD por concelho em 2009 (b).

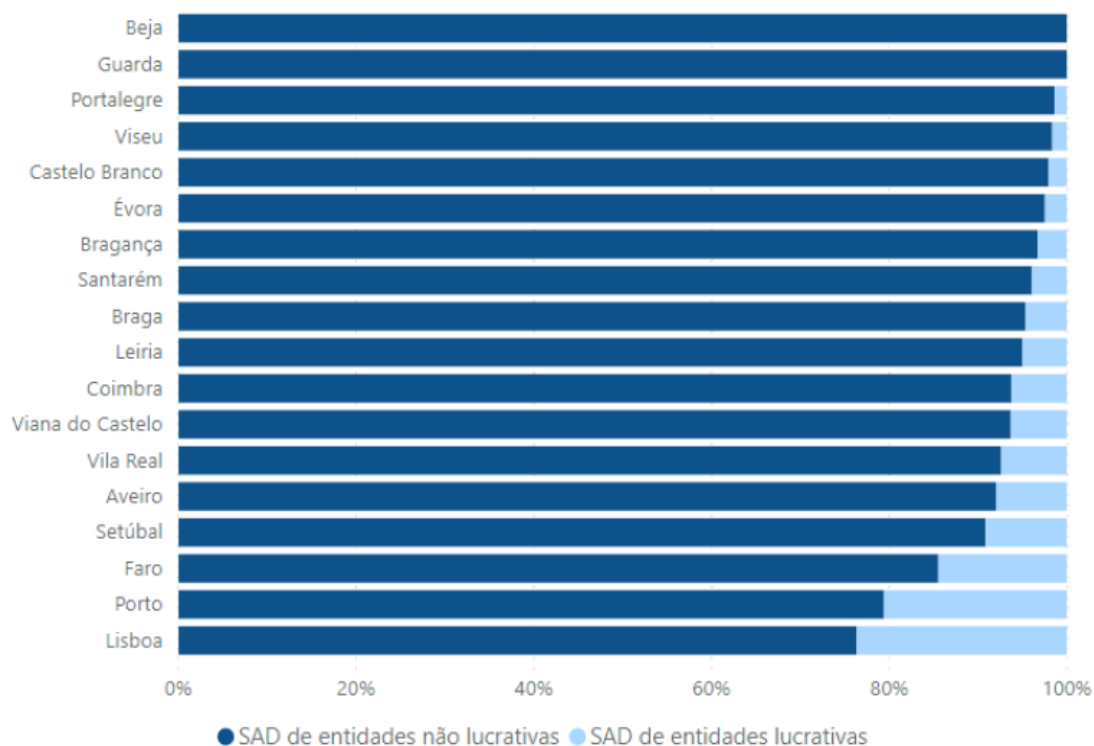


Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2021

Sendo as regiões do Alentejo e Algarve as mais fragilizadas, em que a prestação de serviços no domicílio era desenvolvida maioritariamente por parte de entidades da rede solidária, o distrito de Évora apenas apresenta um valor residual na ronda dos 5% de respostas propriedade de entidades da rede privada-lucrativa, contrastando com os grandes distritos de Lisboa, Porto com proporções acima de 20% de respostas propriedade de entidades da rede privada-lucrativa. A

região do Alentejo destaca-se como um peso por ter quase a sua totalidade de suporte por entidades não lucrativas (Figura 19).

Figura 19: Distribuição percentual da resposta social SAD, por natureza jurídica da entidade proprietária e distrito: 2019.



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2021

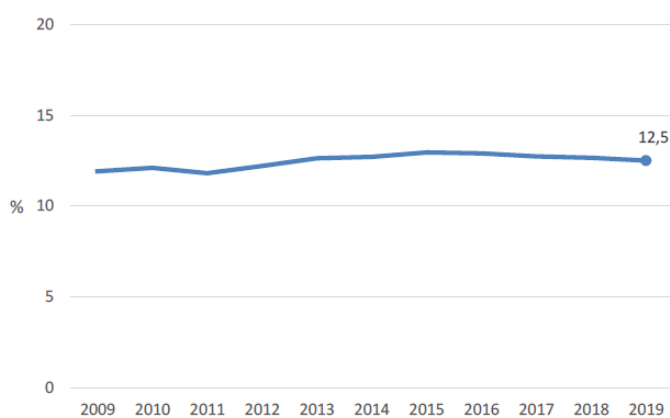
As entidades proprietárias ou gestoras de instituições de acolhimento para idosos são classificadas, de acordo com a sua natureza jurídica, em entidades com fins lucrativos e entidades sem fins lucrativos (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017). As entidades sem fins lucrativos incluem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), outras entidades sem fins lucrativos (como entidades equiparadas a IPSS e outras organizações particulares sem fins lucrativos), as Entidades Oficiais, que têm como objetivo a ação social, os Serviços Sociais de Empresas e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML).

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são constituídas sem fins lucrativos, por iniciativa de particulares, com o propósito de concretizar de forma organizada o dever moral de solidariedade e justiça social entre indivíduos (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014). Estas entidades visam, entre outros, a proteção dos cidadãos na velhice, através da concessão de

bens e prestação de serviços. São apoiadas pelo Estado mediante a celebração de acordos de cooperação, os quais salvaguardam os direitos e deveres de ambas as partes e as sujeitam à devida supervisão. No Manual de Gerontologia, de Martín e Brandão (2012), é referido que os acordos de cooperação entre a Segurança Social e as IPSS representam a principal via para a execução da Ação Social em Portugal. Número de acordos de cooperação celebrados que tem aumentado, registando-se um crescimento de 1075 protocolos apenas na área de apoio à terceira idade, entre 2007 e 2011.

Também a taxa de cobertura (número total de lugares disponíveis face à população alvo das respostas sociais) para a população idosa tem evoluído de forma positiva na última década. No entanto, o crescimento acelerado da população com 65 ou mais anos tem dificultado um aumento mais significativo da taxa de cobertura dessas respostas. Em 2019, a taxa de cobertura média das principais respostas de apoio a pessoas idosas, no Continente, foi de 12,5%, refletindo um crescimento de 5% desde 2009 (Figura 20).

Figura 20: Evolução da taxa de cobertura das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente: 2000-2019.



Fonte: INE, Estimativas da População Residente para 2019
GEP-MTSSS, Carta Social

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2021

Em termos territoriais, 188 dos 278 concelhos do Continente apresentava uma taxa de cobertura acima da média - 12,5% (Carta Social, 2021). No seguimento do relatório 2019 da Carta Social 2021, identifica-se também que a taxa de utilização média das principais respostas sociais dirigidas à população idosa registou uma redução -8,6%, no período decenal 2009-2019, tendo-se fixado em 2019 em 76,8%. Não existe identificado ao nível territorial um padrão de

distribuição, são observáveis, contudo, taxas de utilização mais elevadas nos concelhos localizados junto à faixa litoral norte e centro. Do universo de concelhos do território continental (278), 108 apresentavam em 2019, taxas de utilização acima de 80%. Neste relatório, observa-se que “as respostas dirigidas à População Idosa acolhiam maioritariamente utentes provenientes da própria freguesia ou concelho de implantação do equipamento, à exceção da resposta ERPI, onde os utentes oriundos de outros concelhos ou distritos representavam 57 %, traduzindo um raio de abrangência mais alargado” (Carta Social, 2021: 50).

Relativamente ao período de funcionamento, cerca de 51% das respostas de Centro de Dia funciona apenas nos dias úteis, enquanto que 70% dos SAD presta serviço todos os dias da semana. Já a resposta ERPI, tem uma resposta aos utentes de base diária. Por outro lado a distribuição etária dos utentes das respostas dirigidas à população idosa difere de acordo com a tipologia, já que enquanto os utentes com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos frequentavam na sua maioria as respostas sociais Centro de Dia e SAD, nas respostas de ERPI os idosos com 75 ou mais anos representavam 86% do total (Carta Social, 2021: 50).

4.3 – As redes de Cuidados Continuados

Em Portugal, são várias as instituições públicas e privadas identificadas que presta cuidados continuados de saúde e apoio social a pessoas que, por motivos variados, se encontram em situação de dependência (Entidade Reguladora da Saúde, 2021). O acesso a estes cuidados pode processar-se por diversas vias, mas os tempos de espera são longos e a oferta de vagas não consegue dar resposta a todos os pedidos (Barros, 2020; Rocha, 2021). Várias são as famílias que procuram uma solução para os seus familiares dependentes recorrendo aos hospitais, esperando que através deles seja possível encaminhar os seus familiares para a Rede de Cuidados Continuados, muitas vezes por desconhecimento de como proceder de outra forma.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada pelos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde e é “formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social”, conforme descrito no guia da RNCCI disponibilizado pelo Instituto da Segurança Social, I.P. (2024: 6).

Estas instituições têm como objetivo prestar cuidados de saúde e apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que estejam em situação de dependência, seja devido a uma doença aguda, seja para prevenir o agravamento de uma doença crónica (Instituto da Segurança

Social, I.P., 2024). Estes tipos de cuidados estão orientados para a recuperação global do utente, promovendo a reabilitação, autonomia e melhoria da sua funcionalidade, com vista à sua reintegração na vida familiar e social. As equipas que trabalham nos cuidados continuados são multidisciplinares e incluem profissionais de áreas como medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e serviço social, com o objetivo de apoiar a reabilitação, readaptação e reintegração familiar dos utentes.

A partir do Decreto-Lei n.º 101/2006 e de acordo com o Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Instituto da Segurança Social, 2024), os cuidados prestados estão divididos nas seguintes áreas:

Unidade de Convalescença (UC) – Para pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares, mas que devido a uma doença súbita, agravamento ou descompensação de uma condição crónica, necessitam de cuidados de saúde frequentes, complexos ou prolongados, que não podem ser prestados em casa. Neste caso, os internamentos podem durar até 30 dias.

Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) – Destinada a pessoas que, após uma doença aguda ou uma recaída numa condição crónica, perderam autonomia e funcionalidade, mas apresentam potencial de reabilitação. Necessitam de cuidados de saúde e apoio social de duração ou frequência que inviabiliza a prestação no domicílio. Os internamentos nesta unidade duram entre 30 e 90 dias.

Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) – Para utentes com doenças crónicas ou processos degenerativos, com níveis variados de dependência e complexidade, que não reúnem condições para ser cuidados em casa ou noutra resposta. Oferece apoio social e cuidados de saúde de manutenção, de forma a prevenir o agravamento da situação de dependência e melhorar a qualidade de vida. Os internamentos são superiores a 90 dias.

Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários (ECCI) – Para pessoas em situação de dependência funcional temporária ou prolongada, que não conseguem deslocar-se autonomamente. Estas equipas intervêm no domicílio quando o utente se encontra em condições que permitem a prestação de cuidados continuados em casa. Os cuidados de saúde são prestados com frequência superior a uma vez por dia ou durante mais de uma hora e meia diária, pelo menos três dias por semana.

Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) – Inclui tratamentos em "Residências de Treino de Autonomia", "Unidades Sócio Ocupacionais", "Residências de Apoio Máximo" ou "Residências de Apoio Moderado", tanto para adultos (a partir dos 18 anos) como

para crianças e adolescentes (entre os cinco e os 17 anos). Existe ainda a possibilidade de receber apoio domiciliário através de equipas especializadas.

Podem aceder aos cuidados continuados todos os cidadãos nacionais e estrangeiros com residência regularizada em Portugal que se encontrem numa das seguintes condições: dependência funcional temporária; dependência funcional prolongada; fragilidade devido à idade; incapacidade grave com impacto psicológico ou social significativo; doença grave em fase avançada ou terminal (Instituto da Segurança Social, 2024). Além disso, devem estar numa de duas situações para serem encaminhados para as respostas disponíveis na rede:

- i) Internamento num hospital do Serviço Nacional de Saúde - neste caso, deve ser contactado o serviço onde o doente se encontra internado ou a Equipa de Gestão de Altas (EGA). A equipa do hospital responsável pelo internamento avalia a situação clínica do doente e determina se este reúne as condições necessárias para ser referenciado para a RNCCI. Caso se confirme a elegibilidade, é enviada uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da área de residência do doente ou da sua família.
- ii) Internamento em hospital privado ou noutras instituições ou no domicílio - nestas circunstâncias, deve-se contactar um elemento da equipa de saúde familiar (médico, enfermeiro e/ou assistente social) da Unidade de Saúde da área de residência do cidadão. Esta equipa avaliará se o cidadão reúne as condições necessárias para ser referenciado para a RNCCI, enviando, se aplicável, uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da área de residência do doente ou da sua família.

De acordo com o Barómetro dos Internamentos Sociais 2024, a 20 de Março²⁴, o SNS tinha 2164 camas ocupadas com internamentos sociais, mais 11% face ao mesmo período de 2023, com um custo de mais de 68 milhões de euros para o Estado referenciados neste mesmo relatório da APAH (2024). A falta de resposta da RNCCI é a principal causa do número de internamentos sociais em todas as regiões, sendo que no Centro representa 74% dos internamentos, seguido do Algarve (49%) e do Alentejo (46%). Neste momento, existe um total de 9732 utentes a usufruir desta rede, mas também há uma grande lista de espera: em todas as tipologias, cerca de 2200

²⁴ Fonte: APAH (2024). 8a Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Infografia – Objetivos, Metodologia e Resultados. Disponível online em: https://apah.pt/wp-content/uploads/2024/05/Infografia_BIS_8ed_A4.pdf

pessoas aguardam uma vaga. De acordo com o comunicado disponibilizado em Abril 2024 pela Direção Executiva do SNS, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi reforçada com “mais 180 camas, nas tipologias de Convalescença (UC), Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Longa Duração e Manutenção (ULDM)”²⁵.

No dia 22 de Maio 2024, o jornal “Público” traz para a haste publica uma notícia cujo presidente da Associação Nacional de Cuidados Continuados (ANCC) aponta o abandono dos idosos pelas famílias como uma das principais razões para o aumento dos internamentos sociais, sublinhando a “grande pressão” que esta realidade traz ao sistema (Lusa, 2024)²⁶. No seguimento de pensamento, Bourdain (2024), refere que “há uma discussão que a sociedade portuguesa precisa de enfrentar: o abandono dos idosos pelas famílias. Na minha unidade, em Sintra, fiquei surpreendido ao ver que, dos 59 utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados, quase 50% são abandonados pelas famílias. Isto coloca grande pressão no sistema, particularmente ao nível hospitalar, o que contribui para o aumento dos chamados ‘casos sociais’. Isto, para o presidente da ANCC, traz uma situação onde se cria um problema de “subfinanciamento” e acarreta o risco de encerramento de camas sociais nos hospitais. “O Governo não cobre os valores devidos: o salário mínimo sobe, os custos aumentam com a inflação, mas nas verbas atribuídas o Governo não nos compensa, e, nos últimos três anos, fecharam 307 camas em cuidados continuados. Há várias unidades à beira de encerrar, em situação crítica. Isto retirou do sistema mais 307 camas até ao final do ano passado,” destaca. Cada vez mais, incompreensivelmente, verifica-se um aumento de internamentos sociais, com atrasos na admissão tanto para a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) como para as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), uma situação que parece estender-se para além dos hospitais públicos.

Como transmitido na notícia divulgada pela Lusa (2024)²⁷, o tempo entre a identificação do doente para a Rede de Cuidados Continuados e a disponibilização de uma vaga tem aumentado desde 2022, ano em que mais de 90% da população residia a uma hora ou menos de um ponto da rede com internamento. De acordo com dados da monitorização da Entidade Reguladora da

²⁵ Fonte: Direção Executiva SNS. (2024). Comunicado. Alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Disponível online em: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Comunicado_Imprensa_RNCCI.pdf

²⁶ Fonte: Lusa. (2024). Associação aponta abandono de idosos como causa do aumento dos internamentos sociais. Público. Disponível online em: <https://www.publico.pt/2024/05/22/sociedade/noticia/associacao-aponta-abandono-idosos-causa-aumento-internamentos-sociais-2091465>

²⁷ Fonte: Lusa. (2024). RTP. Tempo de Espera Para Rede de Cuidados Continuados Aumentou Em 2022. Disponível online em: https://www.rtp.pt/noticias/pais/tempo-de-espera-para-rede-de-cuidados-continuados-aumentou-em-2022_n1566168

Saúde, verificou-se um agravamento na mediana do tempo entre a identificação/referenciação do doente para a rede e a obtenção de uma vaga, tanto nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) como nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), em todas as regiões. Segundo os últimos relatórios divulgados pela ERS, no final de 2022, “aguardavam vaga para a RNCCI 1562 utentes, mais 19,24% do que no ano anterior e mais 23,09% do que no final de 2020. Mas é nas ULDM que se concentravam o maior número de utentes à espera” (Lusa, 2024), (Figura 21).

Figura 21: Utentes a aguardar vaga na RNCCI, por região de saúde e tipologia.



Fonte: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), ERS 2024

No final de 2022 a Região de Lisboa e Vale do Tejo era a única região do país que tinha menos utentes a aguardar vaga na RNCCI (diminuição de 671 para 649 indivíduos), ainda que sendo a região com mais utentes em lista de espera. No caso do Alentejo, verifica-se um aumento de utentes a aguardar vaga na RNCCI (56 em 2021 para 87 em 2022). Em Dezembro 2020 existiam 218 utentes a aguardar vaga na RNCCI. O que aconteceu para esta forte redução entre 2020 e 2022? Uma questão que fica em aberto por agora.

Para terminar, no seguimento da notícia da Lusa (2024) para com a informação de monitorização sobre acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)²⁸, “os dados do regulador indicam ainda que, dos utentes internados em 2022, cerca de 80% residia a 60 minutos ou menos da unidade respetiva e mais de 40% a 30 minutos ou menos. Segundo a Monitorização sobre o acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nas Unidades de Convalescença (UC) e nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) a mediana do tempo de espera agravou-se na maioria das regiões de saúde. Na maioria das regiões, o tempo médio de internamento excedeu a duração previsível para a tipologia respetiva, impactando negativamente o tempo de espera até obtenção de vaga”.

Figura 22: Rácios de vagas por 1000 habitantes com 65+ anos, por NUTS III (INE, Censos 2021).

NUTS III	Rácio em ECCI	Rácio em UC	Rácio em ULDM	Rácio em UMDR
Portugal continental	2,44	0,51	2,22	1,37
Alto Minho	3,69	0,94	2,89	1,52
Cávado	1,92	0,44	2,09	1,19
Ave	2,03	0,97	3,11	1,44
Área Metropolitana do Porto	1,55	0,28	1,29	1,12
Alto Tâmega	4,14	0,00	2,65	1,09
Tâmega e Sousa	2,05	0,18	3,04	1,33
Douro	2,59	0,28	3,33	1,93
Terras de Trás-os-Montes	2,65	0,41	4,14	1,74
Oeste	1,69	0,25	2,06	0,83
Região de Aveiro	1,07	1,34	1,46	1,32
Região de Coimbra	1,87	1,26	4,90	2,52
Região de Leiria	1,14	0,28	2,34	2,51
Viseu Dão Lafões	1,38	0,35	2,59	1,31
Beira Baixa	0,52	0,96	3,92	2,29
Médio Tejo	2,54	0,23	3,19	1,81
Beiras e Serra da Estrela	2,65	0,49	2,48	1,77
Área Metropolitana de Lisboa	2,38	0,36	1,32	1,03
Alentejo Litoral	3,96	0,00	3,25	1,90
Baixo Alentejo	3,16	1,55	2,84	1,96
Lezíria do Tejo	5,10	0,00	2,02	1,23
Alto Alentejo	4,62	1,47	4,46	1,69
Alentejo Central	3,94	1,43	2,58	1,57
Algarve	6,31	0,67	2,85	1,28

Fonte: Elaboração própria. Com base nos dados do número de vagas na RNCCI remetidos à ERS pela DE-SNS, em agosto de 2023 e da população residente publicados no Instituto Nacional de Estatística (2023)⁽⁹⁾.

Fonte: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), ERS 2024

²⁸ Fonte: ERS. (2024). Informação de Monitorização sobre acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Disponível online em: <https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisoao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/informacao-de-monitorizacao-sobre-acesso-a-rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci/>

Na figura 22, verifica-se que existe diversidade significativa ao nível da parcela relativa de vagas nas diferentes regiões em 2021. No que concerne às Unidades de Convalescença (UC), as NUTS III do Alto Tâmega, Alentejo Litoral e Lezíria do Tejo não apresentavam qualquer disponibilidade de oferta. As regiões de saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo registavam as menores proporções de vagas disponíveis. Em contraste, as NUTS III do Baixo Alentejo, Alto Alentejo e Alentejo Central, correspondentes à região de saúde do Alentejo, destacavam-se por apresentar a maior disponibilidade de vagas.

Relativamente as ULDM, as NUTS III da Área Metropolitana do Porto, da Área Metropolitana de Lisboa e da Região de Aveiro apresentam os rácios mais baixos, enquanto as NUTS III da região de Coimbra, Alto Alentejo e Terras de Trás-os-Montes apresentam os rácios mais elevados. Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), as NUTS III do Oeste e Área Metropolitana do Porto apresentam os menores rácios e as NUTS III da Região de Coimbra, Região de Leiria os maiores rácios. Para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), As NUTS III da Beira Baixa apresentaram o menor rácio, basto inferior as restantes NUTS III do Algarve, Lezíria do Tejo e Alto Alentejo que apresentam os maiores rácios.

Segundo os dados que a 8ª edição do Barómetro de Internamentos Sociais (BIS)²⁹, com atrasos na admissão para a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e para Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), realço as palavras de Bourdain: “nos próprios cuidados continuados há cerca de 37% de casos sociais e nos hospitais são apenas 11%. Se estas pessoas saíssem dos cuidados continuados, porque também já tiveram alta clínica e alta social, imediatamente abriam-se vagas para quase 2200 casos de internamentos sociais que há nos hospitais”³⁰ (Lusa, 2024). O presidente da ANCC destaca também que o aumento do investimento do Governo no pagamento aos cuidados continuados, aos lares de idosos e ao apoio domiciliário “compensará largamente” a despesa atual face a este fenómeno e aponta soluções a curto e a médio prazo:

²⁹ APAH (2024). 8a Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Relatório. Disponível online em: https://apah.pt/wp-content/uploads/2024/05/APAH_8a-Edicao-BIS_Resultados_Maio-2024-1.pdf

³⁰ Fonte: Lusa. (2024). Associação aponta abandono de idosos como causa do aumento dos internamentos sociais. Público. Disponível online em: <https://www.publico.pt/2024/05/22/sociedade/noticia/associacao-aponta-abandono-idosos-causa-aumento-internamentos-sociais-2091465>

“Uma forma imediata para ajudar a resolver o problema, porque é a forma mais rápida e barata, é criar vagas em apoio domiciliário. Só por isso vamos ajudar a libertar algumas centenas de camas dos hospitais e já vale a pena. Depois, porque vai demorar mais tempo, é criar mais vagas em lares de idosos e em cuidados continuados, pois só assim resolvemos o problema dos casos sociais nos hospitais e nos cuidados continuados; (...) foram abertos concursos para o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), já muito tarde, e as entidades aguardam as decisões para poderem avançar com as obras para o terreno. O PRR está assim muitíssimo atrasado e coloca em causa a execução desses fundos, podendo o país vir a perdê-los por culpa desses atrasos”.

(Bourdain in Jornal Público, 2024)

É expectável que, “o que deve ser feito é criar vagas em apoio domiciliário, lares de idosos e também na RNCCI, sendo que fecharam 307 camas devido ao subfinanciamento (as verbas pagas pelo Estado não têm sido atualizadas ou quando são atualizadas não são suficientes para suportar os custos). Há várias unidades na iminência de fechar devido a não ter dinheiro suficiente para pagar as suas despesas” (Lusa, 2024). Já a ANCC tinha referido que os “enormes atrasos” no PRR, previam a disponibilização de 5500 novas camas de cuidados continuados, e sugere a dispensa de concurso público para agilizar processos e cumprir metas. “Neste momento só o Norte é que tem avisos publicados da listagem das camas atribuídas às instituições que concorreram nas tipologias de média duração, longa duração, saúde mental e unidades de promoção de autonomia. Mas ainda não saíram também as camas de convalescença” (Lusa, 2024).

4.4 – O peso socioeconómico do envelhecimento em Portugal

O envelhecimento da população em Portugal tem um peso socioeconómico significativo, influenciando diversos aspetos da sociedade e da economia. Alguns dos principais impactos são:

1. Os Sistemas de Saúde e Segurança Social – o aumento dos custos de saúde. Com o envelhecimento, existe um aumento na prevalência de doenças crónicas e na necessidade de cuidados médicos especializados. Isso resulta em maiores gastos públicos e privados com saúde.

Há ainda uma pressão sobre a segurança social cujo aumento da população idosa eleva a demanda por pensões e outros benefícios sociais, colocando tensão sobre o sistema de segurança social.

2. O Mercado de Trabalho – A redução da força de trabalho. Com mais pessoas reformadas e menos jovens no mercado de trabalho, há uma diminuição na disponibilidade de mão-de-obra. Isso implica mudanças nos perfis de emprego, onde o envelhecimento pode levar a uma maior demanda por profissionais em áreas como a saúde e os serviços sociais, enquanto setores que tradicionalmente empregam jovens podem enfrentar escassez de mão-de-obra.

3. A Economia – Com crescimento económico mais lento. Uma população envelhecida pode resultar em um menor crescimento económico, devido à redução da força de trabalho e menor dinamismo no consumo. E que por sua vez conduz a um aumento dos gastos públicos. Pois o governo enfrenta a necessidade de aumentar os gastos com a saúde e segurança social.

4. As Famílias e Comunidade - Mudanças na estrutura familiar. Com menos filhos, há menos suporte familiar para os idosos, aumentando a necessidade de serviços públicos e privados de cuidados. Também se verificam alterações no consumo, em que as preferências de consumo mudam com o envelhecimento, com maior demanda por produtos e serviços voltados para os idosos.

5. A Habitação e Infraestruturas - Necessidade de adaptação. A habitação e as infraestruturas urbanas precisam ser adaptadas para atender às necessidades de uma população idosa, como a acessibilidade e a mobilidade.

Isto traz necessidades políticas e procura de soluções para mitigar os impactos negativos do envelhecimento. Daí a procura por incentivos à natalidade e facilitação da entrada de imigrantes jovens para equilibrar a pirâmide etária. Reformas no sistema de segurança social que tragam ajustes para garantir a sustentabilidade do sistema de pensões e benefícios sociais. Os incentivos ao envelhecimento ativo, quem alguns casos incentivem os idosos a permanecerem ativos no mercado de trabalho por mais tempo.

O envelhecimento populacional em Portugal representa assim um desafio complexo que requer uma abordagem multifacetada. A implementação de políticas adequadas pode ajudar a mitigar os impactos socioeconómicos e a garantir uma sociedade mais equilibrada e sustentável. “A despesa pública relacionada com o envelhecimento da população (despesa com pensões, saúde, cuidados de longa duração e educação) deverá aumentar 2,7 p.p. do PIB até 2040, momento a

partir do qual a tendência se inverterá, diminuindo 4,1 p.p. do PIB até 2070” (Nunes, 2021: 71), (Figura 23).

Figura 23: Evolução projetada da despesa pública relacionada com o envelhecimento (Cenário base - em percentagem e pontos percentuais do PIB).

	Pensões				Saúde				Cuidados de longa duração				Educação				Total			
	2019	Var. 2019-40	Var. 2040-70	Var. 2019-70	2019	Var. 2019-40	Var. 2040-70	Var. 2019-70	2019	Var. 2019-40	Var. 2040-70	Var. 2019-70	2019	Var. 2019-40	Var. 2040-70	Var. 2019-70	2019	Var. 2019-40	Var. 2040-70	Var. 2019-70
Portugal	12.7	1.6	-4.8	-3.2	5.7	1.2	0.4	1.6	0.4	0.2	0.2	0.4	4.3	-0.3	0.2	-0.1	23.1	2.7	-4.0	-1.3
Área do Euro	12.1	1.3	-1.2	0.1	6.7	0.7	0.2	0.9	1.7	0.5	0.4	0.9	4.1	-0.2	0.0	-0.2	24.6	2.3	-0.6	1.7
União Europeia	11.6	1.2	-1.1	0.1	6.6	0.7	0.2	0.9	1.7	0.6	0.5	1.1	4.1	-0.3	0.1	-0.2	24.0	2.2	-0.3	1.9

Fonte: The 2021 Ageing Report: Economic & budgetary projections for the EU Member States (2019-2070), Institutional Paper 148, May 2021.

Fonte: Ageing Report, 2021

A mesma autora menciona ainda que “na europa, segundo indicam as projeções, que a despesa aumentará até 2050 (aproximadamente 2,4%), diminuindo gradualmente até ao final do período projetado (-0,7 %)” (Nunes, 2021). Este crescimento inicial da despesa deve-se, em grande parte, ao aumento das pensões, com um contributo mais reduzido das despesas em saúde e cuidados de longa duração, enquanto a despesa em educação apresenta uma ligeira redução. Nas três décadas finais da projeção, é a redução das despesas com pensões que mais contribui para a variação negativa da despesa total, uma vez que os gastos com educação se mantêm quase inalterados ou registam até um ligeiro aumento (0,2 % em Portugal e 0,1 % na UE).

Nunes (2021), neste mesmo relatório, informa também que comparativamente com os restantes países da UE, Portugal posiciona-se, até 2040, como o quarto país com maior aumento na despesa com saúde, o décimo em despesa com educação (sendo um dos poucos com acréscimos nesta categoria), o décimo segundo em despesa com pensões e o décimo nono em cuidados de longa duração. No total do horizonte de projeção, Portugal destaca-se como o segundo país com maior decréscimo na despesa com pensões e o nono em cuidados de longa duração, registando o quarto maior crescimento em despesa com saúde e ocupando a décima posição em despesa com educação (embora esta última tenha variação negativa). No que respeita ao total da despesa, até 2040, Portugal ocupa o décimo primeiro lugar entre os países com maior aumento, mas, até 2070, passa a ser o terceiro país com menor crescimento da despesa.

As prestações sociais, que incluem a Pensão de Velhice e o Complemento Solidário para o Idoso, representam políticas de suporte financeiro destinadas a compensar a perda de rendimentos de trabalho após a reforma e a assegurar mínimos de subsistência, contribuindo para o combate à pobreza (ver Tabela 1).

Tabela 1: Prestações sociais da Segurança Social por situação de reforma.

Pensão de velhice	Prestação mensal de natureza contributiva destinada a proteger os beneficiários do regime geral de Segurança Social, na situação de velhice, substituindo as remunerações de trabalho.
Pensão social de velhice	Prestação mensal, atribuída a partir da idade normal de acesso à pensão de velhice do regime geral, destinada a pessoas que não se encontrem abrangidas por qualquer regime de proteção social obrigatório ou não satisfaçam os períodos de garantia definidos para acesso à pensão de velhice. Montante mínimo mensal de 245,79€.
Complemento por cônjuge a cargo	Prestação mensal atribuída aos pensionistas de velhice e de invalidez do regime geral da segurança social com cônjuge a cargo sem rendimentos. Valor mensal é de 44,88€. Caso o cônjuge tenha rendimentos e estes sejam inferiores a este valor, apenas tem direito à diferença. E o pensionista não receba uma pensão de valor superior a 600€.
Complemento solidário para idosos (CSI)	Apoio mensal pago aos idosos de baixos recursos, com idade igual ou superior à idade normal de acesso à pensão de velhice. Recursos do requerente têm de ser inferiores a 7.208,00 €/ano. Se casado e/ou em união de facto, recursos do casal têm de ser inferiores a 12.614,00 €/ano.
Acréscimo vitalício de pensão	A prestação é atribuída a antigos combatentes que efetuaram contribuições à Segurança Social, de modo a que o tempo de serviço militar bonificado lhes seja contabilizado para efeitos de pensão. Esta prestação não pode ser acumulada com o Suplemento Especial de Pensão ou o Complemento Especial de Pensão. É paga anualmente e corresponde a 12 mensalidades.
Complemento especial de pensão	Trata-se de uma prestação anual atribuída aos antigos combatentes que recebam uma pensão rural, social ou prestação social para a inclusão. Esta prestação corresponde a uma percentagem do valor da pensão social, a qual varia de acordo com o tempo de serviço militar. É paga uma vez por ano e inclui 14 mensalidades. Não pode ser acumulada com o acréscimo vitalício da pensão ou com o suplemento especial de pensão.
Suplemento especial de pensão (SEP)	Prestação anual paga aos antigos combatentes beneficiários da pensão de velhice ou de invalidez do regime geral da Segurança Social. Varia entre 91,13 e 182,21€, consoante o n.º de meses de bonificação do tempo de serviço. Não pode ser acumulada com o Complemento especial de pensão ou Acréscimo vitalício de pensão.

Fonte: DGSS 2024

De entre as prestações sociais atribuídas após a reforma, a Pensão de Velhice constitui o principal tipo de prestação concedida. Em Abril 2024 existiam em Portugal 2,120.088 beneficiários da pensão de velhice, a maioria residente nos distritos de Lisboa e do Porto. Évora detém 35.537 beneficiários da Pensão de Velhice, sendo o local da região do Alentejo com o maior número de pensões. Apesar do aumento do valor das pensões de velhice nos últimos anos, importa referir que, em diferentes situações, essa prestação não é suficiente para garantir um rendimento harmonizado após a saída do mercado de trabalho. Ao analisar os valores da despesa da Segurança Social com a Pensão de Velhice em relação ao número de beneficiários, é possível concluir que, em média, o valor das pensões de velhice tem permanecido sistematicamente abaixo do limiar do risco de pobreza. Esse reflexo é demonstrado no estudo de pobreza da Fundação Francisco Manuel dos Santos. O estudo foca especificamente nas condições de vida dos idosos em Portugal e discute a questão da pobreza na terceira idade em relação às pensões (Diogo, *et. al.*, 2021).

No caso das RNCCI, qual o custo de se estar inserido? O sistema de cuidados para utentes apresenta diferentes modalidades de custos, que podem ser classificados em gratuitas, com pagamento, ou comparticipadas pela Segurança Social, conforme detalhado no guia disponibilizado por esta entidade. Os serviços de internamento em Unidades de Convalescência e o apoio domiciliário proporcionado pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são isentos de encargos para os utentes. Em contrapartida, nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, assim como nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, é necessária uma comparticipação financeira por parte do utente.

Nos diversos segmentos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), os custos associados aos cuidados de saúde são suportados pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outros subsistemas de saúde. Por outro lado, os encargos relativos ao apoio social são parcialmente cobertos pelo utente, em função da sua capacidade financeira, em complementaridade com a Segurança Social. A unidade de cuidados apenas cobrará pelos serviços de saúde e apoio social conforme o valor diário acordado no momento da assinatura do Termo de Aceitação do Internamento. Qualquer despesa adicional, que não esteja incluída nos serviços previamente acordados, será da responsabilidade do utente, caso este a solicite.

É previsto, ainda, que seja estabelecido um contrato de prestação de serviços no ato da admissão, que formaliza a relação entre o utente e o prestador, reforçando os compromissos contidos no Termo de Aceitação e especificando, por escrito, os direitos e deveres, incluindo a modalidade de pagamento. Para obter a comparticipação da Segurança Social, o utente deve preencher um

formulário que tem como finalidade declarar a composição do agregado familiar do utente e os rendimentos associados, para a determinação da comparticipação da Segurança Social nos encargos com os cuidados de apoio social. O montante da comparticipação corresponde à diferença entre os encargos totais com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a ser pago pelo utente, em conformidade com a sua situação económica.

Capítulo V

Desigualdades e dificuldades de uma sociedade envelhecida

5.1 – O idoso por entre as desigualdades sociais, o papel da família e o dever moral da sociedade

Nesta secção do trabalho, inicia-se uma discussão de análise do conceito de responsabilidades partilhadas entre diferentes agentes sociais no contexto dos cuidados a indivíduos com fragilidade e dependência, destacando o Estado, a sociedade civil, as famílias e, ainda, o mercado. Olhando a responsabilidade coletiva a partir “do papel central que a justiça social e os direitos humanos assumem no Serviço Social, reforça a necessidade de promoção de relações de reciprocidade entre indivíduos, como instrumento de coesão [e transformação] social” (Esgaio, 2014: 213). Opta-se assim por não aprofundar cenários prospetivos sobre a evolução do número de indivíduos em situação de dependência, dado que estes cenários apresentam divergências metodológicas e preditivas. Esta abordagem fundamenta-se, sobretudo, na hipótese de que a pressão crescente sobre o sistema formal de cuidados em Portugal não resulta de um incremento quantitativo anómalo no número de idosos dependentes (Nossa, 2020). Ao invés, parece relacionar-se primariamente com a erosão das modalidades tradicionais de prestação de cuidados, historicamente alicerçadas no papel preponderante da família e nas redes de solidariedade informal. É essa dimensão do sistema de apoio que tem sofrido as maiores alterações, influenciando de forma crítica a pressão sobre o sistema formal de prestação de cuidados.

Com base nesta perspetiva, propõem-se questões acerca das modalidades possíveis de reequilíbrio desta dinâmica no contexto atual de Portugal. Assume-se, como hipótese orientadora, a pertinência de um paradigma de políticas públicas que articule adequação das respostas às necessidades sociais com sustentabilidade fiscal, ou seja, políticas públicas eficazes devem garantir tanto a capacidade de resposta apropriada às exigências sociais quanto a sua viabilidade em termos das finanças públicas. Estes dois conceitos, adequação e sustentabilidade, são aqui analisados como variáveis interdependentes. Assim, a busca por um equilíbrio passa pela maximização dos recursos disponíveis entre os diversos agentes sociais, maximizando o retorno social e económico da sua mobilização, num modelo que beneficie todos os intervenientes.

Este estudo divide-se em duas vertentes principais: primeiro, a análise das tensões e desafios que o modelo de cuidados sociais a idosos dependentes enfrenta em Portugal, focalizando o

papel das famílias dentro do quadro institucional do Estado-providência e propondo estratégias de desenvolvimento e adaptação deste modelo. Em segundo lugar, considerando que as necessidades derivadas de fragilidade e dependência são contingentes a fatores contextuais, discute-se a vulnerabilidade da população idosa portuguesa, entendendo-a como variável determinante para a magnitude e intensidade das necessidades emergentes. Para ambas as vertentes, são apresentadas propostas concretas de desenvolvimento e adaptação no âmbito das políticas públicas.

A questão a ser colocada será: como pode o modelo de apoio familiar ser reposicionado no centro do sistema institucional de cuidados no Estado-providência português? Isto porque a organização dos cuidados a idosos dependentes em cada país envolve um conjunto de dimensões específicas, incluindo normas sociais, morais, éticas, políticas governamentais e fatores culturais e demográficos nacionais. Em Portugal, o modelo predominante de prestação de cuidados baseia-se no papel central das famílias como principais fornecedoras de cuidados. Ou seja, é através de transferências dentro da estrutura familiar que se assegura a provisão de bem-estar, algo que, aliás, não é exclusivo do domínio dos cuidados a idosos, mas que se estende a vários outros aspetos da organização do bem-estar social. Sem nos aprofundarmos em análises comparativas de âmbito internacional, e apenas para clarificar o argumento, observem-se as distribuições da prestação de cuidados sociais na Figura 24 abaixo, relativas ao ano de 2013.

Figura 24: Proporção de dependentes por tipo de cuidados formais de que usufruem e por país, 2013.

Tipo de cuidado recebido	Proporção no total de dependentes no país (%)			
	Portugal	Suécia	Alemanha	Reino Unido
Cuidados em contexto residencial	2,56	14,03	10,01	4,44
Cuidados domiciliários	1,57	33,23	4,71	18,64
Subsídios monetários de dependência	30,01	36,13	18,81	27,55

Fonte: Ferreira, Villaverde Cabral, Moreira (2017)

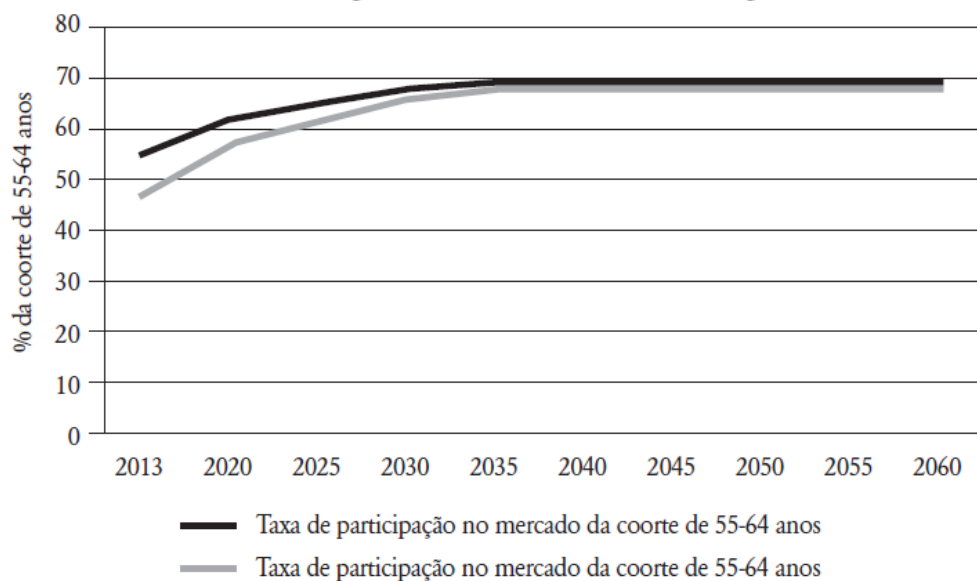
Um exemplo mais concreto desta situação, é o estudo de Rodrigues, Huber e Lamura (2012), que integrou Portugal numa análise comparativa sobre os modelos de cuidados informais na Europa, confirmando que países como Portugal dependem amplamente do apoio familiar na prestação de cuidados. Em particular, no caso de Portugal, o Estado oferece uma cobertura limitada de cuidados formais, o que leva a uma maior responsabilização e centralidade das

famílias. Este estudo sublinha que a prestação de cuidados familiares em Portugal se estende para além do apoio a idosos, abrangendo várias outras esferas de provisão de bem-estar social.

Nada indica que Portugal enfrentará um aumento na incidência de dependência entre os idosos diferente do resto da Europa; ou seja, não existe evidência de que as necessidades de cuidados sejam superiores em Portugal. O que realmente distingue Portugal, nos diferentes cenários prospetivos, é o peso da população idosa em relação à população total, refletindo o desequilíbrio na distribuição das várias coortes etárias. Por exemplo, estima-se que, em 2060, a população com 65 ou mais anos represente cerca de 24% da população total na Suécia, enquanto em Portugal esse valor será aproximadamente 10% superior, ou seja, cerca de 34% (European Commission, 2015).

Isto significa que há uma diminuição significativa de indivíduos, tanto em termos absolutos como relativos (ou seja, em comparação com o número de idosos dependentes), nas coortes que tradicionalmente asseguram a prestação de cuidados, especialmente na faixa etária entre os 50 e os 64 anos. Como sublinha Lopes (2006), apesar de não existirem dados concretos para Portugal sobre o cuidado informal, os diferentes estudos disponíveis sustentam consistentemente que é nesta faixa etária que se concentra a maior parte dos cuidadores familiares. Em Portugal, o que observaremos é um decréscimo absoluto do número de potenciais cuidadores, resultado da evolução demográfica, e, simultaneamente, uma redução deste contingente face ao aumento do grupo de potenciais recetores de cuidados. Em termos simples, o cenário demográfico sugere que teremos menos cuidadores para um número crescente de pessoas a necessitar de cuidados. Além deste efeito demográfico que reduz a disponibilidade de cuidadores familiares, assiste-se também a um impacto de outras dinâmicas de reconfiguração social, nomeadamente as que decorrem da participação no mercado de trabalho. Entre os vários indicadores relevantes, destaca-se a taxa de participação no mercado de trabalho, especialmente entre as mulheres, entre os 55-64 anos.

Figura 25: Taxa de participação no mercado de trabalho da coorte de 55-64 anos em geral e das mulheres em Portugal: 2013 – 2060.



Fonte: Ferreira, Villaverde Cabral, Moreira (2017)

Os dados sugerem que a participação no mercado de trabalho tenderá a aumentar, especialmente nas próximas duas décadas, neste grupo etário. Esta evolução, combinada com o que foi anteriormente mencionado sobre o aumento da sua proporção na população, acentuará ainda mais a diminuição do número de cuidadores familiares disponíveis (ver Figura 25). Esta tendência é particularmente previsível, uma vez que, se o modelo de funcionamento do mercado de trabalho em Portugal se mantiver inalterado, a participação tenderá a ser em tempo inteiro, dificultando a conciliação com as responsabilidades de cuidado. Uma das principais fontes de pressão sobre os sistemas formais de prestação de cuidados a idosos dependentes em Portugal será, o recuo nas modalidades de cuidados familiares, que têm sido fundamentais no modelo português de políticas públicas. Este recuo gerará uma pressão significativa na procura por serviços no sistema formal. Uma análise observada a partir da dependência crescente dos cuidados informais em vários países europeus, incluindo Portugal, que discute como a redução dos cuidadores informais pode aumentar a pressão sobre os sistemas de cuidados formais Rodrigues, Huber e Lamura (2012). O desafio reside em encontrar formas de adaptação do sistema a este novo cenário de (in)disponibilidade de cuidadores informais, conforme indicado por algumas orientações europeias nesta área. Como se poderá alcançar isso?

Em primeiro lugar, será necessário implementar políticas que promovam a conciliação entre a vida familiar e profissional. Esta é uma dimensão central em diversos modelos de Estado em

vários países europeus e representa um dos grandes desafios institucionais para países como Portugal, que têm estruturado o seu sistema na proteção da família tradicional e numa clara diferenciação de género na organização do bem-estar. Para responder ao imperativo legítimo, e também economicamente e tributariamente desejável, de aumentar a participação de todas as faixas etárias, especialmente das mulheres no mercado de trabalho, é crucial criar condições que garantam que esta participação não resulte na diminuição do envolvimento familiar no apoio a idosos dependentes. É desejável que esse envolvimento se mantenha, permitindo: aumentar a cobertura dos serviços de apoio domiciliário que complementem os cuidados informais; adaptar a legislação laboral para reconhecer de forma mais clara o papel dos cuidadores, particularmente no que respeita aos horários de trabalho e ao teletrabalho; e ajustar a legislação fiscal para que as transferências de cuidados dentro da família sejam tratadas de forma mais justa e transparente.

Em segundo lugar, é essencial o reconhecimento formal do papel do cuidador informal familiar. Como referido por Ferreira, Villaverde Cabral e Moreira (2017: 158), “o modelo português tem-se equilibrado numa matriz normativa que naturaliza a prestação de cuidados dentro da família, inscrevendo-a numa obrigação moral e ética que está consagrada no ordenamento jurídico, onde se mantém expressa a obrigação mútua de assistência entre pais e filhos”. Esta situação resultou na falta de reconhecimento formal do papel do cuidador familiar e, conseqüentemente, na ausência de mecanismos de apoio e compensação focados neste cuidador (Lopes, 2013a)”. Possíveis iniciativas de políticas públicas orientadas para a valorização do papel social do cuidador familiar incluem: compensações financeiras, como a criação de subsídios de prestação de cuidados que compensem a perda de rendimento resultante da saída do mercado de trabalho; formação para cuidadores familiares, visando prevenir a deterioração da saúde física e psicológica dos próprios cuidadores; e serviços de substituição que permitam períodos de descanso aos cuidadores. É fundamental garantir que os cuidadores tenham a possibilidade de descansar e manter a sua participação em outras esferas da vida social, e não apenas em situações de férias, conforme a estrutura institucional em Portugal.

Importa notar que por toda a Europa, e apesar das diferenças históricas nos percursos de desenvolvimento e consolidação dos modelos de Estado-providência, as solidariedades familiares e as trocas entre familiares permanecem muito fortes. Em países como Portugal, onde ainda se pode observar a resiliência das normas que sustentam essas solidariedades, a prioridade nas políticas públicas deveria ser a criação de condições que favoreçam a continuidade desse “desejo” de cuidar, facilitando a sua concretização num contexto que articule novas dinâmicas

sociais, individuais e coletivas, que são incompatíveis com as modalidades mais tradicionais (e frequentemente geradoras de desigualdades) de solidariedade familiar (Minayo, 2021).

A segunda questão para reflexão a ser levantada neste ponto da dissertação recai sobre a necessidade de repensar a forma como são prestados os cuidados a idosos dependentes, promovendo uma abordagem mais integrada e abrangente. A velhice acarreta riscos que são distribuídos de forma desigual, tanto por eventos imprevistos, como a perda de um cônjuge ou a saída dos filhos de casa, quanto por vulnerabilidades que têm raízes estruturais e que se acumulam ao longo da vida. Estas vulnerabilidades, socialmente construídas, influenciam fortemente a capacidade dos indivíduos em gerirem os desafios da idade avançada, como a fragilidade e as necessidades de apoio físico ou cognitivo (Rosas, 2015). Em Portugal, as políticas públicas para os idosos dependentes têm-se centrado numa resposta padronizada, insuficiente para atender às especificidades de cada contexto, que, muitas vezes, envolve múltiplos fatores de vulnerabilidade, sejam eles de natureza material, relacional ou informacional (Bárrios, 2017). Este modelo mínimo de apoio é incapaz de romper o ciclo de desvantagens sociais que se vai reproduzindo ao longo do tempo.

Vejamos alguns casos que, à primeira vista, poderíamos pensar que não têm nada a ver com a discussão sobre a prestação de cuidados, mas que talvez se possa considerar essa perspectiva: um exemplo importante, embora indireto, é o papel das condições habitacionais. Para os idosos, a possibilidade de viverem em ambientes adaptados, frequentemente abordada aquando discursos oficiais, implica adaptações nas habitações, como ajustes nas casas de banho, instalação de corrimões ou elevações nos pisos. Adicionalmente, a aquisição de equipamentos móveis, como camas articuladas ou colchões anti-escaras, requer um investimento financeiro elevado, o que para muitos idosos e suas famílias, representa uma carga difícil de suportar. Desta forma, apercebemo-nos que para a implementação de políticas públicas mais inclusivas e flexíveis é essencial para responder adequadamente às necessidades dos idosos dependentes em Portugal. Estas políticas deveriam considerar uma maior diversificação nos apoios, abrangendo não só a assistência monetária, mas também a melhoria do acesso a habitação adaptada e a criação de redes comunitárias de apoio. Para além disso, uma melhor articulação entre os serviços sociais e de saúde, que contemple as necessidades individuais dos idosos, é crucial para garantir a dignidade, a independência e o bem-estar dos idosos em situação de dependência.

Basta uma rápida análise e observação à distribuição dos rendimentos dos idosos pensionistas em Portugal, tendo em conta aquela que é a sua principal fonte de rendimento - as pensões, para perceber o alcance do que se afirmou (ver figura 26). A situação de pobreza financeira e de baixos rendimentos persiste como uma realidade para muitos idosos em Portugal. Embora tenham sido realizados alguns avanços para aliviar a pobreza, como o complemento solidário para idosos, o seu impacto, apesar de relevante, é limitado. Este apoio, baseado no valor de referência da linha de pobreza, não consegue providenciar os recursos necessários para que o idoso e a sua família possam lidar com as exigências financeiras adicionais, caso surjam situações de dependência física. Isto é especialmente evidente quando, por exemplo, se torna necessário fazer adaptações na habitação para responder às novas condições de fragilidade e de mobilidade reduzida.

Figura 26: Distribuição de reformados e pensionistas por escalão de pensão, 2013: segurança social + Caixa Geral das Aposentações.

Escalão da pensão mensal	<i>n</i>	%
Até 250 euros	538 880	24,53
250 a 500 euros	903 880	41,15
500 a 1000 euros	404 736	18,42
1000 a 2500 euros	280 736	12,78
Acima de 2500 euros	68 555	3,12
Total	2 196 787	

Fonte: Ferreira, Villaverde Cabral, Moreira (2017)

Neste campo de ação, entre 2007 e 2013 existiu um programa de conforto habitacional para idosos proprietários, que visava apoiar pessoas com 65+ e mais anos que já usufruíam de serviços como apoio domiciliário ou frequentavam centros de dia, ou ainda cuja prestação desses serviços dependia da adequação da sua habitação. Este exemplo demonstra a necessidade de repensar as políticas públicas de apoio aos idosos, adotando uma visão mais abrangente e integrada. É fundamental que as políticas sejam ajustadas às condições individuais em que estas necessidades se manifestam. A prestação de cuidados a idosos dependentes não pode restringir-se apenas às modalidades específicas de apoio; deve, ao mesmo tempo, considerar outras dimensões que influenciam o sucesso e o alcance das intervenções.

É igualmente importante ter em conta as disparidades nos recursos financeiros disponíveis para cada pessoa em situação de dependência, pois estes recursos determinam a capacidade de enfrentar as exigências impostas pela condição de dependência. Em vez de um subsídio

padronizado, como o atual complemento por dependência, poderia explorar-se uma abordagem mais flexível, como os orçamentos individuais utilizados no Reino Unido, que permitem ajustar o apoio às necessidades específicas de cada idoso. Ou seja, ao invés de um complemento que é bastante baixo (valores entre 110,61€ e 221,21€)³¹ para todos os que, clinicamente, satisfazem os critérios de elegibilidade para o subsídio, poderia ser considerada uma avaliação que se baseasse num perfil de necessidades mais abrangentes. Esse perfil incluiria, além dos critérios clínicos, também critérios sociais e económicos, permitindo classificar a intensidade das necessidades do idoso, tendo em consideração o seu contexto de vida específico. Esta abordagem facilitaria uma resposta mais integrada e diferenciada para os diversos perfis de dependência. Num sistema como o familismo em Portugal não se pode permitir perder aquele que tem sido o seu elemento mais crucial na provisão global de bem-estar: o apoio familiar, especialmente desempenhado pelas mulheres. A tradicional atribuição natural do papel de cuidador à família, e em particular às mulheres, demonstra que a implementação de um modelo alternativo ou uma expansão desenfreada das respostas formais, sejam elas públicas, sociais ou privadas, e não é sustentável nem realista. Reconhecer o valor central dos cuidados informais e investir na criação de condições que possibilitem a sua continuidade é provavelmente a única solução viável. Para isso, será essencial colocar o cuidador informal no centro das políticas públicas. Ao mesmo tempo, a prestação de cuidados deve ser considerada no contexto social e económico em que ocorre, uma vez que a intensidade das necessidades e o impacto dos diversos apoios dependem em larga medida dessas condições. Assim, as políticas de cuidados devem ser pensadas de forma integrada, considerando a complexidade de cada contexto específico onde as necessidades surgem, para garantir que as respostas oferecidas são verdadeiramente adequadas e ajustadas aos contextos reais de cada idoso (Falzarano, *et. al.*, 2021; Pego e Nunes, 2018).

5.2 – O papel, a racionalização e a vulnerabilidade do profissional de saúde

O envelhecimento representa um marco importante no sucesso do desenvolvimento humano, refletido no aumento da longevidade. Contudo, este fenómeno traz consigo uma responsabilidade crescente e exige respostas interdisciplinares para dar suporte às necessidades das pessoas mais idosas. Compreendemos hoje melhor as diferentes formas de envelhecimento, que variam amplamente devido a uma série de fatores individuais, contextuais, psicológicos,

³¹ Fonte: Valores à data de 06/2024, conforme referenciado no guia prático da SS – complemento por dependência. Disponível online em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/15002/7013_complemento_dependencia/1333cd5e-09f0-4935-9ca4-eae7ace41161

sociais e económicos, essenciais para um processo de envelhecimento positivo. Cada pessoa envelhece de forma única, e é esta diversidade que molda o modo como se vive a idade avançada.

A saúde é um elemento fundamental para que o envelhecimento seja bem-sucedido. Quando ocorre a sua degradação, é comum o aparecimento de doenças e, em muitos casos, a perda gradual da independência e da autonomia. Esta perda de competência pode resultar de uma desarmonia entre o indivíduo e o seu ambiente, seja pela redução das capacidades pessoais, pelo aumento das exigências do contexto envolvente, ou por uma combinação de ambos. Assim, é possível afirmar que as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, sobretudo aquelas que afetam a saúde física e mental, podem tornar as pessoas idosas mais vulneráveis e comprometer a possibilidade de um envelhecimento bem-sucedido. O relatório da Organização Mundial de Saúde - "*Envelhecimento e Saúde*" (ANO) mostra a necessidade de intervenções interdisciplinares que envolvem não apenas cuidados de saúde, mas também suporte social e acessibilidade a serviços, evidenciando que o contexto social e económico é crucial para a qualidade de vida dos idosos (WHO, 2015). Neste contexto, o profissional de saúde tem um papel vital no processo ou vivência do envelhecimento, exigindo-se-lhe uma abordagem holística que vai além do tratamento de doenças. Isso inclui a promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação, cuidados paliativos e suporte emocional e social. A capacitação contínua e a coordenação de uma equipa multidisciplinar são essenciais para oferecer um cuidado eficaz e humanizado, garantindo qualidade de vida e dignidade aos idosos. Um papel crucial e multifacetado para com os cuidados dos mais velhos.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam o desafio de desenvolver e implementar técnicas eficazes de comunicação para otimizar os ganhos em saúde e prevenir complicações nas pessoas idosas que necessitam de cuidados. A comunicação é uma habilidade intrinsecamente humana; mesmo quando um indivíduo decide não se expressar, essa escolha comunica uma mensagem. Assim, comunicar envolve não apenas a transmissão de informações, mas também a partilha e a participação, constituindo um processo dinâmico e contínuo que fomenta a criação de relações e interações entre as partes envolvidas (Almeida, *et. al.*, 2021). No âmbito da saúde, esta consideração é particularmente relevante, pois o profissional deve respeitar a individualidade de cada pessoa, reconhecendo as suas características distintas. A aceitação dessas diferenças é crucial, especialmente no cuidado a pessoas mais velhas, uma vez que o processo de envelhecimento exige uma comunicação adequada e sensível (Almeida, Tavares e Ferreira, 2021).

A comunicação, uma das principais características da natureza humana, é essencial para a sobrevivência. Embora a comunicação seja uma constante, é pertinente questionar a eficácia dessa interação. Esta reflexão é especialmente relevante na área da Enfermagem, onde a relação estabelecida entre o paciente e o enfermeiro é determinante para a qualidade dos cuidados prestados (Coelho e Sequeira, 2014). Em sintonia, também para Sequeira (2016), o sucesso da comunicação na prestação de cuidados está positivamente associado a melhores resultados em saúde, destacando a comunicação como um elemento central na qualidade dos cuidados. Assim, a comunicação, entendida como um processo de transmissão e receção de informações, é fundamental para sustentar as relações interpessoais e pode influenciar significativamente os comportamentos dos indivíduos. Este processo comunicativo integra um componente cognitivo, relacionado ao conteúdo informativo da mensagem, e um componente afetivo, ligado à maneira como a mensagem é transmitida, devendo haver congruência entre o que se comunica e como se comunica (Almeida, Tavares e Ferreira, 2021).

Para Campos (2017), a comunicação abrange componentes verbais e não-verbais, existindo uma relação de complementaridade entre ambos. Através da comunicação não-verbal, conseguimos transmitir mensagens que são frequentemente impossíveis de expressar apenas pela linguagem verbal. Neste sentido, a expressividade da comunicação não-verbal tende a sobressair em relação à verbal, manifestando atitudes, emoções e sentimentos que, em algumas situações, podem não ter sido intencionalmente revelados, sendo a percentagem de informação que conseguimos transmitir, exclusivamente através de palavras, frequentemente mais reduzida. Estudos demonstram que a comunicação não-verbal pode representar uma parte significativa da mensagem total. De acordo com Mehrabian (1971), as emoções são comunicadas em 7% através das palavras, 38% pela entoação e 55% pela linguagem corporal, indicando a predominância da comunicação não-verbal na expressão de sentimentos e atitudes. Portanto, é essencial reconhecer a importância da comunicação não-verbal como um elemento complementar à comunicação verbal, pois, juntos, estes componentes permitem uma expressão mais rica das intenções e emoções humanas.

A dinâmica no desenvolvimento das competências verbais e não-verbais é essencial para aceder à individualidade da pessoa que recebe cuidados. Surgindo, assim, a necessidade de adquirir conhecimento e promover habilidades nesta área, de forma a utilizar a comunicação de maneira eficaz nos diversos contextos de cuidados, especialmente no atendimento a pessoas mais velhas. Sendo que os idosos constituem um grupo bastante heterogéneo, apresentando diversas especificidades. Em que a maioria tenta ocultar sinais de envelhecimento, enquanto outros

aceitam os estereótipos associados à idade avançada. Há quem entenda o envelhecimento como um período de declínio, e outros que o veem como uma fase de desenvolvimento. É importante reconhecer que as diferentes perspectivas podem também incluir variadas crenças, valores e estratégias de enfrentamento do stress, resultando em necessidades diversas que exigem uma intervenção ajustada por parte dos enfermeiros. O apoio que os enfermeiros oferecem ao lidarem com novos desafios e na identificação das necessidades é fundamental, permitindo um cuidado personalizado para cada indivíduo (Sequeira, 2016).

Uma abordagem que reconheça a diversidade entre os idosos facilitará a comunicação interpessoal e a construção de relações adaptadas a este grupo. É crucial considerar possíveis barreiras à comunicação, como défices sensoriais, e assegurar que o tempo dedicado à interação não seja apressado, especialmente para aqueles que, muitas vezes, estão isolados socialmente e desejam manter a comunicação com o enfermeiro. Além disso, as diferenças geracionais devem ser levadas em conta, pois as pessoas mais velhas possuem expectativas e valores distintos em relação às gerações mais jovens (Sequeira, 2016).

Todos estes fatores exigem que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação adequadas para oferecer um cuidado eficaz a pessoas idosas. A comunicação é um elemento fundamental da prática de enfermagem, influenciando diretamente a qualidade dos cuidados prestados. Para garantir o sucesso nas intervenções, a comunicação deve ser integrada na prática profissional, permitindo o estabelecimento de um vínculo significativo com o paciente. Na área da saúde, a comunicação deve ser terapêutica, pois o seu objetivo final é o cuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Este processo é consciente e intencional, reunindo informações sobre o estado de saúde da pessoa através da utilização de linguagem (Araújo, *et. al.*, 2021).

Na prática da comunicação terapêutica com a população idosa, o enfermeiro recorre a técnicas de comunicação não-verbal, como o toque, o olhar, a distância interpessoal, a postura física, o silêncio e a escuta atenta. Complementarmente, utiliza também técnicas de comunicação verbal, que incluem a síntese, a formulação de questões, o feedback, a oferta de conselhos e a transmissão de informações. É fundamental ter em conta algumas particularidades ao interagir com a pessoa idosa: as palavras devem ser escolhidas em função do nível cultural do interlocutor, o discurso deve ser claro e conciso, e é recomendável utilizar frases simples e curtas, comunicando a um ritmo que se adapte às capacidades da pessoa (Sequeira, 2016).

Através de comportamentos não-verbais adequados, o enfermeiro pode estabelecer e manter uma relação de confiança com o idoso, essencial para que este se sinta à vontade para partilhar

as suas necessidades e preocupações. Considerando as limitações cognitivas e sensoriais que muitas vezes afetam os idosos, estes podem mostrar-se mais sensíveis ao clima afetivo que se cria através dos sinais não-verbais. Na execução das suas funções, a comunicação torna-se uma inevitabilidade para o enfermeiro, sendo imperativo garantir a eficácia da interação. Para tal, é necessário não apenas dominar as competências e estratégias de comunicação, mas utilizá-las de forma apropriada. O verdadeiro diferencial do enfermeiro reside na capacidade de adequar e aplicar eficazmente essas estratégias e habilidades na comunicação com os idosos, especialmente quando a comunicação tem um propósito terapêutico, impactando diretamente a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do paciente (Sequeira, 2016).

Espera-se que os enfermeiros consigam estabelecer relações interpessoais eficazes, uma vez que estas competências são cruciais na prestação e gestão de cuidados. Além disso, a comunicação terapêutica insere-se nas intervenções de enfermagem autónomas, sendo a sua implementação uma responsabilidade exclusiva do enfermeiro. Assim, tendo em vista o impacto positivo de uma comunicação eficaz na saúde e no bem-estar do idoso, é essencial que os enfermeiros mobilizem estas competências comunicacionais ao longo da sua prática profissional. Tais competências, adquiridas durante a formação, devem ser continuamente implementadas e aprimoradas na prática, a fim de serem exercidas com a devida destreza e perícia (Sequeira, 2016).

A comunicação com a pessoa idosa segue, em geral, as regras e convenções habituais da interação com adultos, podendo ser empregues várias estratégias (Sequeira, 2016). É fundamental: manter a interação em ambientes bem iluminados e silenciosos, promovendo o contacto visual; ajustar o tom, o ritmo e a velocidade da fala, garantindo pausas para dúvidas e esclarecimentos; respeitar a identidade da pessoa; promover e respeitar a dignidade; valorizar as capacidades da pessoa idosa; e adaptar o ambiente às suas necessidades de comunicação.

Entre as dificuldades de comunicação mais comuns nas pessoas idosas, destacam-se as alterações sensoriais associadas ao processo natural de envelhecimento, nomeadamente a diminuição da acuidade visual e auditiva.

Podemos adotar diversas estratégias gerais para melhorar a comunicação com os idosos que apresentam estes défices. As novas tecnologias, por sua vez, têm o potencial de estimular física e cognitivamente os idosos, permitindo-lhes manter laços afetivos e, assim, facilitar a comunicação. A disponibilização de tecnologias contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, simplificando as suas rotinas diárias e aumentando o seu envolvimento social. Além disso, essas tecnologias podem elevar a confiança dos mais velhos

nas suas capacidades, promovendo a literacia digital e, conseqüentemente, aprimorando o seu potencial cognitivo. A utilização da tecnologia favorece um envelhecimento "no local", permitindo que mais pessoas idosas vivam nos contextos que desejam, mantendo níveis aceitáveis de bem-estar, enquanto contrabalançam as variáveis de isolamento e solidão, frequentemente associadas a esta fase da vida e que desvalorizam a dignidade humana.

Quando se aborda a humanização dos cuidados de saúde dirigidos à pessoa idosa, considera-se a integração de atitudes comunicativas, afetivas, de confiança e de empatia. A valorização da pessoa idosa enquanto ser singular depende, inevitavelmente, da maneira como nos comunicamos com ela, da forma como reconhecemos as suas competências e da preservação da sua identidade e experiência. Nesta perspectiva, a linguagem é uma ferramenta essencial para dignificar e humanizar os cuidados. Existem contextos específicos em que a comunicação com a pessoa idosa pode ser facilitada por determinadas estratégias, como no caso de idosos com demência ou daqueles em fase terminal, onde é particularmente sensível a transmissão de más notícias.

Para com casos de pessoa idosa com demência, a comunicação deve ser adaptada aos sinais e sintomas que apresenta, tendo em conta o estágio da doença. Assim, as estratégias a utilizar estão intimamente ligadas às alterações na comunicação verbal e não-verbal resultantes da progressão da síndrome. Os principais desafios comunicativos nesta população incluem a dificuldade em compreender o que lhes é dito e a incapacidade de se expressar. Muitas vezes, a sensação de não ser compreendido pode levar a reações emocionais intensas.

Na fase mais avançada da demência, é comum observar a ausência total de discurso, pelo que é crucial antecipar as necessidades da pessoa idosa, prestando atenção aos gestos e expressões faciais, que podem fornecer informações valiosas.

A comunicação de más notícias com a passagem da mensagem de "abandono" requer uma comunicação afetiva e empática. Este princípio de comunicação pode ser comprometido quando o enfermeiro enfrenta inseguranças, como a incerteza em relação a como responder ao doente, e emoções que dificultam um processo comunicativo eficaz. Este processo deve fundamentar-se significativamente no suporte emocional, além da simples partilha de informações. Quando o enfermeiro utiliza uma linguagem formal que não se adequa ao nível de escolaridade do paciente, pode promover um distanciamento em relação à situação de cuidados, o que empobrece a qualidade dos cuidados de enfermagem, dado que não é possível cuidar sem uma comunicação efetiva (McCabe, 2004).

É compreensível que o enfermeiro encontre dificuldades em comunicar sobre situações que não vivenciou pessoalmente, especialmente no que respeita à comunicação com a pessoa idosa, cuja experiência de vida é frequentemente distinta da sua, seja pela longevidade ou pelas diferenças geracionais. Contudo, os enfermeiros não podem vivenciar todas as necessidades e problemas que os pacientes enfrentam. Assim, as competências cognitivas e socioafetivas dos enfermeiros, juntamente com a sua capacidade de mobilizar esse conhecimento, definem o seu papel preponderante no cuidado à pessoa idosa (Sequeira, 2016).

A resposta da pessoa idosa à comunicação de más notícias pode variar consoante a fase da vida em que se encontra, uma vez que pode estar marcada pelo medo da morte e da dependência que a nova condição de saúde pode implicar. Assim, considerando os potenciais défices sensoriais e cognitivos que os idosos podem apresentar, a comunicação de más notícias requer atitudes cuidadosas por parte do enfermeiro, uma vez que o paciente pode não compreender totalmente o significado do que está a ser transmitido (Li *et. al.*, 2020).

É fundamental ressaltar que a forma como uma má notícia é comunicada pode influenciar a maneira como a pessoa idosa enfrenta a sua situação. As competências comunicativas do enfermeiro são cruciais, uma vez que ele é muitas vezes o profissional que está mais próximo do paciente, durante mais tempo, e que fundamenta os seus cuidados na resposta às necessidades deste. Desta forma, o enfermeiro desempenha um papel essencial na comunicação de informações, ajudando a pessoa a adaptar-se à sua nova condição de saúde e respeitando a sua autonomia, proporcionando assim um cuidado integral (Sequeira, 2016).

5.3 – Entre a ciência e a sociedade: a evidência e a realidade

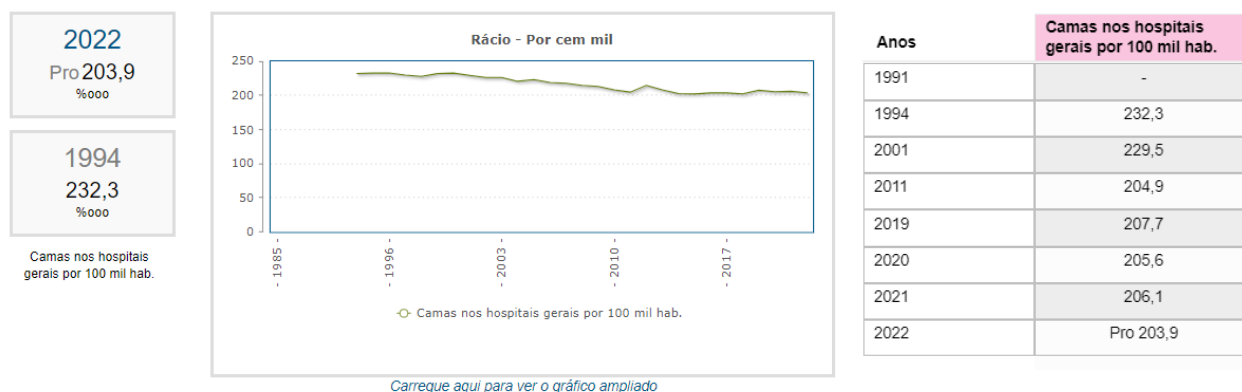
Após a discussão dos desafios, doenças e fatores que levam ao internamento hospitalar, torna-se mais claro entender o sistema. Devido ao caráter agudo de certas condições e aos processos relacionados ao envelhecimento, a hospitalização de idosos é muitas vezes necessária. À medida que as incapacidades físicas e psicológicas aumentam, as capacidades sociais diminuem, levando à consideração do internamento em uma instituição.

Segundo Carapinheiro (1998: 123), “o processo de admissão de um doente num hospital, entendido como um conjunto de procedimentos que reduzem a pessoa a mais um doente, onde lhe são retirados o seu espólio pessoal, lhe é atribuída uma cama, ficando confinado aquele espaço, e submetido às regras e aos regulamentos da instituição, esperando pelas decisões dos

vários profissionais de saúde. O meio hospitalar representa assim um local estranho, onde as pessoas são desconhecidas, comportam-se de forma pouco usual, usam uma linguagem misteriosa e impercetível”.

Embora se observe que a probabilidade de internamento hospitalar aumenta com a gravidade da incapacidade do idoso, a realidade mostra que, conforme as políticas de saúde e os objetivos das instituições hospitalares, o número de camas é intencionalmente limitado e, em muitos casos, tem diminuído. Quando o esperado seria o oposto. Isso contrasta com as expectativas de que a oferta de camas deveria aumentar ou, pelo menos, ser mantida para atender à crescente demanda por cuidados de saúde na população envelhecida (Figura 27).

Figura 27: SNS, camas nos hospitais por 100 mil habitantes – Continente.



Fonte: PORDATA (Última atualização: 2024-06-19)

A hospitalização envolve não só preocupações relacionadas com a saúde, mas também representa uma alteração significativa no ambiente habitual da pessoa idosa, resultando numa quebra nos seus hábitos diários. Essa mudança pode ser especialmente difícil para idosos, que podem ter uma capacidade reduzida para se adaptar a novas situações. O isolamento e a rigidez das normas hospitalares, centradas na doença, podem aumentar a sua vulnerabilidade. O internamento muitas vezes leva a complicações funcionais, que se devem mais à interação entre o envelhecimento e a experiência hospitalar do que à própria causa da admissão.

São várias as consequências físicas e psicológicas que levam ao internamento hospitalar, Melão (1999) menciona que a hospitalização pode potenciar diversos problemas, incluindo consequências médicas como imobilização, infeções, desnutrição e cronicidade. Além disso, há impactos psicológicos, como uma autoimagem negativa, dependência, desorientação,

agressividade, submissão, depressão e um sentimento de morte iminente. Socialmente, os idosos podem enfrentar a perda de autonomia, dificuldades de comunicação, perda de referências e desafios na reintegração familiar, assim como custos económicos. Segundo o autor, “o idoso sente que a doença lhe traz dependência, sentindo-se incompetente, delegando toda a responsabilidade em familiares ou profissionais, colocando-se como total dependente” (p. 124).

Também Cabete (2001) investigou o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico dos idosos, concluindo que internamentos prolongados, além de uma semana, apresentam efeitos adversos nessas áreas. Assim, os idosos frequentemente recebem alta em condições funcionais e psicológicas piores do que quando foram admitidos, o que implica a necessidade de um suporte maior nas suas atividades de vida diária (AVDs) após a alta. Contudo, esse apoio muitas vezes não é disponibilizado pelos profissionais de saúde, que tendem a priorizar aspetos técnicos. Segundo Cabete (2005), isso resulta em “isolamento dos doentes em relação ao mundo que os rodeia, a promiscuidade na organização do agrupamento dos doentes, o cumprimento de regulamentos que programam o seu quotidiano, bem como a apreciação dos doentes a partir da referência única a uma ideologia centrada na doença” (p. 45).

Os enfermeiros, principais prestadores de cuidados à população idosa hospitalizada, frequentemente enfrentam desafios nas suas interações. Esses desafios podem ser atribuídos a dificuldades sensoriais, barreiras de comunicação, diferenças geracionais e desigualdades socioeconómicas. Cabete (2001), destaca que essas circunstâncias podem dar origem a atitudes negativas, como a infantilização e a imposição de cuidados. Embora os enfermeiros reconheçam a importância de um cuidado respeitoso e atencioso, a ênfase em tarefas físicas rotineiras pode criar um descompasso entre as expectativas dos pacientes e os cuidados efetivamente prestados. É importante destacar que a questão dos cuidados inadequados às necessidades dos idosos já estava reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Este plano apontava a falta de um rastreio adequado dos fatores de fragilidade dos idosos nos cuidados de saúde primários. A organização dos serviços de saúde ainda não é suficiente para atender efetivamente a esta população envelhecida. A gerontologia surge, assim, como uma área específica de formação, dada a insuficiência na prestação de cuidados, o difícil acesso aos serviços de saúde e a falta de articulação entre os setores envolvidos, enfatizando a necessidade de formação para melhorar os cuidados prestados a este grupo.

Em Portugal, como em muitos países, a família é o principal cuidador dos idosos, e a hospitalização gera altos níveis de ansiedade para os familiares. Durante o internamento do idoso, a família precisa renunciar ao seu papel habitual de cuidador, enfrentando uma nova fase

na prestação de cuidados. Essa situação é acompanhada de expectativas e ambivalências em relação à alta hospitalar, especialmente quando há maior dependência física. Para Cabete (2005), a alta hospitalar pode impactar negativamente a família, uma vez que a condição clínica do idoso pode ser complexa e exigir cuidados para os quais a família pode não estar preparada, tanto emocional quanto estruturalmente. As dificuldades de readaptação podem ser atenuadas se houver maior envolvimento familiar nos cuidados ao idoso, permitindo que este mantenha o seu lugar na dinâmica familiar. Cabete (2005: 26) enfatiza que “a família desempenha um papel fundamental na adaptação do doente ao hospital”. Para que isso ocorra, os profissionais de saúde devem compreender a individualidade de cada estrutura familiar e estar aptos a responder às suas expectativas e necessidades.

A intervenção do profissional de saúde deve incluir um diagnóstico da situação familiar, considerando seus recursos e limitações, de modo a proporcionar cuidados adequados que satisfaçam as necessidades do idoso e da família. O objetivo é promover a colaboração entre as estruturas hospitalares (formais) e a família (informais) em prol da reabilitação do idoso, favorecendo um desfecho clínico positivo no internamento. Contudo, é importante lembrar, como refere Relvas (1982: 219), que a “dependência relacionada com a inversão das funções filiais/parentais é sempre esperada e anunciada, mas também sempre surpreendente”.

Embora a perda de habilidades frequentemente associada ao envelhecimento pareça estar relacionada à idade cronológica, a verdade é que não existe um perfil “típico” de idoso. As capacidades e necessidades de saúde dos adultos mais velhos não surgem aleatoriamente, mas são resultado de experiências ao longo da vida, muitas vezes modificáveis. Assim, a idade avançada não necessariamente implica dependência (Almeida, 2011).

O envelhecimento populacional apresenta desafios econômicos e sociais significativos, exigindo que a comunidade científica priorize a inclusão dos seus impactos nas políticas públicas. É fundamental desenvolver respostas adequadas às demandas dos idosos, ampliando a oferta de instituições e serviços que proporcionem cuidados adequados, como cuidados domiciliários e de longa duração, envolvendo também a família e a sociedade (Observatório Nacional, 2020).

A definição de idoso dada pela OMS, como alguém com 60 anos ou mais é deveras questionável. O que importa é reconhecer que essa fase da vida pode durar muitos anos, durante os quais os indivíduos podem desempenhar papéis e atividades semelhantes aos de outras idades. Para proteger os direitos sociais dos idosos, é imprescindível aumentar o investimento público e repensar o sistema social atual com uma nova abordagem demográfica.

Por sua vez, muitos profissionais de saúde enfatizam a necessidade de políticas focadas no aumento das infraestruturas para idosos (Tavares, Santinha e Rocha, 2023). A falta de

especialização e formação em geriatria nos hospitais é vista como um indicativo de que o envelhecimento não está a ser abordado de forma adequada (Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, 2021). Embora os jovens de hoje estejam cientes dos desafios associados ao envelhecimento, tendem a confiar excessivamente na resolução desses problemas por terceiros, antes que eles próprios os enfrentem.

5.4 – Perspetiva ao abandono dos idosos nos hospitais

O abandono muitas vezes resulta do sentimento de solidão, que pode ser caracterizado por angústia e isolamento, apresentando uma complexidade que dificulta a sua definição. Segundo Neto (2000: 321) “quem experienciou a solidão viveu uma experiência dolorosa, principalmente se as relações sociais não são adequadas”. Este autor também destaca que a solidão é um sentimento penoso que surge da discrepância entre as relações sociais que se têm e as que se desejam. Apesar de ser um conceito intuitivo, não se pode assumir que o significado de solidão é idêntico para todas as pessoas. Neto (2000: 322) cita Lopata (1969) ao afirmar que a solidão “é um desejo por uma forma ou um nível de interação diferente do que se experiência no presente”. Visto isto, a solidão não se limita a momentos de solidão física, mas engloba uma realidade muito mais complexa e abrangente.

O abandono de doentes nos hospitais públicos é mais notório e crescente sobretudo em determinados períodos do ano. Períodos esses que segundo os profissionais de saúde são a época natalícia e a época de verão. Será esta uma prática recorrente devido à falta de apoios sociais ou á falta de conhecimento por parte dos cuidadores que podem tratar socialmente dos idosos de um modo mais consciente e eticamente mais correto?

Conforme aponta Cardão (2009), a institucionalização é um momento desafiador, variando em intensidade para diferentes indivíduos, dependendo de suas histórias de vida e da capacidade de enfrentar a perda. Ao deixar suas casas, muitos idosos podem sentir-se abandonados, interpretando a decisão da família como uma rejeição. Nesse sentido, Cardão (2009: 18) esclarece que “a institucionalização pode ser entendida como um duplo processo: por um lado, como recurso a serviços sociais de internamento onde recebe assistência, por outro, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos”.

Citando ainda Cardão (2009: 19) que também faz referência “à perda do meio familiar, com os sentimentos mais ou menos manifestos de abandono pela família depressa se juntam outras vivências de perda como a da sua independência e do exercício pleno da sua vontade, devido à normalização e observância da sua conduta dentro da instituição”. A institucionalização torna-

se uma realidade para muitos idosos que, por diversos motivos, são obrigados a recorrer a este tipo de serviços. Frequentemente, as famílias não conseguem dedicar o tempo necessário ao idoso, levando à institucionalização como uma solução viável. Infelizmente, existem ainda casos em que idosos são maltratados e abandonados em lares ou hospitais, tratados como “um estorvo”.

Pais (2006) salienta que para muitos idosos o sentimento de abandono leva-os a não suportarem a vida, nem as ameaças que pendem sobre ela. Onde o ingresso nos lares, muitas vezes, é feito por empurrão, quando os familiares destes idosos decidem pelo seu internamento, ou mediante negociação quando os próprios idosos por viverem sós, e por “não quererem constituir-se um fardo para a família, ou porque estes não lhe prestam a ajuda pretendida, acolhem o internamento como inevitável ou mal menor” (Pais, 2006: 146). Onde a grande maioria destes, veem essa mudança para a instituição como uma quebra de laços afetivos com a sua família, amigos e vizinhos. Realça-se ainda em Pais (2006: 146) que também “a frustração do internamento no lar é contrabalançada pela desculpabilização dos filhos em relação a possíveis ressentimentos ou recalamentos por falta de apoio”.

Para o idoso institucionalizado, o momento da institucionalização representa um grande sofrimento, pois envolve a separação sobretudo com os seus familiares. Muitos destes idosos sentem receios associados à institucionalização, como a perda de liberdade, o abandono pelos filhos, a aproximação da morte e o medo do tipo de tratamento que irão receber, entre outros.

Melo e Neto (2003) mostram que a institucionalização dos idosos nem sempre combate a solidão, pois, ao serem institucionalizados, os idosos enfrentam dificuldades em partilhar espaços, como o quarto, que frequentemente têm de dividir com um desconhecido. Esta partilha é sentida como uma invasão da sua privacidade. Nessa fase, alguns idosos sentem-se um peso para os cuidadores e experimentam sentimentos de inutilidade e impotência face às mudanças constantes com que se deparam.

A hospitalização dos idosos ocorre geralmente quando estes enfrentam um problema de saúde agudo. Embora existam vários equipamentos de saúde, é o hospital que se destaca por estar sempre disponível para tratar as pessoas, independentemente da idade, especialmente em casos de cuidados urgentes. Contudo, muitos idosos sentem que os profissionais de saúde utilizam uma linguagem difícil de entender e têm comportamentos pouco familiares (Almeida Alves, 2003), além de serem obrigados a cumprir normas e rotinas hospitalares. Tudo isto faz com que o ambiente hospitalar lhes pareça estranho. Sousa (2006: 121) realça que "a hospitalização provoca uma identidade uniforme, em que os sujeitos são despojados de roupas e objetos

personais, vestindo um pijama ou bata iguais aos restantes internados". Quanto mais doentes estão os idosos, maior é o seu sentimento de dependência em relação aos profissionais ou familiares. Em alguns casos, a hospitalização é decidida pela família, que se sente aliviada ao ver o idoso internado. Existem situações em que os idosos permanecem hospitalizados durante longos períodos sem receber visitas, nem sinais de interesse em levá-los para casa. Estas situações são mais frequentes quando o idoso apresenta um grau de incapacidade ou doença grave, e a família sente-se incapaz de cuidar dele. Contudo, nem todos os idosos se adaptam da mesma forma à hospitalização.

Ruipérez e Llorente (1998), citados em Sousa (2006), identificam seis mecanismos de adaptação: colaboração, negação, raiva, rebeldia, isolamento e regressão. Os idosos que reagem com colaboração foram, geralmente, pessoas felizes e esforçam-se por compreender e confiar nos profissionais de saúde. Aqueles que reagem com negação tendem a ignorar informações e sugestões dos profissionais. Já os idosos com sentimentos de raiva e rebeldia manifestam maior insegurança e dependência, fazendo pedidos e exigências constantes. Também Charazac (2004: 219) define os "cuidados institucionais" como a prestação de cuidados por uma equipa cujo objetivo e normas são reconhecidos pela sociedade e regulamentados pela saúde pública. Na gerontopsiquiatria, esses cuidados abrangem a hospitalização completa, a institucionalização de dia, o acolhimento terapêutico a tempo parcial e os cuidados num centro médico-psicológico; todos os estabelecimentos gerontopsiquiátricos são estruturas de prestação de cuidados. Na geriatria, a institucionalização abrange um vasto campo, que inclui desde hospitais gerais até lares de acolhimento e alojamento. Em Portugal, a implementação dos lares de idosos tem sido significativa.

O envelhecimento progressivo, o aumento do índice de dependência, o crescimento do número de doentes crónicos e a demora na integração em lares ou na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) são alguns dos fatores que contribuem para a situação dos doentes "abandonados". Contudo, a sobrecarga dos cuidadores é o fator determinante que impede muitas famílias de assumirem a responsabilidade pelos cuidados aos seus membros mais frágeis. Esta indisponibilidade familiar é, muitas vezes, resultado do facto de os familiares estarem empregados, terem outros idosos ou menores a seu cargo, ou se verem limitados pela falta de recursos financeiros e de serviços que permitam uma prestação de cuidados partilhada entre redes de apoio formal e informal.

A situação de pessoas internadas em hospitais sem necessidade clínica tem repercussões emocionais profundas, especialmente durante a época do Natal, tradicionalmente passada em

família. Este problema afeta principalmente a pessoa que permanece no hospital sem necessidade, expondo-a a riscos de infeção e a impactos emocionais, cognitivos e funcionais. Para além disso, a ocupação de camas hospitalares reduz a capacidade de resposta para doentes que realmente necessitam de internamento ou de intervenções cirúrgicas. Nesta situação, todos acabam por perder.

Capítulo VI

Metodologia

É descrito que a recolha “de dados se efetua segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduzem à obtenção das autorizações requeridas para efetuar o estudo no estabelecimento escolhido” (Fortin, in. Rodrigues, 2013: 60).

Considerando o objetivo estabelecido e a escassez de investigações sobre esta temática, optou-se por uma abordagem metodológica mista. Utilizou-se o estudo de caso como estratégia de investigação, e as entrevistas semiestruturadas como técnica de recolha de dados, direcionadas a cuidadores formais. Além disso, recorreu-se à análise de conteúdo das narrativas como metodologia para o tratamento dos dados recolhidos. Pretende-se dar conta de um problema de investigação há muito projetado e que pela minha visão pretendo apresentar da seguinte forma: perceber o porquê de quando um cidadão entra numa fase de vida de mais repouso ele se depara com desafios familiares, sociais e psicológicos que prejudicam o seu bem-estar. Para que numa segunda fase seja possível analisar o papel e a relação dos profissionais de saúde com os idosos deixados em ambiente hospitalar pelas suas famílias. Também neste ponto a abordagem ao problema se revelou complexa. Vários estudos, oriundos de distintas áreas académicas e baseados em diferentes pressupostos epistemológicos e metodológicos, não oferecem resultados consensuais sobre a postura, conduta ética ou formação dos profissionais de saúde para com a situação do abandono ou do modo de agir e operar socialmente em situações de permanência em instituições hospitalares após alta clínica e, na sua grande maioria, quedam-se na elaboração de argumentos, ou na inexistência de manuais que possam contribuir para uma gestão mais eficaz de um delicado assunto que pressupõe um forte peso económico, social e demográfico ao encargo das instituições hospitalares e do estado.

O trabalho apresentado assenta na análise do envelhecimento e do abandono de idosos em instituições hospitalares, focando-se no papel fundamental dos profissionais de saúde para a compreensão deste fenómeno. Através de uma abordagem interdisciplinar, procura explorar as causas e consequências do abandono, bem como as estratégias que os profissionais podem adotar para mitigar os seus efeitos e promover um cuidado mais humanizado.

6.1 – Quadro Conceptual

Como afirma Guerra (2000: 129), “a metodologia de projeto parte do pressuposto de que qualquer objetivo de intervenção deve ser construído com base no conhecimento da realidade, sob pena de não ser adequado ou realista”. No entanto, compreender as dinâmicas sobre as quais se pretende intervir é uma questão complexa que exige um conhecimento teórico e metodológico aprofundado.

Para o estudo aqui desenvolvido foi necessário ir ao encontro de profissionais de saúde no ativo, conhecedores da realidade como são tratados os idosos que após alta hospitalar que permanecem no recinto hospitalar. Tendo em conta esta necessidade, foi realizado um *focus group*, que no seu processo de angariação de entrevistados contava com nove presenças, mas que no dia do *focus group* apenas compareceram três pessoas. As três pessoas presentes eram duas do sexo feminino com idades entre os 35 e 45 anos (FG.2 e FG.3) e um do sexo masculino acima dos 55 anos (FG.1), todos profissionais de saúde no HESE.

Uma vez que o grupo focal não correu como idealizado, dada a fraca presença/adesão de entrevistados, tive de ir ao encontro da execução de um Plano B. Plano B esse que passou pela realização de entrevistas individuais. Dentre dos quatro entrevistados individuais temos uma pessoa do sexo feminino, que não permitiu a gravação de entrevista áudio ex-técnica auxiliar de saúde no HESE, atualmente membro da VMER /INEM. Esta entrevistada debateu muito sobre as doenças cognitivas associadas aos idosos 65+ anos e o como estas são prejudiciais á sua autonomia social. Ainda, uma entrevistada do sexo feminino com uma idade compreendida entre os 30 e os 35 anos (EI.2), enfermeira no sector da Medicina 2 do HESE. Um entrevistado do sexo masculino com idade acima dos 55 anos (EI.1), enfermeiro numa unidade de saúde. E por fim uma entrevistada do sexo feminino, com idade entre os 30 e os 35 anos (EI.4), enfermeira no sector da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Todos estes entrevistados permitiram a gravação áudio de entrevista³².

6.2 – Procedimentos metodológicos

De forma a garantir a fiabilidade e transparência do tema de estudo aqui em foco, foi esquematizada a realização de uma abordagem metodológica de carácter misto, recorrendo a

³² Legenda das siglas: FG.1; FG.2; FG.3; EI.1; EI.2; EI.4; referenciadas nos anexos - Quadro síntese de questionários administrados/entrevistas realizadas (pág.162).

dados primários e secundários, sob os quais foram calculados diversos índices, tais como, o índice de envelhecimento, de abandono, de dependência de idosos e de solidão, recorrendo tanto a fontes de dados nacionais como o Instituto Nacional de Estatística (INE) e PORDATA, ou internacionais, tais como o EUROSTAT.

Foram feitas extrações e análises de dados quantitativos, nacionais e regionais, das bases de dados do INE, da PORDATA, do EUROSTAT, entre outros. Bem como relatórios anuais disponibilizados por estas entidades. Estatísticas da população institucionalizada, taxas do índice de envelhecimento, taxas e rácios de dependência, dimensões médias dos agregados familiares, os agregados domésticos, números de camas sociais em hospitais, números de instituições e população por ciclo de vida. Estes dados demonstram estatisticamente um espaço temporal dos últimos 30 anos daquela que é a evolução demográfica portuguesa, com especial foco para com a região do Alentejo Central. Foi também a partir da página de acesso online da Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo, contabilizados dados quantitativos relevantes da região do Alentejo Central, de forma a conhecer melhor a realidade social da população e amostra aqui implícita.

Por outro lado, no caso da abordagem qualitativa, foi também construído um guião de entrevista semiestruturado que serviu como condutor das entrevistas realizadas. Para uma melhor exploração e pesquisa bibliográfica, recorreu-se ao programa de Software NVIVO como auxiliar de procura de citações. De forma a dar uma melhor credibilidade ao estudo, me propus pessoalmente, a analisar dados estatísticos e a realizar entrevistas pessoais complementares; e ainda aplicação de um simples questionário de conhecimento dos perfis sociodemográficos dos entrevistados. Embora tenha sido escolhida uma amostra não probabilística, que não permite determinar a probabilidade de seleção de cada participante na investigação, esta abordagem revela-se útil para estudar grupos específicos que são difíceis de aceder.

Foi ainda executado um “Focus Group” com o objetivo de trazer informação adicional pertinente para o estudo em si. O objetivo principal foi o de se estabelecer uma conversa em grupo que permitisse entender e partilhar as diversas experiências e perspetivas dos profissionais das diversas áreas de saúde perante a intervenção na problemática do abandono dos idosos de numa forma dinâmica e significativa.

Como primeira fase de trabalho de campo, a reunião de grupo focal, realizou-se no dia 13 de Abril 2024 numa sala de aula da Universidade de Évora. A escolha de uma sala de aula foi feita por esta representar um espaço neutro que acarreta a ideologia da partilha de um conjunto de

conhecimentos temáticos para aqueles que no mesmo espaço temporal a frequentam. Vista como um espaço de comunhão. Um lugar sagrado.

Na construção do grupo focal foi por mim realizada uma escolha fase ao público-alvo a ser entrevistado. Essa escolha foi estabelecida inicialmente á rede de contactos pessoais, que depois a meu pedido de ajuda, passaram palavra a mais uma/ duas pessoas da rede pessoal destes. Remetendo assim o estudo para a introdução de uma técnica de amostragem não probabilística formato bola de neve. A técnica da bola de neve é frequentemente utilizada para obter acesso a populações de baixa incidência e a indivíduos que são difíceis de alcançar pelo investigador. É razoável supor que a população-alvo seja relativamente homogênea. Aqui o principal desafio da amostragem não probabilística é obter resultados não tendenciosos, semelhantes aos que podiam ser fornecidos pela amostragem probabilística. Assim sendo, é importante ter cuidado ao recrutar os participantes para evitar distorções nos dados.

Contudo, nesta execução temática organizada a contar com a presença mínima de 6 pessoas e um máximo de 9 pessoas, apenas 3 apareceram ao “Focus Group” agendado. Foram feitos vários contactos com os 9 elementos iniciais de forma que tudo corresse como idealizado. Tal facto não aconteceu, o que me obrigou a realizar por acréscimo mais 4 entrevistas exploratórias a profissionais de saúde, isoladamente. Visto isto, vi-me na necessidade de realizar este plano B, o que me levou a ter de criar um segundo guião de entrevista semiestruturado que englobasse as mesmas questões contidas no grupo focal.

“Denzin (1970) afirmou que a combinação de diferentes teorias, métodos e fontes de dados pode ajudar a superar o viés natural que atinge estudos com abordagens singulares (single-method, single-observer, single-theory studies). Depois de mais de 30 anos desse alerta, a combinação de métodos permanece uma prática analiticamente desejável, mas raramente utilizada (Niglas, 2004; Bryman; Bell, 2006; Wooley, 2008) (...) Creswell e Plano Clark (2011) definem métodos mistos como um procedimento de recolha, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. O pressuposto central que justifica a abordagem multimétodo é o de que a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas.”

(Paranhos et. al., 2016: 386-391)

O tratamento e análise dos dados recolhidos ao longo do desenvolvimento deste plano de trabalho respeitou sempre a natureza dos próprios dados: quantitativa ou qualitativa. Tal como referido por Isabel Guerra (2006), e citado em Matos, Gonçalves e Lopes, (2006: 205) “dados quantitativos são aqueles que assumem uma forma numérica e, por natureza, só podem ser trabalhados no âmbito de “técnicas quantitativas”, sendo mais comuns as técnicas estatísticas baseadas nos conceitos de frequência e probabilidade. Dados qualitativos são os que assumem uma forma não numérica e, como tal, não são passíveis deste tipo de tratamento”. Assim, além do cálculo de indicadores resumo baseados em dados quantitativos secundários, a informação recolhida através da aplicação de inquérito por questionário permitirá também aplicar diferentes técnicas estatísticas de análise e modelação de dados. Nesta etapa, a escolha do software estatístico equacionado utilizar seria o Microsoft Excel e SPSS Statistics. Algo que não veio a ser feito uma vez que os cálculos e os gráficos pertinentes ao estudo já se encontravam disponíveis nas plataformas online das instituições acima referenciadas (INE; PORDATA; EUROSTAT).

É também um dado adquirido,

“não existem, na realidade social, dados quantitativos e dados qualitativos. Os dados são construídos, e é desta construção que resulta a sua forma: numérica ou não. Mais, qualquer “realidade” pode ser formatada de uma maneira ou de outra, dependendo esta formatação dos objetivos daquele que constrói os “dados”. Os “dados quantitativos” são números; entre os “dados qualitativos”, conhecemos as palavras e as imagens. Ora, se no que diz respeito aos dados “quantitativos”, há um consenso alargado sobre o conjunto de técnicas que permitem deles retirar informação pertinente para descrever, classificar, explicar ou interpretar a realidade social, já no que diz respeito aos “dados qualitativos” este consenso é bem mais difícil de atingir: não existe, neste caso, qualquer tipo de instrumento que possa ter paralelo com a estatística. Por um lado, por causa da heterogeneidade dos dados qualitativos e, por outro, porque os critérios que lhes podem ser aplicados não têm a univocidade da frequência e da probabilidade, critérios sobre os quais se constroem as técnicas estatísticas.”

(Matos, 2006: 205).

Esta proposta de trabalho, assentou no estudo de caso particular do HESE, cuja população em estudo foram aqueles que têm contacto primário com os idosos: sobretudo as equipas de Enfermagem (dependendo sempre da sua disponibilidade), e de onde foi recolhida uma amostra não probabilística (de conveniência ou por bola de neve) para a recolha de dados primários. Para dar maior fiabilidade ao estudo aqui desenvolvido, foram ainda acrescentadas 4 entrevistas exploratórias.

“As entrevistas exploratórias não têm como função verificar hipóteses nem recolher ou analisar dados específicos, mas sim abrir pistas de reflexão, alargar e precisar horizontes de leitura, tomar consciência de dimensões e dos aspetos de um dado problema, nos quais o investigador não teria decerto pensado espontaneamente.”

(Quivy e Campenhoudt, 1998: 79)

Em Paranhos *et. al.* (2016: 393) destaca-se que “a amostra é um elemento central na pesquisa científica. É a partir dela que os pesquisadores coletam informações sobre diferentes objetos de estudo, selecionam as variáveis analiticamente relevantes e conduzem o próprio desenho de pesquisa. Existem duas principais razões para utilizar amostras: (1) economia de tempo e (2) economia de recursos. Em geral, catalogar informações sobre todas as observações do universo (censos) pode inviabilizar alguns desenhos de pesquisa. (...) Dessa forma, sempre que as amostras forem corretamente selecionadas, as inferências produzidas serão precisas, confiáveis e detalhadas. Quando o objetivo é realizar generalizações válidas para a população, deve-se assegurar a aleatoriedade da amostra no intuito de garantir a equiprobabilidade (...)”.

Por último, a interpretação dos resultados foi feita tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada, o que permitiu não só destacar as principais conclusões, mas efetuar uma discussão coerente e pertinente dos resultados obtidos. Dentre a escolha da natureza qualitativa para com o plano B, incidi a escolha naquela que é a técnica de entrevista semiestruturada, individual. Indo ao encontro do que refere Flick (2007) como sendo proporcionado um diálogo entre duas pessoas, possibilitando ao entrevistador um discurso maleável e de improviso, beneficiando-se a adaptação das questões ao contexto do diálogo mesmo sem se perder do fio condutor ao guião

construído. Esta forma e modo de técnica de entrevista compreensiva pode criar empatia entre entrevistador e entrevistado e assim diminuir-se formas de tensão que interfiram nos resultados.

6.3 – Considerações Éticas

Podemos nos questionar: o que é isto da ética? Tendo em conta que seguimos um código de ética, se refletirmos o assunto, apercebemo-nos que a ética é um conjunto de valores e princípios que são usados para definir as grandes questões da vida: quero, devo e posso. Existem coisas que desejo, mas não devo; outras que deveria fazer, mas não posso; e ainda aquelas que posso, mas não quero! E estes são os princípios da ética. Quando é que estamos em “paz de espírito” com a ética? Quando aquilo que queremos é o que podemos e é o que devemos. Desta forma, a ética é o conjunto de valores que usamos para decidir estes três princípios. Como tal, para o desenrolar do estudo, por motivos de segurança maior, foi necessária a criação de uma declaração de consentimento informado que vise a proteção e autenticidade de autorização do sociólogo para com as entrevistas e áudios adquiridos. Essa mesma declaração de consentimento informado irá mencionar que todas as fontes ficaram no anonimato de forma a proteger também a identidade dos intervenientes sociais do estudo.

Com base na APS (2020), em referência a normas deontológicas, publicado na *Revista Sociologia On Line*, aborda-se de forma exploratória as questões da ética e da deontologia na Sociologia, trazendo à tona os novos desafios associados ao desenvolvimento tecnológico. De acordo com o referido artigo, a situação atual requer a utilização de um modelo de consentimento informado padronizado, conforme sugerido em diversos documentos elaborados pela Comissão Europeia (EC, 2018a; EC, 2018b). Este fato, então, poderia ser interpretado como um exemplo de "normalização" dos procedimentos de pesquisa? Em caso afirmativo, surge a preocupação de que a padronização dos processos venha a contrariar a natureza artesanal das Ciências Sociais, destacada no preâmbulo do Código Deontológico da APS: “A formulação dos princípios deontológicos dos sociólogos não ignora aquisições cognitivas fundamentais da sociologia, nomeadamente quanto ao carácter relacional, socialmente construído e mutável da realidade social, quanto às assimetrias de recursos e poderes existentes na sociedade e quanto à diversidade e relatividade das culturas” (APS, 1992: 2). Além disso, o uso de novas tecnologias de informação e comunicação traz consigo o risco de que, sem os devidos cuidados, pessoas não autorizadas possam aceder a dados de pesquisa partilhados online. O uso das redes sociais como

fonte também pode levantar questões relativas à obtenção de consentimento informado, especialmente se os participantes desconhecem que estão envolvidos no estudo. A fronteira ambígua entre público e privado no contexto das redes sociais, por sua vez, pode gerar dilemas éticos complexos relacionados com o consentimento informado (Peixoto, 2016), fundamental para a organização da vida social contemporânea.

Um dos obstáculos éticos observado foi o obstáculo “etnocentrismo”. O etnocentrismo é uma perspectiva que conduz a julgamentos sobre indivíduos de outros grupos com base em características como etnia, classe social, cultura e nacionalidade, estabelecendo uma distinção entre o “nós” como grupo de pertença e “os outros” como grupos externos (Giddens, 2008). O facto de estarmos inseridos numa sociedade e em grupos sociais específicos permite-nos refletir sobre as nossas próprias opiniões e crenças culturais. Este modo de pensar conduz-nos a considerar que a nossa cultura, o nosso grupo social e o nosso modo de vida são superiores aos dos outros, desconsiderando a diversidade cultural. Acreditamos que os nossos padrões e modelos sociais são mais adequados, o que nos leva a ver como negativo tudo o que se desvia dos nossos próprios valores culturais. Assim, aplicamos a nossa escala de valores de acordo com os nossos hábitos e preferências. Essa ligação entre indivíduos, que são ao mesmo tempo interdependentes e distintos, reflete-se nas nossas formas de pensar e agir. A diferença entre as culturas de valores educacionais de cada entrevistado traz respostas qualitativas com “pesos” diferentes. Mesmo que por vezes, entre entrevistados, as respostas tenham a mesma objetividade, o tom, a entoação, o sarcasmo, ou até os adjetivos e sinónimos usados refletem o que acima enunciei de obstáculo “etnocentrismo”.

Capítulo VII

Compreensão do Envelhecimento e Abandono de Idosos: O Papel dos Profissionais de Saúde

Neste capítulo vamos analisar as problemáticas do “abandono”, dos “idosos”, da “instituição de saúde” e por fim dos “profissionais de saúde”.

Interessa obter o conhecimento da problemática – “abandono” num sentido de reconhecimento ético e epistemológico do termo na perspetiva dos entrevistados. Este é um termo ambíguo que pode originalizar interpretações diferentes pelos entrevistados. Citando Marques, Amendoeira e Vieira (2015: 165) “O ato de abandonar significa deixar ao desamparo; deixar só; não fazer caso de (...); abandono pode também ser considerado “uma violação do contrato social” (Epner; Ravi; Baile, 2011)”. E que na verdade, traz interpretações individuais éticas diferentes ao trabalho. Por exemplo, na entrevista individual nr.º 2, a entrevistada reconhece que se trata de abandono dos idosos “Quando a família diz que não tem condições para os receber”; o que difere do ponto de vista da entrevistada na entrevista individual nr.º 4 onde esta problemática é reconhecida no ponto em que “O abandono é quando perdemos interesse por outra pessoa”. Aqui somente podemos dizer que a relação de concordância para ambas na sua compreensão é que este é um abandono social involuntário. Uma vez que entendemos estarmos perante relatos que referem ações motivadas por uma decisão individual das famílias de rejeição de contacto social para com a pessoa idosa que tem por objetivo o afastamento do convívio para com idoso.

Todavia, aos olhos da enfermagem o “abandono” só é considerado “quando a pessoa tem uma alta clínica e a família diz que não pode ir buscar” – palavras referenciadas na entrevista individual nr.º 2. E mesmo após isso, pelas linhas éticas da profissão o enfermeiro conforme destaca o código deontológico do enfermeiro (2005) nos artigos 81º, 82º e 83º tem a responsabilidade de valores de cuidados para com o ser humano. Escutando a entrevista individual nr.º 4 ficamos a entender as razões que há partida provocam este: “o abandono para já pressupõe pessoas que estejam dependentes”. Visto isto, afirmamos com certeza que tanto um relato como outro conotam uma desvalorização do ser humano dentro da família. Sobretudo quando se trata de mais velhos dependentes a necessitar de cuidados. O que veio mudar na sociedade portuguesa os valores culturais de valorização e respeito pelo idoso? Um ser mais velho que transporta sabedoria e equilíbrio na base familiar?

Este é um termo de complexa avaliação e convém explorarmos o mesmo das mais e diversas variadas formas que impliquem a sua prática num cenário de dificuldades. Como tal dentro daquelas que são as causas do abandono, os profissionais entrevistados dizem que “a maior parte dos abandonos que existem são abandonos por falta de condições suficientes.” (entrevista individual nr.º 1) e “são aqueles utentes que têm família e que a família diz que não têm condições para levar para casa.” (entrevista ao grupo focal).

Em último caso, existem os mais velhos que se colocaram numa posição de isolamento ao longo do percurso de vida, é o referenciado “abandono voluntário”, uma decisão individual da pessoa que levou ao afastamento do convívio com a sociedade e respetiva família direta - “há aquele, aquela pessoa que, dizem - aqueles pais simplesmente, durante toda a vida deles nunca quiseram saber dos filhos”. Informação transmitida a partir da entrevista feita ao grupo focal.

Pelos profissionais de saúde, os sentimentos atribuídos ao estado do abandono são vistos através de duas hipóteses. O entrevistado 1 refere que as famílias “Não querem sentir o velhote como um peso.”; e a entrevistada 4 tem a ideia de “que as pessoas cada vez são mais isoladas, paradoxalmente, ao que acontece, ao que devia acontecer, porque nós temos todos e mais alguns meios de comunicar em tempo real (...)”. As emoções que envolvem o sentimento de “peso” e isolamento estão interligadas, pois o ser humano ao se definir mentalmente como um peso na sua família ou sociedade se isola na procura de amenizar esse estado. A opinião do entrevistado 1 é semelhante a outros entrevistados, entre esses a entrevistada que não permitiu a gravação de entrevista.

“A solidão prospera num ecossistema em que os seus motores são estruturais, políticos e económicos, estando igualmente relacionada com as escolhas que fazemos enquanto indivíduos. Por tudo isto, as soluções para a atenuar precisam de ser abrangentes. É possível podermos resolver a atual crise de solidão, mas apenas se nós, enquanto governo, nós (...) enquanto indivíduos, tomarmos a decisão de o fazer”.

(Hertz, 2021: 11)

De forma a entender o sentimento dos idosos abandonados, foram questionados cenários passados em internamentos que demonstrem sentimentos positivos ou negativos. Desta forma foram referenciados alguns episódios marcantes do ponto de vista pessoal dos entrevistados,

cujo abandono se tenha perspectivado. A entrevistada 2 contou a história de um idoso que não tinha família, e que no tempo que esteve em internamento social fazia do hospital a sua casa – “Aquilo era a casa dele! andava por todo lado”. Este idoso adaptou-se ao local e continha nele um sentimento de pertença ao hospital como sendo a sua casa. Possivelmente por não ter família – “Essa pessoa não tinha mesmo família, nada!” o que aparentemente facilita o contexto de inclusão. Cardão (2009) refere acerca do envelhecimento bem-sucedido, que este engloba a capacidade do idoso se ajustar às mudanças no meio ambiente, sendo a atividade um fator importante, de forma a perpetuar a sua mobilidade e o sentimento de valor próprio.

Uma ocorrência diferente foi conhecida a partir da partilha em grupo focal, cujo um dos entrevistados referiu lembrar-se “de ter uma senhora um ano e meio lá. Entretanto, arranjou-se uma instituição e passado um mês até morreu lá”. Este é um outro tipo de sentimento (negativo) que se desenvolve no idoso. Esta pessoa idosa, que “não tinha assim familiares diretos”, esteve um ano e meio em contexto hospitalar. Estava ambientada com este contexto e de certo modo esta já era a sua casa e os seus familiares. Os que a acolheram quando esteve doente e cuja mesma teve de ficar lá. No entanto com impacto de mudança e a necessidade de nova adaptação a uma instituição de cuidados de longa duração, coincidência ou não, esta “passado um mês até morreu lá”.

Referindo novamente Cardão (2009) a institucionalização é frequentemente um momento desafiador, variando em intensidade de acordo com cada indivíduo. O sentimento de perda é influenciado pela história de vida do indivíduo e pela sua capacidade em lidar com o luto. Muitos idosos que se veem obrigados a deixar as suas residências podem sentir-se abandonados, interpretando a decisão de institucionalização como uma forma de rejeição por parte dos seus familiares:

“A institucionalização pode ser entendida como um duplo processo, por um lado, como recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência, por outro pode entender-se a institucionalização como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional”

(Cardão, 2009: 18)

“À perda do meio familiar, com os sentimentos mais ou menos manifestos de abandono pela família depressa se juntam outras vivências de perda como a da sua independência e do exercício pleno da sua vontade, devido à normalização e observância da sua conduta dentro da instituição”

(Cardão, 2009: 20)

A institucionalização de idosos é uma realidade que afeta aqueles que, por diversas razões, precisam recorrer a esses serviços. Muitas vezes, a família não consegue dedicar o tempo necessário ao cuidado do idoso, tornando a institucionalização a alternativa mais viável. Por outro lado, as instituições ainda não estão preparadas para lidar com situação mais arrojadas, com cuidados de saúde mais complexo. Também este conhecimento foi obtido através da partilha de um entrevistado presente no grupo focal quando relatou o caso de um utente que “autista, e que teve de ir para uma instituição, teve lá um mês e foi recambiado outra vez porque era muito agressivo” (FG.1).

“Para compreender o fenómeno da agressividade humana, parte-se do princípio de que a agressão se manifesta como uma forma de conduta, entre muitas que o sujeito pode desenvolver, muito ligada à situação em que vive, podendo expressar-se de modos muito diversos”³³.

(Fuensanta, 2001)

Como término a esta problemática, importa reportar alguns dos sentimentos de revolta e indignação por parte dos profissionais de saúde – enfermeiros para com o processo de “abandono”. Que mesmo não sendo expressos devido às exigências profissionais de maturidade emocional eles são referidos. Durante a entrevista individual 2 a entrevistada refere que “(...) enquanto enfermeiras a gente não faz um juízo valor, mas enquanto pessoas a gente tem noção. Como ser humano!”, da mesma forma a entrevistada 4 também refere que “as pessoas vivem cada vez mais isoladas”.

³³ Fonte: Fuensanta C. Ramirez, *Conduitas Agressivas na Idade Escolar*. Tradução e revisão técnica, Jorge Ávila de Lima. Ed. Mc Graw-Hill, 2001

Como segunda problemática fundamental, realçamos o “Idoso” de modo a perceber quais as percepções da dimensão de autoidentidade e hétero-identidade. Dentre aquilo que é esta problemática, atualmente um idoso não é reconhecido em Portugal dentro da escala etária atribuída pela OMS. Isto porque as condições de vida vividas em Portugal em 2024 assim o permitem. Como tal há uma concordância de opiniões entre os entrevistados aquando lhes é feita a pergunta “o que é ser velho hoje?” no sentido de reconhecimento do atributo de idoso: Grupo focal - “Se for pela idade são os 65 anos... né? Que é o chamado idoso.”; Entrevista 1 - “Porque se calhar, aqui há 20 anos atrás, uma pessoa velha era considerada uma pessoa com 65 anos. E hoje em dia já não é bem assim. (...) as pessoas têm todas as condições para envelhecerem mais tarde”; Entrevista 4 – “as pessoas aos 65 anos não são velhas.”.

“A senioridade é atualmente fixada por convenção nos 65 anos, (...) a fim de acompanhar a evolução provável da idade da reforma, a qual continua ainda a ser convencionalmente aos 65 anos, a partir dos quais um indivíduo seria «velho» para trabalhar, quando em diversos países essa convenção já variou para 66 e noutros para 67.”

(Ferreira, Villaverde Cabral, Moreira (Orgs.), 2017: 100)

“Temos, no entanto, de alterar a nossa percepção e o nosso entendimento relativamente ao envelhecimento, aceitar que vivemos numa sociedade envelhecida, numa sociedade que será cada vez mais envelhecida, pelo menos num futuro próximo. E será neste horizonte que vamos situar a nossa reflexão, em função desta convicção de que o envelhecimento é um resultado muito positivo da melhoria das condições de vida de uma população.”

(Ferreira, Villaverde Cabral, Moreira (Orgs.), 2017: 111)

O discernimento atual que há em volta do termo “idoso” para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros do HESE, é que “há vários tipos de velho” como destaca a entrevistada nr.º 4. A idade de 65 anos que atribui ao ser humano a classe de “idoso” neste momento em Portugal não é significativa de perda de vitalidade. Com esta idade, em Portugal, ainda se vive com algum conforto. Esta é apenas uma atribuição assumida que “isso tem a ver

com entrar, se calhar, numa fase do ciclo vital” como destaca a mesma entrevistada. Uma pessoa só é considerada velha/idosa aos olhos dos profissionais de saúde quando atinge a idade dos 65 anos, mas “que não tem capacidade de se manter sozinho”, como refere o entrevistado nr. ° 1.

Naquela que é a problemática “instituição de saúde” procurou-se ter conhecimento acerca da operacionalidade da instituição que serve de base ao estudo para com o tema do abandono dos idosos e também das doenças que os idosos em situação de permanência nesta instituição podem desenvolver versus as doenças que já os acompanham quando neste espaço dão entrada. Num sentido lato, como investigador, procurei saber se existe no HESE um protocolo de normas e regras para a situação de um idoso abandonado. Os enfermeiros entrevistados nr. ° 4 e nr. °1 responderam que - “se existem, não conheço.”; “uma situação que é vista no momento”.

Todavia, na sua maioria, em Portugal, as instituições hospitalares seguem normas e regras específicas para lidar com a situação de um idoso abandonado, que são orientadas pelas legislações nacionais e pelas diretrizes internas de cada hospital. Estas medidas têm como objetivo garantir a proteção e o bem-estar do idoso, assegurando que ele receba o apoio necessário. Estas regras e procedimentos são fundamentais para assegurar que os idosos em situações vulneráveis recebam o cuidado necessário e que os seus direitos sejam protegidos, conforme as normas vigentes.

“De acordo com a Constituição da República Portuguesa (CRP) encontra-se acautelado o reconhecimento da dignidade da pessoa humana no seu artigo 1. °, tal como o direito à integridade moral e física prevista no artigo 25. °, direito que se efetiva independentemente das especiais circunstâncias em que cada indivíduo encontre (Gil et. al., 2012, p.152).

No entanto, apesar da consagração destes direitos, encontra-se ainda neste regulamento, o acautelamento de outros direitos fundamentais, como a proteção do direito à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade, ao bom nome, à reserva da vida privada e familiar, ou a proteção contra todas as formas de discriminação que possa existir.

Relativamente à pessoa idosa, encontra-se o artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), sob o título de «terceira idade», que determina que as «pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia

peçoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social», assim como o direito à realização pessoal e também a uma inclusão participativa, ativa na vida e na sociedade (Gil et al, 2012, p.152)”.

(Rosas, 2015: 64-65)

Olhando outra perspetiva para com o cuidar destes idosos, temos como em todas as empresas dificuldades ao nível dos recursos humanos. E os enfermeiros também eles referem isso. Um assunto tão debatido como é o da falta de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os enfermeiros que aceitaram participar na reunião de grupo focal mencionam que “existe um défice de recursos humanos”. E na entrevista individual nr.º 4, é referido “que o rácio entre enfermeiros e doentes não é mau, mas deveria ser melhor”. Isto vai ao encontro da notícia publicada pelo jornal “Público” a 18/02/2019 pela autora Alexandra Campos intitulado – “OCDE chama a atenção para a falta de enfermeiros em Portugal³⁴”.

Ao nível socioeconómico, destaco a entrevista 2 quando diz que na instituição hospitalar “não querem lá uma pessoa ocupada numa cama...” isto porque como é salientado na entrevista 4 “As camas que ficam a ser ocupadas são as camas de internamento”. As instituições evitam assim ocupação de camas após altas médicas, no entanto, existem estes casos sociais para resolução. A permanência de um idoso em ambiente hospitalar pode não ser clinicamente necessária, mas ainda assim socialmente imperativa. Existindo assim situações em que os pacientes não dispõem de condições adequadas para retornar às suas residências, seja por falta de autonomia, incapacidade para cuidar de si mesmos ou pela ausência de suporte familiar e de uma rede de apoio. Os internamentos sociais, que em março de 2024 representavam 11,1% do total de internamentos nos hospitais públicos, têm um custo anual que pode ultrapassar os 260 milhões de euros consoante o estudo da APAH (2024) - 8.ª edição do Barómetro dos Internamentos Sociais³⁵ (BIS) – em parcerias com a EY Portugal, e com o apoio institucional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e da Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS).

³⁴ Fonte: Campos, A. (2016). OCDE chama a atenção para a falta de enfermeiros em Portugal. Público. Disponível online em: <https://www.publico.pt/2019/02/18/sociedade/noticia/ocde-chama-atencao-falta-enfermeiros-portugal-1862405>

³⁵ Fonte: APAH. (2024). Internamentos Sociais no SNS sobem 11% no espaço de um ano. Disponível online em: <https://apah.pt/noticia/internamentos-sociais-no-sns-sobem-11-no-espaco-de-um-ano/>

Ainda na problemática do campo da instituição de saúde estão as doenças que se desenvolvem em contexto de permanência dentro destas e também as doenças já possuídas por utentes idosos. As doenças adquiridas em contexto de permanência são sobretudo infeções como é mencionado na entrevista nr.º 2 e no grupo focal: “ele pode apanhar é infeções.” ; “risco de infeção após a alta.”. Mas num sentido mais complexo existem as doenças que os utentes já detêm. Doenças crónicas e do foro psiquiátrico que condicionam e dificultam os internamentos sociais. A entrevista 1 mostra que “tens de ter uma patologia associada. (...) E as patologias no forno psiquiátrico ainda são difíceis de reconhecer.”. Citando Oliveira, Cupertino e Silva (2023: 7) como exemplo: “não é uma prática comum encaminhar idosos suspeitos de TEA³⁶ para um psiquiatra geriátrico; a comorbidade psiquiátrica pode mascarar o TEA; pessoas idosas podem ter o diagnóstico de TEA negligenciado pela psiquiatria geriátrica; e a falta de diagnóstico de TEA na velhice pode potencialmente levar a problemas iatrogénicos (Geurts *et. al.*, 2016; Bennett, 2016; Silva, 2017; Zagaria, 2019)”. Já a entrevista de grupo focal acerca da situação alega que “quando aquela situação já é doença mental, crónica, e já não há solução nenhuma na parte do diagnóstico que foi feito e a pessoa está muito limitada, acabam por ir para instituições, que é... de fim de linha basicamente”.

Para terminar, é importante também abordar a problemática “profissionais de saúde”. Tal como já esmiuçado nos capítulos anteriores, são eles a primeira linha de intervenção naquela que é a temática de estudo, os idosos que, após alta médica, ficam em situação de tempo indeterminado na instituição hospitalar em uma situação considerada de abandono. Como a situação se apresenta numa vertente ascendente, conforme destaca o estudo do Relatório de Envelhecimento de Barros e Santos (2024: 5), era aconselhado a médio/longo prazo rever abordagens práticas de forma a que apesar do agravamento das taxas de envelhecimento e por sua vez também de “abandono” / isolamento as capacidades de respostas sociais dentro do SNS conseguissem ser mais céleres e eficazes. Visto isto, como investigador procurei obter o conhecimento das carências formativas dos enfermeiros e do que estes destacam como formações fundamentais ao envelhecimento dentro das instituições hospitalares.

Na entrevista individual nr.º 4, a entrevistada, refere que “acho que há necessidade de formação no sentido de os profissionais de saúde fazerem formações à família”, o que vai ao encontro da mesma ideia do entrevistado nr.º 1 - “Não se pode ser uma cuidadora e não formar uma pessoa”. Ambos, como solução as incapacidades do SNS conseguir atualmente respostas positivas e rápidas nas situações de cuidados aos idosos mais necessitados, destacam os planos de se ser

³⁶ TEA: Transtorno do Espectro Autista

cuidador informal. Já na entrevista ao grupo focal, reconhecem que há a necessidade de melhorias das competências humanas dentre os profissionais de saúde. Tanto que a questão se “defendem que é necessário o reforço de formações na questão de lidar com o envelhecimento dentro das instituições hospitalares?” a resposta é “Eu acho que sim. (...) Formação é sempre necessária, mas em qualquer área”.

Do mesmo modo, ao estudar-mos o capítulo 10 da obra "Gestão Estratégica de Recursos Humanos" (2004) de J. Bilhim, reparamos que este demonstra vantagens que engloba o foco na gestão estratégica do capital humano dentro das organizações. Abordando várias estratégias para alinhar a gestão de recursos humanos (GRH) com os objetivos organizacionais. Naquilo que é o desenvolvimento do capital humano, Bilhim, destaca a importância da formação contínua e do desenvolvimento das competências dos colaboradores, de forma a responder às exigências crescentes. O autor defende a necessidade de promover a aprendizagem organizacional, com foco no desenvolvimento de talentos e liderança. O que de certo modo capacita os profissionais para o enfrentar dos desafios atuais e nomeadamente futuros.

“A valorização do capital humano insere-se no que é hoje conhecido como economia da educação que, por sua vez, faz parte da economia de recursos humanos. A economia da educação trata dos processos de formação e de valorização dos recursos humanos, por via, nomeadamente, dos sistemas de educação, aprendizagem e formação profissional”

(Bilhim, 2004: 172)

Em finalização ao estudo desta problemática, houve o objetivo de entender quais as relações humanas desenvolvidas entre os profissionais de saúde (enfermeiros) e os utentes idosos 65+ anos. Daqui tiramos duas conclusões, primeiro é que a questão de permanência temporal pode transformar afinidades e aproximar os enfermeiros dos idosos que ficam por tempo indeterminado nas instituições hospitalares, e em segundo lugar, numa fase inicial estes utentes, ainda em período de curto espaço de tempo em internamento, são vistos como “objetos” e não como um ser humano que detém de uma estrutura psicologia e emocional. Ou seja, a primeira conclusão é nos dadas a conhecer pela entrevistada nr. ° 4 quando diz que “a gente cria mais afinidade com as pessoas que estão lá há muito tempo.”, e a segunda perspetiva é referenciada pelo entrevistado nr. ° 1 ao dizer: “Quando não é o da perna partida, às vezes é número.”. Já os

entrevistados no grupo focal perante a mesma questão, posicionam-se de um modo neutro: “Para mim é uma igualdade”. Olhando aqui as respostas adquiridas, reitero ser fundamental e essencial trabalhar a GRH do capital humano nesta área profissional em específico. Pois estamos perante uma área profissional onde as relações humanas são extremamente importantes, dado que o trabalho envolve interações contínuas com pacientes, familiares, colegas e outros profissionais de saúde. Este tipo de formação é essencial para proporcionar cuidados de saúde eficazes e humanizados. Pois melhora a comunicação, humaniza os cuidados de saúde, promove a confiança dos pacientes e melhora a dinâmica de trabalho em equipa. Também capacita os enfermeiros a gerir o stress e os conflitos de forma eficaz, proporcionando um apoio emocional mais sólido a pacientes e familiares. E ainda a fazerem uma melhor autogestão emocional. Dessa forma, os enfermeiros não só aprimoram as suas competências profissionais, como também contribuem para um sistema de saúde mais empático e eficiente.

Capítulo VIII

Discussão de Resultados

A análise dos dados quantitativos do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2024 revela uma situação preocupante em relação ao envelhecimento da população, especialmente na região do Alentejo. Em termos gerais, Portugal enfrenta um aumento contínuo do índice de envelhecimento, com a população idosa (65 anos ou mais) a crescer de forma significativa, enquanto a população jovem diminui. Este desequilíbrio demográfico afeta não apenas a sustentabilidade social, mas também económica, especialmente nas áreas mais despovoadas como o Alentejo. Abordamos no Capítulo II o quanto há um aumento significativo da população idosa em Portugal, evidenciando-se uma tendência de envelhecimento progressivo. Os dados demográficos mostram que a população 65+ anos constitui cerca de 22% da população total, com uma previsão de aumento para os próximos anos, especialmente na faixa etária com mais de 80 anos. Esse envelhecimento é um fenómeno não só português, mas global, com implicações importantes para os sistemas de saúde e políticas sociais. A elevada percentagem de idosos que necessitam de cuidados a longo prazo levanta preocupações sobre a capacidade das famílias e do Estado em fornecer esse apoio. Além disso, a crescente dependência dos idosos, especialmente após os 80 anos, acentua a pressão sobre as instituições hospitalares, muitas vezes forçadas a assumir o papel de lar para muitos que são abandonados ou cuja família não consegue oferecer os cuidados necessários. Os dados demográficos abordados no capítulo II assim o indicam; uma crescente pressão sobre as famílias e instituições, especialmente porque muitos idosos são altamente dependentes e requerem apoio contínuo. No entanto, a capacidade das famílias e das infraestruturas de saúde para lidar com essa dependência tem sido insuficiente, levando a uma situação de abandono hospitalar, onde os idosos permanecem em instituições muito além do necessário devido à falta de opções de cuidado adequadas.

No que diz respeito à taxa de mortalidade, o país regista na última década um aumento desta taxa. E, por conseguinte, do mesmo modo com um saldo natural a permanecer negativo e a agravar-se, com mais óbitos do que nascimentos. Esta tendência é especialmente pronunciada no Alentejo, uma das regiões mais envelhecidas, onde a taxa de mortalidade é elevada. Como descrito no ponto 2.1 do capítulo II. O fenómeno do envelhecimento e a elevada mortalidade na região explicam-se, em parte, pela falta de renovação geracional e pelo isolamento social, já que muitos idosos vivem sozinhos, longe de redes familiares de apoio. O que faz com que vivamos um défice no índice de dependência. Relativamente ao isolamento social, também o Alentejo,

devido à sua baixa densidade populacional e ao envelhecimento demográfico, apresenta uma das maiores taxas do país. O aumento do número de pessoas a viverem sozinhas (o aumento da taxa de famílias unipessoais) especialmente idosos, é um fator de preocupação, uma vez que esta situação está frequentemente associada a um maior risco de problemas de saúde física e mental. Estes dados sublinham a urgência de políticas públicas direcionadas para o combate ao isolamento social, a falta de políticas de saúde eficazes para a transição dos cuidados, das desigualdades socioeconómicas e do apoio aos idosos, especialmente nas regiões mais afetadas como o Alentejo. São estes fatores que contribuem para este fenómeno. E aqui os dados demográficos do Capítulo II complementam as observações qualitativas presentes no Capítulo VII, revelando os desafios acima mencionados para com o envelhecimento da população e demonstrando a relação para com o aumento dos casos de abandono hospitalar.

Este isolamento é agravado pela escassez de redes de apoio familiar e pela falta de infraestruturas e serviços sociais suficientes. O isolamento prolongado tem impactos diretos na saúde física e mental dos idosos, contribuindo para o aumento de doenças crónicas e uma menor qualidade de vida. A nível nacional, o isolamento social é uma questão em crescimento, mas é mais acentuado nas regiões rurais como o Alentejo.

Observa-se, por outro lado, que a esperança de vida em Portugal também sofreu uma ligeira redução nos últimos anos, refletindo as consequências do envelhecimento populacional e de fatores como o impacto da pandemia de COVID-19 e o aumento de doenças crónicas, conforme debatido no capítulo III deste trabalho. Cujo foco está na relação entre saúde e envelhecimento, discutindo como o envelhecimento afeta a saúde física e mental dos idosos e como a sociedade responde a essas mudanças. O aumento da longevidade não tem sido necessariamente acompanhado por uma melhoria correspondente na qualidade de vida dos idosos. Muitos sofrem de doenças crónicas, problemas de mobilidade e condições de saúde mental, como depressão e demência, que são exacerbadas pelo isolamento social e pela falta de apoio familiar: - “Não querem sentir o velhote como um peso” (E11).

Ainda dentro do capítulo III destaca-se o papel das políticas de saúde na promoção do envelhecimento saudável. Programas de prevenção e tratamento de doenças crónicas são essenciais, mas a ausência de um sistema de cuidados a longo prazo robusto significa que muitos idosos acabam em instituições hospitalares, mesmo quando já não necessitam de cuidados médicos intensivos. A falha em garantir uma transição eficaz entre o hospital e os serviços comunitários ou lares de idosos contribui para o fenómeno do abandono hospitalar e ainda as

necessidades de formação dos enfermeiros que lhes proporcione melhorias pessoais e profissionais.

No Capítulo IV, a análise foca-se nas implicações económicas do envelhecimento populacional. O aumento da longevidade implica um maior número de anos vividos na reforma. Isto vai ao encontro do que os entrevistados mencionam como “aos 65 anos não são velhas” (EI4). O que coloca pressão sobre os sistemas de pensões e cuidados de saúde. A escassez de recursos financeiros entre as famílias, juntamente com a falta de estruturas de apoio adequadas, é uma das razões para o abandono dos idosos nos hospitais. As famílias, muitas vezes incapazes de arcar com os custos de lares ou cuidados domiciliários, optam por deixar os idosos nas instituições hospitalares, o que se reflete num aumento dos chamados "internamentos sociais". Este capítulo também discute o impacto socioeconómico do envelhecimento, cujas desigualdades sociais podem agravar a situação dos idosos. Aqueles com menos recursos financeiros e redes sociais mais fracas são particularmente vulneráveis ao abandono. A desigualdade no acesso aos cuidados de saúde e apoio social é um tema recorrente, com os idosos das classes mais baixas a sofrerem mais com a falta de suporte.

É mais no Capítulo V que são aprofundadas as desigualdades sociais que afetam o envelhecimento. A capacidade de envelhecer com dignidade está fortemente associada ao status socioeconómico, e as diferenças entre classes sociais tornam-se mais evidentes à medida que a população envelhece. Idosos com baixos rendimentos, acesso limitado a cuidados de saúde e fracas redes de apoio familiar são os mais suscetíveis ao abandono. As desigualdades também se manifestam nas condições de vida, com muitos idosos a viverem em habitações inadequadas, isolados das redes de suporte comunitário; o que favorece ainda mais as condições de abandono, tal como também o EI1 nos reporta: “a maior parte dos abandonos que existem são abandonos por falta de condições suficientes”. As diferenças na esperança de vida saudável entre os vários grupos sociais revelam que, embora a longevidade tenha aumentado, a qualidade de vida durante esses anos extras varia consideravelmente, influenciando o risco de abandono hospitalar.

As projeções sobre o abandono de idosos nos hospitais em Portugal indicam um aumento preocupante nos próximos anos, em grande parte devido ao aumento do envelhecimento da população e à fragilidade das redes de apoio familiar. Com o número crescente de pessoas idosas a necessitar de cuidados prolongados e a escassez de cuidadores informais, estima-se que cada vez mais idosos sejam deixados nos hospitais após alta, sem familiares que possam ou queiram assumir a responsabilidade pelo seu cuidado. Este fenómeno é particularmente preocupante em

contextos de internamento prolongado, quando as famílias, devido a fatores económicos, sociais ou emocionais, acabam por se distanciar. E é posteriori a falta de infraestruturas sociais suficientes para apoiar estas pessoas fora do contexto hospitalar.

Os sistemas de apoio mostram-se limitados, embora existam algumas redes de apoio social e cuidados continuados em Portugal, o número de vagas em lares e instituições de cuidados continuados é insuficiente para dar resposta à procura crescente. Muitas vezes, os hospitais acabam por ser o último recurso para idosos sem outro tipo de apoio.

Na análise do sistema organizacional da instituição hospitalar em estudo (HESE), sugere-se a criação de uma ala ou espaço dedicado a internamentos sociais, atualmente inexistente. Segundo o entrevistado (EI4), "as camas que ficam a ser ocupadas são as camas de internamento", o que resulta numa sobrecarga das unidades clínicas.

A implementação desse espaço proporcionaria um ambiente mais confortável e adequado para idosos em situações transitórias, mantendo-os separados de outros pacientes em tratamento de doenças, favorecendo assim a sua recuperação em condições mais apropriadas.

É a partir das entrevistas realizadas e analisadas qualitativamente no Capítulo VII, que são exploradas as perceções dos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, sobre o abandono dos idosos. Através das entrevistas, torna-se claro que os enfermeiros estão na linha da frente para observar as consequências do abandono, muitas vezes causadas pela incapacidade das famílias de retomar o cuidado dos seus familiares após a alta hospitalar. O abandono não é visto apenas como uma questão física, mas também emocional, com muitos idosos a experienciar sentimentos de solidão e desamparo.

Uma vez que os profissionais de saúde identificam a falta de apoio adequado fora do hospital como um fator determinante para o abandono. A ausência de uma rede de cuidados continuados eficiente, que pudesse dar seguimento aos cuidados pós-hospitalares, faz com que muitos idosos permaneçam nas instituições hospitalares por tempo indeterminado, mesmo quando já não precisam de cuidados médicos intensivos.

Podemos assim em tom de discussão referir que os enfermeiros desempenham um papel fundamental no cuidado desses idosos, e a sua preparação tem sido moldada para responder às exigências crescentes, especialmente no contexto de abandono. Contudo, surgem sempre desafios. Desafios, por exemplo, no contexto da formação especializada em geriatria. Há enfermeiros com formação específica para lidar com a população idosa, mas insuficientes. Esta preocupação não deve estar alocada somente na geriatria e cuidados paliativos, mas sim aos

sectores hospitalares que possam ter utentes idosos. Esta formação permite-lhes prestar cuidados adequados às necessidades físicas, emocionais e sociais dos idosos. No entanto, nem sempre essa formação inclui estratégias para lidar com as complexas questões do foro socio-emocional para com o abandono.

É no decorrer das entrevistas que subentendemos que para além das competências técnicas, os enfermeiros são frequentemente chamados a oferecer apoio emocional a idosos que enfrentam o isolamento e o abandono. Isto exige não só empatia, mas também formação na área da psicologia do envelhecimento, para que possam proporcionar um acompanhamento mais completo a essas pessoas.

Os desafios de recursos humanos e a sua falta nos serviços de enfermagem como referem os entrevistados faz com que apesar da sua preparação, muitos enfermeiros enfrentam obstáculos significativos devido à sobrecarga de trabalho. A falta de tempo e de condições para um acompanhamento mais próximo faz com que, por vezes, os cuidados dos idosos sejam comprometidos.

Enquanto os enfermeiros são essenciais no apoio direto, a falta de uma estratégia nacional robusta para a gestão do abandono de idosos agrava a situação. Sem uma articulação adequada entre os hospitais e os serviços sociais, os profissionais de saúde enfrentam muitas vezes limitações para garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Sendo necessário encontrar estratégias que visem a necessidade de ações de incentivo ao cuidador informal de idosos. Em Portugal é uma questão urgente e crescente, tendo em conta o envelhecimento acelerado da população e a pressão que isso coloca sobre os serviços de saúde e assistência social. Os cuidadores informais, muitas vezes familiares, desempenham um papel crucial no apoio a idosos que precisam de cuidados, mas que preferem ou precisam de permanecer em casa. No entanto, este papel está frequentemente associado a desafios físicos, emocionais e financeiros, tornando essencial o apoio do Estado e da sociedade.

Cuidadores informais são muitas vezes familiares, amigos ou vizinhos que se tornam responsáveis pelo bem-estar dos idosos, sem formação profissional específica. Eles desempenham tarefas essenciais, que vão desde os cuidados pessoais até à gestão de medicação, deslocações a consultas e suporte emocional. Em Portugal, onde a rede de cuidados formais é limitada, estes cuidadores são uma peça vital do sistema de apoio social, assegurando que muitos idosos possam continuar a viver em casa em vez de serem institucionalizados.

Dentro daquilo que vão para além das tarefas de responsabilidade dos cuidadores informais, destacam-se a sobrecarga física e emocional: a falta de descanso pode levá-los a problemas como stress; o impacto financeiro: muitos cuidadores abandonam ou reduzem a sua atividade profissional para cuidar de familiares, o que resulta em perdas financeiras significativas; o isolamento social: uma vez que muitas vezes deixam de ter tempo para atividades sociais ou de lazer; e a falta de formação: o que pode dificultar a prestação de cuidados de qualidade (especialmente doenças crónicas ou situações de dependência severa).

Assim, para combater estes desafios, torna-se essencial implementar ações de incentivo e apoio direcionadas aos cuidadores informais. Estas ações passam por apoio financeiro; formação especializada; apoio psicológico; criação de redes de descanso (*respite care*); reconhecimento e valorização social onde o papel do cuidador informal deve ser socialmente valorizado e reconhecido por medidas que promovam o seu estatuto.

Resumidamente, pensar-se numa forma de apoiar os cuidadores informais, uma vez que o investimento em cuidadores informais pode reduzir a pressão sobre os sistemas de saúde e as instituições de cuidados continuados, que enfrentam custos elevados. Ao permitir que mais idosos sejam cuidados em casa, o Estado pode evitar gastos significativos com a institucionalização, enquanto promove o envelhecimento ativo e digno, e ainda alivia o seu peso socioeconómico.

A análise económica no ponto 4.4 do Capítulo IV destaca como a pressão sobre os sistemas de pensões e cuidados de saúde agrava a situação, uma vez que muitas famílias não têm os meios financeiros para garantir cuidados adequados fora do hospital. As desigualdades sociais discutidas no Capítulo V reforçam essa ideia, mostrando que os idosos com menos recursos estão particularmente em risco de abandono. A relação dos resultados gráficos e não gráficos entre os vários capítulos revela que o abandono hospitalar de idosos é um fenómeno complexo, resultante de uma combinação de fatores demográficos, económicos, sociais e políticos. A solução para este problema requer uma abordagem multidisciplinar, que inclua a criação de políticas de saúde pública mais robustas, o fortalecimento das redes de cuidados continuados e a promoção de uma maior igualdade no acesso a cuidados de saúde e apoio social. Além disso, é essencial investir na formação contínua dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, que desempenham um papel crucial na identificação e gestão de casos de abandono.

Em contexto de discussão final, apresenta-se no Capítulo VII qualitativamente a problemática do entendimento de abandono, destacando as diferentes interpretações que os profissionais de

saúde atribuem ao termo "abandono". Através de entrevistas, os enfermeiros expressam que o abandono muitas vezes ocorre quando as famílias, por diversas razões, não têm condições de retomar o cuidado dos seus familiares após a alta hospitalar. Este tipo de abandono é visto como uma falha tanto social quanto familiar, sendo interpretado pelos profissionais de saúde como uma desvalorização da pessoa idosa dentro da dinâmica familiar. A percepção dos enfermeiros é que o abandono não se refere apenas à ausência física, mas também à negligência emocional e social, onde o idoso, embora ainda em contacto com a família, se sente isolado e desamparado

Ao comparar os dados demográficos dos capítulos antecedentes e as percepções qualitativas, é evidente que a evolução do envelhecimento demográfico agrava a problemática do abandono. À medida que a população idosa cresce e se torna mais dependente, a capacidade das famílias de prestar cuidados adequados diminui, devido a vários fatores, como a necessidade de trabalhar, a ausência de suporte estatal suficiente e a falta de estruturas sociais adequadas para o apoio contínuo aos idosos. O abandono hospitalar torna-se, assim, uma consequência quase inevitável dessa dinâmica, exacerbada por fatores socioeconómicos e emocionais.

A análise qualitativa também revela que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, estão numa posição única para observar e intervir no fenómeno do abandono. A sua interação próxima com os pacientes permite-lhes perceber o impacto emocional e psicológico que o abandono tem nos idosos. Muitos relatam sentimentos de impotência ao verem idosos serem deixados no hospital por famílias que não conseguem, ou não querem, cuidar deles. Este abandono é interpretado pelos enfermeiros como uma falha tanto no sistema de saúde quanto nas redes de apoio social, que não fornecem alternativas adequadas para a continuação dos cuidados fora do ambiente hospitalar.

Este estudo destaca, portanto, a necessidade de uma abordagem mais holística, sociológica e integrada para enfrentar o desafio do abandono de idosos em Portugal. As políticas públicas devem focar-se no fortalecimento das redes de apoio às famílias e na criação de soluções alternativas que possam reduzir a pressão sobre os hospitais e, ao mesmo tempo, garantir que os idosos não se sintam abandonados. Os enfermeiros, enquanto principais cuidadores no ambiente hospitalar, podem desempenhar um papel crucial nesse processo, mas precisam de mais formação e apoio para lidar com as complexidades que o envelhecimento e o abandono trazem.

No HESE, à semelhança de outras instituições hospitalares em Portugal, a partir dos resultados observados, parece evidenciar-se a exigência de respostas multidimensionais para com o

envelhecimento. A coordenação entre os sistemas de saúde, políticas sociais e famílias é essencial para evitar o abandono e assegurar que os idosos recebam os cuidados de que necessitam, tanto em termos físicos quanto emocionais, como ainda psicológicos.

Conclusões

Em conclusão, este estudo teve como objetivo principal explorar o papel dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, no contexto do abandono dos idosos (65+ anos) em instituições hospitalares. A investigação procurou compreender as dinâmicas associadas a este fenómeno, os seus impactos nos idosos e nos próprios profissionais, bem como identificar possíveis soluções para mitigar os efeitos negativos do abandono. Observou-se que a modernidade retirou ao idoso o papel de destaque que tinha em épocas passadas na sociedade. A constante evolução do conhecimento e a aceleração tecnológica têm contribuído para que os idosos sejam frequentemente relegados a uma posição secundária ou desvalorizada. Embora, por um lado, se viva supostamente mais e melhor, permitindo que muitos desfrutem de uma aposentadoria agradável e confortável, por outro lado, a chegada da dependência e da falta de saúde gera angústia. Nesse contexto, muitos enfrentam um profundo sentimento de exclusão e a inevitabilidade de uma morte que se aproxima, refletindo sobre a vida que está a chegar ao fim.

A análise revelou que o envelhecimento populacional, caracterizado por um aumento da longevidade e pela diminuição das taxas de natalidade, está a alterar profundamente a estrutura demográfica de Portugal (tal como outros países desenvolvidos), gerando novos desafios, particularmente no que respeita aos cuidados prolongados. Com a crescente fragilidade dos laços familiares e a falta de redes de apoio adequadas, muitos idosos acabam por permanecer em hospitais, frequentemente para além do necessário do ponto de vista clínico, devido à ausência de alternativas como lares ou serviços de apoio domiciliário. A institucionalização é sempre um processo desafiador, afetando cada pessoa de maneira diferente. O sentimento de perda varia consoante a história de vida do indivíduo e a sua capacidade de lidar com o luto pela vida ativa que deixaram para trás. Deixar o lar pode ser um momento de crise, marcado pela perda do seu espaço familiar e pela sensação de abandono em relação aos familiares que o colocaram num "ambiente desconhecido". Este "abandono", que pode ser voluntário ou involuntário, provoca sentimentos de isolamento, solidão e deterioração da saúde mental dos idosos, que se sentem desvalorizados e excluídos pela sociedade.

Visto isto, em jeito de conclusão para com este estudo, difundimos que aqui se revela que o envelhecimento e o abandono dos idosos nos hospitais são temas que envolvem diversas complexidades que requerem atenção. Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde na linha da frente, desempenham um papel crucial neste contexto. São muitas vezes os primeiros a detetar sinais de abandono e a estabelecer um vínculo emocional com os idosos, o que lhes permite

oferecer não apenas cuidados físicos, mas também apoio emocional. Contudo, o estudo mostrou que muitos enfermeiros se sentem despreparados para lidar com as complexas necessidades psicológicas dos idosos abandonados, evidenciando uma lacuna importante na formação académica e contínua em geriatria e cuidados de longa duração. A falta de formação específica compromete a capacidade de resposta eficaz e humana, tanto no apoio aos idosos quanto no suporte às suas famílias.

Ao comparar os diferentes capítulos, emerge uma imagem coerente dos desafios impostos pelo envelhecimento populacional. O aumento da longevidade, combinado com a diminuição da natalidade, está a transformar a estrutura demográfica de Portugal, criando uma sociedade cada vez mais envelhecida. Este envelhecimento, por sua vez, está a colocar uma pressão imensa sobre as famílias, que muitas vezes não têm os recursos ou o tempo necessário para cuidar dos seus idosos, especialmente aqueles que requerem cuidados a longo prazo devido a condições de saúde crónicas ou degenerativas.

Sendo o envelhecimento da população um fenómeno global, fruto do aumento da esperança de vida, das melhorias na medicina e nas condições de vida. Contudo, estas transformações demográficas trazem consigo novos desafios, nomeadamente a necessidade de garantir cuidados adequados a uma população cada vez mais envelhecida e dependente. Em Portugal, a realidade não é diferente, com um número crescente de idosos a necessitar de cuidados hospitalares, muitos dos quais se encontram em situação de abandono, seja por falta de apoio familiar, por questões económicas ou por problemas de saúde física e mental. Este abandono hospitalar traduz-se numa permanência prolongada dos idosos nas instituições, muitas vezes para além do necessário do ponto de vista clínico, o que acentua o isolamento social e emocional destes pacientes.

Os enfermeiros, enquanto agentes de cuidados, estão na linha da frente do contacto com os idosos e são, muitas vezes, os primeiros a detetar sinais de abandono. O abandono dos idosos pode assumir várias formas, desde a negligência física e emocional por parte dos familiares, até à falta de recursos e redes de apoio para garantir uma saída digna do hospital. O impacto psicológico do abandono nos idosos é profundo, e muitos deles desenvolvem quadros de depressão, ansiedade e deterioração cognitiva, associados à sensação de inutilidade e isolamento social. Além disso, o abandono prolongado em ambientes hospitalares, que não estão preparados para proporcionar cuidados de longa duração, pode exacerbar problemas de saúde física, aumentando a vulnerabilidade e a dependência destes.

Adicionalmente, o estudo apontou para a necessidade urgente de desenvolver estratégias de apoio aos enfermeiros. Muitos idosos que são abandonados nos hospitais acabam por permanecer nessas instituições devido à falta de alternativas de acolhimento, como lares ou serviços de apoio domiciliário. Esta permanência prolongada em ambiente hospitalar, onde as rotinas e os cuidados são centrados em doentes agudos, contribui para a deterioração da qualidade de vida dos idosos, que não recebem o tipo de cuidados de que realmente necessitam para garantir o seu bem-estar a longo prazo. O estudo sugere que os enfermeiros, em colaboração com outros profissionais de saúde (nomeadamente os destacados com Equipas de Gestão de Altas) e serviços sociais, poderiam desempenhar um papel ativo na criação de redes de apoio e na facilitação da transição dos idosos para estruturas de acolhimento mais adequadas. Pois, tal como a investigação destacou, é necessária de se dar importância a políticas públicas mais eficazes e integradas, que promovam o envelhecimento ativo e a inclusão social dos idosos. A criação de mais serviços de apoio domiciliário, lares de qualidade, programas de formação para cuidadores informais e a promoção de iniciativas comunitárias que incentivem a integração dos idosos como medidas fundamentais para prevenir o abandono.

A discussão de resultados entre o Capítulo II, "A construção demográfica da população idosa", e o Capítulo VII, "Compreensão do Envelhecimento e Abandono de Idosos: O Papel dos Profissionais de Saúde", deste estudo proporciona uma visão abrangente dos desafios do envelhecimento populacional em Portugal, focando particularmente no abandono de idosos nos hospitais e nas perceções dos profissionais de saúde sobre esta questão. O estudo levanta ainda questões importantes sobre o papel da sociedade no cuidado aos idosos. O abandono hospitalar reflete, em grande parte, a fragilidade dos laços familiares e das redes de apoio social em torno dos idosos. Em muitas famílias, as pressões económicas, a falta de tempo ou de recursos levam ao abandono involuntário por parte dos familiares. A sociedade contemporânea, centrada na produtividade e no ritmo acelerado da vida moderna, tende a relegar os idosos para segundo plano, considerando-os muitas vezes como um fardo.

Por fim, constatamos que este estudo conclui que o abandono dos idosos em instituições hospitalares é um fenómeno multifacetado e complexo, que exige uma resposta multidisciplinar e integrada. A par de uma abordagem mais humanizada e centrada nas necessidades emocionais e psicológicas dos idosos, é necessário reforçar os mecanismos de apoio à família e aos cuidadores informais, além de garantir uma maior especialização e preparação dos profissionais de saúde. Apenas através de um esforço conjunto entre os sistemas de saúde, as políticas públicas e a sociedade, será possível assegurar que os idosos, independentemente da sua condição,

possam envelhecer com dignidade e receber os cuidados que merecem. O estudo apela ainda a uma mudança de mentalidade, em que o envelhecimento seja visto como uma fase natural da vida, e se construa uma cultura de valorização dos idosos, em que se volte a promover o respeito, a inclusão e o apoio a estes. Isto seria um passo fundamental para combater o abandono e melhorar a qualidade de vida dos mais velhos.

Bibliografia

- Aboim, S. (2003). Evolução das estruturas domésticas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, pp.13-30. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/290/1/n43a02.pdf>
- Aboim, S. (2014). Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social*, 26, 207–232. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/WgV6hWJ3Bpt8QqPf5mvQWrb/?format=pdf&lang=pt>
- Amarya, S.; Singh, K.; Sabahrwal, M. (2018). Ageing process and physiological changes. *Home Books Gerontology*, chapter I, p. 2-23, 2018. Disponível online em: https://www.researchgate.net/publication/326215802_Ageing_Process_and_Physiological_Changes
- Amor, T. (2024). Percorrendo a (C)idade com idosos: a construção urbana da vulnerabilidade. *CIDADES, Comunidades E Territórios*, 21–40. Disponível online em: <https://www.repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/4831?mode=full>
- Anton, A. L. (2016) Aging in classical philosophy. In: G. Scarre (org.). *The palgrave handbook of the philosophy of aging* (pp 115-134). London: Palgrave Handbooks. Disponível online em: https://www.researchgate.net/publication/313806332_Aging_in_Classical_Philosophy
- António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (81-103). Lisboa: Pactor.
- APAH (2023). 7a Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Relatório. Disponível online em: https://apah.pt/wp-content/uploads/2023/06/APAH_7a-Edicao-BIS_Resultados-1.pdf
- APAH (2024). 8a Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Relatório. Disponível online em: https://apah.pt/wp-content/uploads/2024/05/APAH_8a-Edicao-BIS_Resultados_Maio-2024-1.pdf
- APAV (2020). Relatório Portugal Mais Velho. Disponível em: <https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/RelatorioPortugalMaisVelho.pdf>
- Almeida Alves, A. (2003). A importância da comunicação no cuidar do idoso. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. ICBAS. Disponível online em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10508/6/5933_TM_01_C.pdf
- Almeida, J. (2020). A intervenção do Serviço Social no protelamento da alta do idoso no serviço de urgência: O caso do Serviço de Urgência Polivalente do CHULC - Hospital de São José. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Consultado online em: <https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/11548/1/Dissertação%20Final%20com%20Júri%20JA%20NINE%20ALMEIDA.pdf>
- Almeida, M. (2011). Autocuidado e promoção da saúde do idoso, contributo para uma intervenção em enfermagem. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem. ICBAS. Disponível online em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84722/2/30764.pdf>

- Almeida, M.L.F., Tavares, J.P.A. & Ferreira, J.S.S. (Coord.). (2021). *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC). Disponível online em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24635/monografia_19_1.pdf
- Araújo, O., Sousa, L., Vieira, T., & Sequeira, C. (2021). Envelhecimento e Comunicação: Desafios para os(as) Enfermeiros(as). *Competência Em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência Para a Qualidade Do Cuidado*, 43–63. Disponível online em: <http://hdl.handle.net/10400.26/38024>
- Armstrong, D. (2011). The invention of patient-centred medicine. *Social Theory & Health*, 9 (4), pp. 410-418
- APS (1992). Código Deontológico. Lisboa: APS. Disponível em: <https://aps.pt/pt/codigo-deontologico/>
- Bandeira, M. L. (1996). *Demografia e Modernidade. Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Bandeira, M. L. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: 1950-2011, evolução e perspectivas*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Barbosa, K. T. F. (2019). Vulnerabilidade da pessoa idosa: desenvolvimento do conceito. Tese de Pós-Graduação. Universidade Federal da Paraíba. Disponível online em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/19000/1/KeyllaTalithaFernandesBarbosa_Tese.pdf
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Trad. LA Reto, & A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, A., & Figueiredo, A. (2019). *Demografia e políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bárrios, M. (2017). Políticas de envelhecimento ao nível local-análise e avaliação de programas a partir do paradigma de envelhecimento ativo. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Política Social. ISCSP. Disponível online em: <http://hdl.handle.net/10400.5/14078>
- Barros, P. P. (2019). Seminário na Universidade Autónoma de Lisboa - A Saúde em Portugal. Universidade Nova de Lisboa. Relatório. Disponível em: <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/5413/2/A%20saúde%20em%20Portugal.pdf>
- Barros, P. P. (2020). Acesso a Cuidados de Saúde, 2020 As escolhas dos cidadãos. Disponível online em: <https://www2.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/AF-HealthReport-2020-S.pdf>
- Barros, P. P. & Santos, C (2024). Relatório de Envelhecimento. Cátedra BPI, Nova SBE e Fundação “La Caixa” em Economia da Saúde. Disponível em: https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/2024/Relatorio_de_Envelhecimento_12_jul_2024.pdf
- Bavidge, M. (2016). Feeling one’s age: a phenomenology of aging. In: Scare, G. (org.). *The palgrave handbook of the philosophy of aging* (pp. 207-224). London: Palgrave Handbooks. Disponível online em: https://www.researchgate.net/publication/313803602_Feeling_One's_Age_A_Phenomenology_of_Aging
- Beauvoir, S. (1990). *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira

- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (2021). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 175(6), 553-561. Disponível online em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwq477>
- Bilhim, J. (2004). *Gestão estratégica de Recursos Humanos*. Universidade Técnica de Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Disponível em: [https://www.academia.edu/71754812/Gestão Estratégica de Recursos Humanos](https://www.academia.edu/71754812/Gest%C3%A3o_Estrat%C3%A9gica_de_Recursos_Humanos)
- Bourdieu, P. (1984). *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2014. Obtido online em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239100/mod_resource/content/0/Pierre Bourdieu%20-%20A%20Distinção.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239100/mod_resource/content/0/Pierre_Bourdieu%20-%20A%20Distin%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Bourdieu, P. (1992). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil. DIFEL
- Brauer, M.; Roth, Gregory A.; Aravkin, Aleksandr Y. *et. al.* (2024). Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. In: *The Lancet*. 2024; Vol. 403, No. 10440. pp. 2162-2203. Obtido online a partir de: <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/global-burden-and-strength-of-evidence-for-88-risk-factors-in-204>
- Cabete, D. G. (2001). O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico da pessoa idosa. Dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde. ISPA. Disponível online em: <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/372>
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). O Envelhecimento Activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais. FFMS. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/23416>
- Campos, C. M. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91–101. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/9725/11044>
- Campos, R. (2011). Imagem e tecnologias visuais em pesquisa social: tendências e desafios. *Análise Social*, XLVI, pp.237–259.
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carneiro R., Chau F., Soares C., Fialho J. A. & Sacadura M. J. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Relatório Final realizado pelo Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Carta Social (2021). *Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2019*. GEP. Disponível online em: <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2019.pdf>

- Carvalho, M. L. (2012). Modelo de Política de Cuidados na Velhice em Portugal. In Marília Viana Berzins e Maria Cláudia Borges, Políticas para um País que Envelhecer. S. Paulo: ED. Martinari, pp. 201-2034.
- Charazac, P. (2004). Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, pp.31–38. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Collin, J. (2007). Du silence des organs au souci de soi. Médicament et reconfiguration de la notion de prevention. In Ilario Rossi (ed.), Prévoir et Prédire la Maladie, Éditions Aux lieux d'être, pp. 139-151.
- Costa, J. F. C. (2010). Os Idosos e as novas tecnologias: perspectivas para uma maior qualidade de vida. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela. Dissertação de Doutoramento. Consultado em: https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/3015/9788498876048_content.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Costa, R. P. (2014). Ridendo Castigat Moraes, A transcrição de entrevistas e a (re)construção social da realidade. VIII Congresso Português de Sociologia. Consultado em: https://associacaoportuguesasociologia.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0622.pdf
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. International Journal of Health Services, 10 (3), pp. 365-388.
- Creswell, J.W. (2014). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. London: SAGE.
- Cruz, A. (2004). O dever de cuidar dos pais idosos: criação de um regime autónomo na lei civil? Disponível online em: <https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2024/06/O-dever-de-cuidar-dos-pais-idosos.pdf>
- Cruz, S. A. (2000). Sobre o trabalho precário no feminino: uma breve reflexão. IV Congresso Português de Sociologia. Disponível online em: https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462dd52b7c864_1.pdf
- Dahlke, S., Hunter, K. F., Negrin, K., Reshef Kalogirou, M., Fox, M., & Wagg, A. (2019). The educational needs of nursing staff when working with hospitalised older people. Journal of Clinical Nursing, 28(1-2), pp.221-234. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326582328_The_educational_needs_of_nursing_staff_when_working_with_hospitalized_older_people
- Deluiz, N. (1997). Neoliberalismo e educação: é possível uma educação que atenda os interesses dos trabalhadores? Tempo e Presença, n.293, mai./jun, pp.14-16.
- DGS (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030, Saúde Sustentável para todos. Disponível online em: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Dias, José Carlos R. (2009). Os Velhos na Sociedade Portuguesa Contemporânea. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais

- Diogo, F., Ana, C., Palos, C., Rodrigues, E., Pereira, F., Ribeiro, F., Branco, G., Trevisan, L., Fernandes, O., Silva, P., Perista, I., & Amaro. (2021). Trajetos e quotidianos: a pobreza em Portugal. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível online em: https://ffms.pt/sites/default/files/2022-07/a-pobreza-em-portugal-trajetos-e-quotidianos_0.pdf
- Duarte Melo, A. G. S., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M., & Ferreira, M. (2022). Guia de comunicação em saúde. Boas práticas. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS). Disponível online em: <https://doi.org/10.21814/1822.78904>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde. Disponível online em: https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publicação-ers_direitos-e-deveres.pdf
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e morrer* / Norbert Elias; trad. Plínio Dentzien. - Rio de Janeiro; Jorge Zahnr,
- Esgaio, A. (2014). A intervenção comunitária na prática do serviço social: um imperativo na conjuntura socioeconómica atual. Carvalho, MI & Pinto, C.(coords.). Serviço social. Teorias e práticas, 205-223.
- European Commission (2015). The 2015 ageing report: economic and budgetary projections for the 28 EU member states (2013-2060). Bruxelas: European Commission. Disponível online em: https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
- Falzarano, F., Moxley, J., Pillemer, K., & Czaja, S. J. (2021). Family Matters: Cross-Cultural Differences in Familism and Caregiving Outcomes. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(7), 1269–1279. Disponível online em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab160>
- Fernandes, A. F. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Celta Editora. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/294584077_Velhice_e_Sociedade
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Quarteto Editora.
- Ferreira, D. (2021). Abandono e solidão em idosos institucionalizados durante a pandemia do Covid-19. Dissertação Mestrado em Sociologia. FULP. Consultado em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139249/2/513361.pdf>
- Ferreira, P. M., Villaverde Cabral, M., Moreira, A. (Orgs.) (2017). *O Envelhecimento na Sociedade Portuguesa: Pensões, Família e Cuidados*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, L. T. (2020). *Educação ao longo da vida e o envelhecimento ativo*. Lisboa: Almedina.
- Flick, U. (2007) *Uma introdução á pesquisa qualitativa*. Trad. Sandra Netz. Porto Alegre Bookman.. Obtido em: <https://www.academia.edu/14474233/FLICK-Uwe-Uma-introducao-a-pesquisa-qualitativa>
- Fogel, Robert W. (2004). *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100: Europe, America, and the Third World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fonseca, A. M. (2021). *Envelhecimento Ativo e a Participação dos Idosos no Apoio Familiar*. Lisboa: Editora Almedina.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. 1.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frigotto, G. (1988). *Formação profissional no segundo grau: em busca do horizonte da educação politécnica*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz.
- Giddens, A. (2002). *Modernidade e Identidade*. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar.
- Giddens, A. (2008). *Sociologia*. 6ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2011). Frailty, disability and old age: A re-appraisal. *Health*, 15(5), 475–490.
- Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade. Cuidar e Compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Goffman, E. (1985). *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis, Ed. Vozes
- Goffman, E. (1961) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2007. Obtido em: <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoos-e-conventos.pdf>
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e Formas de Uso*. Estoril: Principia.
- Henriques, A., & Dias, I. (2020). As duas faces do isolamento dos idosos em tempo de pandemia: quem “achata a curva” da solidão? FLUP. Disponível online em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131205/2/434356.pdf>
- Hertz, N. (2021). *O século da solidão: restabelecer conexões em um mundo fragmentado*. Tradução Marina Vargas. 1. ed. - Rio de Janeiro: Record.
- Holt-Lunstad, J., & Smith, T. B. (2022). Social relationships and health: The role of social support and loneliness. *Annual Review of Public Health*, 43, 141-159. Disponível online em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-050821-092046>
- Howick J, Moscrop A, Mebius A, *et al.* (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med*.111(7):240-252. Disponível online em: <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
- Hussein, S. A., & Ismail, M. (2017). Ageing and Elderly Care in the Arab Region: Policy Challenges and opportunities. *Ageing International*, 42(3), 274-289. Disponível online em: <https://doi.org/10.1007/s12126-016-9244-8>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2014). Guia Prático – Constituição de Instituições Particulares de Solidariedade Social. Disponível online em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao_ipss
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017). Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas. Disponível online em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2024). Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (N37 - v4.24). Disponível online em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rnci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Projeto Acessibilidades UAb, 185-208.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Estatísticas Demográficas 2019. Lisboa: INE. Disponível online em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/71882686>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Relatório sobre a saúde dos idosos em Portugal. Lisboa: INE. Disponível Online em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439489924&PUBLICACOESmodo=2
- Johnson, A. G. (1997). *Dicionário de Sociologia*. Editora Schwarcz - Companhia das Letras.
- Laslett, P. (1989). *A fresh map of life: The emergence of the third age*. Weidenfeld & Nicolson.
- Li, J., Luo, X., Cao, Q., Lin, Y., Xu, Y., & Li, Q. (2020). Communication Needs of Cancer Patients and/or Caregivers: A Critical Literature Review. *Journal of Oncology*, 2020(1), 1–12. Disponível online em: <https://doi.org/10.1155/2020/7432849>
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lisboa Domiciliária (2009). Um filme de Marta Pessoa. Documentário. Real Ficção.
- Lopes, A. (2006). Welfare arrangements, safety nets and familial support for the elderly in Portugal. PhD thesis, The London School of Economics and Political Science (LSE). Disponível em: http://etheses.lse.ac.uk/727/1/Lopes_Welfare_arrangements_safety_nets_2006.pdf
- Lopes, N. (2003). Automedicação: Práticas e Racionalidades Sociais. Tese de Doutoramento em Sociologia. Lisboa. Departamento de Sociologia, ISCTE-IUL. Disponível online em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20895>
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health – Public Health and the Regulated Body*. Londres. Sage Publications.
- Maia, A. (2023). Mais de 1600 pessoas com alta internadas nos hospitais por não terem para onde ir. PÚBLICO. Consultado online em: <https://www.publico.pt/2023/06/02/sociedade/noticia/1600-pessoas-alta-internadas-hospitais-nao-terem-onde-ir-2051914>
- Márcia, L., & Teixeira, F. (2010). Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Obtido em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf
- Marques, G., Amendoeira, J., & Vieira, M. (2015). À procura do significado de abandono para as pessoas muito idosas clientes de cuidados de enfermagem. Disponível online em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19786/1/2015076.pdf>
- Martín, I., & Brandão, D. (2012). *Políticas para a Terceira Idade*. In C. Paúl, & O. Ribeiro, Manual de Gerontologia - aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento (p. 273-287). Lisboa: Lidel.
- Martins, R. (2002). Envelhecimento e Políticas Sociais. Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

- Martins De Almeida, M. C. B. (2013). Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos na comunidade. Tese de Doutoramento em Psicologia. Porto. FPCEUP. Disponível online em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67672/2/30106.pdf>
- Matos, M., Gonçalves, A. T., & Lopes, J. R. (2006). Recensões. CIDADES, Comunidades E Territórios, pp.12-13. Consultado em: <https://revistas.rcaap.pt/cct/article/view/9241>
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an Exploration of patients' Experiences. Journal of Clinical Nursing, 13(1), 41–49. Disponível online em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>
- Medeiros, T., Ribeiro, C., Miúdo, B. P., Fialho, A. (2013). *Envelhecer e conviver*. Letras lavadas: Ponta Delgada.
- Mehrabian, A. (1971). Silent Messages: Implicit Communication of Emotions and Attitudes. Wadsworth Publishing Company. Disponível online em: https://www.academia.edu/23744443/Albert_Mehrabian_Silent_Messages
- Melão, L. M. S. G. (1999). Envelhecimento – Que realidade? Porto: Revista informar, n.º 18, pp.19-24.
- Melo, L. e Neto, F. (2003). *Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo*. Psicologia, Educação e Cultura. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Miguel, M. E., Pinto, M. E., & Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. Revista Eletrônica de Enfermagem, 3(9), p. 784-795.
- Minayo, M. C. de S. (2021). Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. Ciência & Saúde Coletiva, 26(1), 7–15. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.
- Montezuma, Camila Araújo, Freitas, Maria Célia de e Monteiro, Ana Ruth Macedo. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008, Vol. 10(2).
- Moreira, C. (2011). Os benefícios individuais da formação e o seu contributo para o processo de transferência da formação. Tese de Mestrado. Obtido em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4124/1/Tese%20Carlos%20Moreira.pdf>
- Morland, P. (2019). *A maré humana: a fantástica história das mudanças demográficas e migrações que fizeram e desfizeram nações, continentes e impérios*. Trad. Maria Luiza Borges. Rio de Janeiro: Zahar.
- Neto, F. (2000). Psicologia Social. Vol. II. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nossa, P. N. (2020). Envelhecimento, financiamento e inovação nos sistemas de saúde: uma discussão necessária para a manutenção do direito à saúde. Saúde E Sociedade, 29(2). Disponível online em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020200081>
- Nunes, C. (2018). *A Solidão dos Moribundos – seguido de envelhecer e morrer*. Consultado em: http://www.fafich.ufmg.br/ppgs/wp-content/uploads/2020/09/5-ELIAS-Nobert.-A-solidão-dos-moribundos..._livro-todo.pdf
- Nunes, C. (2021). O efeito orçamental do envelhecimento em Portugal. GPEARI. Ministério das Finanças. Disponível online em: <https://www.gee.gov.pt/pt/estudos-e-seminarios/artigos-category/31317-o-efeito-orcamental-do-envelhecimento-em-portugal-atualizacao-de-2021>

- Observatório Nacional. (2020). Boletim #5. Envelhecimento e políticas sociais em Portugal. Que respostas e que futuro? Disponível online em: <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-5-ENVELHECIMENTO-E-POLÍTICAS-SOCIAIS-EM-PORTUGAL.pdf>
- OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponível online em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1727040988&id=id&accname=guest&checksum=3771D2784A59B569272E5B39C8A6B74F>
- Oliveira, P., & Gomes, F. (2020). *O mercado de trabalho jovem em Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Oliveira, W. L., Cupertino, E., & Silva, T. B. L. da. (2023). Pessoas idosas com Transtorno do Espectro Autista: um saber-fazer necessário. *Kairós-Gerontologia*, V.26 (33). Disponível em: <https://doi.org/10.61583/kairs.v26i33.22>
- ONU (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Disponível online em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à Análise dos Casos. Edição da Ordem dos Enfermeiros. Obtido online em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Paço, C. (2016). *Solidão e Isolamento na Velhice: Um estudo realizado na Freguesia da Misericórdia em Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. ISCSP. Consultado online em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13212/1/tese%20Carlos%20Paço.pdf>
- Pais, J. M. (2006). *Nos Rastos da Solidão – Deambulações Sociológicas*. Porto: Ambar.
- Paranhos, R., Figueiredo Filho, D. B., Rocha, E. C. da, Silva Júnior, J. A. da, & Freitas, D. (2016). Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*, 18(42), pp.384–411.
- Pego, M. A., & Nunes, C. (2018). Aging, Disability, and Informal Caregivers: A Cross-sectional Study in Portugal. *Frontiers in Medicine*, 4. Disponível online em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00255>
- Peixoto, J. et al. (2017). *Migrações e sustentabilidade demográfica*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível online em: <https://ffms.pt/sites/default/files/2023-05/Estudo%20completo%20Migrações%20%28PDF%29.pdf>
- Pereira, A. R. (2021). *Desigualdades sociais e envelhecimento: Desafios e oportunidades*. Editora Saúde e Sociedade
- Phillipson, C. (2013). *Ageing*. Cambridge: Polity Press.
- Pinto, A., & Teixeira, J. (2020). *Portugal, sociedade e demografia: uma análise histórica*. Coimbra: Almedina.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.

- Pimentel, L., Lopes, S.M. & Faria, S. (2016). *Envelhecendo e Aprendendo*. A Aprendizagem ao Longo da Vida no Processo de Envelhecimento Ativo. Ed. Coisas de Ler
- PORDATA (2020). *Base de dados Portugal contemporâneo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Queirós, C., & Fernandes, O. (2021). Desenvolvimento Profissional Contínuo no Contexto da Enfermagem Gerontogeriatrica. In M.L.F. Almeida, J.P.A. Tavares, & J.S.S. Ferreira (Coord.). (2021). *Competência em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, pp.155-164. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38026/1/Competência%20em%20Enfermagem%20Gerontogeriatrica_cap.8.pdf
- Reis, J. (2005). *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa: Vega. Saúde para todos.
- Relvas, A.P. (1982). A família: Introdução ao seu estudo numa perspectiva sistémica. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 19, pp. 301-321.
- Ribeiro, M. T., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Magalhães, C. S., & Moreira, A. N. (2008). Perfil os cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), p. 1285-1292. Disponível Online em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fPzczYzWFt3YkVpxqB6hS/?format=pdf&lang=pt>
- Rocha, J. (2021). *Acesso aos Cuidados de Saúde A Saúde como Pilar de Desenvolvimento Regional NUTE III Alto Alentejo*. Tese de Mestrado em Gestão e Políticas Públicas. ISCSP. Disponível online em: <http://hdl.handle.net/10400.5/21603>
- Rodrigues, R., Huber, M., & Lamura, G. (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care: Europe and North America*. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Disponível online em: https://www.researchgate.net/publication/280943536_Facts_and_Figures_on_Healthy_Ageing_and_Long-term_Care
- Rodrigues, R. M. (2018). *Solidão, Um Fator de Risco*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 34(5), 334–338. Disponível online em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12073/pdf>
- Rodrigues, V. L. (2013). *A solidão dos idosos na dinâmica do envelhecimento*. Mestrado em Gerontologia Social Aplicada. UCP – Braga. Disponível online em: <http://hdl.handle.net/10400.14/26845>
- Rolo, G., Orientador, L., Doutora, P., & Campos Pinto. (2017). *A Importância do Planeamento de Altas em Idosos - Um Desafio para a Política Social*. Dissertação Mestrado em Política Social. ISCSP-UL. Consultado em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14951/1/TESE%20FINAL%20GILDA%20%282%29.pdf>
- Rosa, M.J.V. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, Lisboa, V.28, s.4, n.122, p.679-689

- Rosas, I.C.G. (2015). *Idoso, Vulnerabilidade, Risco e Violência: Que medidas de proteção*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Obtido online em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10553/1/Idalina%20da%20Conceição%20Gonçalves%20Rosas.pdf>
- Russell, A. R., Nyame-Mensah, A., de Wit, A., & Handy, F. (2018). Volunteering and Wellbeing Among Ageing Adults: A Longitudinal Analysis. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 30(1), 115–128. Disponível online em: https://www.researchgate.net/publication/327921091_Volunteering_and_Wellbeing_Among_Ageing_Adults_A_Longitudinal_Analysis
- Ryan, P., & Coughlan, B. J. (2013). *Ageing and Older Adult Mental Health*. Routledge
- Sachs, J. D. (2005). *The end of poverty: Economic possibilities for our time*. Penguin Press. Disponível online em: http://www.economia.unam.mx/cedrus/pdf/jeffrey_sachs_the_end_of_poverty_economic_possibilities_for_our_time_2006.pdf
- SESC (2021). *Mais 60: estudos sobre envelhecimento*. Edição do Serviço Social do Comércio. São Paulo: Sesc São Paulo, v. 32, n. 81, Dezembro 2021. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/2022_Periodicos/Mais-60_n.81.pdf
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal Retrato do Sistema de Saúde 2017. *Health Systems in Transition*. Obtido online em: <http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/HiT-Portugal-PT/files/assets/common/downloads/Health%20Systems%20in%20Transition%20-%20Portugal.pdf>
- Silva, E. (2012). *Idosos em internamento hospitalar com dificuldades de reinserção sócio-familiar*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidade da Madeira. Consultado online em: <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/473/1/MestradoEduardoSilva.pdf>
- Silva, J. M. (2019). *Habitação e envelhecimento: Desafios para a saúde dos idosos*. Edições Universitárias
- Silva, M. A. (2020). *Famílias Contemporâneas e o Papel dos Idosos*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative Phenomenological Analysis as a Useful Methodology for Research on the Lived Experience of Pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41–42. Disponível online em: <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
- Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. (2021). *Revista oficial SPGG, Nr.º 0, Dezembro 2021*. Disponível online em: https://spgg.com.pt/UserFiles/File/N0_Revista_SPGG.pdf
- Sousa, I.B. (2015). *Abandono de idosos em hospitais: o caso do Serviço de Urgência no Hospital de Santo António*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. ISSSP. Consultado online em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28654>
- Sousa, L. (2006). *Envelhecer em família*. Porto: Ambar.

- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Príncipeia.
- Stannah (2019). O Papel dos Idosos ao longo da História. Blog Portugal. Disponível em: <https://blog.stannah.pt/cuidador/papel-dos-idosos-ao-longo-da-historia/>
- Tavares, J. C., Santinha, G., & P. Rocha, N. (2023). Política de saúde num contexto de envelhecimento demográfico.: Princípios amigos da pessoa idosa: uma prioridade programática? *Finisterra*, 58(123), 61–85. Disponível online em: <https://doi.org/10.18055/Finis29037>
- Tavares, J., de Lurdes Almeida, M., Duarte, S.F.C., & Apóstolo, J. (2021). Older adult care in nursing education: How have curricula been developed? *Nurse Education in Practice*, 50, 102947. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102947>
- Teixeira Fernandes, A. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. *Sociologia*, 15, pp.223-247.
- Teixeira, M. R. (2018). *O papel das autarquias no envelhecimento ativo em Portugal*. Almedina
- Thomas, W. H. (2004). *What are old people for? How elders will save the world*. VanderWyk & Burnham.
- Tomé, L. P. (2015). Why Portugal is not replacing generations? a period and cohort perspective in a comparative analysis with selected european countries. Dissertação de Doutoramento em Sociologia. Universidade de Évora. Disponível online em: <http://hdl.handle.net/10174/17373>
- Tones, K. & Green, J. (2004). Health promotion: Planning and strategies. Book Review. SAGE Publications. Disponível online em: <https://academic.oup.com/her/article/20/3/385/854470>
- Túlio, C. M. (2013). Saber envelhecer. Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM. Disponível online em: <https://doceru.com/doc/nvcvc>
- UNICEF (2019). Levels & Trends in Child Mortality. Report 2019. Disponível online em: <https://www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf>
- United Nations Population Fund (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Resumo Executivo. UNFPA. Disponível online em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf
- Vargas, A. C. R., Derhun, F. M., Inoue, L. H., Baldissera, V. D. A., Salci, M. A., & Carreira, L. (2022). A formação do enfermeiro para o cuidado ao idoso: uma análise documental do ensino de graduação no Paraná. *Nursing (São Paulo)*, 25 (285), 7177–7188. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2232/2791>
- Vaz, E. (2008). *A Velhice na primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.
- World Health Organization. Active Ageing - A Policy Framework (2002). A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization (2015). World Report on Ageing and Health. Genebra: WHO. Disponível online em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

World Health Organization (2023). European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Country Health Profile 2023. Disponível online em: https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_pt_portuguese.pdf

Zimmerman, G. I. (2000). Velhice, aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artemed Editora.

Anexos

Guião(ões) de recolha de dados (versão definitiva)

Preparação da entrevista individual - Seguimento de Guião de Entrevista semiestruturado fechado

Passos necessários	Descrição
Enquadramento da entrevista	<p>As entrevistas realizadas pretendem dar resposta ao seguinte problema de estudo:</p> <p>“Qual o papel dos profissionais de saúde no abandono de idosos em instituições hospitalares?”</p> <p>A importância da entrevista advém de os entrevistados serem profissionais de saúde da região do Alentejo Central que vivenciam o abandono dos idosos nas instituições hospitalares.</p>
Definição dos objetivos da entrevista	<p>Dar resposta às questões de investigação colocadas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. O que é para si e para a sua profissão o abandono?2. Considera que o abandono de idosos tem vindo a crescer e a ganhar maior peso na sociedade?3. O que é ser velho hoje?4. Existe na sua instituição normas e regras para a situação de um idoso “abandonado”? Se sim, quais e como funcionam?5. São as instituições hospitalares prejudiciais á permanência de idosos por tempo indeterminado?6. Que relação social é estabelecida entre idosos e os profissionais de saúde?7. É necessário reforçar formações de como lidar com o envelhecimento dentro das instituições hospitalares?
Entrevistados	Profissionais de saúde alocados as instituições de saúde da região do Distrito de Évora (Alentejo Central)
Entrevistadores	Aluno Mestrando Sociologia DRH

Prazo	O prazo inicial foi estabelecido até 30 de Junho 2024.
Condições logísticas	Declaração de consentimento informado. Documento de perfil socio demográfico Gravador áudio

Planificação da entrevista:

Passos necessários	Descrição
Propósito	<p>Problema de estudo:</p> <p>“Qual o papel dos profissionais de saúde no abandono de idosos em instituições hospitalares?”</p> <p>Objetivo: dar resposta às quatro questões de investigação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O que é para si e para a sua profissão o abandono? 2. Considera que o abandono de idosos tem vindo a crescer e a ganhar maior peso na sociedade? 3. O que é ser velho hoje? 4. Existe na sua instituição normas e regras para a situação de um idoso “abandonado”? Se sim, quais e como funcionam? 5. São as instituições hospitalares prejudiciais á permanência de idosos por tempo indeterminado? 6. Que relação social é estabelecida entre idosos e os profissionais de saúde? 7. É necessário reforçar formações de como lidar com o envelhecimento dentro das instituições hospitalares? <p>Dimensão: abrangência regional – profissionais de saúde do Alentejo Central</p>
Entrevistados	<p>Profissionais de saúde alocados as instituições de saúde da região do Distrito de Évora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de diferentes unidades de saúde. - de diferentes faixas etárias. - de diferentes categorias profissionais.

	Meio de comunicação	Tipo – oral (gravada, se possível e se com consentimento). Espaço – espaço reservado (uma sala) no edifício escolar. Momento – a definir com o entrevistado.
	Tempo da entrevista	De 45 a 55 minutos

Elaboração	Entrevista	<p>Variáveis a serem estudadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento intrínseco e delimitação pessoal do conceito “abandono”. - Atualmente como é reconhecido o envelhecimento. - Forma como são feitas as gestões burocráticas e pessoais sobre a problemática dos idosos “abandonados” nas instituições hospitalares. - A necessidade de futuramente existir reforços nos planos de formação dos profissionais de saúde. <p>Descrição dos itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de questões agrupadas em categorias e em subcategorias. - Considerar expectativas do entrevistador. - Resumir o discurso oportunamente.
	Marcação da entrevista	<p>Apresentar de forma breve o projeto.</p> <p>Decidir o espaço e o tempo com o entrevistando.</p>
Realização	Critérios gerais a ter em conta	<p>Embora seja apenas feita uma análise de conteúdo às palavras transcritas do entrevistado, deve-se ter em conta:</p> <p>O estado de espírito do entrevistado (confiança, confusão, constrangimento...).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contradições do entrevistado. - Momentos em que o entrevistado manifesta as suas emoções. - Linguagem corporal. - Tonalidade e ritmo da linguagem do entrevistando. - Género de linguagem utilizada. - Ambiente onde a entrevista é realizada. - Experiências pessoais dos entrevistados

	<p>Aspectos formais a ter em conta:</p>	<p>Apresentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar um ambiente descontraído, mostrando gentileza e atenção para com o entrevistado. - Manter o profissionalismo, procurando levar o entrevistado a responder às questões e esclarecendo dúvidas que este possa ter. <p>Descrição do projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Referir o âmbito da entrevista.
	<p>Aspectos formais a ter em conta:</p>	<p>Consentimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar a autorização do entrevistado por escrito e/ou por oral. <p>Decorrer da entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o entrevistado a expressar-se claramente. - Focar o entrevistado nos tópicos principais. - Estimular o entrevistado a expor mais acerca dos tópicos mais importantes. <p>Terminar a entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atender ao limite de tempo da entrevista. - Fazer um apanhado das ideias principais. - Apresentar um agradecimento final. <p>Tomar notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anotar as disposições corporais e emocionais do entrevistado. - Eventualmente, apenas no caso da não autorização da gravação da entrevista, proceder à transcrição direta da entrevista.

Problema de estudo:

“Qual o papel dos profissionais de saúde no abandono de idosos em instituições hospitalares?”

Questões de investigação:

1. O que é para si e para a sua profissão o abandono?
2. Considera que o abandono de idosos tem vindo a crescer e a ganhar maior peso na sociedade?
3. O que é ser velho hoje?
4. Existe na sua instituição normas e regras para a situação de um idoso “abandonado”? Se sim, quais e como funcionam?
5. São as instituições hospitalares prejudiciais á permanência de idosos por tempo indeterminado?
6. Que relação social é estabelecida entre idosos e os profissionais de saúde?
7. É necessário reforçar formações de como lidar com o envelhecimento dentro das instituições hospitalares?

Tópicos gerais a avaliar:

1. O que é para si e para a sua profissão o abandono?
 - 1.1 – Entender como o conceito é reconhecido individualmente e profissionalmente.
 - 1.2 – Identificar se há diferentes visões sobre o conceito.
 - 1.3 – Relevância dada.
2. Considera que o abandono de idosos tem vindo a crescer e a ganhar maior peso na sociedade?
 - 2.1 – Como são vistos os dados estatísticos que respeitam ao envelhecimento.
 - 2.2 – Considerações de prospetivas futuras.
3. O que é ser velho hoje?
 - 3.1 – Qual a perspetiva face á delimitação de “idoso” dada pela OMS.
 - 3.2 – Novos e velhos modos de viver.
4. Existe na sua instituição normas e regras para a situação de um idoso “abandonado” na instituição de saúde? Se sim, quais e como funcionam?
 - 4.1 – Conhecer se há normas e regras nestes casos e quem estabelece as mesmas.
 - 4.2 – Conhecer a privacidade e a autonomia dada aos idosos “abandonados” nos hospitais.

- 4.3 – Obter conhecimento sob a rotina dos idosos “abandonados”.
- 5. São as instituições hospitalares prejudiciais á permanência de idosos por tempo indeterminado?
 - 5.1 – Saber quais os riscos inerentes á permanência de idosos nas instituições hospitalares.
 - 5.2 – Procurar perceber qual os timings de resolução para com a permanência do idoso no contexto hospitalar.
- 6. Que relação social é estabelecida esses idosos e os profissionais de saúde?
 - 6.1 – Entender se há o desenvolver de laços de proximidade.
 - 6.2 – Procurar perceber se com o aumento de tempo em instituição hospitalar, o idoso começa a ter um trato diferente daquela de quando entrou.
- 7. É necessário reforçar formações de como lidar com o envelhecimento dentro das instituições hospitalares?
 - 7.1 – Reconhecer as dificuldades e desafios que envolvem o lidar com os idosos nas instituições hospitalares, nomeadamente aqueles que se encontram em situação de “abandonados”.
 - 7.2 – Entender a necessidade de formação por parte dos profissionais de saúde.

Guião de Entrevista semiestruturado fechado

- 1.** O que é para si e para a sua profissão o abandono?
- 2.** Considera que o abandono de idosos tem vindo a crescer e a ganhar maior peso na sociedade?
- 3.** O que é ser velho hoje?
- 4.** Existe na sua instituição normas e regras para a situação de um idoso “abandonado” na instituição de saúde? Se sim, quais e como funcionam?
- 5.** São as instituições hospitalares prejudiciais á permanência de idosos por tempo indeterminado?
- 6.** Que relação social é estabelecida entre idosos e os profissionais de saúde?
- 7.** É necessário reforçar formações de como lidar com o envelhecimento dentro das instituições hospitalares?

Guião de entrevista “Focus Group”

Grupo Focal
Sala 121 da Universidade de Évora

06

13 de Abril de 2024

Guião (*inclui timeline*)

Profissionais de saúde que se deparam com situações de permanências / abandono de idosos em recinto hospitalar após alta médica.

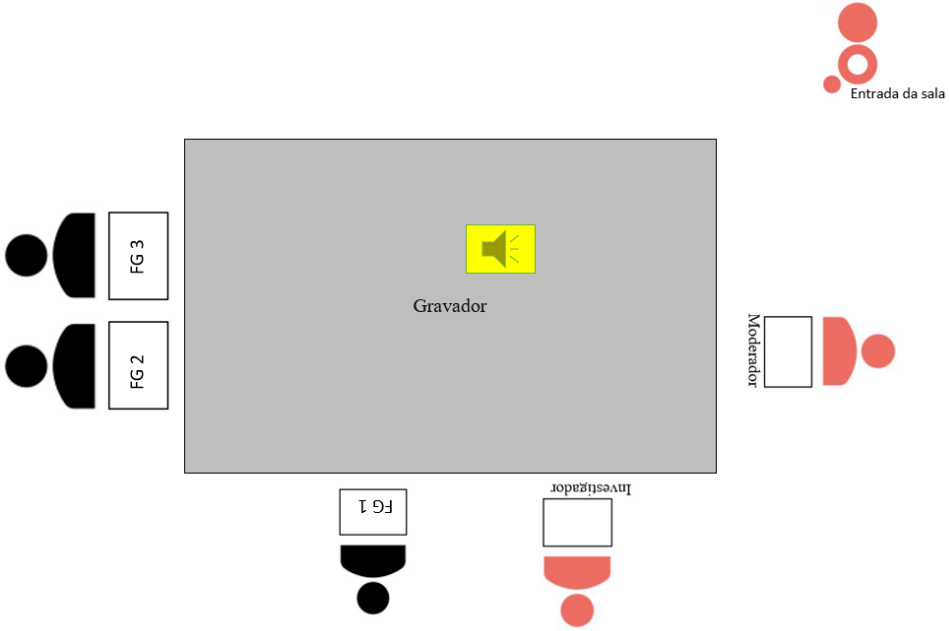
Tempo (minutos)	Assunto / Questão	Interveniente	Observações
00:00:00 [09:30]	Boas-vindas Contextualização e apresentação do tema. Pedido do preenchimento da ficha de perfil sociodemográfico. Recordatória sobre o consentimento informado. Apresentações individuais Como vai funcionar a sessão: Apresentação de questões e solicitação de contributos/ comentários	Moderador/a Investigador	
00:15:00 [09:45]	>> Na vossa profissão e para vocês o que significa o abandono de pessoas, neste caso de idosos? E consideram que o abandono de idosos é um tema crescente? Que ganha maior peso na sociedade atual?		
00:30:00 [10:00]	>> Como vêm os idosos da sociedade atual, e o que é ser “velho” hoje? Assim, consideram que com o passar dos tempos e com as evoluções sociais os cidadãos com mais de 65 anos têm sofrido alterações no modo de viver?		
00:45:00 [10:15]	>> Perante uma situação de abandono, as normas da instituição onde trabalham são estabelecidas de acordo com que critérios? Respeitam eles a privacidade e autonomia do idoso? Qual a rotina desses mesmos idosos no interior da instituição? Isto porque em dezembro de 2023, a SIC Notícias dava conta que “Hospitais continuam a ser casa para centenas de pessoas que não têm para onde ir”. O que podem acrescentar acerca das instituições hospitalares não são o ambiente mais adequado para os idosos a longo prazo?		

01:00:00 [10:30]	>> A permanência por longos períodos, já depois da alta médica, potencia relações entre paciente e profissional saúde, nesse contexto qual a vossa relação social estabelecida com o idoso? E de que forma continuam a cuidar do idoso?		
01:15:00 [10:45]	Existe um estudo de 2021 por Queirós e Fernandes na área do Desenvolvimento Profissional Contínuo no Contexto da Enfermagem Gerontogeriatrica que menciona a falta de formação dos profissionais de saúde. Qual a vossa opinião? >> Defendem que é necessário o reforço de formações de como lidar com o envelhecimento dentro das instituições hospitalares?		
01:25:00 [10:55]	Conclusão >> Querem acrescentar alguma informação que não tenha sido abordada e seja de extrema importância?		
01:30:00 [11:00]	Encerramento e Agradecimentos		

Participantes:

- Enfermeiro(a) 1
- Enfermeiro(a) 2
- Enfermeiro(a) 3
- Investigador
- Moderador

Estrutura do grupo focal:



Grupo Focal _____ Data: 13/ 04 / 2024 Hora: 09:30, sala 121-CES, Universidade de Évora

Quadro síntese de questionários administrados/entrevistas realizadas:

Entrevista #	ID (Numeração/ Pseudónimo)	Local de realização	Duração de entrevista	Transcrição integral/ seletiva	Outras variáveis importantes [Categoria Profissional]	Observações
1	FG1	Universidade Évora (CES)	1h30m	Integral	Enfermeiro(a)	
2	FG2	Universidade Évora (CES)	1h30m	Integral	Enfermeiro(a)	
3	FG3	Universidade Évora (CES)	1h30m	Integral	Enfermeiro(a)	
4	E1	Unidade de Saúde	1h	Integral	Enfermeiro(a)	
5	E2	Café	30m	Integral	Enfermeiro(a)	
6	E3	Casa	45m	-	Técnico(a) Auxiliar de saúde	Não permitiu gravação áudio
7	E4	Casa	20m	integral	Enfermeiro(a)	

Declaração de consentimento Informado

Eu, (nome do entrevistado) _____, declaro que me foram apresentados os objetivos e procedimentos para a minha participação no estudo “Qual o papel dos profissionais de saúde no abandono de idosos em instituições hospitalares”, desenvolvido no âmbito do estudo da dissertação de mestrado do aluno Nuno Manuel Atafona (m53202) da Universidade de Évora. Que os compreendi e que, nesse contexto, aceito nele participar e dou autorização para a captação de gravação áudio. A minha participação consiste em partilhar experiências profissionais relativamente ao estudo em cima citado, e a minha participação em entrevista de grupo focal. O mestrando assegura que todos os dados obtidos serão anonimizados, bem como a confidencialidade dos mesmos, sob os quais consagra como obrigação e dever o sigilo profissional de estes apenas serem tratados exclusivamente para fins de natureza académica e no respeito pelos princípios éticos e deontológicos, segundo o código de ética da Associação Portuguesa de Sociologia, que enquadram este tipo de estudo.

Évora, _____ de Abril de 2024

Assinatura: (entrevistado) _____

Construção do perfil sociodemográfico:

No âmbito do estudo "Qual o papel dos profissionais de saúde no abandono de idosos em instituições hospitalares?", o questionário a seguir apresentado pretende caracterizar do ponto de vista sociodemográfico o grupo presente neste grupo focal que se realiza a 13 de Abril de 2024 pelas 9:30h, na sala _____ da escola de ciências sociais da Universidade de Évora.

1. Idade?
2. Sexo?
 - Masculino
 - Feminino
 - Prefiro não responder
3. Qual o seu local de residência (mencionar o concelho de residência)?
4. Quais as suas habilitações literárias?
 - Ensino Secundário
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Pós-Graduação
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - Outro:
5. Qual a sua categoria profissional?
 - Técnico auxiliar de saúde
 - Enfermeiro(a)
 - Assistente Social
 - Psicólogo(a)
 - Outro:
6. Tem uma área de especialização? Se SIM, qual?
7. Detém alguma formação extra-profissional que se enquadre neste estudo? Se SIM, qual / quais?
8. Qual o local de exercício das suas funções profissionais?
 - Hospital
 - Centro de saúde
 - Outro:

9. Qual a sua situação laboral?

- Ativo(a)
- Baixa Médica
- Desempregado(a)
- Estudante
- Reformado(a)

Obrigado pela sua colaboração,

Nuno Manuel Atafona

Aluno Mestrando 53202 em Sociologia pela Universidade de Évora

Exemplo (entrevistas)

Análise de conteúdo (Entrevistas Individuais) - Inter-casos, Procedimento misto:

Problemática: Abandono				
2	3		1	4
Unidade de contexto	Unidade registo	Dimensão	Categoria	Sub-categoria
<p>E12: “Quando a família diz que não tem condições para os receber; ela sabe, a família sabe que ao não ir buscar o hospital por si só tem de tomar a responsabilidade. O hospital não vai simplesmente metê-lo na rua. A família sabe disso, tem noção disso. Eeee quando, quando não têm noção as pessoas ficam (impercetível). Pois há aqui dois tipos de abandono. Aliás, há vários.”</p> <p>E14: “O abandono é quando perdemos interesse por outra pessoa, quando a negligenciamos de alguma forma, seja emocional, seja física, seja psicologicamente, quando não escutamos a pessoa, e pode ser também uma forma de não querer saber, é não querer saber da outra pessoa.”</p>	<p>“Quando a família diz que não tem condições para os receber”</p> <p>“O abandono é quando perdemos interesse por outra pessoa”</p>	<u>Reconhecimento</u>	<p>Conceito pessoal de “abandono”</p>	<p>Abandono involuntário</p>
<p>E12: “Aos olhos da enfermagem é basicamente quando a pessoa tem uma alta clínica e a família diz que não pode ir buscar”</p> <p>E14: “O abandono é sinónimo de quando as pessoas, seja que faixa de idade forem, tem alta clínica e estão prontas para ir para o domicílio, não são... o abandono para já pressupõe pessoas que estejam dependentes.”</p>	<p>“quando a pessoa tem uma alta clínica e a família diz que não pode ir buscar”</p> <p>“o abandono para já pressupõe pessoas que estejam dependentes”</p>		<p>O “abandono” para a enfermagem</p>	<p>Desvalorização do ser humano</p>

<p>E11: “a maior parte dos abandonos que existem são abandonos por falta de condições suficientes.”</p> <p>FG: “Basicamente, são aqueles utentes que têm família e que a família diz que não têm condições para levar para casa.”</p>	<p>“por falta de condições suficientes.”</p> <p>“não têm condições para levar para casa.”</p>		<p>Causas do abandono</p>	<p>O cenário das dificuldades</p>
<p>E12: “Se a gente conseguir perceber, aaaaa como era a vida da pessoa antes de dar a entrada no hospital; imagina. Com o internamento a gente consegue perceber que tipo de pessoa era aquela pessoa. Obviamente enquanto enfermeiras a gente não faz um juízo valor mas enquanto pessoas a gente tem noção. Como ser humano! Pois, há aquele, aquela pessoa queeee, dizem - aqueles pais simplesmente, durante toda a vida deles nunca quiseram saber dos filhos”</p>	<p>“há aquele, aquela pessoa queeee, dizem - aqueles pais simplesmente, durante toda a vida deles nunca quiseram saber dos filhos”</p>		<p>Explicações atribuídas ao abandono</p>	<p>Abandono Voluntário</p>
<p>E11: “Não querem sentir o velhote como um peso.”</p> <p>E14 : “Acho que as pessoas cada vez são mais isoladas, paradoxalmente, ao que acontece, ao que devia acontecer, porque nós temos todos e mais alguns meios de comunicar em tempo real, ou seja, e se quer falar contigo agora, ligue-te e falo, não é?”</p>	<p>“um peso”</p> <p>“mais isoladas”</p>		<p>Sentimentos atribuídos ao estado do abandono</p>	<p>As emoções</p>

<p>EI2: “Olha, eu me recordo muito logo quando entrei, assim no início, aí há três anos, aaaaa. Távamos, tínhamos lá um senhor (emoção) que podia ter uns 60, 70 anos, 79, 70, pa í. E então, o senhor era muito autónomo, andava.... Aquilo era a casa dele! andava por todo lado. Eu lembro perfeitamente que ele estava algaliado, tinha ali o saquinho da algalia, por onde sai a urina... Sim, levava-o, estas a ver? (risos) Lá andava ele andava, andava com ele, e a gente víamo-lo passar, e tudo, e ele era muito má modo, a gente brincava com ele e ele nem respondia. Essa pessoa não tinha mesmo família, nada! Não tinha. Esteve lá durante quase seis meses. Era tipo...”</p> <p>FG “... sim, lembro-me de ter uma senhora um ano e meio lá. Entretanto, arranjou-se uma instituição e passado um mês até morreu lá! Nós éramos a família dela. Aquela senhora não tinha assim familiares diretos.”</p> <p>FG “Estou-me a lembrar, por exemplo, desse utente que a gente lá teve, que não tinha Alzheimer, tinha autista, e que teve de ir para uma instituição, teve la um mês e foi recambiado outra vez porque era muito agressivo, estava sempre amarrado, batia em várias pessoas.”</p>	<p>“Aquilo era a casa dele! andava por todo lado”</p> <p>“lembro-me de ter uma senhora um ano e meio lá. Entretanto, arranjou-se uma instituição e passado um mês até morreu lá”</p> <p>“autista, e que teve de ir para uma instituição, teve la um mês e foi recambiado outra vez porque era muito agressivo”</p>	<p><u>Latente</u></p>	<p>Episódio marcante do ponto de vista pessoal relacionado com o abandono</p>	<p>Ocorrências</p>
<p>EI2: Isto sem “escarafunchar-mos” muito por trás. Se a gente conseguir perceber, aaaaa como era a vida da pessoa antes de dar a entrada no hospital; imagina. Com o internamento a gente consegue perceber que tipo de pessoa era aquela pessoa. Obviamente enquanto enfermeiras a gente não faz um juízo valor mas enquanto</p>	<p>“enfermeiras a gente não faz um juízo valor, mas enquanto pessoas a gente tem noção. Como ser humano!”</p>		<p>Sentimentos não expressos ao abandono</p>	<p>Revolta e indignação</p>

<p>peessoas a gente tem noção. Como ser humano! Pois, há aquele, aquela pessoa queeee, dizem - aqueles pais simplesmente, durante toda a vida deles nunca quiseram saber dos filhos. Tiveram uma vidaaa completamente... Eles tiveram como quiseram, á vontade, fizeram a vida deles, ou alguns que ate estavam com os filhos mas tratavam-nos mal, por exemplo.”</p> <p>EI4: “Por isso considero que sim, as pessoas vivem cada vez mais isoladas, mesmo estando à distância de um telefonema.”</p>	<p>“as pessoas vivem cada vez mais isoladas”</p>			
--	--	--	--	--

Problemática: Idosos				
2 Unidade contexto	3 Unidade registo	Dimensão	1 Categoria	4 Sub - categoria
<p>FG: “Se for pela idade são os 65 anos... né? Que é o chamado idoso.”</p> <p>EI1: “Porque se calhar, aqui há 20 anos atrás, uma pessoa velha era considerada uma pessoa com 65 anos. E hoje em dia já não é bem assim”</p> <p>EI4: “Mas eu acho que as pessoas aos 65 anos não são velhas.”</p>	<p>“65 anos”</p> <p>“há 20 anos atrás, uma pessoa velha era considerada uma pessoa com 65 anos”</p> <p>“aos 65 anos não são velhas”</p>		<p>Perceção sobre a atribuição dada pela OMS</p>	<p>Intervalos etários</p>
<p>EI1: “Neste momento, para mim, ser velho é</p>		<p><u>Autoidentidade</u></p>		

<p>uma pessoa que não tem capacidade de se manter sozinho sem ajuda.”</p> <p>E4: “Depende, há vários tipos de velho, há pessoas que são ativas independentes e conseguem fazer uma vida mais ou menos autônoma ou autônoma e há outras pessoas que vivem sozinhas e estão completamente esquecidas e isoladas da família.”</p>	<p>“uma pessoa que não tem capacidade de se manter sozinho”</p> <p>“há vários tipos de velho”</p>		<p>Significado ao que é ser “velho” hoje</p>	<p>Aceção</p>
<p>E14: “a Organização Mundial de Saúde, como tu deves saber, diz que a pessoa é idosa a partir dos 65 e entra na fase de velho a partir dos 65.(...) Mas isso tem a ver com entrar, se calhar, numa fase do ciclo vital. Em que já não há um crescimento e uma expansão, mas sim uma diminuição, um desacelerar em termos de organização, em termos de sistemas do organismo.”</p>	<p>“isso tem a ver com entrar, se calhar, numa fase do ciclo vital”</p>	<p><u>Hétero-identidade</u></p>	<p>Perceção para os profissionais de saúde da posição de “idoso”</p>	<p>Discernimento</p>
<p>E11: “Eu acho que é menos prejudicial, porque as pessoas têm todas as condições para envelhecerem mais tarde. (...) Apesar do desemprego e outras condições que aí há, que levam, nas depressões, a um envelhecimento precoce. (...), eu considero, se vamos falar, se quisermos trazer uma idade real, ela é capaz de ter razão nessa idade real. É mais ou menos nessa idade que eles começam a ver um desgaste em termos físico e psicológico.”</p>	<p>“porque as pessoas têm todas as condições para envelhecerem mais tarde”</p>			<p>Significado de “idoso” para os profissionais de saúde</p>

Problemática: Instituição de Saúde				
2	3		1	4
Unidade contexto	Unidade registo	Dimensão	Categoria	Sub - categoria
<p>E14: “Investigador: Existe na tua instituição hospitalar normas e regras para a situação de um idoso abandonado? Se sim, quais e como funcionam? ; Entrevistada: Se existem, não conheço.</p> <p>E11: “Não, não há nada definido nessa área. (...) É uma situação que é vista no momento quando não vão buscar.”</p>	<p>“Se existem, não conheço.”</p> <p>“uma situação que é vista no momento”</p>	<p><u>Operacionalidade</u></p>	Burocracia	Protocolos
<p>FG: “Um serviço, por exemplo, na medicina, não podia ter era 40 camas, tinha que ter só 20. (...) Ter mais enfermeiros e ter mais auxiliares... (...) Aí estou como a Filipa! Reconheço que existe um défice de recursos humanos em termos de... (impercetível)”</p> <p>E12: “É muito complicado. Muitos deles, estão totalmente dependentes. Infelizmente, a nossa equipa, face as necessidades são cada vez mais poucos, são muito poucos. Acho que já estamos.... Acho que o rácio entre enfermeiros e doentes não é mau, mas deveria ser melhor.”</p>	<p>“existe um défice de recursos humanos”</p> <p>“Acho que o rácio entre enfermeiros e doentes não é mau, mas deveria ser melhor”</p>		Recursos Humanos	Insuficiências
<p>E12: “Quando estiver no hospital, se ele estiver no hospital é sinal que não tem condições em casa para o ter. E isso o hospital se tenta acelerar, porque não querem lá uma pessoa ocupada numa cama... Se eu for para casa, tipo o hospital esquece-se. Também tentam ajudar um pouco ali com o melhor de... da recuperação. Uma pessoa estando no hospital... já me</p>	<p>“porque não querem lá uma pessoa ocupada numa cama...”</p>		Peso Económico e social	Custos

<p>aconteceu, eu sou sincera. Às vezes há aqueles casos em que as pessoas precisam de ir para uma unidade de velhotes para reabilitação e para terem autonomia e as famílias querem-nos levar para casa. E eles falam, ah, eles já estão referenciados para a unidade! Sim, está referenciado para a unidade, mas pode esperar em casa. Mas eu desejo, na minha pessoa que as pessoas não a levem. Porquê? Porque em casa ele vai durar muito maiss”</p> <p>EI4: “Não é as camas sociais, é as camas do hospital, que são para doentes que ficam a ser ocupadas pelas altas sociais. (...) As camas que ficam a ser ocupadas são as camas de internamento.”</p>	<p>“As camas que ficam a ser ocupadas são as camas de internamento”</p>			
<p>EI2: “Há um risco de infecção após a alta. Mas e quando eles têm alta, eles permanecem lá. A gente mantém a fazer-se-lhe os cuidados. Há pessoas... prontos, a parte da medicação, já não precisa de antibióticos, já não precisa de soro.”</p> <p>FG: “A pessoa que tem alta, ele pode apanhar é infeções. Um dos problemas dos hospitais são as infeções hospitalares. São pessoas que vão para lá com um problema e... ficam lá...”</p>	<p>“risco de infecção após a alta.”</p> <p>“ele pode apanhar é infeções.”</p>	<p><u>Doenças</u></p>	<p>Permanência</p>	<p>Adquiridas</p>
<p>FG: “temos ali casos que às vezes propomos ir, quando aquela situação já é doença mental, crónica, e já não há solução nenhuma na parte do diagnóstico que foi feito e a pessoa está muito limitada, acabam por ir para instituições, que é... de fim de linha basicamente”</p>	<p>“quando aquela situação já é doença mental, crónica, e já não há solução”</p>		<p>Possuídas</p>	<p>Contidas</p>

<p>E11: “Agora, para entrar na rede, tens de ter uma patologia associada. E o abandono ainda não é a patologia. E as patologias no forno psiquiátrico ainda são difíceis de reconhecer. É um problema que há na legislação. Porque a pessoa pode ser abandonada mesmo sem ter um problema médico”</p>	<p>“tens de ter uma patologia associada. (...) E as patologias no forno psiquiátrico ainda são difíceis de reconhecer.”</p>			
---	---	--	--	--

Problemática: Profissionais de Saúde				
2 Unidade contexto	3 Unidade registo	Dimensão	1 Categoria	4 Sub - categoria
<p>E14: “Não, acho que há necessidade de formação no sentido de os profissionais de saúde fazerem formações à família, mais intensivamente. E também há necessidade de se construir equipas pós-alta. Ou seja, uma equipa em que tu possas recorrer no hospital e que te possa ensinar algo”</p> <p>E11: “Fez a formação, faz tudo. (...) Não se pode ser uma cuidadora e não formar uma pessoa que tem ali um dependente”</p> <p>FG: “Eu muitas das vezes digo se a culpa é nossa, na formação, porque eu quando tenho lá alunos, quando sou responsável por eles, ando sempre a frisar este tipo de coisas. Mas depois não adianta nada, porque depois a seguir... Porque é prática, parece que é a</p>	<p>“acho que há necessidade de formação no sentido de os profissionais de saúde fazerem formações à família”</p> <p>“Não se pode ser uma cuidadora e não formar uma pessoa”</p> <p>“muitas das vezes digo se a culpa é nossa, na formação”</p>	<p><u>Sectores</u></p>	<p>Planos Formativos</p>	<p>Carecimentos</p>

<p>prática comum dos serviços.”</p> <p>FG: “defendem que é necessário o reforço de formações na questão de lidar com o envelhecimento dentro das instituições hospitalares? (...) Eu acho que sim. (...) Formação é sempre necessária, mas em qualquer área.</p>	<p>“necessário o reforço de formações (...) acho que sim.”</p>			
<p>FG: “Não é muita proximidade, é uma igualdade. Para mim é uma igualdade. Mas há pessoas que tratam toda a gente por tu. E se alguém, por azar, os trata por tu, ficam logo até (impercetível), então... respeito. Para mim, sempre. É tratar as pessoas dessa maneira.</p> <p>EI1: “Porque ali no hospital são números. Muitos deles conhecem-nos por números, é o 34, é o 38, é o número da cama! E quando conhecem pelo número... Quando não é o da perna partida, às vezes é número. Às vezes é a conotação face ao problema dele. Aqui assim, connosco é totalmente diferente. Connosco eu até acho que se criam laços emocionais, que às vezes tem que ter muito cuidado com esses laços emocionais.”</p> <p>EI4: “Epá, às vezes a gente cria mais afinidade com as pessoas que estão lá há muito tempo. Isso é normal, mas a relação deve ser sempre o mais profissional possível.”</p>	<p>“Para mim é uma igualdade”</p> <p>“Quando não é o da perna partida, às vezes é número.”</p> <p>“a gente cria mais afinidade com as pessoas que estão lá há muito tempo.”</p>	<p><u>Relações Humanas</u></p>	<p>Empatia / Proximidade</p>	<p>Compaixão e compreensão</p>