

EDUARDO DUQUE (ORG.)

# DIFERENTES ABORDAGENS DO ENVELHECIMENTO





# DIFERENTES ABORDAGENS DO ENVELHECIMENTO

**Título**

Diferentes abordagens do envelhecimento

**Autor**

Eduardo Duque (Org.)

**Capa**

Rita Gomes

**Coordenação Editorial**

Maria Luísa Correia

**Impressão e acabamento**

Gráfica, Unip., Lda.

**Editores**

Editorial Cáritas

**Depósito legal n.º:** 485177/21

**ISBN n.º:** 978-972-9008-86-3

“Todos os direitos reservados de harmonia com a lei em vigor. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida por qualquer processo, incluindo fotocópia, xerocópia ou gravação, sem autorização prévia e escrita do editor. Os transgressores são passíveis de procedimento judicial.”

EDUARDO DUQUE (ORG.)

DIFERENTES ABORDAGENS  
DO ENVELHECIMENTO

Editorial Cáritas  
Lisboa, 2021



# ÍNDICE

MENSAGEM DO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO AO IDOSO.....	9
Carlos Branco	
PREFÁCIO.....	11
Eduardo Duque	
O NOVO REGIME JURÍDICO DO MAIOR ACOMPANHADO ...	19
Maria Conceição Barbosa Carvalho Sampaio	
DA INTERDIÇÃO E INABILITAÇÃO AO NOVO REGIME DO MAIOR ACOMPANHADO .....	37
Manuel Eduardo Bianchi Sampaio	
ENVELHECIMENTO E ORTOPEDIA.....	65
Paulo Cibrão Coutinho	
LONGEVIDADE, REFORMA E ENVELHECIMENTO: UM TRIÂNGULO EM EQUILÍBRIO DINÂMICO .....	101
António M. Fonseca	
ADEQUAÇÃO ÀS NECESSIDADES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À POPULAÇÃO IDOSA NO CONCELHO DE FAFE .....	121
Sandrina M. Ribeiro	
A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES COMO PILAR DO ENVELHECIMENTO ATIVO .....	159
Natércia Carvalho & Eduardo Duque	



## MENSAGEM DO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO AO IDOSO

O envelhecimento demográfico e o prolongamento da esperança de vida são realidades incontornáveis nas sociedades desenvolvidas, que nos acompanharão nas próximas décadas. Impõem-se um conjunto de desafios, desde logo, a necessidade de uma conotação mais positiva do envelhecimento, com vista a uma reconfiguração do lugar do idoso na sociedade.

É nesta mudança de paradigma que se inscreve o trabalho da Comissão de Proteção ao Idoso (CPI), enquanto instituição comprometida com os grupos sociais mais vulneráveis, no quadro da intervenção social orientada para a proteção e promoção da pessoa idosa.

Apesar do longo e sinuoso caminho que temos vindo a trilhar desde a fundação, ano de 2013, no domínio da defesa e afirmação dos direitos com uma abordagem muito centrada no *empowerment*, no sentido da qualidade de vida e da autonomia, sentimos que muitas das metas e objetivos, mesmo sendo ambiciosos, foram alcançados com sucesso. Todavia, existia uma expectativa inicial, estruturante, em torno de uma linha editorial relacionada com conteúdos especializados na área do envelhecimento, mas que por condicionalismos diversos, até ao momento não fora possível, e eis que o sonho se torna uma realidade: o 1º livro da CPI. Pois, é com enorme honra que iniciamos o tão aguardado projeto editorial que congrega uma concetualização atual e multidisciplinar sobre o processo de envelhecimento e questões com ele relacionadas, um pouco na esteira, do trabalho que a Comissão vem desenvolvendo.

Pretende-se com a presente organização e edição informar e formar os profissionais, cuidadores informais, bem como cidadãos em geral, sobre conteúdos técnica e cientificamente informados, no âmbito das diversas temáticas gerontológicas.

Graças ao contributo de todos os especialistas que partilharam o seu valioso saber, foi possível abranger um conjunto significativo de temas de relevante pertinência, que esperamos que

constitua um recurso importante e inspirador e sobretudo reverta a favor da qualidade e bem-estar das pessoas idosas.

O nosso muito obrigado!

Bem hajam.

*Carlos Branco*  
*Presidente da Comissão de Proteção ao Idoso*

## PREFÁCIO

# CUIDAR DOS IDOSOS É UMA NECESSIDADE DA CONSCIÊNCIA

*Eduardo Duque*

*Professor da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais  
da Universidade Católica e membro do CECS-Universidade do Minho*

O título deste prefácio não revela toda a riqueza na extensão e profundidade que requerem os dois termos da afirmação: “cuidar dos idosos” e “necessidade da consciência”. Desde logo, porque o ato de cuidar de outrem envolve a pessoa toda e a questão da consciência implica a sua dimensão subjetiva e objetiva. Sabemos que a bondade de uma determinada ação não depende somente da reta intenção de quem a pratica, mas também da bondade objetiva da ação que é realizada.

É na articulação e no debate desta constelação de ideias que este livro pretende contribuir ao aprofundar temas que analisam o processo do envelhecimento a partir de diferentes perspetivas, não obstante todas elas apontarem para a dignidade da pessoa idosa.

O envelhecimento pode ser compreendido e analisado sob diferentes prismas, mas ninguém duvida de que se trata de um processo multifatorial resultado de diferentes confluências, quer diretas, como é o caso da diminuição da mortalidade e o aumento da esperança média de vida, como indiretas, como a melhoria das condições de vida, dos hábitos generalizados de higiene e da eficácia das medidas preventivas.

Percebe-se, assim, que os fatores interatuantes no envelhecimento são de ordem muito diversa, que vão desde os genéticos e psicológicos aos ambientais e sociais e todos eles, agindo em conjunto ou individualmente, têm a capacidade de modificar o curso da nossa vida.

De acordo com as estatísticas, a nossa sociedade está a experimentar uma alteração demográfica sem precedentes, realidade que implica grandes mudanças sociais, económicas e assistenciais.

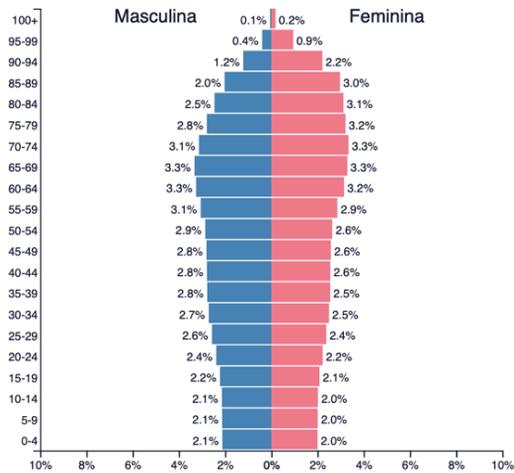
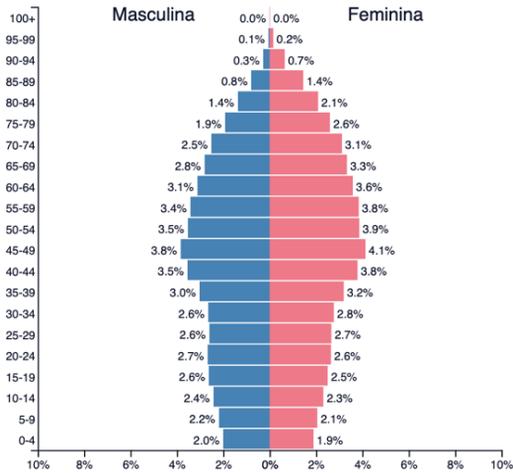
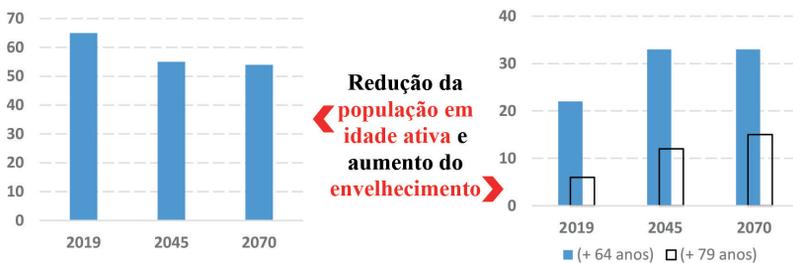
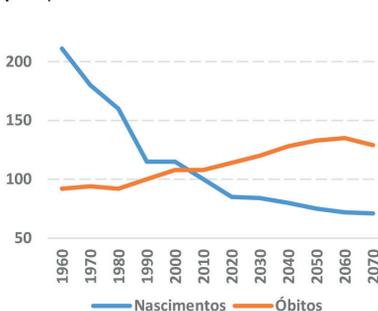


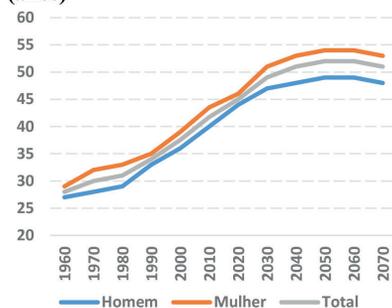
Figura 1: Pirâmides etárias da população residente em Portugal, com dados retirados do site [www.populationpyramid.net/pt](http://www.populationpyramid.net/pt) para os anos de 2020 e 2070, com a população de 10.167.922 e 7.963.951 de habitantes, respetivamente.



**Nados-vivos e óbitos ('000)**



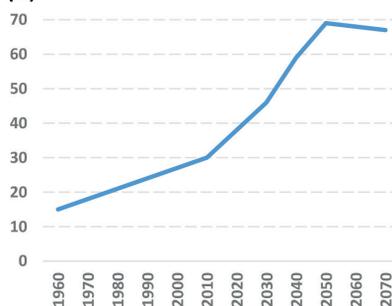
**Idade mediana (anos)**



**Esperança de vida à nascença (em anos)**



**Índice de dependência dos idosos (%)**



Fonte: Elaboração própria, a partir do Eurostat. Alterações demográficas na Europa - Fichas informativas por país: Portugal

Estas mudanças da estrutura demográfica trazem uma série de desafios para os quais as sociedades não estão devidamente preparadas: desde logo, o desafio da família, das reformas, dos lares,

da saúde (ou a falta dela) e, principalmente, o desafio da formação de recursos humanos e de serviços especializados para pessoas idosas.

Ora, a questão que se coloca é saber se a sociedade portuguesa está preparada para responder positivamente às exigências que o aumento da longevidade compromete, já que, como seria de esperar, dos idosos não se espera a produtividade que a sociedade moderna ambiciona; a destreza e a velocidade que a tecnologia anuncia; a autonomia que o ritmo social valoriza ou a beleza exterior que a moda diviniza.

Deitemos um olhar em frente e vejamos o que se passa à nossa volta a partir de três indicadores:

1. Vivemos numa sociedade centrada no sujeito

Os laços primários - ligados à família, à aldeia, ao ofício -, desapareceram e muitos dos laços comunitários - ligados à solidariedade de classe e de pertença religiosa e social - também têm vindo a desvanecer. Em contrapartida, generalizou-se uma cultura mais centrada no indivíduo, no seu bem-estar individual e ancorada no sucesso profissional. Ora, se esta cultura só gira à volta do próprio sujeito, que lugar há para o outro, para o idoso?

2. Vivemos numa sociedade fragmentada em termos familiares

Além da existência de novos modelos familiares, passou-se de uma família extensa, composta por avós, tios, primos, etc., para uma família nuclear, formada quase exclusivamente por pai e mãe e um ou dois filhos e, em muitos casos, para uma família monoparental. A verdade é que, em muitas circunstâncias, os filhos ficam entregues ao cuidado dos avós. Sabemos bem que, em alguns casos, são os avós quem veste, alimenta e educa os netos e isto ocupa grande parte do seu tempo, fazendo com que os avós, em muitas ocasiões, estejam dedicados quase exclusivamente à sua família. Quando os netos crescem e saem de casa, os avós, perdem a função de cuidadores e, num tempo que precisariam de apoio, de carinho e de afeto, ficam desprotegidos.

### 3. Vivemos numa sociedade que não vive sem tecnologia

Por si só este indicador já é paradoxal com o tempo dos avós, uma vez que, no tempo em que cresceram, não havia televisão e muito menos internet; na escola não havia computadores, quadros interativos ou telemóveis; na cozinha, não havia micro-ondas ou placa de fogão elétrica. ... Na verdade, são muitas as barreiras que os idosos encontram nesta área das tecnologias, já que eles não contaram com as Tecnologias de Informação e Comunicação ao longo da sua vida.

Este cenário realça um dado importante na nossa análise: se as pessoas que manuseiam bem as tecnologias se apresentam como sendo a base e a solução produtiva da sociedade e se os idosos não são propriamente detentores de grandes conhecimentos tecnológicos, logo, a sociedade do saber tecnológico veio aumentar a distância entre os incluídos e excluídos digitalmente.

Com estes três indicadores, pretendeu-se evidenciar que a sociedade moderna gera claras vulnerabilidades nos idosos e que é necessário uma nova forma de ser moderno para as resolver.

Não podemos permitir que o nosso modelo social continue a desvalorizar o papel do idoso, como quem desvaloriza a moeda na bolsa. Urge, pois, tratar o idoso com mais afeto, trazê-lo para o debate, dar-lhe condições dignas para que ele seja autónomo, reconhecer-lhe a vida e as vitórias, para que os mais novos saibam que antes deles já houve outros, em cujas tradições ou costumes somos nascidos, de modo que são a nossa origem, o nosso princípio a quem nos devemos ligar.

## 1. APRESENTAÇÃO DESTE VOLUME

Este livro abre com dois artigos na área do direito que, enquanto conjunto de normas que regulam a vida social, se dedica a garantir a dignidade de todas as pessoas e a mitigar os ativos contraproducentes resultado das ações que põem em causa os direitos de terceiros ou que contudem o bem comum. O primeiro, *O novo regime jurídico do maior acompanhado*, de Conceição Sampaio, parte do princípio de que a razão pode muito bem perder de vista os valores essenciais e, por isso, foi

necessário criar um regime adequado ao enquadramento jurídico-civil. No contexto de uma sociedade cada vez mais envelhecida, em que os idosos podem ver a sua liberdade e a sua própria segurança diminuídas e que, nestes casos, têm que ser devidamente acompanhados, foi importante regular sobre os direitos elementares do idoso e perceber em que grau esses mesmos direitos são realmente elementares.

O segundo texto, intitulado *Da interdição e inabilitação ao novo regime do maior acompanhado*, de Eduardo Sampaio, parte das mudanças sociais, económicas, familiares e legislativas (particularmente no que se refere às questões de saúde mental) ocorridas em Portugal, para mostrar que o regime da interdição e da inabilitação necessitavam de ser atualizados para corresponder às novas exigências que a sociedade tem suscitado, pelo que a substituição daquele regime por um outro modelo de acompanhamento não foi mais do que uma necessidade imperiosa de dignificar a vida das pessoas. Como refere o próprio autor “A maior abertura da sociedade e o desenvolvimento de conceitos como o de cidadania inclusiva levaram a uma alteração da perspetiva com a opção por soluções defensoras da autonomia”. Este texto deixa claro que a fundamentação do direito ou dos direitos do idoso não se dá sem uma correspondente antropologia, no sentido de que não se pode falar do acompanhamento do idoso sem o contacto com o acompanhado, já que ambos integram o mesmo estatuto (sócio)antropológico.

Da área da medicina, o artigo *Envelhecimento e Ortopedia*, de Paulo Cibrão Coutinho, reflete sobre a importância do envelhecimento ativo, acentuando a ideia de que um dos fatores que mais concorre para este envelhecimento é a capacidade de mobilidade do próprio idoso e, quando isso não acontece, está posta em causa a sua autonomia e a sua própria realização, o que aos poucos pode conduzir ao seu declínio. O autor deste artigo passa assim a desenvolver o processo de declínio, primeiramente, e de forma muito breve, ao nível cognitivo e aos sintomas depressivos e, posteriormente, de forma aprofundada, ao nível do desgaste e degenerescência das articulações, processo comumente denominado de artrose.

As questões demográficas, as mudanças comportamentais e as mudanças na área da saúde, bem como as implicações destes processos na reforma, levam António Fonseca a refletir sobre a *Longevidade, reforma e envelhecimento: um triângulo em equilíbrio dinâmico*. Neste texto, o seu autor defende que a vida contemporânea, a sua estrutura e organização, está toda ela perpassada pela ideia de que vamos viver mais tempo. A nossa longevidade, que só se explica de forma multifatorial, põe em causa não só todo o modelo cultural de organização da nossa sociedade, como trará vastas consequências económicas, sociais e políticas.

Os dois últimos textos resultam de trabalhos de campo, em cujas visões teóricas se conjugam exemplos concretos de casos. O texto de Sandrina Ribeiro, intitulado *Adequação às necessidades de prestação de cuidados à população idosa no concelho de Fafe*, procura compreender até que ponto as respostas sociais estão efetivamente a responder às reais necessidades da pessoa idosa. Para isso, a autora, notando que se trata de um estudo exploratório, auscultou os intervenientes no processo, ou seja, os profissionais e os seniores, concluindo que, por um lado, os idosos dizem-se satisfeitos com o contexto no qual estão inseridos e, por outro lado, os profissionais fizeram notar que é importante que as respostas sociais se ajustem às necessidades dos idosos. Esta adequação não se deve limitar ao seu melhoramento interno, mas sim ao envolvimento das várias instituições, inclusive, da própria comunidade.

O último texto deste livro, intitula-se *A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo*, de autoria conjunta de Natércia Carvalho e Eduardo Duque. Este artigo começa por apresentar o processo do envelhecimento a nível biológico, psicológico e social, responsável pelas várias alterações no percurso vital da pessoa, e estrutura-se teoricamente em duas dimensões: a primeira sobre os conceitos fundamentais de envelhecimento e a segunda sobre os cuidados que se exigem com o avançar da idade. Tendo sempre na mira a avaliação da importância e do impacto da realização de atividades na vida do idoso que se encontra institucionalizado, este

artigo procura também analisar as emoções dos idosos face ao envelhecimento, bem como o conhecimento que eles têm sobre o envelhecimento ativo. Com o recurso a uma abordagem qualitativa, os autores concluíram que o envelhecimento saudável depende muito das dinâmicas que os idosos desenvolvem, facto que se comprovou estar também relacionado com o sentimento de realização pessoal e de melhoria do estado de saúde.

## 1. AGRADECIMENTOS

Chegados aqui, não podemos deixar de exprimir a nossa gratidão aos colegas que contribuíram para a realização desta obra que, de forma tão generosa, anuíram, desde o primeiro momento, ao nosso convite, deixando a sua visão sobre uma problemática tão ampla e multidisciplinar como é o envelhecimento.

Queremos também agradecer a cooperação de diferentes instituições na publicação deste livro, particularmente, à editorial Caritas que de imediato abraçou o convite que a Comissão de Protecção ao Idoso lhe dirigiu para a respetiva publicação.

# O NOVO REGIME JURÍDICO DO MAIOR ACOMPANHADO

*Maria Conceição Barbosa Carvalho Sampaio*  
*Juíza Desembargadora*

## 1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Seguindo a corrente de evolução demográfica e o novo modo de encarar o estatuto social dos idosos e de todos os adultos que vejam a sua plena capacidade afetada, tornou-se necessário criar um regime adequado ao enquadramento jurídico-civil destas pessoas (posição há muito defendida, por exemplo, por Trabuco (2007), na intervenção no Colóquio Código Civil português – 40 anos de vigência – FDUNL).

Após 20 anos a reivindicar mudanças, foi finalmente aprovada a Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto, que entrou em vigor no dia 10 de fevereiro de 2019 e que instituiu o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando definitivamente os institutos da interdição e da inabilitação previstos no Código Civil.

É declaradamente assumido na exposição de motivos da nova lei, que se visou preparar o terreno para o tratamento condigno não só das pessoas idosas, mas também as de qualquer idade carecidas de proteção, seja qual for o fundamento dessa necessidade.

Elegeu-se, pois, como objetivo estratégico a inclusão das pessoas com deficiência ou incapacidade, considerando-se que essa inclusão deve ter como elemento fundamental o reconhecimento de que as diferentes situações de incapacidade, com graus diferenciados de dependência, carecem de respostas e de apoios distintos, devendo essa diversidade ser tida em conta no desenho das medidas e das respostas dadas a cada caso.

Percorrendo toda a sua regulamentação, sobressai, sem dúvida, a primazia da autonomia da pessoa, cuja vontade é respeitada e aproveitada até ao limite do possível.

As soluções consagradas, pela sua adequação à situação específica das pessoas idosas, quer em termos substantivos quer adjetivos, são no geral de apoiar.

Com o novo regime, todas as pessoas antes interditas ou inabilitadas passarão a ter o estatuto de maiores acompanhados. Em vez de dois institutos (um de interdição e um de inabilitação), um único (o regime de maior acompanhado). Em vez de um modelo de substituição, em que um terceiro se substituía à pessoa, um modelo de acompanhamento em que a pessoa é simplesmente apoiada na formação e exteriorização da sua vontade e não substituída na sua vontade.

Isto significa que o acompanhamento que lhes é feito deve limitar-se ao necessário, que a sua autodeterminação deve ser preservada, que as capacidades que têm devem ser aproveitadas.

Até agora, o tribunal nomeava um tutor ou um curador, consoante se tratasse de uma interdição ou de uma inabilitação. E o Código Civil indicava a ordem de preferência da pessoa a escolher para desempenhar esse papel: cônjuge (exceto se estiver separado ou for incapaz), os pais, os filhos maiores, preferindo o filho mais velho, a menos que o tribunal entenda que um dos outros dá mais garantias.

No novo regime, a própria pessoa vulnerável ou diminuída nas suas capacidades passa a poder requerer o acompanhamento e tem a possibilidade de indicar a pessoa que quer como acompanhante.

Qualquer pessoa pode, agora, prevenindo uma eventual necessidade de acompanhamento, celebrar uma declaração, a que se chama mandato, e escolher alguém da sua confiança para gerir aspetos da sua vida pessoal ou patrimonial.

No plano adjetivo ou processual, a reforma é de igual forma ambiciosa.

Em traços largos, permite-se ao juiz encontrar o caminho que entenda mais adequado para a resolução do caso concreto.

O acompanhamento apenas surgirá se e enquanto se mostrar em concreto necessário, no estrito conjunto de interesses que

careçam de ser geridos e que serão determinados pelo tribunal em cada caso (artigos 140º e 149.º, do Código Civil).

Garante-se a possibilidade do maior acompanhado, salvo decisão expressa do juiz em contrário, manter a liberdade para a prática de diversos atos pessoais (artigo 147.º, do Código Civil). Aliás, um dos objetivos do atual direito de proteção dos maiores é precisamente o reconhecimento da liberdade para a prática de direitos pessoais. Dependendo das circunstâncias, compreende-se, que possa ser necessária a autorização do acompanhante ou do tribunal, mas apenas se assim ficar exarado.

A designação de um acompanhante não pode colidir com a vontade livre e esclarecida do adulto sob proteção, havendo que ser acolhida a sugestão feita por este de designação de certa pessoa como acompanhante, salvo se for contrária ao interesse do protegido (artigo 143.º, do Código Civil).

## 2. QUEM PODE REQUERER O ACOMPANHAMENTO

De acordo com o artigo 141.º, do Código Civil, a própria pessoa que necessita de ser acompanhada pode requerer o acompanhamento, tal como o cônjuge, o unido de facto ou qualquer parente sucessível, desde que autorizados pelo próprio – salvo se o tribunal suprir a autorização do beneficiário –, bem como, independentemente de autorização, o Ministério Público.

Atente-se, logo aqui, para o respeito pela vontade do beneficiário, o qual, diferentemente do que sucedia com interditos e inabilitados, não só pode requerer o acompanhamento como lhe compete, em princípio, autorizar outras pessoas a fazê-lo.

## 3. OS REQUISITOS DO ACOMPANHAMENTO

O maior impossibilitado, por razões de saúde, deficiência, ou pelo seu comportamento, de exercer, plena, pessoal e conscientemente, os seus direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os seus deveres, beneficia de medidas de acompanhamento (artigo 138.º, do Código Civil).

O substrato fundamentante das medidas de acompanhamento, ou

melhor, a sua lógica, para usar as palavras de Maria dos Prazeres Beleza, consiste em definir judicialmente tipos de atos para cuja prática válida o maior, considerado capaz de gozo e de exercício, necessita da intervenção de um acompanhante, porque, por razões de saúde, de deficiência ou de comportamento, não está em condições de exercer devidamente, por si só, os seus direitos ou deveres (Beleza, 2018, p. 18).

A lei, ao contrário do regime anterior, não descreve de modo fechado os fundamentos para a adoção da medida. Compreende-se que assim seja, e por duas ordens de razões:

- primeiro porque agora parte-se de uma ideia de capacidade e não de incapacidade e esta mudança de paradigma leva a que em vez da pergunta “aquela pessoa possui capacidade mental para exercer a sua capacidade jurídica?”, se deva perguntar “quais os tipos de apoio necessários àquela pessoa para que exerça a sua capacidade jurídica?”

- depois porque se acolhe a vontade do beneficiário pelo que não tem de se ficar limitado por um elenco rígido de fundamentos.

O legislador para obstar à anterior rigidez optou pela delimitação da relevância do instituto através de conceitos indeterminados.

São dois os requisitos para decretar uma medida de acompanhamento:

- um ligado à causa: saúde, deficiência ou comportamento;
- outro à consequência: impossibilidade de exercer, plena, pessoal e conscientemente, os seus direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os seus deveres.

Estes requisitos são evidentemente cumulativos.

Nos requisitos ligados à causa, nas razões de saúde integram-se quer as patologias de ordem física quer as patologias de ordem psíquica e mental. Mais abrangente que a anterior anomalia psíquica, por contemplar algumas doenças que afetando sistemicamente o corpo humano, podem não contender diretamente com a mente, como por exemplo as doenças do sistema nervoso periférico que, provocando uma atrofia muscular absolutamente incapacitante, não alteram o pensamento. Por outro lado, porque se abandona o

requisito da durabilidade da situação (embora se mantenha uma certa ideia de constância), podemos reconduzir às razões de saúde um estado de coma transitório (Barbosa, 2018, p. 54-55).

Inserem-se ainda neste requisito todas as hipóteses que já antes eram contempladas pelas incapacidades dos maiores: esquizofrenias, depressões, psicoses maníaco-depressivas, doenças senis.

A deficiência por sua vez assenta na definição lata que é dada pela Organização Mundial de saúde (OMS), ou seja, qualquer perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, contemplando quer as alterações orgânicas, quer as funcionais e integrando três dimensões: física, mental e situacional (handicap). Incluem-se nesta previsão os cegos e os surdos-mudos, contanto que a deficiência limite o desempenho do sujeito em termos volitivos ou cognitivos. Serão por isso residuais as situações de cegueira ou surdez mudez que possam fundar o regime do acompanhamento, na medida em que dificilmente determinarão a limitação da possibilidade de exercer direitos e cumprir deveres.

Mais complexo é o segmento do comportamento.

Não há dúvidas que estão abrangidos os casos de prodigalidade, abuso de bebidas alcoólicas e de estupefacientes. No entanto, estão afastados aqueles comportamentos que se encaixam no que chamamos de “formas alternativas de condução de vida” ou de “comportamentos socialmente indesejáveis”. Usando os inúmeros exemplos avançados pela doutrina temos a megalomania, desvios das orientações sexuais (pedofilia e sadomasoquismo) desleixo na apresentação da própria pessoa (vestuário, limpeza), atitudes excêntricas, etc. Este autor afasta também as situações de prodigalidade motivada ou ideológica, por lucida determinação ou por gozo solipsista. Por exemplo, alguém decide, consciente e livremente, começar a esbanjar todos os seus bens com o plano de ir viver como ermitão andrajoso num local remoto ou tencionando juntar-se a uma comunidade hippie; ou um filantropo despoja-se do seu património; ou alguém oferece tudo o que é seu a uma instituição de caridade, na previsão de ingressar numa “ordem mendicante”; ou, numa “crise de meia-idade”, entrega-se ao desfrute

imoderado dos “prazeres da vida” (Alves, 1995).

Nestes casos, e na forma como são relatados, observa Barbosa (2018), que *"os sujeitos não se mostram impossibilitados de exercer os seus direitos ou cumprir os seus deveres. Pelo contrário, a pessoa, no exercício da sua absoluta (e mais radical) liberdade, autodetermina-se e orienta a sua vida por uma vocação concreta a que é chamado"* (p. 57).

A questão será diversamente abordada se tais comportamentos resultarem de uma personalidade anormal ou de tendências psicopáticas, que eliminem justamente a possibilidade de livre determinação.

É o caso da pessoa viciada em jogo, condicionando a gestão dos seus interesses patrimoniais por causa dessa adição.

Fundamental é que o comportamento concreto se repercute na impossibilidade de exercer direitos e cumprir deveres.

A exigir uma maior delicadeza no tratamento são aquelas situações que ainda ocorrem derivadas de um deficit cultural.

Sempre foi entendido que não estavam sujeitas quer a interdição quer a inabilitação aquelas pessoas cuja incapacidade de prover aos seus interesses e assuntos derive de falta de cultura, inexperiência, ignorância, falta de preparação profissional ou mesmo inaptidão para tal. Assim, sempre foi orientação jurisprudencial que o facto de a pessoa não ler, não escrever, nem fazer contas não autorizava o decretamento da interdição ou sequer da inabilitação. Também era considerado pelos nossos tribunais que os erros frequentes de valoração subjetiva ou “inteligência rude” não constituíam motivo de interdição, assim como aquelas situações em que a vastidão e complexidade dos assuntos entregues a determinada pessoa superavam manifestamente as suas possibilidades e qualidades de gestão.

Todavia, face ao novo figurino, pode considerar-se que o deficit cultural pode estar na base de um comportamento generalizado do sujeito na sua vida que determina a impossibilidade de se autodeterminar livremente, uma vez que lhe retira uma adequada compreensão da realidade que deve ser pressuposta na celebração dos diversos negócios jurídicos (orientação defendida por Barbosa, 2018, p. 57/58).

De tudo o que se deixa exposto, importa reter a seguinte ideia:

o que se visa não é incapacitar a pessoa, mas auxiliá-la, dando-lhe o apoio necessário, para que exerça na plenitude a sua capacidade jurídica.

O segundo requisito prende-se com a impossibilidade de exercer plena, pessoal e conscientemente, os direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os deveres. Tal mais não é que a impossibilidade de o sujeito formar a sua vontade de um modo natural e são. Trata-se de compreender o alcance do ato que vai praticar e ter o suficiente domínio da vontade que lhe garanta que determinará o seu comportamento de acordo com o entendimento da situação concreta.

#### 4. O CONTEÚDO DO ACOMPANHAMENTO

Sobre o âmbito e conteúdo do acompanhamento rege o artigo 145.º, do Código Civil.

Quanto ao âmbito, o acompanhamento deve limitar-se ao necessário (consagração do princípio da necessidade).

Relativamente ao conteúdo, em função de cada caso e independentemente do que haja sido pedido, o tribunal pode cometer ao acompanhante algum ou alguns dos regimes seguintes:

- a) Exercício das responsabilidades parentais ou dos meios de as suprir, conforme as circunstâncias;
- b) Representação geral ou representação especial com indicação expressa, neste caso, das categorias de atos para que seja necessária;
- c) Administração total ou parcial de bens;
- d) Autorização prévia para a prática de determinados atos ou categorias de atos;
- e) Intervenções de outro tipo, devidamente explicitadas.

As situações de acompanhamento podem ser muito díspares e ir de um mínimo, apoio, até um máximo, representação. No meio termo, encontramos situações de assistência.

O acompanhamento pode envolver uma representação legal, para aquelas situações de absoluta incapacidade do necessitado. O deficiente profundo, o doente de Alzheimer em estado avançado ou

o paciente em coma não têm, nem manifestam qualquer vontade: terão, mesmo, de ser representados.

Pode implicar o recurso à assistência, mediante a autorização do acompanhante para a prática de certos atos.

Consistir num mero apoio à atuação do acompanhado, como sucede nas situações contempladas na alínea e) do preceito.

Os atos de disposição de bens imóveis ficarão sempre dependentes de autorização judicial prévia e específica (artigo 145.º, nº 3, do Código Civil).

A capacidade de exercício é entendida como a suscetibilidade para, por ato próprio e exclusivo, ou mediante representante voluntário, adquirir e exercer direitos, assumir e cumprir obrigações. No quadro do regime do acompanhamento, parte-se da ideia de que o acompanhado mantém a sua capacidade de exercício. Contudo, consoante a modelação que, em concreto, a medida possa conhecer, pode ser atribuído ao acompanhante o poder para representar genérica ou especificamente o beneficiário ou para o autorizar a celebrar determinados negócios.

Seja qual for a medida adotada, continua a ser livre a celebração de negócios da vida corrente pelo acompanhado (exceto se a decisão judicial determinar o contrário).

Os negócios da vida corrente são aqueles que estão ao alcance da capacidade natural do acompanhado, que só impliquem despesas ou disposições de pequena importância. Os negócios da vida corrente são os negócios que a generalidade das pessoas celebra ou para satisfação das necessidades do dia a dia ou para satisfação de necessidades que, ultrapassando o quotidiano, fazem ainda parte do ordinário da vida (exemplo. compra de um bilhete para um concerto, mas já não a compra de um automóvel).

Também o exercício pelo acompanhado de direitos pessoais são livres, salvo disposição da lei ou decisão judicial em contrário, designadamente os direitos de casar, de procriar, de perfilhar, de adotar, de cuidar e de educar os filhos.

Quanto ao internamento do maior acompanhado, previsto no artigo 148.º, do Código Civil, há que ter presente determinados parâmetros.

Assim, diz a lei que o internamento do maior acompanhado depende de autorização expressa do tribunal (n.º 1), sendo que, em caso de urgência, o internamento pode ser imediatamente solicitado pelo acompanhante, sujeitando-se à ratificação do juiz (n.º 2).

Este preceito tem sido alvo de duras críticas, havendo quem defenda que deveria ser excluído da previsão legal.

Este internamento não se confunde com o internamento compulsivo previsto na Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho). As situações que se enquadram no regime de internamento compulsivo, devem continuar a ser tratadas nesse âmbito.

Depois, não sendo a medida de acompanhamento a representação, ou não havendo restrição de direitos pessoais atinentes, o problema não se coloca, porquanto quem decide é o acompanhado. São os casos muito frequentes de intervenções médico-cirúrgicas a implicar internamento, os quais serão decididos pelo próprio, no exercício dos seus direitos pessoais, sem necessidade de qualquer autorização. A decisão de internamento em clínica da especialidade para tratamento, por exemplo, do álcool, da toxicod dependência, do vício dos jogos eletrónicos, é decidida pelo próprio sem necessidade de autorização judicial. A decisão de ingressar num lar é decidida pelo próprio.

A questão só se coloca quando a medida de acompanhamento decretada consiste na representação, que correspondia antes à nomeação de um tutor para os interdítos, e respeita ao controle da atuação do representante legal.

Num primeiro momento poderíamos dizer que uma vez demonstrada, em especial, a necessidade e adequação do internamento, estaria legitimada a decisão do representante legal. Contudo, a proporcionalidade não se limita ao controlo de mérito e oportunidade da decisão, mas também ao controlo do próprio processo decisório.

A ausência de capacidade para o incapaz se autodeterminar continua garantida objetivamente pela ordem jurídica, conformando e vinculando a atuação de um terceiro em sede de representação.

O respeito pelos valores da dignidade e liberdade do

acompanhado obriga a uma fiscalização e controlo do tribunal de modo a restringir a discricionariedade da atuação individual do representante.

No âmbito das medidas de acompanhamento, pode suceder que o acompanhante atue sozinho, uma vez que não está prevista uma figura similar ao anterior pro-tutor que fiscalizava a atuação do tutor, sendo facultativa a designação de um acompanhante substituto e do conselho de família (artigo 900.º, n.º2, do Código de Processo Civil).

Por isso é necessário distinguir o internamento em função do fim que o pretende justificar e da sua duração, pois dele dependerá o fundamento que determina a validade de uma decisão de internamento.

Se para atos patrimoniais de disposição não basta a decisão do representante, carecendo de autorização judicial, por igualdade senão maioria de razão, para atos pessoais relevantes, como é o internamento, será também necessária autorização judicial.

## 5. O ACOMPANHANTE

O acompanhado é o principal decisor da sua vida e não um sujeito passivo (Paz, 2018, p. 126). Deve sempre ser dada prioridade à vontade e às preferências do acompanhado, com respeito absoluto pelos seus direitos.

Por isso, em primeira linha, a lei prevê que o acompanhante é escolhido pelo acompanhado. Só na falta de escolha, o acompanhamento é deferido à pessoa cuja designação melhor salvaguarde o interesse imperioso do beneficiário, designadamente: a) ao cônjuge não separado, judicialmente ou de facto; b) ao unido de facto; c) a qualquer dos pais; d) à pessoa designada pelos pais ou pela pessoa que exerça as responsabilidades parentais, em testamento ou em documento autêntico ou autenticado; e) aos filhos maiores; f) a qualquer dos avós; g) à pessoa indicada pela instituição em que o acompanhado esteja integrado; h) ao mandatário a quem o acompanhado tenha conferido poderes de representação; i) a outra pessoa idónea.

A designação cabe sempre ao tribunal, que poderá ou não confirmar a escolha do próprio acompanhado; em caso de omissão da escolha ou de não concordância judicial, enumeram-se especiais qualidades de pessoas, que mantenham qualquer tipo de relacionamento com o interessado, por ordem de interesse imperioso do interessado, mantendo-se sempre a válvula de escape última, da pessoa idónea.

Podem ser designados vários acompanhantes com diferentes funções, devendo, neste caso, ser especificadas as atribuições de cada um.

A designação de vários acompanhantes, com especialização e diferenciação e funções, é de aplaudir, permitindo-se o desdobramento, por exemplo, de acompanhamento pessoal – porque alguém mais íntimo do beneficiário, independentemente das suas aptidões financeiras – e o acompanhamento patrimonial, relacionado com a administração do seu património – por alguém que, embora pessoalmente mais distante, possua essas mesmas qualidades.

Aqui, o juiz terá um papel preponderante na apreciação das qualificações de cada acompanhante, sendo que esta possibilidade não se deverá confundir com um «acompanhamento plural», que sempre constituirá um recurso fácil a situações em que a decisão designação não seja simples, por existirem vários interessados ou por discordâncias no seio familiar.

De facto, o acompanhamento será sempre singular, para cada esfera da vida do beneficiário; permite-se, isso sim, que o juiz desdobre essas esferas, delimitando a intervenção de cada acompanhante.

O cônjuge, os descendentes ou os ascendentes não podem escusar-se ou ser exonerados.

Os descendentes podem ser exonerados, a seu pedido, ao fim de cinco anos, se existirem outros descendentes igualmente idóneos.

Os demais acompanhantes podem pedir escusa com os fundamentos previstos no artigo 1934.º, do Código Civil ou ser substituídos, a seu pedido, ao fim de cinco anos.

Não obstante, pode haver lugar à remoção do acompanhante

quando este que falte ao cumprimento dos deveres próprios do cargo ou revele inaptidão para o seu exercício ou quando que por facto superveniente à investidura no cargo se constitua nalguma das situações que impediriam a sua nomeação.

No exercício da sua função, o acompanhante privilegia o bem-estar e a recuperação do acompanhado, com a diligência requerida a um bom pai de família, na concreta situação considerada.

O acompanhante deve atuar no respeito pela vontade e preferências do acompanhado, devendo abster-se de agir em conflito de interesses com o acompanhado. Caso tal ocorra, cabe-lhe requerer ao tribunal autorização ou as medidas concretamente convenientes para ultrapassar a situação.

As funções do acompanhante são gratuitas, sem prejuízo da alocação de despesas, consoante a condição do acompanhado e a do acompanhante.

Um ponto importante é que o acompanhante presta contas ao acompanhado e ao tribunal, quando cesse a sua função ou, na sua pendência, quando assim seja judicialmente determinado.

Uma estipulação, que tem merecido alguma controvérsia, é a de que o acompanhante tem de manter um contacto permanente com o acompanhado, devendo visitá-lo, no mínimo, com uma periodicidade mensal, ou outra periodicidade que o tribunal considere adequada.

A estipulação de uma periodicidade não pode, a nosso ver, ignorar as situações em que o acompanhamento é muito limitado e em que o acompanhado necessita apenas de um apoio à distância ou pontual para a prática de determinados atos. Caso em que, fixar uma periodicidade mensal por ser o mínimo estipulado na lei, apresenta-se excessivo, podendo até ser intrusivo e contraproducente.

Por outro lado, em situações mais graves, de dependência pessoal e patrimonial agravadas, o limite mínimo poderá ser manifestamente insuficiente.

A fixação da periodicidade das visitas não pode ser desgarrada dos deveres de cuidado e diligência adequados a cada situação em concreto.

Caberá, pois, ao juiz aplicar com bom senso esta norma e não permitir que a mesma seja utilizada como arma de arremesso em núcleos familiares mais conflituosos.

Ainda a considerar, neste âmbito da figura do acompanhante, é a questão da formação.

Tem sido defendida, e a meu ver bem, a criação de estruturas públicas de apoio e formação de acompanhantes ou representantes, por forma a garantir que o exercício de tais funções seja desempenhado por pessoas com alguma preparação e qualificação, capazes de assegurarem o acompanhamento de forma adequada. Tal mostra-se tão mais premente quanto é conhecido o elevado número de pessoas carecidas de acompanhamento, que não dispõem de qualquer retaguarda familiar ou outra que assegurem o cargo.

Na conformação do regime do maior acompanhado o papel do acompanhante é crucial. Muni-lo de toda a informação e dotá-lo de todos os instrumentos para o bom desempenho do cargo, redundaria em vantagens para o próprio e para o acompanhado.

## 6. MANDATO COM VISTA AO ACOMPANHAMENTO

Uma das disposições, a meu ver, mais importante neste novo regime, é o chamado mandato com vista a acompanhamento (artigo 156.º, do Código Civil).

Agora, qualquer pessoa pode, prevenindo uma eventual necessidade de acompanhamento, celebrar um mandato para a gestão dos seus interesses, com ou sem poderes de representação. O mandato segue o regime geral e especifica os direitos envolvidos e o âmbito da eventual representação, bem como quaisquer outros elementos ou condições de exercício que a pessoa entenda pertinentes, sendo livremente revogável pelo mandante.

No momento em que é decretado o acompanhamento, o tribunal aproveita o mandato, no todo ou em parte, e tem-no em conta na definição do âmbito da proteção e na designação do acompanhante.

O tribunal pode, também, fazer cessar o mandato quando seja razoável presumir que a vontade do mandante seria a de o revogar.

Este mandato com vista ao acompanhamento, ainda que seja uma manifestação do sistema de substituição, constitui-se como um instrumento muito relevante no caso de algumas demências que vão, gradual e progressivamente, limitando as faculdades mentais (neste sentido, Cordeiro, 2018, p. 550).

Como salienta Paz (2018), "*no amplo quadro da vida pessoal, familiar e financeira, deve existir a possibilidade de emissão de uma declaração na qual a pessoa maior possa planear o seu futuro, dando instruções específicas sobre quais as ações a tomar no caso de, mais tarde, não lhe ser possível tomar decisões sem assistência, podendo estabelecer as suas relações pessoais e financeiras de acordo com a sua vontade*" (p. 136).

Defendemos, todavia, que a fim de evitar situações de abuso a que tal instrumento se pode prestar, ao tribunal deveriam ser acometidos poderes para averiguar, em cada situação concreta, se a vontade da pessoa foi efetivamente respeitada, sobressaindo o parecer médico no auxílio da avaliação de eventuais limitações cognitivas. Por outro lado, como tem demonstrado a experiência, são inúmeros os casos de "procurações comuns", as quais são muitas vezes sugeridas, quando não subtraídas, por familiares ou outras pessoas não totalmente desinteressados, pelo que a fiscalização judicial se apresenta crucial.

Estando eminentemente pensado para a proteção dos interesses patrimoniais, o que é relevante, o mandato poderá ser um instrumento relevante em todos os aspetos da vida pessoal do acompanhado, designadamente relativos à sua saúde, bem-estar, local de residência, etc.

## 7. IMPORTÂNCIA DO RELATÓRIO PERICIAL

Tendo presente os requisitos e o conteúdo do acompanhamento, e os seus critérios definidores, ressalta a importância que no novo modelo desempenhará a prova pericial.

Estando em causa avaliar as faculdades de uma pessoa para compreender, apreciar, raciocinar e expressar uma escolha e executá-la, assume especial relevo o relatório pericial.

A perícia permitirá determinar o início, o grau e a natureza da

vulnerabilidade, fundamentadora da capacidade diminuída, e os seus efeitos na gestão da pessoa e do património, permitindo que se avalie com maior segurança as áreas em que terá de se determinar limitações à capacidade civil ou a natureza dos apoios necessários ao pleno exercício dessa capacidade.

Prevê a lei no artigo 899º, do Código de Processo Civil que quando determinado pelo juiz, o perito ou os peritos elaboram um relatório que precise, sempre que possível, a afeção de que sofre o beneficiário, as suas consequências, a data provável do seu início e os meios de apoio e de tratamento aconselháveis.

Está bom de ver que, no processo legal com vista à determinação da capacidade, a perícia deve implicar vários profissionais. Desde a reconhecida importância à avaliação psiquiátrica, mas também reconhecendo as vantagens de um processo de avaliação psicológico e neurológico.

Com o novo recorte legal, é fundamental a constituição de equipas multidisciplinares, com técnicos especializados para cada caso, que auxiliem o juiz a decidir qual a medida de acompanhamento mais adequada.

As necessidades de especialização colocam-se com maior acuidade no âmbito técnico e médico-legal. Como defende Ribeiro (2018), torna-se urgente o reforço dos meios humanos e materiais nessa área bem como a aposta na formação intensiva dos profissionais de saúde envolvidos, sensibilizando-os para a maior exigência que o sistema proposto traz à prática que tem vindo a ser seguida (p. 91).

## 8. CRÍTICAS

Sendo inegáveis as virtualidades do novo regime, têm sido, no entanto, apontadas algumas críticas, de que se destacam pela pertinência, as evidenciadas pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e pelo Mecanismo Nacional de Monitorização da Implementação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:

a) Ausência da definição de critérios distintivos para o acompanhamento na execução, acompanhamento na comunicação ou acompanhamento na formação da vontade;

b) Marginalidade e regime lacunoso do “Mandato com vista a acompanhamento” instituto que, tendo em conta os fundamentos e objetivos anunciados para a reforma, deveria ser central no regime do maior acompanhado;

c) Inconveniência da remissão genérica para o regime da tutela, que conflituava com o novo paradigma e o seu distinto enquadramento, designadamente, no que respeita à rutura com a equiparação à menoridade e a ponderação da situação concreta;

d) Desajustamento com os específicos enquadramentos normativos em matéria de decisões em saúde, designadamente os respeitantes à proteção das pessoas com capacidade diminuída no contexto específico das decisões dos profissionais de saúde e da prestação do consentimento esclarecido e livre neste âmbito;

e) Não expressa uma preponderância por medidas para capacitar e apoiar nos processos de tomada de decisão, sendo apenas explícito nos modelos de decisão substituta;

f) Não compreende medidas de apoio à tomada de decisão, que possibilite, entre outros, o apoio informal, nomeadamente o apoio de pares;

g) Não é evidente a forma de supervisão e verificação do apoio prestado, nomeadamente no sentido de aferir se o mesmo tem em consideração as vontades e preferências da pessoa apoiada.

## BIBLIOGRAFIA

Alves, R. (2005). Alguns Aspectos do Instituto da Interdição. *Revista Direito e Justiça, volume IX, 2*, 131-168.

Barbosa, M. (2018). *Maiores Acompanhados. Primeiras notas depois da aprovação da Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto*. Coimbra: Gestlegal.

Beleza, M. (2019). *Brevíssimas notas sobre a criação do regime do maior acompanhado, em substituição dos regimes da interdição e da inabilitação – Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto*. Lisboa: CEJ.

Cordeiro, A. (2018). Da situação jurídica do maior acompanhado: estudo de política legislativa relativo a um novo regime das denominadas incapacidades dos maiores. *Revista de Direito Civil*, ano 3, 3, 473-554.

Cordeiro, A. (2019). *Tratado de Direito Civil (IV)*, 5ª Edição. Coimbra: Almedina.

Fonseca, R., Gomes, I., Faria, P.L. & Gil, A.P. (2012). Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30*, 149-162.

Monteiro, P. (2019). Das incapacidades ao Maior Acompanhado – Breve Apresentação da Lei 49/2018. Lisboa: CEJ. Parecer (2017). 100/CNECV/2017 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Relatório e Parecer sobre o Estatuto do Maior Acompanhado. Disponível em [www.ipv.pt / cnev \\_ maior \\_ acompanhado](http://www.ipv.pt/cnev_maior_acompanhado).

Parecer (2018). Mecanismo Nacional de Monitorização da Implementação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em [www.parlamento.pt / Actividade Parlamentar / Paginas / Detalhe Iniciativa. Aspx ? ID = 42175](http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailheIniciativa.aspx?ID=42175).

Paz, M. (2018). O Ministério Público e o Novo Regime do Maior Acompanhado. Lisboa: CEJ.

Sousa, A. (1971). Da Incapacidade Jurídica dos Menores, Interditos e Inabilitados no âmbito do Código Civil. Coimbra: Almedina.

Trabuco, C. (2007). *O regime das incapacidades e do respectivo suprimento: perspectivas de reforma*. Disponível em: [www.fd.unl.pt/docentes\\_docs/ma/ct\\_MA\\_5013.doc](http://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/ct_MA_5013.doc).

Vitor, P. (2005). *Pessoas com capacidade diminuída: promoção e/ou proteção. Direito da Infância, da Juventude e do Envelhecimento*. Coimbra: Coimbra Editora.

# DA INTERDIÇÃO E INABILITAÇÃO AO NOVO REGIME DO MAIOR ACOMPANHADO

*Manuel Eduardo Bianchi Sampaio*  
*Juiz de Direito*

Introdução

As alterações que ocorreram

As insuficiências e inadequação da interdição e inabilitação

O regime do maior acompanhado

## I

A Lei nº49/2018 de 14 de agosto introduziu o novo Regime do Maior Acompanhado tendo procedido à substituição do anterior regime da interdição e da inabilitação.

O regime da interdição e da inabilitação correspondia ao modelo que foi introduzido com a aprovação do Código Civil, no ano de 1966<sup>1</sup>.

As únicas alterações na matéria das incapacidades ocorreram no ano de 1977, com o DL. nº496/77 de 25 de novembro, em consequência da aprovação da Constituição da República de 1976, mas limitaram-se à antecipação da maioridade dos vinte e um para os dezoito anos<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> O Código Civil de 1966 foi aprovado pelo DL. nº47.344 de 25 de novembro de 1966. A generalidade das suas disposições entrou em vigor no dia 1 de junho de 1967. A revisão do anterior Código Civil, que culminou com o Código Civil de 1966, decorreu ao longo de mais de vinte anos tendo sido iniciada com o DL. nº33.908 de 4 de setembro de 1944. A este propósito, pode ver-se Serra (1946, p. 451).

<sup>2</sup> A Constituição de 1976 caracteriza-se por ter um catálogo particularmente minucioso de direitos fundamentais. Neste sentido Canotilho (2017, p. 44) afirma que 'o catálogo de direitos da Constituição é mais extenso e mais detalhado quer do que os catálogos constitucionais congêneres, quer do que a generalidade dos tratados internacionais sobre direitos humanos, entre os quais a Convenção Europeia dos Direitos do Homem'. Deste conjunto de direitos já decorriam muitas das soluções que são defendidas atualmente no que respeita ao regime das incapacidades, especialmente em consequência da jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem e da aprovação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. A reforma

As mudanças sociais e legislativas tornaram o regime da interdição e da inabilitação insuficiente e desadequado passando a ser reclamada a sua substituição, tal como veio a suceder.

Estas alterações consistem em alterações demográficas, da estrutura económica e familiar da sociedade e legislativas.

## II

As alterações demográficas traduziram-se num acentuado envelhecimento da população.

A sociedade portuguesa é uma das mais envelhecidas da Europa. O índice de envelhecimento apenas é inferior ao da Itália e da Alemanha. Existem estimativas no sentido que no ano de 2050 a idade média da população portuguesa seja de cinquenta anos.

O envelhecimento populacional resulta da conjugação da diminuição da natalidade e do aumento da esperança média de vida. Estes fatores levam ao aumento do número de pessoas idosas, seja em termos absolutos ou em termos relativos. Este fenómeno é designado habitualmente de inversão da pirâmide etária, com a redução da base, correspondente aos escalões etários mais novos, e o alargamento do topo, correspondente às idades mais avançadas. Trata-se de um fenómeno de duplo envelhecimento, uma vez que é o resultado da diminuição do número de nascimentos, com o progressivo envelhecimento das camadas mais jovens da população, e do aumento da esperança média de vida, com o aumento do número de pessoas idosas.

---

que foi realizada pelo DL. nº496/77 de 25 de novembro não acolheu estas soluções na sua plenitude tendo mantido no essencial o anterior regime das incapacidades. A este propósito, pode ver-se Vitor (2020, p. 27) para quem 'a reforma de 1977 procedeu a um extenso labor de reconfiguração da legislação civil em função do princípio da igualdade (artigo 13º da Constituição), todavia teve o seu foco especialmente dirigido para as relações familiares (e para as suas decorrências sucessórias) e deixou praticamente intocado o regime da capacidade das pessoas maiores'. Esta autora designa esta opção como 'inércia de legislador naquele momento'. Para maiores desenvolvimentos sobre a reforma que foi realizada pelo DL. nº496/77 de 25 de novembro pode ver-se Collaço (2004, p. 23). Esta autora, que presidiu à comissão encarregada da reforma, reconhece que uma das críticas que foi apontada 'consistia em afirmar que a reforma pecara por omissão'.

Como afirma Rosa (2012, p. 23), '*independentemente do indicador utilizado (...), a ideia é sempre a mesma: a população envelhece quando a população idosa passa a valer mais em termos estatísticos*'.

A criação de uma rede de serviços de saúde cobrindo a totalidade do território e a generalização do acesso à medicina geral e familiar levaram a uma melhoria da saúde geral da população. Em resultado da instituição de um serviço nacional de saúde de acesso generalizado e tendencialmente gratuito, o tradicional médico da localidade foi substituído por um conjunto de médicos e outros profissionais de saúde organizados e de fácil acesso. Passou-se de uma assistência médica centrada no tratamento da doença para uma medicina essencialmente preventiva e associada à qualidade de vida. Os avanços científicos que foram ocorrendo permitiram que doenças que eram incuráveis tivessem tratamento e que tratamentos que eram complexos e de acesso limitado passassem a estar disponíveis para a generalidade da população. Esta evolução foi acompanhada pelo avanço da ciência farmacêutica que permitiu o surgimento de novos medicamentos.

Estes fatores conduziram ao aumento da esperança média de vida. Este aumento é habitualmente associado ao aumento do número de anos de vida consistindo no aumento da longevidade. Porém, também ocorreu um aumento do número de pessoas que chegam a idades mais avançadas, o que consiste no reforço da longevidade. Além disso, a melhoria da saúde geral e da qualidade de vida da população permitiu que as pessoas idosas passassem a ser cada vez mais pessoas ativas na sociedade começando a falar-se em realidades como o envelhecimento ativo.

O paradigma do envelhecimento alterou-se radicalmente. As pessoas idosas passaram a viver cada vez mais, a ser cada vez mais e a ser cada vez mais ativas o que contrasta com a conceção tradicional da velhice associada a uma fase de decadência das faculdades pessoais ou de doença.

A este propósito, é um bom exemplo o documento que estabelece os princípios da Organização Mundial de Saúde para o envelhecimento, publicado no ano de 2002, cujo título é Envelhecimento Ativo, um Marco Político. Neste documento

define-se o envelhecimento como o *'processo através do qual se possam otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança, de modo a assegurar qualidade de vida à medida que se envelhece'*<sup>3</sup>.

O aumento do número de pessoas idosas começou por ser encarado negativamente sendo a idade um fator de discriminação social. Trata-se do fenómeno do idadismo ou *ageism*<sup>4</sup>. As pessoas idosas eram consideradas um peso para a sociedade entendendo-se que tinham consequências negativas para o funcionamento da economia e os sistemas de saúde e de segurança social.

A circunstância de estas pessoas passarem a ser cada mais ativas na sociedade gerou uma alteração nesta matéria. Atualmente, as pessoas idosas são consideradas um grupo com relevância social. Além de terem uma intervenção cívica cada vez mais acentuada, as políticas públicas para a terceira idade alteraram-se passando de uma perspetiva assistencial e meramente residual para verdadeiras políticas de inserção e consideração dos idosos e tendo sido criados programas públicos orientados para a terceira idade.

Começa a falar-se de uma nova alteração demográfica que consiste no surgimento dos velhos válidos. Como afirma Nazareth (2020, p. 2), *'quando se tornou significativa a pressão demográfica exercida pela nova explosão demográfica: a dos velhos válidos, é que verdadeiramente se começou a acordar para a dimensão multidisciplinar do problema. Os idosos válidos passaram a ser demasiado numerosos para serem escondidos ou entretidos em lares, centros de dia ou passeios de barco'*.

### III

Ocorreram igualmente profundas alterações da estrutura económica e familiar da sociedade.

A sociedade portuguesa que esteve subjacente ao regime da interdição e da inabilitação era eminentemente rural e imobiliária. A generalidade da população residia nos meios rurais e o património

---

<sup>3</sup> Disponível em <https://bvsm.s.saude.gov.br>.

<sup>4</sup> Para uma análise da discriminação da terceira idade e do idadismo ou *ageism* pode ver-se Marques (2011, p. 17).

era constituído essencialmente por bens imóveis, em especial pequenas propriedades agrícolas.

Atualmente, cerca de 42,00% da população reside nas cidades<sup>5</sup>. A generalidade da população não é proprietária de qualquer imóvel tendo ocorrido uma progressiva desmaterialização da riqueza. O património é constituído pelo salário ou pela pensão, por um veículo automóvel e, quando muito, pelo saldo de uma conta bancária que corresponde a uma pequena poupança. A casa de habitação, de que uma grande parte da população é proprietária, está em regra associada a um crédito bancário e à correspondente garantia hipotecária, o que se traduz numa propriedade especialmente precária ou fortemente onerada<sup>6</sup>.

Neste sentido pode ver-se Cardoso & Cunha (2005, p. 106) numa análise do Banco de Portugal relativa à evolução do património das famílias entre os anos de 1980 e 2004. Estas autoras concluem que neste período *'a parcela do património financeiro dos particulares apresentou uma importância crescente'*.

As famílias eram numerosas e, em regra, permaneciam unidas sendo habitual residirem na mesma habitação várias gerações - avós, filhos e netos - ou os filhos ficarem a residir perto dos pais até porque, não raramente, seguiam a mesma atividade.

Essencialmente em consequência das alterações do mercado de trabalho, os filhos tiveram de se deslocar para localidades mais distantes, na maioria das vezes para uma cidade situada no litoral ou para o estrangeiro, surgindo o fenómeno da emigração da população portuguesa<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> A este propósito, pode ver-se o relatório Instituto Nacional de Estatística de 2014, disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt).

<sup>6</sup> Numa análise sobre o financiamento das famílias Água (2017, p. 16) afirma que *'a maioria das famílias contraiu empréstimos essencialmente para aquisição de habitação e em consequência disso utilizaram os bens como garantia do empréstimo (...). Segundo os dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística e pelo Banco de Portugal para a realização do inquérito à situação financeira das famílias em Portugal (2013), conclui-se que 30,00% das famílias tinham dívidas com garantias da residência principal'*.

<sup>7</sup> Como bem salienta Rosa (2012, p. 32), esta emigração de índole essencialmente económica é especialmente grave para o fenómeno do envelhecimento populacional porque incide sobre a população em idade ativa e as mulheres na fase de maior fertilidade

As alterações do mercado de trabalho tiveram outra consequência. As pessoas mais jovens passaram a ter menos tempo e disponibilidade pessoal para manterem um contacto regular com os familiares idosos. As realidades do trabalho a tempo parcial, do pluriemprego e do teletrabalho foram apresentadas como sendo positivas porque iriam permitir uma maior disponibilidade para a vida familiar com o conseqüente reforço dos laços familiares e a reposição dos mecanismos normais de entreaajuda na sociedade civil, incluindo o acompanhamento aos familiares idosos. Considerava-se, inclusivamente, que estas realidades permitiam solucionar os problemas de desertificação do território com o regresso das pessoas mais jovens às regiões do interior ou mais desfavorecidas, o que iria permitir uma maior aproximação às pessoas idosas. Sucede que não foi isto que se passou. O trabalho a tempo parcial, o pluriemprego e o teletrabalho têm aspetos positivos, mas o que se sobrepôs foram os aspetos negativos sendo estas realidades, verdadeiramente, formas de precarização do trabalho e de *dumping* social.

Uma análise aprofundada deste fenómeno excede o objeto do presente estudo<sup>8 e 9</sup>. Contudo, é relevante salientar que a precarização do trabalho é um dos fatores sociais que contribuiu para o isolamento das pessoas idosas.

---

com a conseqüente diminuição da natalidade. Trata-se, pois, de um aspeto que acentua o fenómeno do duplo envelhecimento da população.

<sup>8</sup> Para maiores desenvolvimentos pode ver-se Ray (1996, p. 121).

<sup>9</sup> A relação entre o funcionamento do mercado de trabalho e o envelhecimento da população é cada vez mais evidente. É habitual centrarmos a análise destas questões na realidade europeia. Porém, o exemplo mais claro é o da China, desde logo pela sua dimensão, uma vez que se trata do país mais populoso do mundo. A partir do ano de 1980 foi implementada na China a política do filho único que consistia na regra de um filho por casal. No ano de 2016 esta regra foi abolida. Esperava-se que a consequência fosse um aumento da natalidade e o rejuvenescimento da população, mas contra todas as expectativas a natalidade passou a ser menor. No ano de 2018 ocorreram menos dois milhões de nascimentos do que no ano de 2017 e no ano de 2019 verificou-se uma nova diminuição. A principal explicação é a falta de tempo para os filhos em resultado das exigências do mercado de trabalho. Atualmente, a China considera que tem uma crise demográfica e que são necessárias medidas urgentes para encorajar as pessoas a terem filhos. Além disso, em consequência do aumento das pessoas idosas e do número de idosos que vivem afastados dos familiares mais novos as políticas de cuidado com as pessoas idosas passaram a ser cada vez mais relevantes.

O isolamento das pessoas idosas é uma marca da sociedade atual que tem vindo a acentuar-se. No ano de 1999, o número de agregados familiares unipessoais de pessoas com sessenta e cinco anos ou mais era de 327.900,00. Os dados mais recentes demonstram que atualmente este número é de 513.200,00<sup>10</sup>.

Estes fatores levaram a uma especial vulnerabilidade das pessoas idosas. A transmissão de bens imóveis é associada a uma decisão relevante que exige ponderação. Além disso, trata-se de negócios jurídicos de natureza formal que devem ser celebrados por escrito e implicam a intervenção de terceiras pessoas como um notário ou um oficial público (artigos 874º, 875º, 939º, 940º e 947º do Código Civil). Em contrapartida, a aquisição de bens móveis é considerada uma decisão corrente - do dia a dia - e não requer qualquer formalidade especial ou a intervenção de outras pessoas (artigo 219º do Código Civil). A aquisição de bens de consumo, mesmo quando envolve valores elevados, é particularmente fácil, designadamente através da utilização de meios eletrónicos de pagamento. Na altura em que os filhos estavam próximos dos pais e em que o património era essencialmente imobiliário, os atos com relevância praticados por pessoas idosas estavam sujeitos a um controlo pelo próprio e pela família. O próprio sentia que se tratava de atos que exigiam ponderação, pelo que apenas excepcionalmente os praticava por impulso ou influenciado por outras pessoas. Os familiares apercebiam-se facilmente destes atos, uma vez que estavam próximos e exigiam alguma solenidade, em regra uma escritura pública. Neste contexto, os familiares podiam intervir antecipadamente garantindo que a pessoa idosa estava a praticar um ato que correspondia à sua vontade ou ao seu interesse ou intervir *a posteriori* solicitando a anulação dos atos prejudiciais que tivessem sido praticados. Atualmente, a situação é bem diversa. Por um lado, sendo o património essencialmente mobiliário, os atos prejudiciais

---

<sup>10</sup> Entre os anos de 2016 e 2019 foi realizado um estudo sobre a vulnerabilidade das pessoas idosas na cidade do Porto. Numa amostra de 380 pessoas com sessenta e cinco anos ou mais este estudo detetou 110 pessoas que residiam sozinhas, o que corresponde a 29,00%. Foram detetadas 39 pessoas com oitenta anos ou mais que residiam sozinhas, o que correspondente a 35,00%. Este estudo pode ser consultado em Moreira, Silva & Machado (2019, p. 401).

podem ocorrer com maior facilidade, por impulso, por falta de informação ou pelo aconselhamento de pessoas mal intencionadas. Por outro lado, estando os filhos distantes dos pais, não existe qualquer controlo familiar ou este controlo é mais ténue o que dificulta uma intervenção preventiva. Tudo isto com a agravante de, como referimos, as pessoas idosas corresponderem cada vez mais a pessoas ativas na sociedade o que implica a celebração corrente de negócios jurídicos, tal como acontece com qualquer outra pessoa<sup>11</sup>.

Temos, assim, que as alterações demográficas e as alterações da estrutura económica e familiar da sociedade levaram ao surgimento de um conjunto de pessoas que, não padecendo de qualquer doença mental, sofrem das limitações próprias da idade.

Estas pessoas não podem ser reconduzidas aos portadores de uma doença mental mesmo adotando um conceito amplo de demência. A equiparação da velhice à demência, além de ser manifestamente inadequada, é contraditória com as conceções atuais do envelhecimento ativo. Porém, é inquestionável que as limitações próprias da idade podem gerar uma situação de capacidade diminuída que justifica a aplicação de uma medida.

Referindo-se a estes aspetos, Cordeiro (2018, p. 37) afirmava que *'o direito civil, tradicionalmente virado para atividade do cidadão adulto, sui iuris, na plena posse de todas as faculdades (...) tem de adaptar-se. Cumpre preparar o terreno para um tratamento condigno das pessoas idosas ou, em qualquer idade (...), das pessoas carecidas de proteção acrescida'*.

---

<sup>11</sup> A figura do negócio jurídico tem uma relação muito próxima com as incapacidades, seja as que resultam da lei, como acontece com a menoridade, as já declaradas judicialmente, como acontecia com os interditos e os inabilitados, ou as meramente de facto, como acontece com as pessoas idosas que não beneficiam de uma medida de acompanhamento. O negócio jurídico é um instrumento do direito a um desenvolvimento livre da personalidade na vertente do direito de cada um à conformação da sua esfera jurídica definindo a forma de prossecução dos seus interesses. A este propósito, Guedes (1998, p. 296) afirma que *'a necessidade de preservar e proteger esta função básica do negócio jurídico impõe a exigência de certos requisitos de validade de cada ato, a qual tem em vista assegurar que cada negócio jurídico praticado corresponde, de facto, ao querer livre e esclarecido dos seus intervenientes. Tenta evitar-se a perversão do instituto, retirando validade a atos em que o declarante não exerceu o seu querer livre porque estava ou foi enganado (...) ou porque não tinha o discernimento mínimo para perceber se aquele ato era ou não prejudicial para os seus interesses'*. No mesmo sentido pode ver-se Pinto (2005, p. 102).

## IV

No que respeita às alterações legislativas, referimo-nos à modificação das orientações em matéria de saúde mental e à introdução da Lei de Saúde Mental, aprovada pela Lei nº36/98 de 24 de julho<sup>12</sup>.

Este aspeto foi destacado pela Ministra da Justiça Francisca Van Dunem (2019) quando afirmava que *'as soluções que o direito nos dava tornaram-se redutoras (...). Mas, para além de redutoras, mostraram-se incompatíveis com a visão transformadora que a Convenção das Nações Unidas sobre as Pessoas com Deficiência transporta'*<sup>13</sup>.

A Organização Mundial de Saúde define a saúde mental como *'um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades próprias, pode manejar as dificuldades normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutuosa e é capaz de prestar uma contribuição para a comunidade'*. Nesta conceção ampla a saúde mental não se reconduz à mera ausência de uma doença mental<sup>14</sup>.

As orientações mais recentes assentam na consideração da pessoa com doença mental enquanto *'cidadão pleno'* (Neves, 2015, p. 133). A intervenção restringe-se ao mínimo indispensável e deve ser preservada a capacidade restante. O tratamento deve ser prestado nos hospitais gerais e promovido prioritariamente na comunidade através de estruturas residenciais e centros de dia, o que consiste no

---

<sup>12</sup> O objeto principal da Lei nº36/98 de 24 de julho era a regulamentação do internamento compulsivo. Porém, esta lei tem um conteúdo mais vasto que se refere igualmente aos princípios da política de saúde mental. Neste sentido pode ver-se Xavier & Carvalho (2014, p. 1) para quem *'embora regulamentando o internamento compulsivo, a Lei de Saúde Mental foi elaborada com um âmbito mais vasto, estabelecendo os princípios gerais da política de saúde mental a implementar no país: prestação de cuidados na comunidade, opção pelo *setting* menos restritivo possível, multidisciplinaridade profissional, efetivação dos internamentos em hospitais gerais, desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial na comunidade'*.

<sup>13</sup> A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em Nova Iorque em 30 de março de 2007, foi aprovada pela Resolução da Assembleia da República nº56/2009 de 7 de maio e ratificada pelo Decreto do Presidente da República nº71/2009 de 30 de julho. Esta convenção integra no conceito de pessoas com deficiência aquelas que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais o que permite incluir as pessoas com doença mental.

<sup>14</sup> Neste sentido pode ver-se Almeida (2018, p. 13).

modelo sócio-comunitário de saúde mental<sup>15</sup>. O internamento compulsivo apenas é possível por decisão judicial<sup>16</sup>, de acordo com a previsão do artigo 27º da Constituição, e deve restringir-se às situações de perigo para bens jurídicos relevantes do próprio ou de terceiros em que é indispensável para garantir o tratamento, cessando logo que terminem os fundamentos que o determinaram (artigos 3º, 7º, 8º e 12º da Lei de Saúde Mental)<sup>17</sup>.

Este regime está de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia em matéria de saúde mental e com o Plano Nacional de Saúde Mental, aprovado no ano de 2008, através da Resolução do Conselho de Ministros nº49/2008 de 24 de janeiro<sup>18</sup>.

Estas novas orientações coadunavam-se mal com o regime das incapacidades, especialmente com a interdição que era aplicável àqueles que se mostravam incapazes de reger a sua pessoa e os seus bens por anomalia psíquica (artigo 138º do Código Civil).

---

<sup>15</sup> Neste sentido pode ver-se Albergaria (2006, p. 12). O modelo sócio-comunitário de saúde mental caracteriza-se pela inclusão das pessoas com doença mental na sociedade tendo substituído o anterior modelo de afastamento ou exclusão, assente em grandes hospitais psiquiátricos. Este modelo baseia-se numa forte componente de valorização pessoal e desenvolvimento das competências por forma a que as pessoas com doença mental sejam integradas na comunidade e na vida ativa. Esta componente é definida habitualmente como *recovery* ou recuperação pessoal das pessoas com doença mental.

<sup>16</sup> A propósito do internamento compulsivo de natureza judiciária pode ver-se Dantas (1998, p. 61).

<sup>17</sup> A adoção do modelo sócio-comunitário de saúde mental é considerada positiva pelos profissionais de saúde diretamente envolvidos no sistema, de tal forma que tem sido proposto o seu alargamento no sentido de passar a incluir não apenas o internamento compulsivo, mas também a figura do tratamento compulsivo em regime ambulatorio sem necessidade de um internamento compulsivo prévio. Neste sentido pode ver-se Vieira & Cabral (2018, p. 185) para quem 'compreende-se, nos tempos em que a lei foi desenhada, a posição cautelosa do legislador, porquanto, segundo a lógica então vigente do direito, se o perigo não é suficientemente grave para obrigar a uma privação física da liberdade do internando, nada poderá justificar a restrição direitos fundamentais do cidadão, compelindo-o a apresentar-se em consultas e a tomar medicamentos para si indesejáveis e geradores de efeitos secundários. Mas, desde aquela data, muito se avançou em termos de dados e de certezas científicas quanto à eficácia e operacionalização do *out-patient commitment*, assim chamado pela literatura internacional'.

<sup>18</sup> Este plano foi recentemente avaliado por determinação do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde através do Despacho nº1490/2017, publicado no Diário da República nº32/2017 - Série II - de 14 de fevereiro, atendendo a que haviam decorrido dez anos desde a sua aprovação.

A este propósito, Alves (2015, p. 42) afirmava que uma das críticas ao regime da interdição era '*a eventual contradição com o espírito (e a própria letra) da chamada Lei de Saúde Mental, centrada no restabelecimento do sujeito afetado, na desinstitucionalização do tratamento e na minimização dos efeitos estigmatizantes*'.

A Lei de Saúde Mental consagrava uma intervenção restritiva tendente à consideração da pessoa com doença mental e à preservação da capacidade restante. O regime da interdição apenas era aplicável aos portadores de anomalia psíquica que se mostravam incapazes de reger a sua pessoa e os seus bens e tratava por igual todas as situações - *one size fits all* - permitindo somente a equiparação aos menores e a nomeação de um tutor (artigos 139º e 143º do Código Civil). Neste contexto ou se restringia a interdição às situações de anomalia psíquica particularmente graves e a consequência era a exclusão de muitas situações que justificavam uma medida, pese embora não implicassem uma incapacidade total para reger a pessoa e os bens, ou se alargava o âmbito da interdição acolhendo estas situações, mas aplicava-se uma medida de equiparação à menoridade e nomeação de um tutor a pessoas que, embora sofressem de uma doença mental, não careciam de uma medida com tamanha gravidade, o que se traduzia numa violação do princípio constitucional da restrição das limitações à capacidade, que decorre do artigo 18º da Constituição.

O alargamento da interdição foi defendido no Acórdão da Relação de Coimbra 11 de novembro de 2014, no qual se decidiu que '*a interdição deve ser concebida como um instrumento que visa tutelar os interesses do incapaz, afirmando-se pela necessidade de cuidado da pessoa (...); o conceito de anomalia psíquica é aqui tomado num sentido mais lato, por abranger não só as deficiências patológicas do intelecto, entendimento ou discernimento, mas também as deficiências patológicas da vontade, da sensibilidade e afetividade, que afetem a pessoa no todo ou em parte, para gerir os seus interesses pessoais e patrimoniais*'<sup>19</sup>.

Em sentido contrário, pode ver-se Neves (2015, p. 133) para quem '*a declaração de interdição é suscetível de restringir direitos fundamentais*

---

<sup>19</sup> Processo n.º63/2000.C1, disponível em [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

*(...), caso seja aplicada a uma pessoa que possua aptidões para entender e querer em certas áreas da vida (...), tal restrição será, nesse caso, desnecessária, desproporcional e inadequada, violando o artigo 18º da Constituição'.*

## V

O regime das incapacidades assentava nas figuras da menoridade, da interdição e da inabilitação<sup>20</sup>.

A interdição era aplicável àqueles que por anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira se mostravam incapazes de governar a sua pessoa e os seus bens (artigo 138º do Código Civil). A sua consequência consistia na equiparação do interdito ao menor e na nomeação de um tutor que o representava (artigos 139º, 143º e 145º do Código Civil).

Nos dizeres de Hörster (1992, p. 333), a consequência da interdição era a *'recondução ou recolção de um maior na situação jurídica de um menor'*.

A inabilitação era aplicável àqueles cuja anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, embora de carácter permanente, não era de tal modo grave que justificava a interdição e àqueles que pela sua habitual prodigalidade ou pelo uso de bebidas alcoólicas ou estupefacientes se mostravam incapazes de reger convenientemente o seu património (artigo 152º do Código Civil). A sua consequência era a assistência por um curador a cuja autorização estavam sujeitos os atos de disposição de bens entre vivos e todos os que fossem especificados na sentença (artigo 153º do Código Civil). Podia igualmente ser atribuída ao curador a administração do património do inabilitado (artigo 154º do Código Civil).

Estes institutos mostravam-se insuficientes relativamente às pessoas idosas. A noção de anomalia psíquica evoluiu no sentido de uma maior amplitude. A Organização Mundial de Saúde recusou uma definição restrita de saúde mental afirmando que esta se referia ao nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional do indivíduo.

---

<sup>20</sup> Importa ainda atender à incapacidade acidental enquanto válvula de escape para a anulação dos atos praticados pelo incapaz antes de ser decretada judicialmente a incapacidade, nos termos dos artigos 153º e 257º do Código Civil. A este propósito, pode ver-se Pinto (2005, p. 239).

A doutrina acolheu esta maior amplitude considerando que *‘o conceito de anomalia psíquica (...) é amplo ou genérico, por abranger (...) não só deficiências patológicas do intelecto, entendimento ou discernimento, mas também deficiências patológicas da vontade, afetividade e sensibilidade’* (Fernandes, 2014, p. 297). Acresce que era tradicional o entendimento de que o conceito jurídico de anomalia psíquica não se confundia com o conceito psiquiátrico e consistia num critério prático-social<sup>21</sup>. A verdade é que mesmo adotando uma noção ampla de anomalia psíquica as pessoas idosas não podiam ser incluídas na interdição ou na inabilitação. As limitações próprias da idade - ou, se preferirmos, o envelhecimento - não podiam ser reconduzidas a uma doença mental, embora cada vez mais fosse reconhecido que existiam pessoas idosas que justificavam a aplicação de uma medida.

Como afirmam Hörster & Silva (2019, p. 373), *‘o anterior regime não estava preparado para dar resposta às situações em que a pessoa, embora não sofrendo de nenhuma das patologias ou qualidades minguantes previstas na lei, via as suas capacidades de facto diminuir em razão da idade’*.

Estas dificuldades levaram a que fosse discutida a natureza taxativa ou exemplificativa das causas de interdição. Estava em causa o requisito da anomalia psíquica, mesmo com a amplitude que era reconhecida. Este requisito pressupunha sempre a *‘natureza patológica do distúrbio’* (Fernandes, 2014, p. 298) o que excluía situações em que não era possível afirmar a existência de uma doença mental.

No sentido que as causas de interdição tinham natureza exemplificativa pronunciou-se Cordeiro (2004, p. 419) para quem *‘trata-se de uma enumeração que temos como exemplificativa e que aqui surge por razões de tradição histórica (...), o decisivo é que os visados se mostrem incapazes de governar as suas pessoas e os seus bens’*<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Neste sentido pode ver-se Liane (2016, p. 34) para quem *‘ao legislador moderno não interessa tanto a classificação da anomalia psíquica em uma categoria específica (...) sendo antes necessário ater-se aos elementos que incidem de maneira concreta nas capacidades cognitivas e volitivas do sujeito’*. Mantém-se a exigência de uma anomalia psíquica, mas esta deixa de ser necessariamente uma doença e pode incluir qualquer perturbação que afete a capacidade de entender e querer.

<sup>22</sup> Em sentido semelhante pode ver-se Vasconcelos (2008, p. 122) defendendo a aplicação da interdição às situações de designa de *‘deficiências emergentes’*.

Este entendimento não foi aceite tendo continuado a considerar-se que as causas de interdição tinham natureza taxativa<sup>23</sup>.

Verdadeiramente, a proposta de Cordeiro (2004) era uma tentativa de reformulação da interdição - e por arrastamento da inabilitação - por forma a permitir a sua aplicação às situações como a das pessoas idosas que vinham suscitando dificuldades por inexistência de uma anomalia psíquica. Entre deixar estas pessoas sem tutela ou optar pela natureza exemplificativa das causas de interdição o autor preferia esta solução.

Admitimos que esta proposta podia causar estranheza para quem estava familiarizado com a conceção taxativa das causas de interdição e inabilitação, mas, como bem salienta Barbosa (2019, p. 14), '*a posição do autor tinha de ser entendida num contexto mais amplo*'. Aliás, o ponto de partida para o regime do maior acompanhado foi o instituto da inabilitação o que denota que não existia uma conceção fechada do regime em vigor que excluía qualquer possibilidade de reformulação<sup>24</sup>.

A interdição e a inabilitação eram também desadequadas no que respeita às consequências, sendo que esta desadequação abrangia as pessoas idosas e as pessoas com doença mental.

A consequência da interdição era sempre a equiparação do interdito ao menor e a nomeação de um tutor que o representava. A consequência da inabilitação era sempre a assistência por um curador a cuja autorização ficavam sujeitos os atos de disposição de

---

<sup>23</sup> Neste sentido pode ver-se Bessa (2018, p. 19) que afirma '*perfilhamos o entendimento de que a enumeração das causas da interdição e da inabilitação é taxativa, sujeita a um princípio de *numerus clausus*, por se restringirem direitos fundamentais, mormente o direito à capacidade civil, constitucionalmente tutelado no art. 26º da Constituição*'. Na jurisprudência pode ver-se o Acórdão da Relação de Lisboa de 29 de junho de 2006 (Processo n.º4883/2006-6), disponível em [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt), no qual se afirma que '*atendendo a que a interdição colide necessariamente com a liberdade individual, implicando uma restrição de direitos fundamentais, compreende-se que apenas seja possível com fundamento legal inequívoco, pelo que a enumeração das suas causas ou pressupostos contida no artigo 138º do Código Civil deve considerar-se exaustiva*'.

<sup>24</sup> A este respeito, pode ver-se Monteiro (2019, p. 32), para quem '*o instituto mais indicado, à partida, para responder a situações de incapacidade seria o da inabilitação, ainda que com modificações, pela flexibilidade que revelava e por funcionar aqui o regime da assistência para os atos de disposição de bens entre vivos, sendo certo que o tribunal goza aqui de uma ampla liberdade para especificar os atos que o inabilitado pode ou não praticar*'.

bens entre vivos e todos os que fossem especificados na sentença. Não existia qualquer flexibilidade. O modelo era rígido sendo estabelecida uma regra geral aplicável independentemente da situação concreta do interdito ou inabilitado.

No que respeita às pessoas idosas, a variedade das situações reclamava soluções mais diversificadas, uma vez que, em regra, era excessiva a sua equiparação a um menor e a nomeação de um tutor para a sua representação. Na generalidade das situações, as limitações próprias da idade não justificavam uma consequência com tamanha gravidade.

O mesmo se passava relativamente às pessoas com doença mental. A orientação da saúde mental era no sentido da consideração da pessoa e da preservação da capacidade restante pretendendo-se a sua recuperação pessoal e a inclusão na comunidade e na vida ativa, o que justificava uma maior flexibilidade e diversidade das consequências. Por outro lado, justificava-se que as consequências da interdição ou da inabilitação pudessem ser ajustadas à situação da pessoa consoante a alteração das suas limitações, sabendo-se que no respeito às pessoas com doença mental o seu estado caracteriza-se por alguma instabilidade e imprevisibilidade.

Finalmente, verificava-se uma excessiva concentração da interdição e da inabilitação na vertente patrimonial do interdito ou inabilitado em detrimento da vertente pessoal ou existencial. Esta concentração excessiva resultava da circunstância de na generalidade das situações serem questões de natureza patrimonial que levavam a que fosse requerida a interdição ou a inabilitação.

A este propósito, não era alheio o facto de os processos de interdição e inabilitação serem tramitados nos tribunais cíveis. Esta questão foi discutida no âmbito do regime do maior acompanhado tendo sido ponderada a possibilidade de os processos passarem a ser tramitados pelos tribunais de família.

A opção do legislador foi no sentido da manutenção da competência dos tribunais cíveis. Compreendemos esta opção, uma vez que estão em causa medidas relativas a maiores. Contudo, a passagem para os tribunais de família poderia permitir uma maior

pessoalização do regime, com a agravante de tudo indicar que serão cada vez mais os aspetos pessoais que levarão a que seja requerida a aplicação de uma medida de acompanhamento.

## VI

O objetivo da Lei nº49/2018 de 14 de agosto consistiu em superar estas insuficiências instituindo um regime adaptado à sociedade atual em consequência das alterações demográficas e da estrutura económica e familiar que ocorreram e às mais recentes orientações relativamente às pessoas idosas e às pessoas com doença mental.

Como afirma Silva (2018, p. 249), *'o novo regime do maior acompanhado (...) vem ao encontro da evolução atual no sentido de reconhecer um maior respeito pela autonomia dos particulares mais vulneráveis, por um lado, e dar resposta aos casos em que a pessoa se vê confrontada com a diminuição das suas capacidades em razão da idade'*.

Nas incapacidades debatem-se uma corrente defensora da autonomia e da socialização e outra que atribui maior relevância à proteção do próprio e de terceiros, privilegiando a segurança jurídica. As primeiras soluções que foram adotadas nos diversos ordenamentos jurídicos eram protecionistas. A maior abertura da sociedade e o desenvolvimento de conceitos como o de cidadania inclusiva levaram a uma alteração da perspetiva com a opção por soluções defensoras da autonomia. Foi esta alteração que ocorreu entre nós com a Lei nº49/2018 de 14 de agosto.

O legislador consagrou um regime aberto e flexível. Estas características acarretam dificuldades competindo ao intérprete e aos aplicadores proceder à sua concretização. Para este efeito, é essencial conhecer o regime anterior, as alterações que ocorreram e as suas insuficiências sem o que o não será possível compreender a intenção do legislador e proceder a uma correta aplicação do novo regime, explorando todas as suas virtualidades, mas, simultaneamente, respeitando os limites da legalidade.

O regime do maior acompanhado é aplicável aos maiores impossibilitados por razões de saúde, deficiência ou pelo seu comportamento de exercer plena, pessoal e conscientemente os seus

direitos ou de, nos mesmos termos, cumprirem os seus deveres (artigo 138º do Código Civil).

A referência às pessoas com deficiência tem sido criticada. A nomeação de um acompanhante é adequada para as pessoas com deficiência mental. Porém, nesta parte a referência às pessoas com deficiência nada acrescenta, uma vez que estas pessoas sempre se consideraram abrangidas pela interdição e pela inabilitação e sempre seria aplicável o regime do maior acompanhado. No que respeita às restantes pessoas com deficiência, especialmente as pessoas com deficiência física, a nomeação de um acompanhante não é adequada. Estando em causa uma deficiência apenas física estas pessoas não têm qualquer problema na formação da sua vontade. Relativamente a estas pessoas justifica-se a adaptação da sociedade às suas necessidades especiais tendo em vista a sua integração, como estabelece do artigo 71º da Constituição, e não propriamente o seu acompanhamento ou a substituição por um representante. Todavia, esta matéria não é minimamente abordada na Lei nº49/2018 de 14 de agosto.

Por este motivo, a referência às pessoas com deficiência foi criticada pela generalidade dos organismos e das associações representativas. O Mecanismo Nacional para a Monitorização da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência considerou que o regime jurídico do maior acompanhado violava os direitos fundamentais das pessoas com deficiência em relação ao exercício da sua capacidade jurídica porque se centrava na figura da representação o que não concretizava uma verdadeira igualdade para o exercício dos direitos<sup>25</sup>.

A grande novidade consistiu na inclusão das pessoas idosas. O anterior requisito da anomalia psíquica foi afastado. A formulação ampla que foi utilizada pelo legislador inclui as limitações próprias da idade desde que sejam uma causa incapacitante impedindo o exercício pleno, pessoal e consciente dos direitos ou o cumprimento dos deveres.

Neste sentido pode ver-se Monteiro (2017, p. 34), que

---

<sup>25</sup> Parecer de 2 de março de 2018, disponível em [www.parlamento.pt](http://www.parlamento.pt).

participou na elaboração da Lei nº49/2018 de 14 de agosto, para quem *'um ponto muito importante que neste contexto importa sublinhar é o de que na atual formulação ampla que permite o recurso às medidas de acompanhamento cabem as pessoas idosas'*.

Pese embora esta maior amplitude, manteve-se a natureza taxativa das causas do acompanhamento. A Lei nº49/2018 de 14 de agosto recorre a diversos conceitos indeterminados que o legislador pretende que sejam preenchidos casuisticamente pelo aplicador. Não foi esta a opção na definição do seu âmbito de aplicação, não tendo sido consagrada uma fórmula genérica que permita a aplicação do regime do maior acompanhado a todas as situações em que seja adequado independente das causas. Foram acrescentadas novas causas para o acompanhamento, em especial a que se refere às pessoas idosas, mas no que respeita à técnica legislativa a formulação que foi utilizada tem um rigor idêntico ao das anteriores causas de interdição e inabilitação o que, atendendo à anterior discussão a este propósito, consistiu numa opção consciente neste sentido certamente em consequência das limitações constitucionais às restrições da capacidade. O mais que se poderá afirmar é que o legislador optou por uma solução intermédia entre a taxatividade e a exemplificação, tendo consagrado uma taxatividade ampla ou aberta.

Foi também introduzida a figura do acompanhamento. Trata-se da outra grande novidade da Lei nº49/2018 de 14 de agosto. O legislador optou por um modelo monista em que foi concebida uma única medida aplicável a todas as situações em substituição do anterior modelo dualista que atribuía consequências diferentes à interdição e à inabilitação (Cordeiro, 2018, p. 102). Por outro lado, foi afastada a anterior rigidez das consequências passando a medida de acompanhamento a ter um conteúdo flexível e diversificado que se pretende que seja adequado a cada situação concreta.

O legislador não incluiu uma definição de acompanhamento tendo-se limitado a afirmar que este deve restringir-se ao estritamente necessário - o que se traduz numa concretização do princípio da proporcionalidade - e a estabelecer uma enumeração meramente exemplificativa das matérias que podem ser atribuídas

ao acompanhante (artigo 145º do Código Civil). Foi consagrada uma cláusula geral no sentido que o acompanhamento visa assegurar o bem-estar, a recuperação, o pleno exercício de todos os direitos e o cumprimento dos deveres do acompanhado (artigo 140º do Código Civil). A conjugação desta cláusula geral com a enumeração exemplificativa das matérias que podem ser atribuídas ao acompanhante permite que se afirme que foi utilizada uma técnica legislativa idêntica à dos exemplos-padrão.

A figura do acompanhamento pode incluir situações de verdadeira representação idênticas às consequências da anterior interdição e inabilitação. Nestas situações estão em causa atos praticados pelo acompanhante em substituição do acompanhado produzindo-se os efeitos na esfera jurídica deste como é próprio da representação<sup>26</sup>.

A representação justifica-se, tal como acontecia anteriormente, naquelas situações que são habitualmente designadas de *hard cases* e que são '*aquelas de absoluta incapacidade do necessitado*' (Monteiro, 2019, p. 36).

Também podem ser incluídas medidas de verdadeiro acompanhamento, o que podemos reconduzir à figura do acompanhamento em sentido restrito. Nesta parte, o acompanhamento não se traduz na representação do acompanhado. Este continua a atuar em nome próprio sendo apenas auxiliado pelo acompanhante no sentido de garantir que a sua atuação é livre, esclarecida e informada. O acompanhamento em sentido restrito é semelhante à assistência embora esta se refira habitualmente à necessidade de consentimento e não ao mero auxílio na atuação<sup>27</sup>. Trata-se daquilo que o legislador italiano designou de *amministrazione di sostegno* ou administração de apoio.

Nos dizeres de Cordeiro (2018, p. 103), '*o visado é simplesmente*

---

<sup>26</sup> A este propósito, Barbosa (2018, p. 67) afirma que '*vistas as coisas, o acompanhado pode sofrer uma restrição tão ampla da sua capacidade que, na prática, fica equiparado a um interdito. Simplesmente, tal só acontece quando as circunstâncias concretas do sujeito o imponham*'.

<sup>27</sup> Neste sentido pode ver-se Hörster & Silva (2019, p. 380) para quem '*neste caso quem age é o acompanhado (...). Quer dizer, o acompanhante não o representa, mas é um assistente, pois vai atuar ao lado do beneficiário*'.

*apoiado. Pretende-se que a sua vontade, embora genuína, se vá formando e manifestando com a ajuda de um figurante'.*

O acompanhamento em sentido restrito insere-se nas garantias de formação de uma vontade esclarecida e informada relativamente ao sujeito reconhecido como débil. Estas garantias tiveram início no direito patrimonial destacando-se os deveres de informação consagrados no regime das cláusulas contratuais gerais, na lei do consumidor, no contrato de seguro e na lei dos serviços públicos essenciais. A sua finalidade consiste em garantir que são disponibilizados ao contraente débil a informação e os esclarecimentos necessários para a formação de uma vontade livre e esclarecida e para uma decisão de contratar consciente.

Na feliz expressão de Ribeiro (2003, p. 365), são mecanismos de '*ajuda à autoajuda*' que se justificam '*pela variedade e complexidade técnica dos produtos, a difícil perceptibilidade da sua diferenciação qualitativa, uma publicidade omnipresente e sugestiva, quando não enganadora*', bem como pela '*própria pressão para o consumo, induzida por fatores de ordem psicológica e sociológica*'.

O acompanhamento em sentido restrito consiste na transposição deste modelo - *informationsmodell* - para o direito pessoal o que se traduz num inquestionável avanço da sociedade. É um mecanismo com diferenças relativamente aos deveres de informação, mas que partilha o mesmo substrato comum.

Entre a representação e o acompanhamento em sentido restrito existe uma ampla zona intermédia em que a medida pode ter um conteúdo variável consoante as necessidades do acompanhado e as particularidades da situação concreta<sup>28</sup>.

O interesse e a vontade do acompanhado relacionam-se de forma diversa na representação e no acompanhamento em sentido restrito<sup>29</sup>. A representação tem como pressuposto que o

---

<sup>28</sup> A este propósito, pode ver-se Beleza (2019, p. 19) para quem no regime do maior acompanhado as medidas 'podem traduzir-se em representação ou em assistência, ou em intervenções de outro tipo, que a sentença determine totais ou parciais; o âmbito da necessidade de acompanhamento é definido pelo tribunal independentemente do que tiver sido pedido na ação'.

<sup>29</sup> O legislador não fez qualquer referência à consideração da vontade presente do acompanhado, designadamente no artigo 146º do Código Civil que estabelece o critério da

acompanhado não tem capacidade para a prática dos atos que são atribuídos ao acompanhante o que afasta a existência de uma vontade que deva ser atendida. O acompanhante apenas está obrigado a respeitar o interesse do acompanhado, sem prejuízo do conhecimento da sua vontade no âmbito do direito de participação. No acompanhamento em sentido restrito não existe uma incapacidade do acompanhado que justifique a sua substituição pelo acompanhante. O auxílio do acompanhante é necessário apenas para garantir que a vontade do acompanhado é livre, esclarecida e informada. Assim, o acompanhante está obrigado a respeitar a vontade do acompanhado ainda que possa considerar que esta não corresponde ao seu interesse. As situações de divergência com maior gravidade podem justificar a intervenção do tribunal ou uma alteração da medida atribuindo a prática do ato ao acompanhante, mas este não pode, sem mais, sobrepor a sua vontade à do acompanhado.

Importa ainda salientar a maior relevância que foi atribuída à vertente pessoal ou existencial no regime do maior acompanhado.

O legislador demonstra uma preferência pelo pedido de acompanhamento apresentado pelo próprio acompanhado sendo esta a primeira forma de aplicação da medida que foi prevista (artigo 141º do Código Civil). Existe uma preocupação com a participação e audição do acompanhado (artigo 143º do Código Civil). Acrescenta-se que o acompanhamento visa assegurar o bem-estar, a recuperação, o pleno exercício de todos os direitos e o cumprimento dos deveres do acompanhado, ressalvadas as exceções legais ou determinadas na sentença, e que o acompanhante deve privilegiar o bem-estar e a recuperação do acompanhado sendo estabelecida uma obrigação de contacto com o acompanhado e um dever de visita (artigos 140º e 146º do Código Civil).

Estes aspetos são particularmente positivos. Ao contrário do que acontecia com a interdição e a inabilitação, a Lei nº49/2018 de

---

atuação do acompanhante. Porém, como bem salienta Vítor (2020, p. 45), 'há que interpretar a disposição do artigo 146º do Código Civil (...) num sentido favorável ao princípio da autonomia e, portanto, à consideração das vontades e preferências do acompanhado'.

14 de agosto denota uma preocupação com a vertente pessoal do acompanhamento indo muito além da mera administração do património ou da disposição de bens. O legislador demonstra que pretende que sejam estabelecidos laços pessoais entre o acompanhante e o acompanhado e que o acompanhamento contribua para uma melhoria da sua situação e, inclusivamente, permita a sua recuperação.

Existe um apelo no sentido de uma intervenção altruísta do acompanhante baseada num genuíno e desprendido interesse pela pessoa do acompanhado, mas, simultaneamente, uma postura de desconfiança própria do direito civil.

Embora a outro propósito, Gomes (1993) chama a atenção para que o direito civil está habituado a lidar com interesses próprios e a gerir conflitos de interesses desconfiando de atitudes altruístas ou desinteressadas. Para o autor, *'a intervenção do fator altruísta revela-se perturbadora, tanto mais que (...) o nosso direito das obrigações não se acha preparado para ela'*. O autor destaca também a desconfiança do legislador relativamente aos negócios jurídicos gratuitos como a doação. Enquanto a compra e venda de bens móveis é admitida por mero acordo verbal entre as partes sem necessidade do imediato pagamento do preço, a doação de bens móveis apenas pode ser verbal com a imediata entrega da coisa (artigo 947º do Código Civil). A doação é, assim, um *'ato jurídico rodeado de maiores precauções e circunscrito, o mais possível, na sua aplicação e efeitos'* (Gomes, 1993, p. 14).

É este conflito que detetamos no acompanhamento. O legislador pretende uma atitude altruísta e desprendida do acompanhante, mas, como que por cautela, não deixou de consagrar expressamente um dever de contacto e de visita, sendo certo que, numa análise mais superficial, tal poderia parecer desnecessário, uma vez que corresponde ao mínimo do acompanhamento. Com efeito, não é concebível o acompanhamento sem o contacto com o acompanhado ou, noutra perspetiva, uma pessoa que não está disposta a contactar e visitar o acompanhado ou que apenas o faz por imposição legal não deveria ser nomeada acompanhante.

Seja como for, aquilo que pretendemos salientar é a alteração positiva no sentido de uma maior relevância da vertente pessoal ou

existencial no regime do maior acompanhado. Como referimos, o legislador pretende que sejam estabelecidos laços pessoais entre o acompanhante e o acompanhado, o que devemos contribuir para que ocorra na generalidade das situações e seja a principal característica do novo regime.



## BIBLIOGRAFIA

Água, C. (2017). *A Dívida Privada e o Financiamento das Famílias: O Impacto sobre o Desempenho da Economia Portuguesa*. Lisboa: ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. disponível em <http://hdl.handle.net/10071/15546>.

Albergaria, P. (2006). *A Lei de Saúde Mental - Anotada*. Coimbra: Almedina.

Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Alves, R. (2015). Alguns Aspetos do Instituto da Interdição. *Interdição e Inabilitação* (pp. 39-124). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Disponível em [www.cej.mj.pt](http://www.cej.mj.pt).

Barbosa, M. (2018). *Maiores Acompanhados - Primeiras Notas depois da Aprovação da Lei nº49/2018 de 14 de agosto*. Coimbra: Gestlegal.

Barbosa, M. (2019). Fundamentos, Conteúdo e Consequências do Acompanhamento de Maiores. *O Novo Regime do Maior Acompanhado* (pp. 61-74). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Disponível em [www.cej.mj.pt](http://www.cej.mj.pt).

Beleza, M. (2019). Brevíssimas Notas Sobre a Criação do Regime do Maior Acompanhado em Substituição dos Regimes da Interdição e da Inabilitação - Lei nº49/2018 de 14 de agosto. *O Novo Regime do Maior Acompanhado* (pp. 13-22). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Disponível em [www.cej.mj.pt](http://www.cej.mj.pt).

Bessa, A. (2018). *O Atual Regime Jurídico da Interdição e da Inabilitação - Uma Reflexão Crítica*. Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/85912>.

Canotilho M. (2017). 40/30 - Quarenta Anos de Constituição, Trinta de Integração Europeia: Entre Passado e Presente, Abertura e Pertença. *UNIO - EU Law Journal*, 3, 1, 38-48.

Cardoso, F. & Cunha, V. (2005). Evolução do Património das Famílias em Portugal 1980-2004. *Boletim Económico do Banco de*

Portugal (pp. 95-108). Lisboa: Banco de Portugal. Disponível em [www.bportugal.pt](http://www.bportugal.pt).

Collaço, I. (2004). A Reforma de 1977 do Código Civil de 1966. *Comemorações dos 35 Anos do Código Civil e dos 25 Anos da Reforma de 1977*, Volume I (pp. 17-40). Coimbra: Coimbra Editora.

Cordeiro, A. (2004). *Tratado de Direito Civil*, Tomo III. Coimbra: Almedina.

Cordeiro, A. (2018). *Da Situação Jurídica do Maior Acompanhado - Estudo de Política Legislativa Relativo a um Novo Regime das Denominadas Incapacidades dos Maiores*. Disponível em [www.smpm.pt](http://www.smpm.pt).

Dantas, A. (1998). Notas Sobre o Internamento Compulsivo na Lei de Saúde Mental. *Revista do Ministério Público*, 76, 51-65.

Dunem, F. (2019). *Novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado para a Proteção de Adultos Vulneráveis*, *Jornal Público* de 11 de fevereiro de 2019. Disponível em [www.publico.pt](http://www.publico.pt).

Fernandes, G. (2014). *Comentário ao Código Civil - Parte Geral*. Coimbra: Almedina.

Gomes, J. (1993). *A Gestão de Negócios - Um Instituto Jurídico numa Encruzilhada*. Coimbra: Almedina.

Guedes, A. (1998). Algumas Notas Sobre os Artigos 150º, 149º e 147º do Código Civil. *Juris et de Iure - Nos 20 Anos da Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa - Porto* (pp. 295-318). Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Hörster, H. (1992). *A Parte Geral do Código Civil Português*. Coimbra: Almedina.

Hörster, H. & Silva, E. (2019). *A Parte Geral do Código Civil Português*. Coimbra: Almedina.

Liane, C. (2016). *O Juízo de Inimputabilidade em Função de Anomalia Psíquica à Luz do Contributo da Neurociência*. Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/41769>.

Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Monteiro, A. (2019). *Das Incapacidades ao Maior Acompanhado - Breve Apresentação da Lei nº49/2018*. O *Novo*

*Regime do Maior Acompanhado* (pp. 23-38). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Disponível em [www.cej.mj.pt](http://www.cej.mj.pt).

Moreira, A., Silva A. & Machado I. (2019). Envelhecimento, Isolamento e Vulnerabilidade Social: Reflexões a partir de um Estudo de Caso Sobre Idosos que Vivem Sozinhos. *III Congresso Ibero-Americano de Intervenção Social - Direitos Humanos e Mediação* (pp. 401-422). Cervicais, Lema d'Origem.

Nazareth, J. (2020). *COVID-19 - Um Desafio e uma Oportunidade*. Disponível em [www.prismedica.pt](http://www.prismedica.pt).

Neves, A. (2015). Críticas ao Regime da Capacidade de Exercício da Pessoa com Deficiência Mental ou Intelectual - A Nova Conceção da Pessoa com Deficiência. *Interdição e Inabilitação* (pp. 125-160). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Disponível em [www.cej.mj.pt](http://www.cej.mj.pt).

Pinto, C. (2005). *Teoria Geral do Direito Civil*. Coimbra: Coimbra Editora.

Ray, J. (1996). Le Droit du Travail à l'Épreuve du Télétravail: Le Statut du Télétravailleur. *Droit Social*, 2, 121-127.

Ribeiro, J. (2003). *O Problema do Contrato - As Cláusulas Contratuais Gerais e o Princípio da Liberdade Contratual*. Coimbra: Almedina.

Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Serra, A. (1946). A Revisão Geral do Código Civil - Alguns Factos e Comentários, *Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*, 22, 451-513.

Silva, E. (2018). A Reforma do Regime das Incapacidades: O Maior Acompanhado. *Temas de Direito e Bioética: Novas Questões do Direito da Saúde*, Volume I (pp. 227-250). Braga: DH-CII - Direitos Humanos - Centro de Investigação Interdisciplinar.

Vasconcelos, P. (2008). *Teoria Geral do Direito Civil*, Volume I. Coimbra: Almedina.

Vieira, F. & Cabral, A. (2018). A Propósito de uma Eventual Revisão da Lei de Saúde Mental. *Revista Julgar*, 36, 175-195.

Vitor, P. (2020). O Maior Acompanhado à Luz do Artigo 12º da CDPD. *Revista Julgar*, 41, 23-47.

Xavier, M. & Carvalho, A. (2014). Internamento Compulsivo em Portugal - Contextos e Procedimentos. *Violência Interpessoal* (pp. 1-4). Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

## ENVELHECIMENTO E ORTOPEDIA

*Paulo Cibrão Continho*

*Médico Ortopedista*

O combate às doenças infecciosas contribuiu para o aumento da esperança de vida nos países desenvolvidos, dando origem ao crescimento exponencial dos problemas em Saúde relacionados com a Qualidade de vida. Em 1841, na Grã-Bretanha, as mulheres ao nascer esperavam viver 42 anos e os homens apenas 40. Em 2016, menos de dois séculos depois, esse valor quase duplicou, passando a ser de 83 e 79 anos, respectivamente.<sup>1</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número e a proporção de pessoas com mais de 60 anos está a aumentar, sendo que em 2019 representavam cerca de 1 bilião. As estimativas apontam para 1.4 biliões em 2030 e 2.1 biliões em 2050.<sup>2</sup> Este aumento está a ocorrer de uma forma inédita e prevê-se que acelere nas próximas décadas, particularmente nos países em desenvolvimento.

Em Portugal, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes às Tábuas de Mortalidade para o triénio 2016-2018 mostram que, em relação a 2008/2010, a esperança de vida à nascença aumentou 1,51 anos, situando-se em 80,8 anos para o total da população, sendo de 77,78 nos homens e de 83,42 anos nas mulheres.<sup>3</sup>

O impacto do envelhecimento está particularmente relacionado com a deterioração das capacidades cognitivas e funcionais, as quais resultam inevitavelmente na perda de autonomia e na dependência de terceiros. O Relatório Mundial 2015 da OMS define o envelhecimento saudável como a capacidade de cada pessoa de desenvolver e manter as habilidades funcionais que lhe permitem assegurar o seu bem-estar. A habilidade funcional é definida como “as características relacionadas com a saúde que permitem que as pessoas sejam e façam aquilo que valorizam”, baseadas nas suas capacidades intrínsecas e no seu ambiente social.<sup>4</sup>

A importância de uma abordagem centrada na optimização das capacidades intrínsecas e habilidades funcionais constitui a pedra angular de um envelhecimento que se pretende, não apenas activo, mas acima de tudo saudável. E a mobilidade assume um papel determinante neste processo. Ela é vital na manutenção da autonomia e prevenção da dependência nos cuidados. Muitos idosos e os seus familiares aceitam perdas da capacidade locomotora e a dor associada como inevitáveis e inerentes ao envelhecimento, seja em contexto traumático ou degenerativo. Mas tal não é verdade. E é aqui que a Ortopedia intervém como factor modificador do prognóstico destas patologias e promotor de um verdadeiro envelhecimento proactivo e saudável.

## 1. DECLÍNIO COGNITIVO E SINTOMAS DEPRESSIVOS

Embora desde tempos imemoriais se defenda ideia de “*Mens Sana in Corpore Sano*”, o avançar da idade acarreta inevitavelmente um certo declínio físico e, não raras vezes, cognitivo. Ele é mais evidente quando se manifesta com perturbações de memória progressivas, défice de atenção e uma capacidade reduzida de resolver problemas. A sua etiologia pode estar relacionada com múltiplos factores, como patologia cerebrovascular ou cardiovascular, designadamente a Doença de Alzheimer ou a hipertensão arterial. Contudo, aspectos tão simples, como o baixo nível de escolaridade, a ausência de exercício físico regular ou o isolamento social, podem funcionar como factores agravantes. O declínio cognitivo constitui um longo e penoso caminho, o qual pode tornar-se problemático quando a pessoa desenvolve demência e deixa de ser capaz de funcionar eficazmente nas actividades da sua vida diária.

A avaliação cognitiva torna-se essencial para despistar precocemente estes sintomas e tentar atrasar a sua inexorável deterioração. Em pessoas com baixa escolaridade, esta avaliação pode ser limitada, agravada ainda pelos sintomas frustrantes numa fase inicial. Nestas circunstâncias, os testes padrão que existem podem não ser eficazes, pelo que o julgamento clínico e a entrevista com o idoso (e quando possível, com alguém que o conheça bem, como familiares ou

cuidadores) tornam-se vitais, incidindo sobre problemas de memória, orientação, linguagem ou quaisquer dificuldades em desempenhar as atividades do cotidiano.<sup>5</sup>

Por outro lado, se os défices cognitivos foram mais graves e afetarem irremediavelmente a capacidade de funcionar com eficácia no seu ambiente, uma avaliação especializada pode ser necessária para diagnosticar demência (sendo a doença de Alzheimer a causa mais comum), com a aplicação de protocolos específicos de avaliação, devendo estes doentes ser encaminhados para Consultas especializadas de Neurologia e Psiquiatria.

Contudo, algumas condições reversíveis também podem ser a causa do declínio cognitivo. A desidratação grave ou desnutrição podem causar *delirium* e até mesmo a morte. O *delirium* (deriva do latim e significa “*estar fora de si*”) consiste numa súbita e drástica perda da capacidade de focalizar a atenção, com confusão extrema e desorientação temporoespacial, que se desenvolve por curtos períodos e podendo sofrer oscilações. Pode ser o resultado de causas orgânicas, tais como uma infecção, distúrbios metabólicos (hipoglicemia ou hiponatremia), síndrome de abstinência (designadamente alcoólica), interações ou intoxicação medicamentosas (sendo a polimedicação bastante frequente neste grupo etário, sobretudo com sedativos hipnóticos). Mesmo as cirurgia *major* e a anestesia geral têm sido apontadas como factores de risco de declínio cognitivo, sobretudo em doentes com história de acidentes vasculares cerebrais. O tratamento da patologia responsável por estes eventos, tais como a hipertensão arterial, ajuda a prevenir novos episódios deletérios. O aspecto primordial destes quadros clínicos prende-se com a sua reversibilidade, daí importância da sua identificação atempada e terapêutica adequada.

Por outro lado, as perdas em outros domínios da capacidade intrínseca, particularmente audição, visão e humor, também podem afetar a cognição.

A estimulação cognitiva pode atrasar este declínio, designadamente através da estimulação dos sentidos, da memória e a interação social. A família e os cuidadores desempenham um

papel importante, pelo que devem ser encorajados a providenciar regularmente informação tão simples como o dia e as horas, nome de pessoas familiares, conhecidos ou visitas da casa. Isto ajuda-os a manterem-se orientados no tempo e no espaço. O mesmo sucede com programas de televisão, jornais, albums familiares e questões relacionadas com a vida doméstica, os quais permitem orientar o idoso para eventos presentes, estimular memórias e permitir que ele partilhe e valorize experiências.

Se este declínio limitar a autonomia, deve-se definir um plano de atividades da vida diária que maximize a atividade independente possível, aprimore a função, ajude a adaptar e a desenvolver habilidades e minimize a necessidade de suporte. Pequenas mediadas podem revelar-se particularmente úteis nestas situações, como incentivar e organizar a socialização com amigos e familiares; promover um ambiente domiciliário seguro e livre de perigos físicos; e organizar ou incentivar a participação em atividades ocupacionais em casa e na comunidade (conforme apropriado às suas capacidades).

Por outro lado, este grupo etário, por múltiplas razões, é propenso a desenvolver “sintomas depressivos”. Para Tolstoi, *“All happy families are alike, but every unhappy family is unhappy in its own way”*. E realmente cada uma dos nossos idosos pode ser infeliz à sua maneira. O sofrimento causado por “sintomas depressivos” (ou humor deprimido) aplica-se a pessoas que apresentam de forma consistente 2 ou mais sintomas simultâneos de depressão, durante pelo menos 2 semanas, mas que não preenchem os critérios clássicos necessários ao seu diagnóstico.<sup>6,7</sup> Estes sintomas são mais frequentes em pessoas com patologias crónicas e debilitantes, em isolamento social ou que são cuidadores com responsabilidades exigentes.

As intervenções psicoterapêuticas (do grego *psykhē* -“mente”, “alma” + *therapeutikos* -“curar”, “tratar medicamente”), como a terapia cognitiva comportamental e a abordagem de resolução de problemas, podem reduzir consideravelmente estes sintomas.

A terapia cognitiva comportamental pressupõe que os sentimentos são influenciados não só pelas crenças como pelo

comportamento.<sup>8,9</sup> Os pensamentos negativos irrealistas e distorcidos são perigosos, dado que, se não forem neutralizados, podem conduzir a comportamentos lesivos. Esta terapia tipicamente tem um componente cognitivo - ajudando a pessoa a desenvolver a capacidade de identificar e desafiar os pensamentos negativos irrealistas - bem como um componente comportamental, procurando isolar os pensamentos negativos e inadequados, de forma a rebatê-los na realidade de uma forma positiva e mais realista.

A terapia baseada na resolução de problemas oferece, por outro lado, um suporte directo e prático, permitindo identificar e isolar os problemas chave que podem contribuir para os sintomas depressivos.<sup>10</sup> Isto permite dissecar as questões em tarefas específicas e abordáveis através da resolução de problemas e desenvolver estratégias de os ultrapassar.

A activação comportamental envolve encorajar a pessoa a participar em actividades recompensadoras como forma de reduzir os sintomas depressivos.<sup>11</sup> A análise retrospectiva envolve recordar e avaliar o passado com o intuito de alcançar um sentimento de pacificação da sua vida, ajudando a colocar em perspectiva e mesmo recuperar memórias importantes sobre amigos e entes queridos.<sup>12, 13</sup> Pode ser particularmente importante para ajudar a tratar os sintomas depressivos ou a lidar com questões relacionadas com o fim de vida.

No fundo, importa focar o pensamento no momento presente em vez de estar preso a uma cadeia de pensamentos sobre o passado, futuro, aspirações, responsabilidades ou arrependimentos, evitando dessa forma uma espiral negativa.

A perda de interesse nas actividades que costumavam ser interessantes ou agradáveis, denominada anedonia (do grego *A-* “sem” + *Hedon* - “prazer”), é um sintoma típico de depressão. Se adicionalmente um idoso experiencia a perda de capacidades, tais como perda de audição ou capacidade locomotora, aumenta o risco de isolamento social, o que pode agravar ainda mais os sintomas depressivos. Os familiares e cuidadores podem incentivar a actividade física e o envolvimento social, assim como a utilização de novas

tecnologias como o telemóvel ou a internet podem ajudar a combater a solidão e a recuperar a “*joie de vivre*”. Contudo, estes idosos devem ser avaliados no que diz respeito a Depressão por Psiquiatria, podendo ser necessária a instituição de terapêutica antidepressiva.

De salientar que os cuidadores de pessoas com défices cognitivos graves enfrentam igualmente uma exigência de cuidados importante, a qual pode, por vezes, ser extenuante e colocar a sua saúde em risco.

Este tópico é muito importante na Ortopedia, uma vez que a recuperação está intrinsecamente relacionada com a vontade e capacidade de colaboração do doente.

## 2. ARTROSE E MOBILIDADE LIMITADA

O avançar da idade conduz inexoravelmente ao desgaste e degenerescência das articulações: um processo denominado de artrose (do grego *árrhron* - “*articulação*”) e caracterizado pelo aparecimento de dor crónica, perda de função e de qualidade de vida. Embora uma mobilidade limitada seja frequente nos idosos, ela não é inevitável.

Ao nível da coluna vertebral, o envelhecimento provoca desgaste dos discos intervertebrais e uma cascata de eventos degenerativos que geralmente conduz a estreitamento vertebral, isto é, estenose do canal vertebral.

Ao nível da coluna cervical, esta estenose provoca compressão e sofrimento da medula, uma patologia que se designa por Mielopatia Espondilótica Cervical e se caracteriza por perda de destreza nas mãos e desequilíbrio na marcha. Os doentes desenvolvem dor cervical e por vezes occipital, parestesias dos membros superiores, associados a perda da força muscular e dificuldade na motricidade fina, como escrever ou apertar botões.

Em casos mais avançados, apresentam sensação de instabilidade na marcha, com um andar de pequenos passos de base alargada, com dificuldade em subir e descer escadas, ou mesmo retenção urinária, embora muito raramente.



Fig.1 – Ressonância Magnética (RM) de doente com Mielopatia Espondilótica Cervical por estenose ao nível de C5 e C5-C6 (setas) e sinais de sofrimento medular

O tratamento é tipicamente cirúrgico, baseado na descompressão e artrodese (deriva do grego *árthron* - “articulação” e *désis* - “ligação”) cervical, dado que a patologia é geralmente progressiva.

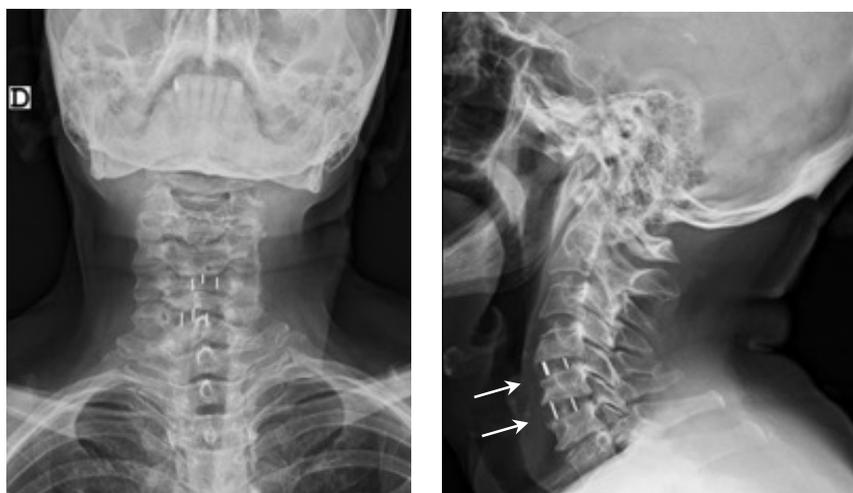


Fig. 2 - Doente com MEC submetido a descompressão e artrose intersomática anterior C4-C5 e C5-C6 com cages (setas)

A estenose da coluna lombar constitui uma doença degenerativa igualmente caracterizada por compressão nervosa secundária a um estreitamento do canal vertebral. Esta é a causa mais frequente de cirurgia da coluna lombar em doentes com mais de 65 anos, com uma incidência de 20-25% e uma ligeira preponderância em homens (1.5:1).<sup>14</sup> Ela provoca um quadro de dor lombar, designada lombalgia, que pode irradiar para os membros inferiores (também conhecida com ciática) e claudicação neurogénica (ter de parar ao fim de certo percurso porque falham as pernas ou aparecem dores). A dor piora com a extensão da coluna, como caminhar ou manter-se de pé, e melhora com a flexão, como sentar ou inclinar-se para a frente de forma a apoiar-se em algo, como um carrinho de compras.

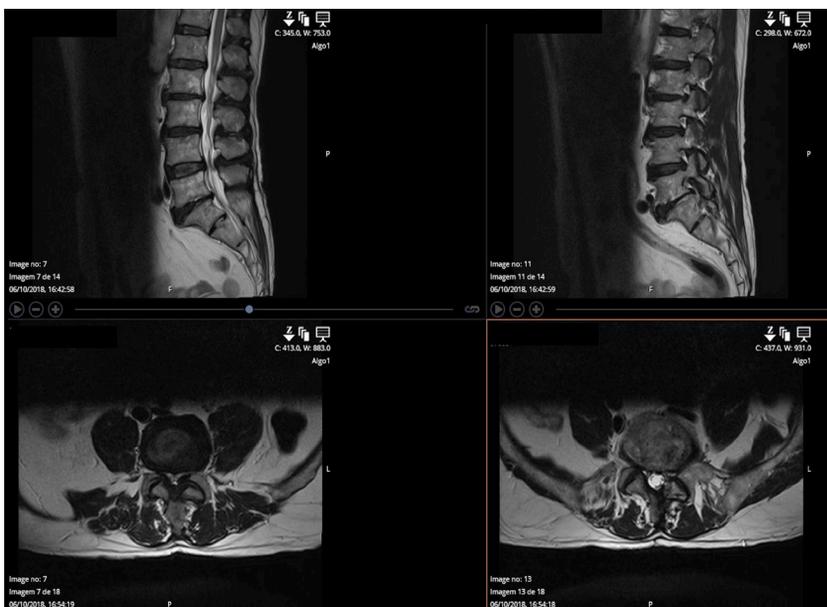


Fig. 3 - RM de doente com Canal estenótico lombar L4-S1. Na imagem inferior esquerda, observa-se estenose central L4-L5 (corte axial) e na superior à direita, consta-se estenose foraminal em L5-S1 (corte sagital).

Ao nível da coluna lombar, o tratamento geralmente pressupõe a descompressão nervosa e em casos selecionados, a estabilização com artrodese lombar. Classicamente, estes procedimentos são realizados com cirurgia aberta, expondo totalmente a coluna e instrumentando com parafusos transpediculares e barras (fig.4).

Este tipo de abordagem clássica resulta em maior dano tecidual, com maiores perdas sanguíneas e risco aumentado de infecção. A evolução da Cirurgia da Coluna ao longo dos anos procurou oferecer novas formas de obter o mesmo resultado clínico mas de com menor agressividade, menos mobilidade e maior precisão.



Fig.4- Descompressão e artrodese póstero-lateral L4-S1 instrumentada

Um forma particular de estenose lombar resulta do deslizamento degenerativo de uma vértebra sobre outra - um fenómeno designado de espondilolistese (do grego *spóndylos* -“vértebra” e *olisthesis* -“deslizamento”). Apresenta uma prevalência de 9% em mulheres (e apenas 5% nos homens), sobretudo em diabéticos e acima dos 40 anos, sendo 5 vezes mais frequente no nível L4-L5 (fig.5).<sup>15</sup>

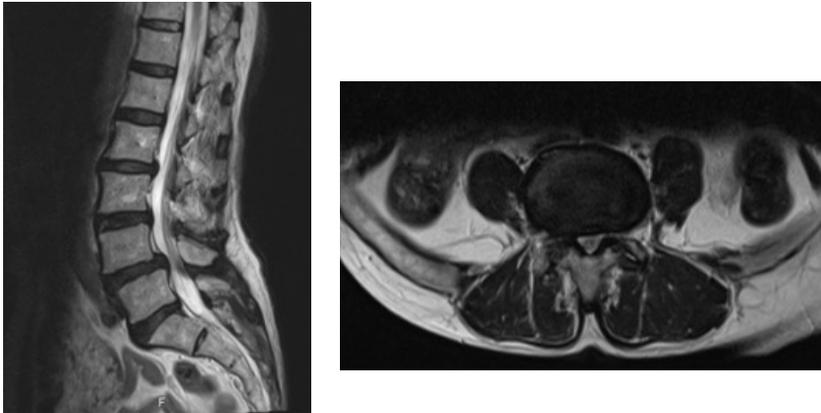


Fig. 5 - Espondilolistese L4-L5 degenerativa com estenose vertebral. a) imagem sagital onde é visível a espondilolistese L4-L5 (seta). b) corte axial com estenose vertebral



Fig.6 - Doente com espondilolistese degenerativa submetido a descompressão e artrose intersomática L4-L5 transforaminal (TLIF) esquerda por via minimamente invasiva (MISS)

Os avanços tecnológicos permitiram tratar estas patologias de formas cada vez menos agressiva, por incisões cada vez menores, respeitando a anatomia com menos lesão dos tecidos - a denominada Cirurgia da Coluna Minimamente Invasiva (MISS - Minimally Invasive Spine Surgery) (fig. 5 e 6).<sup>16</sup> A própria Cirurgia Robótica tem ganhado adeptos na prática clínica, sobretudo em países como os Estados Unidos da América.

Por outro lado, a intervenção cirúrgica pode acelerar os processos degenerativos nos níveis adjacentes à artrodese ou mesmo originar perda das curvaturas fisiológicas normais com desequilíbrio da Coluna.



Fig.7 - Doente com história de artrodese L4-S1 perda da lordose fisiológica lombar

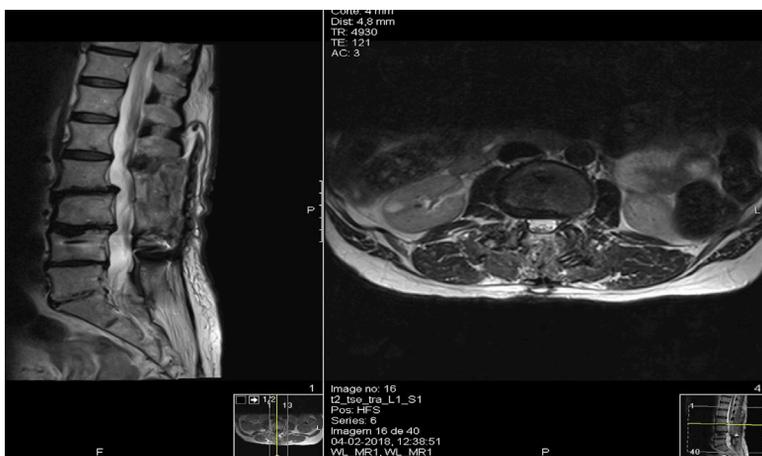


Fig.8 - Estudo por Ressonância magnética que revela um síndrome juncional com espondilolistese e estenose vertebral L2-L3 em doente com perda da lordose com artrodese lombar prévia



Fig. 9 - Perda de Balanço Sagital com inclinação anterior do tronco (Sagittal Vertical Axis +), perda da lordose lombar e retroversão pélvica

A longo prazo, esta cascata degenerativa tende a produzir um efeito cifosante - a vida é um efeito cifosante, isto é, a coluna fica mais curvada na zona torácica e mais recta na zona lombar, com inclinação do tronco para a frente - um fenómeno conhecido como perda da balanço sagital (Figs. 7, 8 e 9).



Fig. 10 - Sinais radiográficos de coxartrose esquerda avançada, com estreitamento da interlinha articular, osteófitos e geodes subcondrais

Para conseguir manter o olhar na horizontal, o idoso tende a dobrar as ancas e os joelhos, o que origina um esforço muscular suplementar e dor crónica lombar. 17, 18

As cirurgias de correção de Deformidades da Coluna no Adulto por perda do Balanço Sagital são tecnicamente mais diferenciadas, com risco de lesão neurológica e perdas hemáticas importantes, sendo na realidade muito agressivas. Deve ser ponderado, de forma muito cuidada, o risco-benefício do procedimento.



Fig. 11 - Artroplastia total da anca esquerda, não cimentada

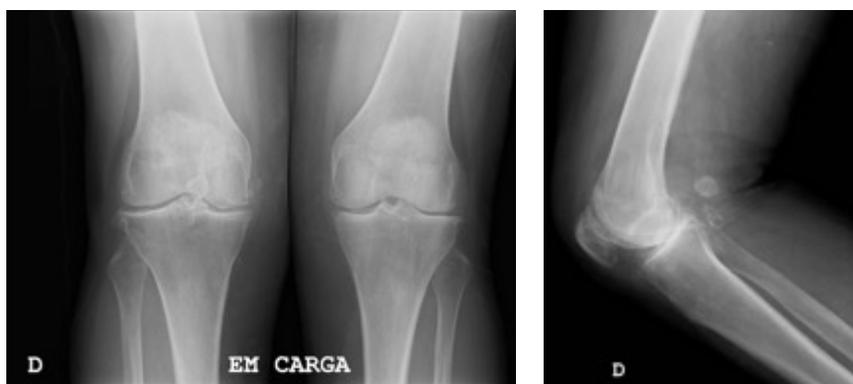


Fig. 12 - Gonartrose tricompartmental bilateral (face e perfil)

Por outro lado, a coxartrose e gonartrose (isto é, artrose da anca e do joelho) apresenta uma incidência de cerca de 88 e 240 por 100.000 pessoas por ano, respectivamente, e uma prevalência mundial total de 303,1 mil. Os estudos destas patologias apontam para um aumento da prevalência, incidência e anos com perda de qualidade de vida de cerca de 8-10% desde 1990.<sup>19</sup>

Os doentes com coxartrose e gonartrose apresentam quadros clínicos clássicos típicos deste grupo etário que todos associados a idade avançada, com claudicação na marcha, dor crónica, limitação da articulação afectada nas actividades da vida diária e necessidade de apoio externo.

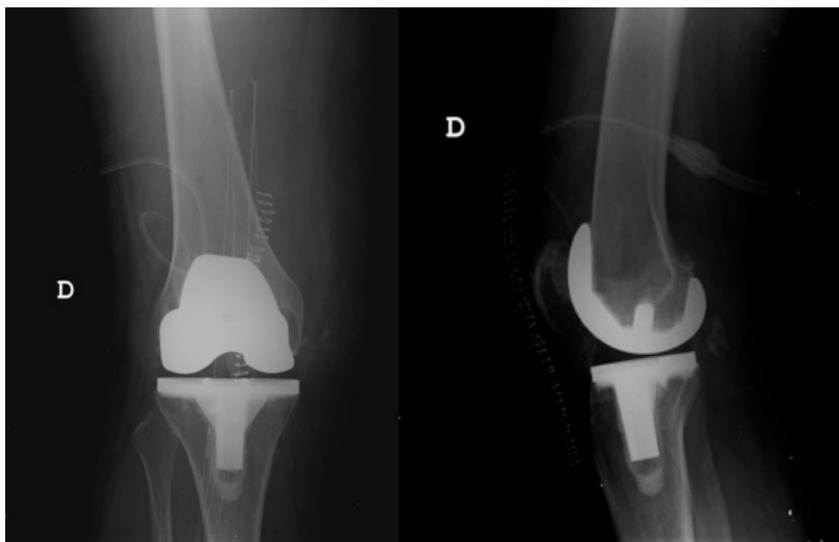


Fig. 13 -Artroplastia total do joelho direito, cimentada

O tratamento inicial da artrose passa por terapêutica medicamentosa, como a analgesia, fisioterapia, controlo da obesidade e modificação dos estilos de vida, estando indicada a substituição da articulação nos casos refractários.

O advento das próteses da anca e joelho, denominadas artroplastias, permitiu eliminar a dor, recuperar a função e incrementar substancialmente a qualidade de vida dos doentes. Em 2018, foram realizadas cerca de 210.000 artroplastias da anca e joelho, na Grã-Bretanha, de acordo com o National Joint Registry.<sup>20</sup> Nos Estados Unidos da América, cerca 1,2 milhões deste tipo de procedimentos são realizados anualmente. O custo destas artroplastias é de cerca

de 1 bilião de libras por ano no Reino-Unido e 20 biliões de dólares nos EUA.<sup>21, 22</sup>

Por outro lado, em 2014, foram realizadas 50.220 revisões de prótese total da anca (PTA) e 72.100 revisões de próteses total do joelho. De 2014 a 2030, a projecção da incidência de revisões de PTA aponta para um aumento de 43-70%, e as do joelho entre 78-182%.<sup>22</sup> As principais causas responsáveis pela falência das artroplastias e a necessidade destas cirurgias de revisão são a infecção e o desgaste asséptico (isto é, desgaste da prótese na sua interface com o osso mas sem evidência de infecção) nas próteses do joelho e as fracturas peri-protésicas (a fractura ocorre à volta da prótese implantada) e a infecção nas artroplastias da anca.<sup>23</sup>

Por último, o ortostatismo, com a conseqüente libertação das mãos, associado à oponência do polegar (permitindo a pinça fina e actividades de destreza manual), constituem marcos no desenvolvimento da dialéctica mão-cérebro e na evolução filogenética da espécie humana. De facto, um dos painéis centrais do tecto da Capela Sistina representa a Criação de Adão, da autoria de Miguel Ângelo, onde a mão assume uma importância simbólica na origem do primeiro Homem. Uma boa funcionalidade das mãos revela-se, aliás, fundamental nas actividades da vida diária. A artrose do polegar afecta a articulação trapézio-metacarpiana, designada de rizartrorse, podendo desta forma limitar francamente as actividades manuais prolongadas e aumentar o grau de sofrimento e sintomas depressivos destes doentes.

Por tudo isto, a previsível escalada dos custos nos cuidados de Saúde vai seguramente abrir um debate público sobre a melhor forma de lidar com esta questão num futuro próximo.

### 3. PERDA DE VISÃO E AUDIÇÃO

Quem observa a “Conversão a Caminho de Damasco”, pelo mão de Caravaggio, na Igreja de Santa Maria del Popolo, não consegue deixar de se sentir absorvido pela imagem de uns braços suplicantes e

em êxtase por uma nova luz clarificadora, num mundo marcado pelo declínio e simbolizado na queda do cavalo. De facto, a visão é um componente essencial na autodeterminação das pessoas, permitindo que elas se mobilizem e interajam de forma segura com os seus pares e o meio circundante. Algumas causas de diminuição da acuidade visual tornam-se mais comuns com a idade: presbiopia (dificuldade de ver ao perto por perda da capacidade de acomodação), cataratas, glaucoma e degenerescência macular. A perturbação da acuidade visual pode causar dificuldades na manutenção das relações familiares e sociais, no acesso à informação, na mobilização (particularmente no contexto do equilíbrio e risco de quedas) e na realização de actividades manuais. Estas dificuldades, pela sua frequência, podem ser geradoras de ansiedade e depressão ou contribuir para o seu agravamento.

Da mesma forma, a perda de audição interfere com a capacidade de comunicação e pode conduzir ao isolamento social, agravado pelo declínio cognitivo. Ela tem sido relacionada com o risco de demência, depressão e ansiedade, perturbação do equilíbrio, quedas, hospitalização e inclusivamente, morte prematura.<sup>24</sup>

Em Ortopedia, estes dois aspectos são cruciais quando se pretende restituir a autonomia da pessoa idosa com recuperação da sua mobilidade.

#### 4. NUTRIÇÃO

A palavra Nutrição vem do latim *nutriens*, que significa “aquele que alimenta”. Uma dieta balanceada em quantidade equilibrada geralmente é suficiente para providenciar as vitaminas e minerais necessários. Contudo, a nutrição inadequada é frequente neste grupo etário, o que associado a diminuição da actividade física conduzem a perda de força e massa muscular. As deficiências de vitamina D e B12 são comuns<sup>25</sup>, pelo que a avaliação do estado nutricional requer, portanto, a requisição de análises sanguíneas. A desnutrição geralmente conduz a perda de peso, excepto nos casos em que a gordura substitui a massa muscular. Em casos de deficiência, pode ser necessário recorrer a suplementos alimentares ou medicação.

Este aspecto é particularmente importante nas situações de pós-operatório em Ortopedia, onde a recuperação pode ser particularmente atrasada em situações de défices nutritivos.

## 5. MEDICAÇÃO

A polimedicação é bastante frequente neste grupo etário e, não raras vezes, a auto-medicação. A palavra Fármaco deriva do termo grego *pharmakon*, que tanto pode significar veneno como remédio - literalmente significa “aquilo que tem o poder de transladar as impurezas”. De facto, alguns medicamentos podem interferir com a mobilidade e o equilíbrio, tais como benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos ou inibidores selectivos da recaptção da serotonina, hipnóticos e opióides, mas também anticonvulsivantes e antipsicóticos.

A revisão da medicação deve ser feita regularmente, eliminando os fármacos desnecessários ou ineficazes, alguns mesmo com efeitos paradoxais nos idosos, ou com mecanismo de acção redundante.

Devemos instruir os nossos doentes a anotarem toda medicação e o esquema posológico, de forma a diminuir a toma irregular ou inadequada da medicação.

## 6. DOR

A Dor é considerada o 5º sinal vital pela OMS, o que atesta bem a importância de a avaliar adequadamente. As patologias ortopédicas degenerativas que alteram a mobilidade geralmente produzem dor mecânica, a qual tipicamente agrava com o movimento e melhora com o repouso. A dor moderada a intensa pode limitar ou mesmo impedir a prática de exercício físico. A graduação da sua intensidade, utilizando a Escala Visual Analógica, por exemplo, ajuda numa abordagem analgésica adequada e na definição de um programa de exercício físico adaptado.

A Dor é muito mais fácil de prevenir do que tratar. Desta forma, nas situações em que seja previsível a ocorrência de dor significativa, os analgésicos devem ser prontamente instituídos de forma contínua,

tal como ocorre no pós-operatório. Além disso, a promoção do bem-estar psicológico, nutrição equilibrada e sono adequado contribuem para a melhoria da integração central do estímulos dolorosos, melhorando a resposta central à dor.

As intervenções terapêuticas nos quadros crónicos passam pela instrução do doente sobre a melhor forma de auto-gerir a sua dor em função da gravidade. A manutenção de exercício físico regular, quando possível, ou manter-se activo em função das limitações, constitui uma das melhores formas de prevenir o seu aparecimento.

Os analgésicos, considerados de forma gradativa em função da escala da dor, podem variar desde paracetamol de forma isolada até à associação progressiva de classes diferentes de medicamentos, com efeitos sinérgicos, incluindo anti-inflamatórios não-esteróides, gabapentina e opióides. Dado que os idosos estão frequentemente polimedicados, a revisão terapêutica regular, incluindo os analgésicos, diminui o risco de interacções medicamentosas, efeitos laterais indesejados ou intoxicação.

Os tratamentos de fisioterapia, incluindo massagem, manipulação e mobilização articular, ajudam no alívio analgésico, reforço muscular, treino proprioceptivo e re-educação postural.

Nos casos mais refractários, a psicoterapia e terapia cognitiva comportamental bem como a acupunctura desempenham um papel complementar. Nas situações de lombalgias crónicas refractárias, podem estar indicadas as injeções epidurais e desnervação por radiofrequência.

Em casos crónicos e seleccionados, com dor crónica incapacitante e sem indicação cirúrgica, podem ser referenciados a Consulta de Dor Crónica, beneficiando de uma abordagem multidisciplinar.

## 7. OSTEOPOROSE E FRACTURAS

Mundialmente, cerca de 200 milhões de mulheres têm osteoporose (termo derivado do grego que significa “osso poroso”), definida como um valor de densidade mineral óssea igual ou maior a 2.5 desvios-padrão abaixo da média de uma jovem adulta (valor de T

menor ou igual a -2.5) e medida por absorciometria bifotónica de raios X (DEXA).<sup>26</sup> Cerca de 1/10 das mulheres com 60 anos, 1/5 aos 70, 2/5 aos 80 e 2/3 aos 90 anos têm osteoporose e, conseqüentemente, um risco aumentado de fracturas de fragilidade. A perda mineral óssea que ocorre após a menopausa deve-se à diminuição do nível de estrogénios. Alguns factores de riscos incluem anorexia, hiperparatireoidismo, doença renal, alcoolismo, imobilização, dieta inadequada ou menopausa precoce. Certos medicamentos, como quimioterapia, anti-epilépticos, antidepressivos (como os inibidores selectivos da recaptação da serotonina) e corticoesteróides, também podem aumentar a perda mineral óssea, assim como o tabaco e o sedentarismo. A análise laboratorial dos níveis de 25-hidroxivitamina D, cálcio, creatinina e hormona estimulante da tireóide (TSH) devem complementar o estudo por DEXA. Uma dieta equilibrada, exposição solar (30 minutos por dia, 5 dias por semana) e a prática de exercício físico regular, constituem a pedra angular na prevenção desta patologia. A cessação tabáquica e restrição do consumo de álcool e cafeína, assim como a prevenção de quedas, são auxiliares importantes. A suplementação de vitamina D deve ser instituída em casos de dieta inadequada com deficiência. Por último, a terapêutica medicamentosa, através de bifosfoantos, como o alendronato ou risedronato, teriparatida ou denosumab, um anticorpo humano monoclonal que inibe a actividade dos osteoblastos, são importantes na diminuição do risco de fracturas.<sup>27, 28</sup>

O avançar da idade combina a osteoporose com alterações na capacidade de adaptação ao equilíbrio, resultando no aumento do risco de quedas e em fracturas de fragilidade. Alguns estudos estimam que ocorreram cerca de 2,7 milhões de novas fracturas de fragilidade nos EUA em 2017 - o equivalente a 7332 fracturas/dia (ou 305/hora). Estas lesões ocorrem mais frequentemente em mulheres (66%), com a anca, coluna vertebral e punho (rádio distal) / úmero proximal responsáveis por 19.6, 15.5 and 17.9% de todas as fracturas, respectivamente. Outras fracturas de fragilidade são responsáveis por 49%.<sup>29</sup>

As fracturas vertebrais osteoporóticas são das fracturas de fragilidade mais comuns, com uma incidência de 700.000 novos casos e cerca de 70.000 hospitalizações por ano nos EUA. O impacto económico situa-se por volta dos 15 biliões de dólares anualmente. Este tipo de lesões afecta aproximadamente 25% das pessoas com mais de 75 anos e cerca de metade das pessoas após os 80 anos.<sup>30</sup> Por cada fractura de compressão vertebral verifica-se um aumento da cifose torácica com redução da capacidade pulmonar e aumento do riscos de mortalidade por disfunção respiratória. O prognóstico destas lesões implica uma taxa de mortalidade de ~15% ao ano.<sup>31</sup>

As fracturas da extremidade distal do rádio, como as fratura de Colles (descrita em 1814 por Abraham Colles), ao nível do punho, são frequentes nesta faixa etária. Geralmente ocorrem como resultado de quedas com a mão estendida, sobretudo em doentes do sexo feminino e com osteoporose, provocando dor intensa e deformidade. A radiografia do punho basta para confirmar o diagnóstico (fig.14). A melhor forma de controlar a dor consiste na estabilização provisória com uma tala.



Fig. 14 - Fractura da extremidade distal do rádio e cúbito esquerdos, intra-articular

O tratamento definitivo pode passar por uma manipulação fechada com redução sob anestesia e imobilização com gesso ou pode ser necessário o recurso a cirurgia (fig.14 e 15), dependendo do padrão da fractura.

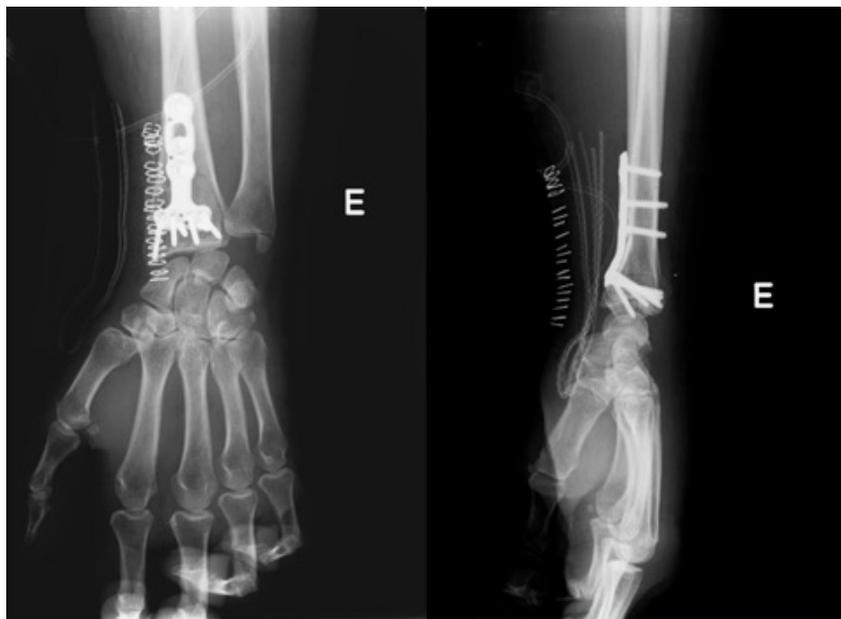


Fig. 15 -Osteossíntese da fractura da extremidade distal do rádio e cúbito esquerdos, intra-articular

As fracturas proximais do fémur, ao nível da anca, designadamente as do colo e as trocântéricas, são bastante frequentes neste grupo etário e resultam geralmente de quedas no mesmo nível. Os doentes apresentam dor ao movimentar a anca, com encurtamento do membro e rotação externa do pé do mesmo lado. A dor é não raras vezes intensa e os doentes não conseguem andar ou fazer carga, isto é, apoiar a perna. A radiografia simples é, geralmente, suficiente para confirmar o diagnóstico, mas a Tomografia Computorizada (TC) ou RM podem ser necessárias em fracturas discretas sem desvio.



Fig. 16 - Fractura trocantérica esquerda

O tratamento é cirúrgico, excepto se o doente não tiver condições para sobreviver à cirurgia. A estratégia cirúrgica pode consistir em fazer uma osteossíntese do fémur, isto é, reduzir a fractura e fixar com placa ou cavilha metálica (Figs. 16 e 17), ou proceder a uma artroplastia da anca. Estas fracturas apresentam uma janela de oportunidade de 48 horas, visto que quando a cirurgia é efectuada nesse período está associada a menor risco de mortalidade e menores complicações perioperatórias. O risco de mortalidade a 1 ano é cerca de 20-30%, sendo que o tratamento precoce contribui de forma muito significativa para a sua diminuição.<sup>32</sup>

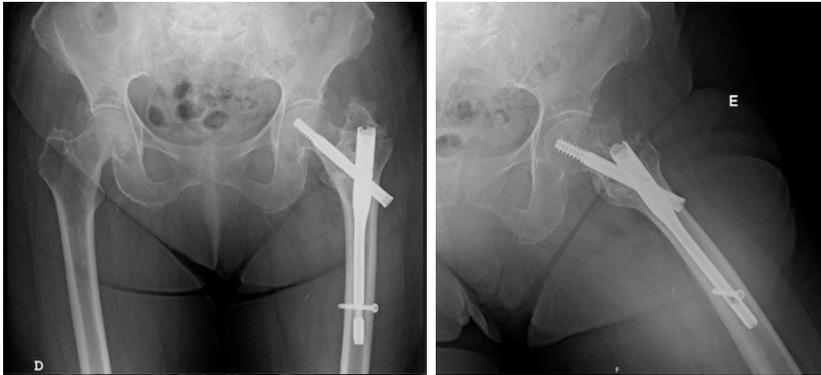


Fig. 17 - Redução fechada de fratura trocantérica esquerda e encavilhamento endomedular anterógrado, bloqueado estático

## 8. QUEDAS

Como diria Ortega y Gasset, “Eu sou eu e minha circunstância, e se não salvo a ela, não me salvo a mim”. O ambiente e a circunstância do idoso determinam a sua vulnerabilidade. E em função da debilidade estrutural, as quedas podem ter efeitos catastróficos. Alguém com mobilidade limitada pode necessitar de ajuda para lidar com as actividades da vida diária, diminuindo o risco de queda. Mesmo em contexto hospitalar, com todos os cuidados e vigilância inerentes, as quedas não são, infelizmente, totalmente evitáveis.

O risco pode ser melhor avaliado se existir um histórico de quedas e se se conseguir perceber quais as actividades que estavam a executar nesse momento, podendo existir alguma causa médica subjacente. Obviamente, os doentes com epilepsia ou distúrbios neurodegenerativos, como a Doença de Parkinson, apresentam maior risco e devem ser mais vigiados. A avaliação do padrão da marcha, equilíbrio e flexibilidade muscular e articular permitem identificar outros doentes em risco. O mesmo sucede com alterações dos sentidos, como a visão ou audição, estado neurológico e cardiovascular. A consciência dos seus efeitos em doentes com

histórico de quedas pode fazer com que o idoso desenvolva um quadro de medo associado, o qual pode contribuir para maior perda de autonomia e isolamento social.

A avaliação do ambiente físico revela-se fundamental para reduzir o risco de quedas, eliminando potenciais perigos e oferecendo sugestões. O próprio idoso ou o seu cuidador devem ser instruídos sobre como criar um ambiente seguro no domicílio. Pequenos exemplos como evitar o uso de escadas, mover móveis para criar um caminho amplo e desbloqueado, promover a arrumação para diminuir o risco de embater em objectos inesperados, remover carpetes soltas, usar meias e sapatos antiderrapantes ou tapetes na banheira com o mesmo efeito, melhorar a iluminação e o acesso à casa de banho, especialmente à noite. A instalação de um aviso sonoro ou luminoso que possa ser accionado em locais onde potencialmente possam ocorrer quedas, evitando que o idoso fique imobilizado e sem capacidade de obter ajuda. As rampas de acesso facilitam a mobilidade para pessoas que utilizam cadeira de rodas ou que apresentam limitação em subir escadas. Obviamente, as condições específicas da mobilidade ajudam a definir as adaptações ambientais mais importantes.

Por outro lado, as pessoas com limitação da mobilidade, incluindo o período pós-operatório em cirurgia ortopédica, podem necessitar de dispositivos de assistência para permitir e facilitar a deambulação, cujo objetivo é melhorar a capacidade funcional e a autonomia. Estes podem incluir bengalas, canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas e ortóteses. Um programa de exercício físico adequado pode ajudar a prevenir as quedas.

## 9. EXERCÍCIO FÍSICO

Por fim, um programa de exercício regular, desenhado de acordo com as capacidades e necessidades individuais de cada pessoa, constitui uma das melhoras estratégias para manter e melhorar a capacidade locomotora e o bem-estar. A OMS recomenda pelo menos 150 minutos de actividade física aeróbica de intensidade moderada ou

75 minutos de actividade intensa (ou uma combinação equivalente) por semana, em períodos mínimos de 10 minutos; executar exercícios de reforço muscular pelo menos 2 dias por semana; se a mobilidade for fraca, executar actividade física que melhora o equilíbrio, pelo menos 3 dias por semana.<sup>33</sup> Se não for possível praticar exercício conforme recomendado, devem manter-se fisicamente activos tanto quanto for possível.

## 10. IMPACTO SOCIO-ECONÓMICO

Todos temos a noção que as pessoas não são números e que o alívio do sofrimento humano, em todas as suas formas, não tem preço. Contudo, também todos sabemos que os recursos não são ilimitados. Realmente, “there’s no such thing as a free lunch”. A nossa capacidade de oferecer o melhor a todos com meios limitados passa inevitavelmente por gerir melhor os nossos recursos, eliminando o desperdício e aumentando a eficácia, de forma a acrescentar valor em Cuidados de Saúde. Importa, portanto, olhar para a realidade dos números e compreender a inevitabilidade da Economia em Saúde, corroborando desta forma o aforismo do Professor Abel Salazar: “Quem só sabe de Medicina, nem de Medicina sabe”.

De facto, sobretudo no que diz respeito à Ortopedia, o conceito clássico de Cirurgia com internamento Hospitalar parece ter entrado numa fase de declínio acelerado, com uma predileção muito pronunciada por Cirurgia de Ambulatório. Mesmo em procedimentos mais exigentes como a artroplastia parcial ou total do joelho, artroplastia total da anca, artroplastia total do ombro, reparação da coifa dos rotadores ou fusão da coluna vertebral. De facto, existe evidência científica de que os custos globais destes procedimentos são significativamente menores quando realizados em Cirurgia de Ambulatório. Adicionalmente, estes doentes parecem apresentar uma menor percentagem ajustada de consumo continuado de opióides.<sup>34</sup>

Por outro lado, os estudos sugerem que, em cirurgia da coluna, as abordagens mini-invasivas têm um melhor custo-benefício comparativamente à cirurgia clássica aberta.<sup>35</sup> Dado o previsível

aumento dos custos em Saúde na Cirurgia com instrumentação da Coluna, esta mudança de paradigma poderá influenciar decisivamente as opções terapêuticas.

Para avaliar adequadamente a eficácia e custo-benefício dos procedimentos, torna-se fundamental conseguir aferir com acuidade, tanto quanto possível, a Qualidade dos Cuidados de Saúde. Alguns autores sugerem que estes devem satisfazer 6 objectivos principais: eficácia, segurança, centrado no doente, oportuno, eficiência e equidade.<sup>36, 37, 38</sup> Admito que no futuro se procure encontrar uma solução de compromisso que combine a aferição da qualidade de metodologias processuais e avaliações de resultados clínicos objectivos, por um lado, com medidas clínicas centradas no doente e na sua segurança, tais como complicações, por outro.

O mainstream tem sido, de facto, a tendência pela Cirurgia de Ambulatório e Minimamente Invasiva assentes numa mudança de paradigma na avaliação da Qualidade dos Cuidados em Saúde.

## 11. CONCLUSÃO

O envelhecimento, nas suas múltiplas vertentes, faz realmente parte do ciclo natural da vida. E importa tanto o tempo que vivemos como a qualidade com que o fazemos.

A cirurgia minimamente invasiva robótica, a inteligência artificial, a nanotecnologia e a engenharia de tecidos, bem como as novas terapias oncológicas, seguramente que vão ajudar a mudar a forma como encaramos o envelhecimento e a doença num futuro próximo.

Por outro lado, o enquadramento social dos nossos idosos e a sua importância na Família vai mudar de modo muito significativo a forma como lidamos com o envelhecimento: o nosso e o dos que nos rodeiam.

O movimento constitui a essência da vida - desde a cinética oscilante da cauda do espermatozóide, da troca transcelular de moléculas, dos batimentos cardíacos, do gatinhar da criança até aos movimentos lentos apoiados numa bengala da terceira idade: tudo é

cinética e movimento. Compete à Ortopedia um papel importante na sua preservação.

A escalada de Custos em Cuidados de Saúde e o seu o impacto sócio-económico vão seguramente abrir um debate público sobre a melhor estratégia para lidar com esta questão cada vez mais premente.

Talvez por tudo isto tenhamos de revisitatar as palavras de Sir William Osler sobre a verdadeira essência desta peculiar “Forma de Vida”.



## BIBLIOGRAFIA

1. Crimmins, EM (2015). Lifespan and Healthspan: Past, Present, and Promise. *The Gerontologist*, Vol 55, Issue 6, December 2015, Pages 901–911, <https://doi.org/10.1093/geront/gnv130>
2. Organização Mundial de Saúde (2017). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and health*.
3. Instituto Nacional de Estatística (2019). *Tábuas de Mortalidade para Portugal 2016 - 2018*. 31 Maio
4. Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial 2015*.
5. Organização Mundial de Saúde (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance on Person-centred Assessment and Pathways in Primary Care*.
6. Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z., Wang, D., Lin, H. (2017). Prevalence of Depression and Depressive Symptoms among Outpatients: a Systematic Review and Meta-analysis. *BMJ Open*. 2017; 7(8): e017173. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017173.
7. Formánek, T., Csajbók, Z., Wolfová, K., Kučera, M., Tom, S., Aarsland, D., Cermakova, P. (2020). Trajectories of Depressive Symptoms and associated Patterns of Cognitive Decline. *Sci Rep*. 2020; 10: 20888. doi: 10.1038/s41598-020-77866-6.
8. Reid, L.D., Avens, F.E., Walf, A.A. (2017). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for preventing Alzheimer's Disease. *Behav Brain Res* 2017 Sep 15;334:163-177. doi: 10.1016/j.bbr.2017.07.024. Epub 2017 Jul 23.
9. Tay, K-W., Subramaniam, P., Oei, T.P. (2019). Cognitive behavioural therapy can be effective in treating anxiety and depression in persons with dementia: a systematic review. *Psychogeriatrics*, 2019 May;19(3):264-275. doi: 10.1111/psyg.12391. Epub 2018 Dec 13.

10. Kim, K., Han, J.W., So, Y., Seo, J., Kim, Y.J., Park, J.H., Lee, S.B., Lee, J.J., Jeong, H-G., Kim, T.H., Ki Woong Kim, K.W. (2017). Cognitive Stimulation as a Therapeutic Modality for Dementia: A Meta-Analysis. *Psychiatry Investig.* 2017 Sep; 14(5): 626–639. doi: 10.4306/pi.2017.14.5.626
11. Orgeta, V., Tuijt, R., Leung, P., Verdaguer, E.S., Gould, R.L., Jones, R., Livingston, G. (2019). Behavioral Activation for Promoting Well-Being in Mild Dementia: Feasibility and Outcomes of a Pilot Randomized Controlled Trial. *Alzheimers Dis*, 2019;72(2):563-574. doi: 10.3233/JAD-190696.
12. Dourado, M.C.N., Laks, J. (2016). Psychological Interventions for Neuropsychiatric Disturbances in Mild and Moderate Alzheimer's Disease: Current Evidences and Future Directions. *Curr Alzheimer Res*, 2016;13(10):1100-11. doi: 10.2174/1567205013666160728143123.
13. Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A.E., Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jan 22;2014(1). doi: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.
14. Lurie, J., Tomkins-Lane. C. (2016). Management of lumbar spinal stenosis. *BMJ* 2016; 352 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h6234>
15. Bydon, M., Alvi, M.A., Goyal, A.(2019). Degenerative Lumbar Spondylolisthesis: Definition, Natural History, Conservative Management, and Surgical Treatment. *Neurosurg Clin N Am*, 2019 Jul;30(3):299-304. doi: 10.1016/j.nec.2019.02.003.
16. Chan, A.K., Bisson, E.F., Bydon, M., Glassman, S.D., Foley, K.T., Potts, E.A., Shaffrey, C.I., Shaffrey, M.E., Coric, D., Knightly, J.J., Park, P., Wang, M.Y., Fu, K-M., Slotkin, J.R., Asher, A.L., Virk; M.S., Kerezoudis, P., Alvi, M.A., Guan, J., Haid, R.W., Mummaneni, P.V. (2019). A comparison of minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion and decompression alone for degenerative lumbar spondylolisthesis. *Neurosurg Focus.* 2019 May 1;46(5):E13. doi: 10.3171/2019.2.FOCUS18722.

17. Le Huec, J.C., Thompson, W., Mohsinaly, Y., Barrey, C., A Faundez, A. (2019). Sagittal balance of the spine. *Eur Spine J.* 2019 Sep;28(9):1889-1905. doi: 10.1007/s00586-019-06083-1. Epub 2019 Jul 22.
18. Glassman, S.D., Bridwell, K., Dimar, J.R., Horton, W., Berven, S., Frank Schwab, F. (2005). The impact of positive sagittal balance in adult spinal deformity. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2005 Sep 15;30(18):2024-9. doi: 10.1097/01.brs.0000179086.30449.96.
19. Peat, G., Thomas, M.J. (2021). Osteoarthritis Year in Review 2020: *Epidemiology & Therapy. Osteoarthritis and Cartilage*, Vol. 29, Issue 2, February 2021, Pages 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.10.007>
20. National Joint Registry for England, Wales, Northern Ireland and the Isle of Man. (2017). 14th Annual Report. 2017 <http://www.njrreports.org.uk/Portals/0/PDFdownloads/NJR%2014th%20Annual%20Report%202017.pdf>
21. Singh, J.A. (2011). Epidemiology of Knee and Hip Arthroplasty: A Systematic Review. *The Open Orthopaedics Journal*, 2011, 5, 80-85.
22. Singh, J.A., Yu, S., Chen, L., Cleveland, J.D. (2019). Rates of Total Joint Replacement in the United States: Future Projections to 2020–2040 Using the National Inpatient Sample. *The Journal of Rheumatology* September 2019, 46 (9) 1134-1140; DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.170990>
23. Schwartz, A.M., Farley, K.X., Guild, G.N., Bradbury Jr., T.L. (2020). Projections and Epidemiology of Revision Hip and Knee Arthroplasty in the United States to 2030. *The Journal of Arthroplasty* 35 (2020) S79eS85. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2020.02.030>.
24. Cunningham, L. L., Tucci, D. L. (2017). Hearing Loss in Adults. *New England Journal of Medicine*, 377(25), 2465–2473. doi:10.1056/nejmra1616601.
25. Remelli, F., Vitali, A., Zurlo, A., Stefano Volpato, S. Vitamin D Deficiency and Sarcopenia in Older Persons. *Nutrients*. 2019 Nov 21;11(12):2861. doi: 10.3390/nu11122861.

26. Jeremiah, M.P., Unwin, B.K., Greenawald, M.H., Casiano, V.E. (2015). Diagnosis and Management of Osteoporosis. *Am Fam Physician*. 2015;92(4):261-268.
27. Lane, J.M, Russell, L., Khan, S.N. (2000). Osteoporosis. *Clin Orthop Relat Res*. 2000 Mar;(372):139-50. doi: 10.1097/00003086-200003000-00016.
28. Johnston, C.B., Dagar, M. (2020). Osteoporosis in Older Adults. *Clin North Am*, 2020 Sep;104(5):873-884. doi: 10.1016/j.mcna.2020.06.004. Epub 2020 Jul 15.
29. Borgström, F., Karlsson, L., Ortsäter, G., Norton, N., Halbout, P., Cooper, C., Lorentzon, M., McCloskey, E.V., Harvey, N.C., Javaid, J.M.K., Kanis, J.A. (2020). Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. *Archives of Osteoporosis* (2020) 15:59.
30. Rajasekaran, S., Kanna, R. M., Schnake, K. J., Vaccaro, A. R., Schroeder, G. D., Sadiqi, S., & Oner, C. (2017). Osteoporotic Thoracolumbar Fractures—How Are They Different?—Classification and Treatment Algorithm. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 31, S49–S56. doi:10.1097/bot.0000000000000949
31. Spiegl, U., Jarvers, J.-S., Heyde, C.-E., & Josten, C. (2017). Osteoporotic vertebral body fractures of the thoracolumbar spine: indications and techniques of a 360°-stabilization. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 43(1), 27–33. doi:10.1007/s00068-016-0751-9
32. Klestil, T., Röder, C., Stotter, C., Winkler, B., Nehrer, S., Lutz, M., Klerings, I., Wagner, G., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B. (2018). Impact of timing of surgery in elderly hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*, 2018 Sep 17;8(1):13933. doi: 10.1038/s41598-018-32098-7.
33. Bull, F.C., Al-Ansari, S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M.P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J-P, Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P.C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C.M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P.T., Lambert, E., Leitzmann, M., Milton, K., Ortega, F.B., Ranasinghe, C., Stamatakis, E., Tiedemann, A., Troiano, R.P., Willumsen, J.F. (2020). World Health Organization

- 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 2020;54:1451–1462. doi:10.1136/bjsports-2020-102955
34. Waterman, F., Cisternas, M., Korrer, S., Wilson, A. Analysis of patient characteristics, health care costs by surgical venue, and opioid utilization for common orthopedic procedures in the United States. *J Manag Care Spec Pharm*, 2021 Feb 12;1-10. doi: 10.18553/jmcp.2021.20343.
  35. Droeghaag, R., Hermans, S.M.M., Inge, J.M.H., Caelers, S.M.A.A., Evers, W.L.W., Van Hemert, H.S. (2021). Cost-effectiveness of open transforaminal lumbar interbody fusion (OTLIF) versus minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion (MITLIF): a systematic review and meta-analysis. *Spine J*, 2021 Jan 22;S1529-9430(21)00039-5. doi: 10.1016/j.spinee.2021.01.018.
  36. Graves, C., Meyer, S., Knightly, J., Glassman, S. (2018). Quality in Spine Surgery. *Neurosurgery*, 82(2), 136–141. doi:10.1093/neuros/nyx476
  37. McCormick, J.D., Werner, B.C., Shimer, A.L. Patient-reported outcome measures in spine surgery. *J Am Acad Orthop Surg*. 2013;21(2):99-107.
  38. Bennett, C., Xiong, G., Hu, S., Wood, K., Kamal, R.N. (2018). What Is the State of Quality Measurement in Spine Surgery? *Clin Orthop Relat Res* (2018) 476:725-731 DOI 10.1007/s11999-0000000000000074.



# LONGEVIDADE, REFORMA E ENVELHECIMENTO: UM TRIÂNGULO EM EQUILÍBRIO DINÂMICO

*Equilíbrio dinâmico:* Equilíbrio que se obtém num sistema aberto no qual é mantida uma constante troca de matéria ou de energia e onde uma determinada atividade é neutralizada por uma atividade oposta. Ou seja, pode dizer-se que existe um balanço entre forças opostas para que se atinja um estado de estabilidade, que está continuamente a ser alterado e reposto.

(INFOPÉDIA, Dicionários Porto Editora)

*António M. Fonseca<sup>1</sup>*

## 1. UMA QUESTÃO QUE NÃO É APENAS DEMOGRÁFICA

Até ao início dos anos 1990 era raro ouvir-se falar em envelhecimento populacional. É verdade que a ONU tinha convocado uma “assembleia mundial sobre envelhecimento” em 1982, mas tal não deu origem a qualquer movimento internacional de discussão sobre o tema. Em 1994, porém, o Banco Mundial anunciava que qualquer coisa grande estava prestes a acontecer; num relatório intitulado *Averting the Old Age Crisis* argumentava-se que as modalidades de pensões de reforma na maioria dos países eram insustentáveis. Nos anos seguintes seguiram-se os livros, os estudos e os debates, e a discussão começou a tornar-se mais racional à medida que organizações como a OCDE ou a UE começaram a publicar relatórios regulares sobre o tema. A imprensa chegou depois e as consequências começaram a fazer-se sentir à entrada do novo milénio. No *METRIS Report* (European Commission, 2009), o envelhecimento surge listado como uma das cinco principais

---

<sup>1</sup>Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano, Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Educação e Psicologia, Porto, Portugal. Contacto: [afonseca@porto.ucp.pt](mailto:afonseca@porto.ucp.pt)

tendências a seguir na evolução das sociedades, gerando uma particular pressão no mercado de trabalho, no bem-estar dos cidadãos e nos sistemas de apoio social, particularmente nos que se relacionam com os sistemas de pensões de reforma e de velhice (Fernandes, Albuquerque & Fonseca, 2016).

O crescente envelhecimento das sociedades mais industrializadas, conjugando o aumento da esperança de vida com o decréscimo da natalidade, tem provocado um aumento continuado dos encargos com as pensões de reforma e de velhice no conjunto das despesas com a proteção social. Levantam-se, mesmo, imensas interrogações quanto à capacidade dos estados, mesmo dos economicamente mais desenvolvidos, para gerar um nível de riqueza capaz de perpetuar a lógica que preside ao atual sistema de pensões. A entrada na reforma da geração do “baby-boom”, bem como o progressivo aumento da esperança de vida, significam que, em 2050, a Europa correrá o risco de dispor apenas de duas pessoas em idade de trabalhar por cada pessoa idosa, em vez da relação de quatro para um que se verificava na viragem do século (OECD, 1998). Isto significará um impacto extraordinário na despesa pública relacionada com o envelhecimento, fundamentalmente devido ao reflexo que o aumento previsto das pensões de reforma terá nas finanças públicas. Para além das consequências políticas que poderão emergir neste quadro, é a própria ideia do que fazer com a reforma - materializada na expressão *vida de reformado* - que se discute. Com efeito, agora que a morte e a angústia a ela associada já não regulam, de forma tão veemente como outrora, a vida dos indivíduos reformados (que eventualmente viverão 20/30 anos nessa condição), é possível ampliar o horizonte cronológico da existência, permitindo-lhes projetar e assegurar projetos de mais longo curso que não se restrinjam à simples contemplação da passagem do tempo (Fonseca, 2011).

O envelhecimento não é um fenómeno unicamente demográfico, muito embora a sua relevância só tenha começado a ser notada quando uma série de mudanças se conjugaram e, em conjunto, evidenciaram uma realidade: a sociedade atual está povoada de pessoas mais velhas e a sociedade do futuro estará ainda

mais! Que mudanças foram essas? Essencialmente, mudanças comportamentais (redução do número de filhos que os casais se dispõem a ter e a criar), e mudanças na saúde que resultaram numa maior longevidade (mais higiene, melhores hábitos alimentares, mais cuidados de saúde). Já hoje e ainda mais no futuro, muita da nossa maneira de viver acabará por se modificar face à expectativa de uma maior longevidade.

Numa obra publicada em França no início desta década, Anne-Marie Guillemard (2010) considera que as implicações do envelhecimento demográfico são hoje maioritariamente abordadas sob o prisma das pensões de reforma e das transformações que é necessário adotar para assegurar a sua perenidade. Esta visão parece-lhe, no entanto, extremamente redutora. A questão do envelhecimento afeta a sociedade inteira em todas as suas dimensões. A nossa forma de trabalhar, de repartir os tempos de vida ao longo do ciclo de vida, de cobrir os riscos sociais, de conceber as identidades próprias de cada fase da vida e as relações entre as gerações são já na atualidade – e sê-lo-ão ainda mais no futuro, acrescentamos – profundamente transformadas pelo envelhecimento da população e por aquilo que significa, para cada pessoa, viver mais tempo. O alongamento da vida põe em causa todo um modelo cultural de organização das idades e dos tempos sociais. Coloca em causa o papel das diferentes gerações na sociedade, do seu lugar na produção de riqueza e na transferência de recursos. Provavelmente, o verdadeiro desafio colocado pelo envelhecimento populacional não será tanto o que fazer com a reforma mas antes o que fazer com o trabalho e com a forma como esse trabalho (e a riqueza produzida através dele) deve repartir-se pelas gerações.

O futuro vai impor algo de completamente diferente do que temos vivido até agora. Dado o prolongamento do tempo de vida, não será razoável admitir que essa mesma vida continue a dividir-se nas mesmas três etapas de agora, ignorando que a larga maioria das pessoas que hoje nascem irão seguramente ultrapassar os 80 anos de idade (Fernandes, 2014). Se passarmos 20 ou 25 anos a estudar e depois 30 ou 40 anos a trabalhar (fazendo-o sem qualquer

interrupção), sobrarão ainda muitos anos de potencial não atividade e dificilmente os sistemas de previdência social conseguirão responsabilizar-se por toda esta enorme quantidade de pessoas que trabalharia só uma pequena parte da vida. Na verdade, falar do “futuro da reforma” terá de implicar, desde logo, o abandono de uma construção cultural herdada do modelo industrial fordista, concebido antes da revolução da longevidade, em que a reforma estava associada à velhice (e vice-versa). E terá de abandonar também quer uma ordem social de distribuição de funções de acordo com a idade cronológica, quer uma ordem individual de distribuição de tempos ao longo do ciclo de vida de cariz marcadamente normativo.

Na Europa, a maioria dos sistemas de pensões que vigoram atualmente assenta num contrato tácito entre as gerações que remonta ao fim da segunda guerra mundial: a necessidade de estabelecer um direito universal à reforma para os “velhos” deve fazer com que, em troca do direito ao descanso na velhice, jovens e adultos usufruam do direito ao trabalho de uma forma estável e duradoura, após um período de formação. Por outro lado, a reforma contribui para a gestão dos recursos humanos através do afastamento dos membros menos rentáveis da força de trabalho, concedendo-lhes, em troca, o direito a um repouso subsidiado através do pagamento de uma pensão pelo tempo que lhes restar de vida. É com este quadro de fundo que faz sentido colocar uma questão da maior importância, tanto sob o ponto de vista social como para o quotidiano dos indivíduos: como repensar a distribuição dos tempos sociais de formação, de trabalho e de reforma no ciclo de vida, de modo a preservar o pacto de solidariedade entre as gerações e acomodar os desafios do envelhecimento e da longevidade?

Desde 1970, os significativos progressos ao nível da esperança de vida tiveram como efeito direto um alongamento significativo do tempo em que se vive aposentado. No entanto, esta revolução da longevidade não conduziu a uma redefinição dos modos de pensar e de gerir o que é esperado de cada idade, mantendo inalterada a organização do ciclo de vida em três idades sucessivas e

especializadas: formação, trabalho e reforma. Uma consequência direta dos efeitos desta visão conservadora da organização dos tempos sociais tem sido a incapacidade de muitos países para conciliar as dificuldades de acesso ao emprego com os efeitos decorrentes do envelhecimento das populações. Não é razoável admitir que, atingindo os 60-65 anos de idade e tendo pela frente uma perspectiva de vida de 20-30 anos, a reforma possa ser encarada como atualmente a encaramos, tanto porque os regimes públicos de pensões dificilmente conseguirão suportar o número crescente de reformados, como pela própria insustentabilidade social que decorre de termos milhares de cidadãos simplesmente não ativos atendendo ao modo como hoje a reforma é vista, ou seja, um período de não-atividade. A conjunção dos progressos notáveis de longevidade, que conduziram a uma vida mais longa e com boa saúde, com a redução da duração da vida profissional fruto da saída precoce do mercado de trabalho, faz com que hoje seja possível que numa família com quatro gerações vivas, duas possam estar simultaneamente aposentadas e a mais jovem na escola, restando apenas uma para trabalhar (e correndo esta o risco de ficar desempregada). É por isso que Guillemard (2010) insiste que o problema não se coloca apenas em termos financeiros; é um problema maior da sociedade, ligado à repartição dos tempos de trabalho e de inatividade no percurso de vida.

Já num relatório de 1998, a OCDE chamava a atenção para este problema pensando na realidade da maioria dos seus países membros: se em 1960 um homem médio passava 50 dos 68 anos esperados de vida a trabalhar, em 1995, dos 76 anos de existência esperada ele não iria consagrar ao trabalho mais de 38 anos (OECD, 1998). Estamos perante um autêntico movimento de “contração do trabalho”; a entrada dos jovens no mercado de trabalho é hoje mais tardia, devido ao alongamento da escolaridade e às dificuldades de inserção profissional, e a duração do tempo de reforma alongou-se consideravelmente. A título de exemplo e citando Guillemard (2010), em França, a duração da reforma esperada duplicou entre 1975 e 2010: para a geração nascida em 1910 e com 65 anos em 1975, a duração esperada da reforma era de 10,6 anos; para a geração

nascida na década de 1950 e que chega atualmente à reforma aos 60 anos, a duração esperada é de 20,4 anos.

Inevitavelmente, estas alterações demográficas constituem uma ameaça à solidez de qualquer sistema de pensões. A cada dia que passa as sociedades não cessam de aumentar os seus efetivos de idades mais elevadas e as vidas tornam-se cada vez mais longas devido ao próprio processo de envelhecimento da população idosa. A baixa de natalidade reduz consideravelmente o número de jovens e, como consequência, a força de trabalho em idade ativa tenderá igualmente a diminuir. As projeções divulgadas por entidades nacionais e internacionais apontam numa única direção: o envelhecimento demográfico irá continuar a acentuar-se no futuro. Segundo a Organização das Nações Unidas, a tendência é que a população idosa (isto é, com mais de 65 anos) se torne cada vez mais numerosa em relação à mais jovem (com menos de 15 anos); em 2050, as pessoas idosas ascenderão a dois mil milhões (20% da população mundial), superando a nível global a população com idade inferior a 15 anos (ONU, 2013).

Ou seja, haverá cada vez menos pessoas em idade ativa e cada vez mais pessoas em idade potencial de reforma. Esta diminuição da população ativa, para além de representar um decréscimo da força de trabalho e do crescimento económico potencial, corresponderá ao mesmo tempo a um aumento da despesa comportada pelos sistemas de pensões, isto se mantivermos uma distribuição dos tempos sociais em que a reforma chega cedo num ciclo de vida que se alonga. Inevitavelmente, também colocará em causa os rendimentos futuros das gerações mais velhas que estejam dependentes dos rendimentos gerados pela população ativa, levando a equacionar algumas soluções possíveis, umas mais óbvias – como seja encarar a prolongamento da vida profissional como via para restaurar o equilíbrio financeiro dos sistemas de pensões, outras menos – como seja reorganizar as políticas educacionais de modo a facilitar frequentes reconversões profissionais ao longo da vida e promovendo desse modo a participação das pessoas mais velhas no mercado de trabalho (CEDEFOP, 2010).

Por tudo isto o futuro da reforma não pode ser pensado fora de um novo regime temporal do ciclo de vida. Um novo modelo de organização dos tempos sociais deve esforçar-se por respeitar as trajetórias diversificadas de vida e não apenas de emprego, prevendo modalidades flexíveis de acesso à reforma em função de necessidades e escolhas individuais, e já não impostas em função da idade cronológica ou do tempo de serviço. Sem defendermos exatamente um regime de reforma “à la carte”, estipular uma idade única de reforma para ser cumprida por todos constituirá um erro e uma ilusão. O bom acolhimento dos programas de reforma antecipada mostra claramente que o sentido de obrigação ou de responsabilidade coletiva associado ao trabalho não é partilhado por todos os cidadãos da mesma maneira. Oferecendo a possibilidade de escolha, uns decidirão continuar a trabalhar até mais tarde enquanto outros decidirão abandonar a vida profissional mais cedo (e as razões económicas nem sempre são as únicas a condicionar essa escolha). Vivendo nós a condição de adultos por 50-60 anos, é impossível todos partilharem uma mesma vontade de fazer girar as suas vidas em torno do trabalho por um tempo de vida tão longo.

Os percursos de vida adivinham-se cada vez mais diversificados e a reforma num momento pré-definido terá de dar lugar a diferentes opções de saída do mercado de trabalho, que poderão ser graduais ou totais, incorporando um sistema de incentivos e penalizações, respeitando as decisões individuais de acordo com necessidades, interesses e valores, e a respetiva condição física e mental. Mas ao mesmo tempo que se flexibiliza o tempo de reforma será também indispensável flexibilizar o tempo de vida profissional, facilitando uma alternância entre momentos de trabalho e de “inatividade”, designadamente, para formação e eventual reconversão. Tudo conjugado, isto fará com que tanto os mais novos como os mais velhos possam estar associados à possibilidade de contribuírem para o equilíbrio das contas sociais, favorecendo uma sociedade onde cada idade seja tratada pelo valor que transporta em si mesma para o ciclo de vida e não uma sociedade em que haja idades unicamente para trabalhar e idades para gozar os privilégios de não ser preciso trabalhar.

Por tudo isto, a valorização dos reformados será um desafio muito interessante para o futuro. Interessante e pertinente; muitos reformados limitam-se a uma existência precária, com pouco ou nada para fazer, sem meios ou motivação para usufruir oportunidades de lazer e cultura, em que o excesso de tempo livre dá facilmente origem à frustração. Com o prolongamento da esperança de vida, é indispensável reintegrar os mais velhos numa existência útil e ativa. É verdade que os trabalhadores mais jovens mostram-se claramente mais aptos com as tecnologias, mas há aprendizagens de cariz conceptual que a juventude demora muito tempo a alcançar, abrindo aqui uma oportunidade para a reavaliação do papel dos indivíduos mais velhos. A idade transforma-se assim num fator de competitividade, sendo valorizada tanto num plano profissional como num plano de utilidade social e correspondendo aos pressupostos do paradigma do envelhecimento ativo. Desta forma, em vez de constituir uma ameaça, o aumento da longevidade permitirá reequacionar o papel dos cidadãos mais velhos, destacando o seu valor económico e social.

## 2. O QUE O ENVELHECIMENTO TEM FEITO À IDEIA “CLÁSSICA” DE REFORMA

A população do chamado “mundo rico” está a envelhecer rapidamente e a do chamado “mundo pobre” está apenas a poucas décadas de seguir a mesma tendência. De acordo com as projeções da Organização das Nações Unidas (ONU, 2013), se em 2010 cerca de 11% da população mundial tinha mais de 60 anos (numa população global de 6,9 biliões), em 2050 este número terá subido para os 22% (numa população global de mais de 9 biliões). Nos países desenvolvidos essa percentagem será de 33%, o que significa que uma em cada três pessoas será provavelmente aposentada/pensionista e quase uma em cada dez terá mais de 80 anos de idade. Há aqui um movimento, lento mas irreversível, que a seu tempo trará consigo vastas consequências económicas, sociais e políticas. Neste momento, alguns países já com populações envelhecidas começam a notar os efeitos desta (r)evolução demográfica: a força produtiva começa a encolher e o número de

reformados começa a aumentar. À medida que progredirmos no século XXI o cenário será ainda mais evidente e a mudança demográfica será um dos fenómenos planetários a dominar as atenções (à semelhança do que já hoje sucede com as mudanças climáticas).

O que está a fazer o mundo envelhecer? Há duas causas que o justificam e que tendem a intensificar-se nas próximas décadas. A primeira é que toda a gente está a viver mais tempo: esta tendência começou com a Revolução Industrial e nunca mais parou. Em 1900 a esperança média de vida à nascença seria de 30 anos na generalidade dos países e nos países ricos andaria à volta dos 50 anos. Estes números chegam agora, em média, aos 67 anos em termos globais e aos 78 anos nos países mais ricos. Claro que isto tem de deixar bastantes satisfeitos os mais velhos ou que se aproximam da velhice, especialmente quando conseguem permanecer saudáveis e ativos. Uma segunda causa de envelhecimento reside na diminuição de nascimentos; cada vez nascem menos crianças e a diminuição de natalidade não tem permitido contrabalançar o número crescente de pessoas idosas. Esta tendência emergiu mais tarde que o aumento da esperança de vida, primeiro nos países mais desenvolvidos e depois nos países mais pobres e com economias emergentes. No início dos anos 1970 as mulheres por todo o mundo continuavam a ter, em média, 4,3 crianças cada. A média atual é globalmente de 2,6 e nos países ricos 1,6 crianças por mulher, prevendo a ONU que uma diminuição universal ocorra até 2050. Independentemente de se considerar que esta diminuição de nascimentos é uma coisa boa ou má (permitiu a incorporação das mulheres no mercado de trabalho e o exercício mais ativo de funções cívicas, por exemplo), a verdade é que estas duas tendências combinadas vão tornar o mundo um local substancialmente diferente do que conhecemos hoje.

Como sempre, a média mascara a diversidade. Nas partes mais ricas da Ásia as populações do Japão, da Coreia do Sul e de Taiwan já estão envelhecidas e esse envelhecimento vai acentuar-se. Já a China está a envelhecer rapidamente. Isto é sobretudo por causa dos últimos 30 anos se ter apostado numa contenção do aumento da

população, que foi altamente efetiva na estabilização dos números mas que começa agora a revelar-se problemática sob o ponto de vista da idade média da população. Embora a China tenha apresentado um crescimento económico extraordinário nos últimos anos, não é homogeneamente um país rico e poderá ter dificuldade em absorver os custos de um rápido envelhecimento populacional. Na Europa, o panorama é diverso: Alemanha, Itália e os restantes países do sul (onde Portugal se inclui) já têm famílias pequenas e estão a envelhecer rapidamente, enquanto França, Inglaterra e os países nórdicos têm mais crianças. Na Europa de leste os níveis de natalidade começam agora a diminuir. Nos Estados Unidos, graças à emigração e a uma resiliente taxa de natalidade local, o país continuará a apresentar um aspeto jovem pelo menos até meados do século XXI. No Brasil, entre 2004 e 2014 o número médio de filhos por mulher caiu 18,6% (de 2,14 para 1,74), colocando o país no grupo dos que apresentam menor taxa de fecundidade. Todavia, a maior parte dos países em desenvolvimento, pelo menos para já, não tem de se preocupar com o envelhecimento. Apesar das taxas de nascimento terem diminuído, as populações continuam jovens e assim vão continuar nas próximas décadas. Mas, a longo prazo, os mesmos fatores conjugados que se verificaram nos países ricos – vidas mais longas, menos nascimentos – vão igualmente verificar-se nos países mais pobres (ONU, 2013).

Em suma, este não é um problema específico do mundo ocidental, muito embora seja aqui que ele se coloca de forma mais aguda nos próximos anos. As economias dos países mais envelhecidos presumivelmente irão crescer de forma mais lenta do que as economias dos países mais jovens e, particularmente para as finanças públicas, uma população idosa é uma enorme dor de cabeça. Em países onde as pensões públicas constituem o bolo das pensões de reforma, uma larga fatia do orçamento da previdência social será engolido para as sustentar e elas tenderão a ser cada vez menos generosas. Os gastos com saúde vão seguramente aumentar e, por causa de um acentuado aumento do número de pessoas com mais de 80 anos, mais dinheiro terá de ser despendido em cuidados especializados de longa duração à medida que a fragilidade

aumentar. Como consequência, é nos países onde a ideia de um “direito à reforma” floresceu e generalizou-se, que as pessoas terão de abandonar as expectativas que as pensões continuem a ser tão generosas como até aqui. Nos países da OCDE, as pensões de reforma líquidas de taxas e contribuições sociais atingiram em média 70% a 80% dos ganhos anteriores; em Portugal, nos anos 1990, foram comuns as situações em que, no momento da reforma, as pessoas recebiam 100% do último vencimento. Por outro lado, a idade oficial de acesso à reforma permaneceu igual até há pouco tempo ao passo que a esperança de vida subia consideravelmente, pelo que os reformados ganharam mais anos para desfrutar a vida sem a pressão de terem de ganhar dinheiro para tal. Muitos acabaram mesmo por deixar de trabalhar e aposentaram-se antecipadamente porque lhes foram oferecidas condições irresistíveis para o fazer. Mas esses tempos terminaram ou estão em vias de terminar. Nos anos 1980, no mundo desenvolvido, havia apenas 20 pessoas aposentadas para cada 100 trabalhadores; esse *ratio* tem vindo a subir e em 2050 será de cerca de 45%, o que significa que, se nada for feito entretanto, nessa altura haverá apenas dois trabalhadores para cada pensionista (OECD, 1998).

O que fazer para lidar esta situação?

Aumentar a idade de acesso à reforma é uma solução mas nem todos estão de acordo que essa seja a *melhor* solução. É verdade que trabalhar até mais tarde produz efeitos positivos (contribui para a produtividade, aumenta os rendimentos fiscais, aumenta os fundos disponíveis para a previdência social e assistência à saúde, aumenta as poupanças individuais), mas o aumento da participação dos indivíduos mais velhos no mercado de trabalho coloca em causa a criação de empregos para os mais novos e não pode ignorar-se que os empregadores, sempre que estão confrontados com a escolha entre um trabalhador mais velho e um mais novo, optam geralmente pelo mais novo...

Por outro lado, enquanto se proclama a necessidade e o desejo de fazer permanecer os trabalhadores no mercado de trabalho até uma idade avançada, também se observam tendências no sentido oposto, partindo quer dos empregadores (que resistem à presença

de trabalhadores mais velhos nos locais de trabalho), quer dos trabalhadores mais novos face aos mais velhos (mostrando atitudes pouco favoráveis relativamente ao seu desempenho) (Roberts, 2006). Apesar das reservas relacionadas com as capacidades dos trabalhadores mais velhos, não é correto afirmar, à partida, que os trabalhadores mais velhos não possuem capacidades cognitivas de aprendizagem e de raciocínio suficientes para fazerem deles bons trabalhadores. Para além disso, a produtividade não é apenas uma questão individual mas de equipa, e a presença de trabalhadores mais velhos numa equipa pode trazer contributos significativos ao nível do conhecimento acumulado e da experiência.

Mas a verdade é que mesmo que os empregadores estivessem na disposição de contratar trabalhadores mais velhos, tal não significa, necessariamente, que estes tivessem assim tanto entusiasmo para continuar a trabalhar numa idade que se habituaram a ver como a “idade da reforma”. Tal dependeria muito das circunstâncias, isto é, da “cenoura” com que se lhes acenasse. Nas últimas décadas, nos países ricos, perante pensões de reforma razoavelmente generosas e com a reforma antecipada a ser intencionalmente encorajada, só mesmo os *workaholics* continuavam a trabalhar para além da idade estipulada para se aposentarem. Mas as coisas estão a mudar. Muitos dos *baby-boomers* americanos dizem agora que a reforma não é para eles, parcialmente porque receiam que não seja possível desfrutá-la com os rendimentos que gostariam de possuir e parcialmente porque na verdade gostam de trabalhar. Também na Europa tem havido uma mudança de tendência, havendo cada vez mais pessoas a afirmar que estão dispostas a trabalhar mais tempo se com isso receberem uma pensão maior no final. Finalmente, deve registar-se que se muitas pessoas permanecerem na economia formal até mais tarde, algumas das atividades que atualmente desenvolvem sem recompensa monetária vão ficar comprometidas (tarefas de voluntariado ou cuidar de netos e familiares idosos, por exemplo), tendo de ser pagas ou simplesmente deixando de ser efetuadas.

É consensual, no entanto, a necessidade de facilitar vidas de trabalho mais longas. As opções sociais e económicas da sociedade

não podem ignorar a evolução da estrutura e da composição etária da população e, neste caso, estamos perante uma incoerência entre as taxas de esperança de vida e de participação no mercado de trabalho.

### 3. VIAJANDO PARA O FUTURO

Ao longo de toda a vida somos consumidores (de bens e recursos) mas só trabalhamos e produzimos num período limitado dessa mesma vida, o que significa que em longos períodos do ciclo de vida (sobretudo se ela for longa) consumimos e gastamos muito mais do que aquilo que produzimos. Na generalidade dos países pobres e médios, o consumo é relativamente baixo durante a infância e atinge o máximo nas idades adultas. Em contraste, na generalidade dos países ricos, sobretudo naqueles cujo desenvolvimento se baseou nos princípios do chamado Estado Providência, o consumo vai aumentando progressivamente e não diminui quando se é mais velho, pelo contrário, tende a aumentar através do incremento de despesas com saúde e cuidados prolongados. Para além disso e até há bem pouco tempo, em muitos destes países um número considerável de trabalhadores reformou-se mais cedo que o previsto, em parte porque assim decidiram fazê-lo sem com isso sofrerem grandes penalizações, mas também porque aproveitaram os incentivos à reforma precoce decorrentes da implementação de práticas de gestão de recursos humanos que privilegiaram a incorporação de mão-de-obra mais jovem e a oferta de planos de pensões generosos a trabalhadores com idade inferior a 60 anos.

Estes movimentos demográficos e estas alterações na estrutura produtiva vão necessariamente afetar o nível de vida das populações. Se o número de trabalhadores (aqueles que contribuem para a produtividade e riqueza nacionais) aumenta mais do que o total da população (em que todos são de alguma forma consumidores) o nível de vida sobe, mas se tal não acontece o nível de vida tem tendência a descer, ou seja, passa a haver muita gente a consumir para pouca gente a produzir. Quem pagará o preço? Todos: indivíduos (mais novos e mais velhos), famílias e

comunidades. Globalmente, é projetado que o número de pessoas com mais de 65 anos relativamente à população em idade de trabalho duplique entre 2010 e 2050, colocando uma enorme pressão nos sistemas públicos de pensões e tornando praticamente inevitável que as futuras gerações financiem as suas próprias reformas e não esperem que as gerações mais novas o façam (o que sucede num sistema redistributivo como o português).

Como poderemos responder a estes desafios?

Uma primeira solução é de carácter político: aumentar a idade para aceder à reforma. Acrescentar anos à vida profissional no final do ciclo de vida é encarada habitualmente como uma opção válida dada a melhoria evidente da condição de saúde dos indivíduos, mas quanto mais tempo terão as pessoas de trabalhar se o objetivo for restabelecer completamente, entre 2010 e 2050, os níveis de sustentabilidade entre quem produz e quem consome? Se em países como o México ou o Brasil bastaria acrescentar apenas um e três anos, respetivamente, para esse equilíbrio ser repostos, em países onde o envelhecimento populacional será mais acentuado nas próximas décadas, como a Finlândia ou a Suécia, seriam necessários mais seis anos. E países que estão a envelhecer ainda mais rapidamente necessitariam de um ajustamento vigoroso, com adiamentos acentuados da idade de acesso à reforma: oito anos no Japão, nove anos na Alemanha, dez anos em Espanha e na Coreia do Sul. Isto significaria transportar a idade de reforma para um patamar muito acima dos 70 anos, ou seja, literalmente, trabalhar até cair para o lado...

Mas o aumento da idade de acesso à reforma, por si só, não vai atenuar os efeitos do envelhecimento da população no mercado de trabalho e nos sistemas de previdência social, pelo menos em Portugal. Na verdade, muitas pessoas sentem-se atraídas por uma reforma precoce, mesmo que sejam penalizadas no valor das respetivas pensões. As pessoas desejam aposentar-se enquanto são suficientemente novas e ainda saudáveis, eventualmente até para iniciar uma nova carreira, mas sobretudo para poderem desfrutar do tempo livre em atividades que sintam ser uma escolha pessoal e não atividades impostas externamente como sucedeu anos a fio através

da vida profissional. Obviamente que esta decisão está dependente de fatores como o montante de pensão a receber, poupanças disponíveis e satisfação com o trabalho que se está a desempenhar. Porém, independentemente destes fatores, a consciência de que o tempo de vida que resta é já limitado faz com que a pessoa questione coisas como o valor do trabalho ou o seu próprio valor como trabalhador (não se vendo mais a si mesmo como alguém insubstituível), dando mais importância, por outro lado, a necessidades pessoais que vai sentido ou que têm vindo a ser adiadas.

Estudos clássicos efetuados por Levinson nos anos 1970 (Levinson, 1977) haviam já concluído que a meia-idade é uma fase de acentuada mudança nas perceções individuais sobre a vida, em que um padrão de vida (ocupação, casamento, relações sociais) alimentado durante anos parece subitamente inapropriado para o futuro, conduzindo frequentemente à realização de escolhas nos diversos planos da vida individual. Quanto estas escolhas são congruentes com sonhos, valores, talentos e possibilidades, tal proporciona uma base para um padrão de vida futuro satisfatório; pelo contrário, quando essas escolhas não correspondem às aspirações pessoais ou não podem sequer ser feitas, então as pessoas correm o risco de estagnar e a reforma precoce surge como uma oportunidade de, pelo menos, “resolver” a questão do emprego...

Uma segunda solução é de carácter mais individual e passa pela acumulação de poupanças. Uma vida mais longa vai significar uma reforma também mais longa e um aumento considerável do consumo, a não ser que as pessoas escolham trabalhar mais tempo. Mas como as pessoas têm menos filhos a tendência será gastarem mais com elas mesmas e vão querer continuar a fazê-lo mesmo após a reforma, pelo que são necessários ajustamentos: à medida que a idade avança em direção à reforma, reforçar a poupança e reduzir progressivamente o consumo é uma alternativa de sustentabilidade, aumentando dessa forma o rendimento disponível.

Todavia, mesmo antes da crise financeira despoletada em 2008 e que se fez sentir ao longo da primeira metade da década seguinte, era claro que a atribuição de mais responsabilidades para

os trabalhadores nesta matéria levanta problemas. Em países onde os valores das pensões de reforma são relativamente baixos, como Grã-Bretanha, Irlanda ou Portugal, as pessoas simplesmente não poupam o suficiente para manter na reforma os níveis de vida a que se habituaram e a que aspiram, mesmo quando obtiveram bons rendimentos durante a vida profissional. Na verdade, todos falam na necessidade da poupança voluntária complementar as políticas públicas de previdência social, mas a poupança voluntária afigura-se bastante difícil. Para António Caetano, professor do ISCTE Business School (Lisboa)<sup>1</sup>, apesar de ser previsível que a maioria da população não conseguirá ter, depois da reforma, um nível de rendimento aproximado sequer ao que tinha antes de se aposentar, continuam a ser poucas as pessoas que concretizam efetivamente planos voluntários de poupança para essa fase da vida.

De acordo com um estudo da Insurance Europe divulgado pela Associação Portuguesa de Seguradores em outubro de 2020<sup>2</sup>, mais de 50% dos portugueses não tem capacidade financeira para fazer um “pé de meia” para a reforma. Os portugueses figuram, assim, no conjunto dos dez países que fazem parte do estudo, entre aqueles que apresentam menos apetência ou capacidade para poupar para a reforma. Portugal está acima da média entre os que não poupam e se é verdade que em Portugal existe um problema de salários baixos, também existe um problema de perceção acerca da importância da poupança para a reforma, em que ela parece estar sempre muito longe e assegurada por um Estado providencial. Segundo o inquérito referido, a juntar ao facto de haver 53% dos portugueses que dizem não ter capacidade financeira para poupar, 45% não estão a fazer qualquer aforro adicional para a reforma, comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar num futuro mais ou menos próximo: menos dinheiro disponível significará necessariamente ajustamentos a vários níveis.

A nível individual, ajustamentos emocionais e motivacionais decorrentes da impossibilidade de cumprir os sonhos planeados

---

<sup>1</sup> In Jornal Expresso, 4/11/2011.

<sup>2</sup> <https://expresso.pt/economia/2020-10-06-Mais-de-metade-dos-portugueses-nao-consegue-poupar-para-a-reforma>

para a reforma e da necessidade de adoção de um estilo de vida mais “remediado” do que o eventualmente esperado e seguramente desejado. A nível social, um aumento da responsabilização individual perante os desafios do processo de envelhecimento, dada a diminuição do suporte familiar tradicional e a menor acessibilidade (dado o seu custo habitualmente elevado) a recursos de cuidado formal de qualidade para lidar com situações de doença e/ou dependência. Nesta circunstância, a fábula da cigarra e da formiga é bem apropriada...

Com este enquadramento de fundo, dois grandes cenários poderão então ser traçados para o futuro (Moynagh & Worsley, 2005):

- *reforma adiada*: neste cenário teremos nas próximas décadas o acesso à reforma a acontecer cada vez mais tarde (provavelmente aos 70 anos ou perto disso), mantendo as pessoas mais tempo nos locais de trabalho mas à custa de menor saúde e de uma motivação decrescente na última fase da vida profissional;

- *reforma reformulada*: neste cenário o acesso à reforma não será adiado mas antes reformulado, o que significa passar a estar menos relacionado com a idade cronológica; as saídas da vida profissional serão mais flexíveis e o próprio conceito de “reforma total” é questionado, propondo-se que a partir de certa idade as pessoas possam trabalhar em diferentes ritmos consoantes as suas capacidades, necessidades, interesses e motivações, reduzindo a perceção de esgotamento que tantas vezes acompanha o período final da vida profissional.

Qualquer um destes cenários significará sempre mudar a conceção de reforma tal como a vemos hoje, em que o início da reforma permanece relacionado com a idade, as vias para a reforma permanecem inflexíveis e a existência de uma “idade de reforma” ignora a diversidade de experiências dos indivíduos. Ou seja, num tempo em que se defende a flexibilidade laboral e a multiplicidade das vidas profissionais, o acesso à reforma permanece imutável, como há 50 anos: ou se é trabalhador a 100% ou se é aposentado a 100%. A grande mudança será a reforma deixar de ser vista como uma fase autónoma do ciclo de vida. As pessoas têm de poder

misturar e combinar trabalho e lazer, criando caminhos fora do “trabalho a tempo inteiro” ou do “descanso a tempo inteiro”. A necessidade de encorajar não apenas o emprego flexível mas igualmente a reforma flexível torna-se uma prioridade política, eliminando o papel determinante da idade no acesso à reforma, oferecendo às pessoas mais escolha e flexibilidade, e por essa via mais oportunidades de satisfação, bem-estar e desenvolvimento pessoal.

Claro que a questão “de que vão viver os reformados?” continuará a ser uma questão essencial! Os atuais sistemas de pensões criam expectativas pouco animadoras acerca do futuro, dando aos mais jovens uma ideia muito nebulosa do que poderão esperar. A partir do momento em que a reforma não poderá continuar a ser encarada como um “direito” que compete ao Estado assegurar e num contexto em que tanto o Estado como os empregadores quererão assumir cada vez menos riscos, a responsabilidade é transferida para os trabalhadores, forçando-os a capitalizar poupanças ao longo da vida para assegurar alguma tranquilidade financeira no final do ciclo de vida. Contudo, a incapacidade ou dificuldade que muitas pessoas apresentam para poupar – porque não têm rendimentos que o permitam, porque valorizam apenas o presente, porque são avessas à ideia de poupança ou porque não têm qualquer garantia de que aquilo que hoje poupam terá efetivamente valor daqui a 30 ou 40 anos – pode comprometer seriamente esta deslocação de responsabilidades, criando no futuro uma fração muito significativa de reformados pobres. Finalmente, dado o aumento da esperança de vida, é certamente difícil para os jovens projetarem o seu envelhecimento a tão longa distância, preparando-o e planeando-o.

## BIBLIOGRAFIA

CEDEFOP (2010). *Skills supply and demand in Europe Medium-term forecast up to 2020*. [http:// www.cedefop.europa.eu / en / publications / 15540.aspx](http://www.cedefop.europa.eu/en/publications/15540.aspx)

European Commission (2009). *The METRIS Report. Emerging trends in socio-economic science and humanities in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Fernandes, A.A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In António M. Fonseca (coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Lisboa: Coisas de Ler.

Fernandes, A.A., Albuquerque, P., Fonseca, A.M. (2016). *A (re)forma das reformas. Uma análise sociológica, económica e psicológica da reforma e do sistema de pensões*. Coimbra: Almedina.

Fonseca, A.M. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra: Almedina.

Guillemard, A.M. (2010). *Les défis du vieillissement*. Paris: Armand Colin.

Levinson, D. (1977). The mid-life transition: a period in adult psychosocial development. *Psychiatry*, 40 (2), 99-112.

Moynagh, M., Worsley, R. (2005). *Working in the twenty-first century*. Leeds: ESRC Future of Work Programme.

OECD (1998). *Work force ageing: Consequences and policy responses*. Paris: OECD.

ONU (2013). *World population prospects: The 2012 revision*. New York: ONU.

Roberts, I. (2006). Taking age out of the workplace: putting older workers back in? *Work, Employment and Society*, 20 (1), 67-86.



# ADEQUAÇÃO ÀS NECESSIDADES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À POPULAÇÃO IDOSA NO CONCELHO DE FAFE

*Sandrina M. Ribeiro*

*Animadora sociocultural e Psicóloga numa ERPI e doutoranda em Gerontologia*

## I. INTRODUÇÃO

O interesse em torno da temática do envelhecimento tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017) existe uma tendência a longo prazo para o envelhecimento da sociedade. Estima-se que dos 2,1 milhões de idosos, passar-se-á a ter cerca de 2,8 milhões de idosos em 2080. Esta realidade deve-se sobretudo aos seguintes factos: aumento da esperança média de vida, redução da taxa de natalidade e decréscimo da taxa de mortalidade (A. Silva, 2018). Estas mudanças demográficas aliadas a outras alterações, operadas na sociedade atual, fazem-nos questionar sobre o grau de adequação das respostas sociais existentes, tendo em consideração as necessidades da população idosa atual (Duque, 2017). O Estado tem desempenhado um papel decisivo na promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses, papel esse bem patente na definição e concretização de políticas sociais diversas. Mas será esse apoio suficiente?

De acordo com Guedes (2014), em Portugal, as respostas sociais continuam escassas em número e carecem de qualidade no modo de organização e funcionamento, não respondendo eficazmente às reais necessidades da pessoa idosa. Por outro lado e tomando a título de exemplo uma problemática específica, geralmente associada à população idosa, as demências, a autora Rocha (2016) refere que estas estruturas continuam a incidir a intervenção no domínio das perdas motoras em detrimento das cognitivas, as instituições ainda carecem ao nível do trabalho multidisciplinar, que deve ser levado a cabo e de forma

afincada, para que se possam efetivamente alcançar bons resultados. Foi precisamente com base nestas e noutras inferências que surgiu a necessidade de empreender uma reflexão crítica no âmbito das respostas sociais que prestam apoio à população em estudo. Assim, entre 2018 e 2019, foi desenvolvido, no concelho de Fafe, um estudo que pretendia precisamente averiguar até que ponto duas respostas sociais específicas: Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e Serviço de Apoio ao Domicílio (SAD) respondiam eficazmente às reais necessidades da sua população idosa. Será de seguida apresentada, de forma objetiva e sucinta, os principais objetivos do estudo em questão, as questões de investigação, a metodologia adotada, os principais dados recolhidos e as respetivas conclusões extraídas.

## II. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO E PRINCIPAIS RESULTADOS

Para que fosse possível orientar e monitorizar, de forma rigorosa, a evolução da presente investigação, definiram-se três grandes objetivos. Tal como será possível constatar na tabela que se segue, cada objetivo apresenta as respetivas questões de investigação:

Objetivo 1	<p>1. Avaliar a adequação das respostas sociais existentes para a satisfação das necessidades físicas, psicológicas e sociais da população idosa do concelho de Fafe.</p> <p>1.1. Quais as principais limitações das respostas sociais existentes no concelho de Fafe e que condicionam, na perspetiva do cliente/pessoa idosa e profissionais, a qualidade dos serviços prestados?</p> <p>1.2. Quais as necessidades atuais que se encontram ainda por satisfazer junto das pessoas idosas que já recebem algum tipo de apoio institucional?</p> <p>1.3. Estarão as respostas sociais existentes preparadas para dar resposta às pessoas com Demência?</p>
------------	---

Objetivo 2	<p>2. Averiguar, junto da população idosa residente na comunidade e que não recebe atualmente qualquer tipo de resposta/apoio, como garantir o seu bem estar sem recorrer à sua institucionalização.</p> <p>2.1. Quais as principais necessidades sentidas junto da população idosa residente na comunidade e que ainda não recebe qualquer tipo de resposta/apoio institucional?</p>
Objetivo 3	<p>3. Tomando como exemplo os serviços disponibilizados nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, avaliar os serviços que poderiam ser “transferidos” para o domicílio, através da resposta SAD.</p> <p>3.1. Que serviços poderiam ser “transferidos” para o domicílio?</p>

Tabela 1: Objetivos e Questões de Investigação.

Tendo em consideração as questões de investigação previamente formuladas, adotou-se, no estudo em questão, uma metodologia qualitativa. Esta metodologia revelou ser a mais apropriada na medida em que não se procurava meramente, a recolha sistemática de dados observáveis e quantificáveis, mas sim aprofundar determinados contextos, temas, problemas e ainda explorar posições, atitudes, pensamentos e sentimentos.

Numa primeira fase da investigação, foram inquiridos oito profissionais com relação direta ou indireta, com o tema em questão. A saber, cinco diretores técnicos representativos das respostas sociais ERPI, SAD, centro de dia, centro de convívio e três dirigentes de organismos públicos (p.e. autarquias). Pretendeu-se nesta etapa, mediante o desenvolvimento de uma entrevista semiestruturada, conhecer o modo como estas pessoas percecionavam a qualidade dos serviços prestados nas diversas respostas sociais, sinalizando potenciais limitações e potencialidades. Depois de realizadas todas as entrevistas, ambicionou-se, numa fase posterior, explorar a perceção das

pessoas idosas (segunda fase da investigação) face às políticas sociais desenvolvidas até ao momento, concretamente, no que respeita aos serviços e equipamentos criados para a satisfação das suas principais necessidades (respostas sociais). Para o efeito, foi implementado como instrumento de recolha de dados: o *focus group*.

Relativamente à seleção dos participantes, numa primeira etapa, o investigador procedeu à identificação dos potenciais entrevistados. Nesta seleção, procurou-se, sobretudo, integrar elementos pertencentes a respostas sociais distintas e a organismos/entidades com ligação estreita à população-alvo em estudo (p.e. Município de Fafe). Por outro lado, foi tida em consideração, a função/cargo que este ocupava no respetivo sistema organizacional (p.e. cargos de direção). No que concerne à seleção das pessoas idosas, para a formação do *focus group*, esta foi efetuada com a colaboração das respetivas instituições, contando para o efeito, com o apoio dos respetivos diretores técnicos. Procurou-se constituir um grupo que fosse o “espelho” da população idosa integrada nas seguintes tipologias de respostas sociais: ERPI e SAD. Foram consideradas as seguintes variáveis para a composição homogénea e representativa da população-alvo em estudo: a idade, o sexo e a ausência de défice cognitivo. Toda a informação, necessária para a efetiva concretização das entrevistas e do *focus group*, foi transmitida de forma objetiva e clara, aos participantes com a devida antecedência.

Após a realização das entrevistas individuais e do respetivo *focus group*, os dados recolhidos em ambos os momentos foram sujeitos a uma técnica específica de tratamento de dados, designado de análise de conteúdo. A análise de conteúdo consiste numa técnica de “análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-lo em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos” (A. Silva & Fossá, 2013, p.2). A seleção desta técnica fez todo o sentido, na medida em que se procurou explorar e identificar, por trás dos referidos discursos, os sentimentos, as emoções, os pensamentos, as atitudes, as perspetivas sobre o que entendiam ser as respostas sociais da

atualidade. Durante a análise efetuada quer às oito entrevistas, quer ao conteúdo do focus group identificaram-se diversas categorias de análise, dez categorias em ambos os momentos da investigação. Serão de seguida exploradas aquelas que se consideram ser as mais pertinentes e com estreita relação ao tema dominante deste estudo e que por, conseguinte, fornecem resposta às respetivas questões de investigação.

## 2.1. ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

### 2.1.1. Caracterização e necessidades da pessoa idosa institucionalizada

De uma forma global, os profissionais entrevistados neste estudo conseguiram fornecer alguns dados sobre aquela que pensam ser a melhor descrição da população idosa institucionalizada no concelho de Fafe. Assim, para os profissionais em questão, a população idosa institucionalizada apresenta um nível de dependência já muito significativo à data de entrada na Instituição, em particular em contexto de ERPI. A 1) degradação das funções músculo-esqueléticas, 2) a prevalência de distúrbios psicológicos como a depressão e 3) a incidência de patologias neurodegenerativas (p.e. demência), são para estes profissionais, uma realidade expressiva, com efeitos colaterais impactantes e que se refletem no bem-estar quer da pessoa idosa, quer do cuidador formal.

*E2: “São utentes extremamente dependentes. Já entram nas instituições precisamente porque não têm os cuidadores para tomar conta de certas dificuldades, que na altura o exigem”.*

No domínio social, os profissionais fizeram, por inúmeras vezes, menção ao fenómeno da solidão e do isolamento social, inclusivamente dos seus efeitos no bem-estar da pessoa idosa. Estes apresentaram-se ainda, bem conscientes das alterações observadas e sentidas ao nível das estruturas familiares, que têm culminado, em determinadas situações, no distanciamento entre os elementos do sistema familiar, neste caso em concreto, entre a pessoa idosa e os seus filhos/netos.

*E1: “Ele tinha uma necessidade imperiosa de viver, conviver e de um*

*momento para o outro ele viu-se ali também isolado, mesmo havendo lá pessoas”.*

No que concerne ao poder económico desta população, foi sublinhado a precariedade das pensões e a necessidade de ocorrerem mudanças no sentido de melhorar o potencial económico destas pessoas para que possam ter acesso aos múltiplos serviços que se encontram ao seu dispor, e fazer jus às despesas avultadas, geralmente associadas aos tratamentos farmacológicos. Os participantes facultaram ainda, algumas informações pertinentes quanto à caracterização sociodemográfica da população-alvo em estudo. Deste modo, para os entrevistados, a população idosa institucionalizada apresenta baixos níveis de literacia, uma experiência profissional muito associada ao contexto agrícola e com predomínio do sexo feminino. Para estes profissionais, trata-se de uma população dotada de experiência e sabedoria, com um passado conservador. Embora a longevidade tenha sido reconhecida por todos como uma conquista, os profissionais admitem que os idosos já apresentam níveis significativos de dependência no momento de admissão numa ERPI, e que esta situação pode comprometer a qualidade de vida da pessoa em questão. Os idosos apresentam, segundo estes, um gosto evidente por atividades que remetem ao passado, alguma resistência face à novidade. Referem também, que na mentalidade da larga maioria dos idosos deste concelho, predominam ainda certos estereótipos associados ao envelhecimento (p.e. inutilidade), sendo por isso necessário agir! Estas ideias pré-concebidas têm, segundo os discursos analisados, um impacto significativo no modo como os idosos vêem e sentem o envelhecimento, sendo por isso necessário intervir nesse contexto, ao nível da cultura, da educação e da política. Tal como Daniel, Antunes e Amaral o referem (2015, p. 300) “... as alterações socioculturais e as melhorias verificadas na qualidade de vida, a par da nova narrativa discursiva do envelhecimento (...), podem vir a metamorfosear o campo representacional da palavra “velhice”.

A reduzida valorização da capacidade de decisão e autonomia, quer por parte do próprio idoso, quer de terceiros foi também mencionada bem como as dificuldades da pessoa idosa em identificar as suas próprias necessidades e selecionar a melhor

resposta social para si, foram dois subtemas que emergiram da análise efetuada embora não tenham sido esmiuçados, tal como mereciam ser, dado a sua elevada pertinência para o tema em estudo. Os participantes acreditam ainda, que a população idosa vindoura será mais exigente, sendo por esse motivo necessário empreender agora, uma reflexão ponderada mas exaustiva sobre quem serão os idosos de amanhã, para que os cuidados prestados satisfaçam na sua qualidade e plenitude todas as necessidades da pessoa idosa, que se encontra integrada seja em ERPI, SAD, centro de dia, centro de convívio, entre outras respostas sociais.

*E7: “Sim, acho que sim. Sem dúvida. Ser mais individualizado e acho que de futuro isso vai obrigar a que as instituições apostem muito. Os idosos do futuro vão exigir muito mais que aqueles que nos exigem agora”.*

Aproveitamos esta última ideia para mencionar outros aspetos de extrema importância na apresentação deste tema. Os profissionais entrevistados conseguiram ainda explorar algumas questões, procedendo à distinção da pessoa idosa em três contextos ou respostas sociais distintas: SAD, centro de dia e centro de convívio. A distinção efetuada cingiu-se particularmente nas seguintes variáveis: nível de autonomia da pessoa idosa, presença ou não de uma retaguarda familiar e nível de adesão/aceitação dos serviços. De salientar ainda, que os profissionais fizeram também alusão à relevância de uma complementaridade entre respostas sociais. Embora atualmente não seja reconhecido como um modelo alternativo de resposta, foi apresentado neste estudo como possível solução face aos constrangimentos existentes, nas diversas tipologias de respostas sociais. Isoladamente, estas respostas, não conseguem, por vezes, fornecer uma resposta ajustada à necessidade identificada. Um aspeto de extrema relevância e que merece ser destacado nesta secção prende-se com o facto de que durante a abordagem dos diversos participantes, foi igualmente referenciado a ideia de que é necessário investir na promoção da autonomia destas pessoas por forma a fixá-las no seu local de residência.

*E8: “Aquilo que me parece mais importante, é procurar dar condições para que as pessoas possam manter a sua autonomia no seu ambiente familiar e o mais tempo possível”.*

Ainda nesta categoria, fazer uma breve referência às necessidades da pessoa idosa institucionalizada, identificadas pelos profissionais como sendo as mais proeminentes e cuja não satisfação, poderá comprometer de forma notória a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa. De uma forma genérica, foi possível discriminar cinco tipos de necessidades. Estas refletem de certo modo, as necessidades que compõem a “ Pirâmide de Maslow”, apresentada por Abraham Maslow em 1943. São elas, as necessidades fisiológicas, segurança, amor/relacionamento, estima e realização pessoal. Seguem-se as principais conclusões extraídas com base nas afirmações apresentadas pelos diversos participantes.

Assim, para os profissionais, as dificuldades registadas na execução de determinadas atividades básicas de vida diária (ABVD's), por parte dos idosos, nomeadamente, a confeção de refeições e a materialização dos cuidados de higiene pessoal, constituem as principais razões que motivam a procura de uma resposta social por parte da pessoa idosa. Durante as entrevistas desenvolvidas, foi também realçada a ideia, que as pessoas idosas valorizam o sentimento de pertença a um grupo e que esta questão deve ser enaltecida pelos profissionais que trabalham neste contexto de ação, no seu dia-a-dia. A pessoa idosa, segundo estes profissionais, deve percecionar o grupo como algo de positivo, como um “porto seguro”, que o tranquiliza/ampare em momentos críticos da sua vida. Foi consensual, entre os discursos analisados, a importância do estabelecimento de um vínculo de confiança entre a pessoa idosa e o colaborador, na promoção do seu bem-estar geral. A necessidade de segurança foi também apontada como sendo fundamental para a manutenção do equilíbrio no sistema biopsicossocial do indivíduo. Em contexto de ERPI, por exemplo, foi realçada a importância de se implementar estratégias que assegurem a segurança e a integridade física e psíquica de todas as pessoas idosas. Ainda nesta linha de pensamento, para os profissionais, é de todo relevante que se mantenham contactos regulares e de maior proximidade à pessoa idosa, não só por forma a garantir o que foi previamente descrito, mas também como forma de se manterem ativos os canais de comunicação com o mundo

exterior. A socialização é vista para estes, como importante fonte de estímulo, integração na comunidade e bem-estar geral. É de todo imperativo para os entrevistados, que a pessoa idosa seja envolvida em atividades alusivas a datas festivas que tenham significado para eles e, que seja ainda, atribuído o devido valor aos afetos, na promoção de relações interpessoais positivas entre pessoas idosas e colaboradores. Aqui, o afeto da família foi também apresentado como algo fundamental na promoção do bem-estar da pessoa idosa e claramente, insubstituível. Na abordagem destes profissionais, foi também clara a ideia de que todos têm o dever, de respeitar a pessoa idosa, independentemente da sua condição clínica, tendo sido ainda sublinhado a importância de se reestruturar o conceito “velhice”, atribuindo-lhe uma conotação mais positiva. Para os profissionais, as pessoas idosas devem dar continuidade ao seu “Projeto de vida”. Para eles, é de todo pertinente que sejam traçados objetivos de vida. A pessoa idosa deve continuar a acreditar que existe um “amanhã” e deve aprender a reconhecer e valorizar o que quer para si e para a sua vida futura. A aprendizagem ao longo da vida foi também apresentada como sendo uma necessidade que, embora desconhecida ou desvalorizada por alguns idosos, devem ser reconhecida e continuamente estimulada.

### 2.1.2. Principais desafios da população idosa

Durante a análise efetuada às diversas entrevistas, foram vários os desafios identificados pelos profissionais e que merecem destaque nesta secção. Um dos grandes desafios apresentados prende-se com o fenómeno da solidão e problemáticas/consequências a ele inerente. Segundo os profissionais entrevistados, existe uma proporção significativa de idosos que se encontra nesta condição, sendo as suas causas, consequências e formas de manifestação diversificadas. O isolamento social e a fragilização ou a inexistência de uma retaguarda familiar, que também favorecem a emergência deste fenómeno (Ussel, 2011), foram igualmente identificados nos discursos analisados. A desertificação de certas regiões e a mudança das estruturas familiares têm contribuído para que, cada vez mais, os

idosos vivam e se sintam “sós”. No entanto, tal fenómeno também é igualmente visualizado noutra cenário. Tomamos o exemplo de situações em que a pessoa idosa é integrada numa resposta social (p.e. ERPI). O reduzido contacto dos familiares e/ou a desresponsabilização dos mesmos face à pessoa idosa em questão pode culminar na referida solidão, favorecendo por conseguinte, a emergência de patologias diversificadas que conduzirão, mais cedo ou mais tarde, ao aumento do nível de dependência da pessoa idosa, prejudicando, conseqüentemente, a sua qualidade de vida e colocando em causa, a sua dignidade humana. Vejamos em discurso direto:

E2: *“A solidão. Sim! Muita solidão”.*

E8: *“O que em Fafe, também não falei nisso, um dos problemas dos idosos no geral é a solidão! E, portanto, mesmo os que estão em família, principalmente os que estão na família”.*

Outro aspeto de extrema relevância apontado pela larga maioria dos participantes prende-se com o aumento da esperança média de vida em detrimento da qualidade de vida, que em muito tem a ver com o incremento das já mencionadas comorbilidades e respetivos níveis de dependência. Segundo muitos dos entrevistados, urge “darmos mais vida aos anos”. Tendo em consideração o conteúdo das entrevistas analisadas, o nível de dependência das pessoas idosas que entram para as estruturas residenciais para pessoas idosas é muito significativo, sendo ainda insuficiente a estimulação motora e intelectual empreendida nestes espaços, por forma a “amortecer” a deterioração gradual das diversas funcionalidades.

E8: *“Nós temos à semelhança de todo o país uma população que tem vindo a aumentar a esperança média de vida portanto, que tem vindo a envelhecer cada vez mais, a viver cada vez mais tarde mas o tempo de qualidade de vida em Portugal ainda é muito... É muito tempo com pouco qualidade de vida”.*

O aumento da incidência de quadros demenciais e o acréscimo dos níveis de dependência aquando o momento de integração numa resposta social foram uma temática constante nos diversos discursos analisados. Estes são, para os profissionais entrevistados, encarados igualmente como atuais e futuros desafios

desta população e respetivos profissionais que atuam neste contexto. Para alguns, as estruturas existentes e respetivos recursos humanos não se encontram ainda devidamente preparados para lidar e dar resposta ajustada às necessidades desta população específica. Segundo os entrevistados, existe uma necessidade urgente em incluir, nestes espaços, técnicos especializados. A formação contínua dos colaboradores e a criação de espaços exclusivos para o tratamento e acompanhamento de pessoas com demência, foram também apresentados, como potenciais melhorias a implementar neste contexto de ação.

*EA: “Aqui em Portugal não conheço que haja, sei que em Espanha já existem casas específicas para trabalhar com doentes de Alzheimer, por exemplo”.*

Como foi referido anteriormente, os profissionais entrevistados encontram-se bem cientes das transformações operadas ao nível dos sistemas económicos, sociais e familiares. Para estes profissionais, as pessoas no seu geral, deparam-se com sérias dificuldades em encontrar a disponibilidade física e/ou emocional desejada ou ótima para cuidar da pessoa idosa, aplicando-se esta mesma limitação aos profissionais que cuidam dos idosos institucionalizados. Encontramos assim, segundo estes, pessoas idosas cada vez mais isoladas, sós, com reduzidos recursos financeiros para fazer frente às diversas despesas, em particular, àquelas inerentes ao tratamento de várias patologias. O fenómeno “sanduiche” torna-se insustentável, com cuidadores informais a sentirem-se cada vez mais desgastados física e emocionalmente.

Os profissionais fizeram ainda referência à sustentação, por parte das pessoas idosas, de crenças erróneas, com conotação negativa, associadas ao conceito de “lar”. Segundo o relato destes, estas crenças existiam há décadas, e ainda perduram nos dias de hoje, dificultando o processo de integração da pessoa idosa numa determinada estrutura de apoio, e impedindo, o conseqüente “resgaste” da sua qualidade de vida e dignidade humana. De frisar, porém, que, segundo o relato dos diversos profissionais, existe uma dificuldade generalizada de integração da pessoa idosa numa resposta social e essa situação leva-nos a questionar se haverá

efetivamente, no concelho de Fafe, um desfasamento entre o número de respostas sociais e o número de pessoas idosas a necessitar do apoio deste tipo de estrutura. Neste contexto, faz todo o sentido introduzir uma ideia partilhada por um dos profissionais entrevistados e que poderá constituir uma potencial ação de melhoria no que respeita à rede de apoio prestada à população idosa, que se prende com o nível de capacitação de certas entidades estatais para dar resposta a casos específicos. Não seria uma solução absoluta, mas certamente contribuiria para a melhoria da qualidade de vida de alguns idosos do concelho em questão.

*E5: “Tem de haver uma legislação no sentido de se começar a criar condições... reformular totalmente este sistema político de maior proximidade às pessoas. E como damos maior proximidade às pessoas? Damos às juntas de freguesia, por exemplo, outra capacidade de intervenção, que nós não temos”.*

### 2.1.3. Principais condicionalismos das respostas sociais

Neste estudo foi possível identificar os principais condicionalismos das respostas sociais existentes no concelho de Fafe, em particular ERPI e SAD, segundo o prisma dos profissionais. As ilações extraídas nesta categoria de análise vão de encontro ao que a autora (Guedes, 2014) descobriu nas suas investigações. Passamos a citar algumas das limitações identificadas pelos profissionais entrevistados. Embora tenham mencionado que as respostas sociais do concelho de Fafe são suficientes em número, quatro dos oito entrevistados referem que os cuidadores informais continuam a enfrentar alguma dificuldade no que concerne ao processo de institucionalização da pessoa idosa.

*E2: “ [Os cuidadores informais] Não conseguem ... a institucionalização [da pessoa idosa/ familiar].”*

Para estes, falta “chegar a todos”. Podem existir muitas respostas sociais e até serem variadas e inovadoras (p.e. centros de convívio) mas não chegam para dar resposta a todas as pessoas idosas que se encontram na comunidade. As pessoas que necessitam de apoio, pelos mais variados motivos, enfrentam sérias dificuldades de integração numa estrutura de apoio à pessoa idosa tal como

vimos, porém, a população idosa no geral necessita de um apoio e acompanhamento constantes, de uma maior estimulação e envolvimento na comunidade por forma a promover, de forma positiva, o seu processo de envelhecimento. De facto, segundo os relatos analisados, as listas de espera são infindáveis nas diversas respostas sociais, mas urge, dado o aumento exponencial da população idosa previsto nas próximas décadas e o acréscimo de patologias inerentes ao processo de envelhecimento e estilo de vida adotados, proceder à criação de mais e novas estruturas de apoio à pessoa idosa, que possam equilibrar a balança: população idosa *versus* respostas sociais. Por outro lado, de frisar também que os profissionais entrevistados fizeram igualmente referência à necessidade de se criar uma resposta social diferenciada de apoio aos cuidadores informais. Globalmente, todos entendem e reconhecem que o bem-estar dos cuidadores informais, sejam eles familiares, significativos ou outros, irá refletir-se no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa idosa. E, segundo estes, ainda existe um árduo e moroso caminho a percorrer nesse sentido:

*E2: “É sempre necessário mais, tanto em número como em diversidade. Claro que sim! Principalmente para [dar] apoio aos cuidadores informais. Ainda há muito a fazer”.*

Quando analisadas cada uma das afirmações, o que se constata é que, efetivamente, ainda são necessárias alterações a vários níveis, quer em número, quer em diversidade. Foram várias as sugestões de melhoria proferidas pelos diversos profissionais, as quais serão explanadas mais adiante. No que concerne aos principais condicionalismos, foram essencialmente sinalizados aspetos inerentes à diversidade de respostas sociais, variedade e personalização dos serviços prestados e, ainda, ao nível da gestão da dinâmica institucional, isto é, das suas rotinas e respetiva gestão dos recursos humanos. Analisando o *template* deste estudo, facilmente conseguimos perceber que a opinião entre os participantes é consensual, no sentido de referirem que são necessários a inclusão de mais serviços ou a melhoria dos já existentes (p.e. animação, psicologia) para que se possa fornecer uma resposta ajustada às necessidades da pessoa idosa. Não se trata mais de satisfazer apenas

as necessidades mais básicas (p.e. alimentação, higiene pessoal), mas todas as necessidades da pessoa idosa, para que o seu processo de envelhecimento seja o mais equilibrado e harmonioso possível. A este nível, e segundo o discurso dos profissionais, é imperativo trabalhar, com a pessoa idosa, a importância destas atividades ou serviços, geralmente não consideradas ou reconhecidas por ela como sendo relevantes na promoção do seu bem-estar geral, pois, ainda existem idosos relutantes face a este tipo de ações:

*E2: “De quem está à frente da Instituição, parece-me que vê a animação com bom agrado. [Quanto aos] utentes, depende muito deles, dos que estão institucionalizados. Até gostam mas criam muitas resistências, é preciso motivar”.*

Quer se trate de atividades de animação sociocultural, serviços de psicologia ou outros, a equipa técnica e não só (p.e. colaboradores em geral, familiares e/ou outros significativos) deverão mobilizar esforços e em conjunto, “trabalhar as mentalidades da população idosa” no sentido de uma maior abertura face aos vários tipos de atividade ou rotinas a desenvolver, numa determinada resposta social, levando-a a compreender as mais-valias de tais ações (impacto positivo na sua vida, no seu bem-estar). Neste âmbito, fazer ainda referência a outras limitações identificadas pelos profissionais entrevistados, e que são internas às respostas sociais, concretamente às suas rotinas, processos, dinâmicas e recursos humanos. Segundo os profissionais, os elementos que integram as equipas de trabalho permanecem insuficientes (em número e diversidade), impossibilitando uma maior proximidade à pessoa idosa e, até mesmo, um acompanhamento técnico mais personalizado, próximo e regular:

*E7: “Sim, ter uma maior variedade de intervenção, mais profissionais. Mais direcionados para a área X ou para a área Y. Sim, sem dúvida que era por aí. Mas também compreendo que seja difícil para uma Instituição dar essas respostas porque é muito caro ter uma Instituição aberta e é muito difícil dar essas respostas”.*

Analisando cuidadosamente as afirmações apresentadas a este respeito, constata-se uma consciencialização e respetiva preocupação dos profissionais face ao tipo de cuidado prestado à

pessoa idosa, que deveria ir muito além dos serviços de alimentação e higienização pessoal. Na análise efetuada, foi possível encontrar uma expressão que se encaixa na perfeição, a de que “muitas vezes os funcionários têm de trabalhar em piloto automático”, vivem a correr de tarefa em tarefa, sem tempo para mais nada, a não ser a função que lhes é pedida:

E2: “*[O colaborador procura satisfazer] Aquelas necessidades básicas e regressar. E a pessoa até quer falar, fazer um chá... mas não há esse tempo*”.

Deste modo, parece, segundo a perspetiva dos profissionais, existir uma escassez de recursos humanos, que se estende também aos técnicos ou profissionais especializados em determinada problemática ou área de funcionamento do ser humano. A multidisciplinariedade foi igualmente apontada como um ponto “fraco” no que respeita às equipas que compõem as respostas sociais do concelho em questão. Para além da necessidade de integração de outros técnicos superiores, tais como os profissionais especializados na área das demências, também referiram a falta de partilha de técnicos entre as instituições e os custos financeiros inerentes à contratação e manutenção da equipa multidisciplinar. Eis que, numa única frase, encontramos um problema e a sua solução: “Porque não implementar esta prática de partilha de técnicos para fazer face aos custos inerentes à sua contratação e manutenção?” Ainda no âmbito dos recursos humanos, os profissionais entrevistados fizeram menção a outras necessidades, entre as quais, se destaca: a necessidade de integração de recursos humanos com perfil para a função para a qual será contratado, a garantia de uma formação contínua e adaptada à função e respetivo contexto de trabalho e a melhoria dos meios de comunicação, (in) formação e sensibilização no seio da estrutura organizacional.

Talvez devido à falta de recursos ou não, a verdade é que os profissionais referem ainda ao nível dos condicionalismos, a dificuldade das instituições em fornecer uma resposta ajustada às necessidades físicas e cognitivas da pessoa idosa, que já chega à Instituição com elevados níveis de dependência. Os planos individuais deixam de ser exequíveis e o sedentarismo domina o espaço, a rotina e a vida das pessoas idosas. O respeito pela

privacidade da pessoa idosa e o seu impacto na prestação dos cuidados foi igualmente mencionado, podendo, segundo o *template* analisado, tornar-se um entrave na prestação dos cuidados no apoio domiciliário, em particular na fase de admissão e acolhimento do cliente. Este foi um dos condicionalismos assinalados neste tipo de resposta. É clara, para os profissionais entrevistados, a importância de envolver os familiares e/ou outros membros próximos na vida da pessoa idosa, na resolução dos seus problemas e na construção e consolidação do seu bem-estar. Para que o ser humano possa ser trabalhado, melhorado nas suas várias dimensões, de forma holística, torna-se necessária a implicação de uma equipa multidisciplinar, como também e, sobretudo dos membros familiares, para que todos estejam informados, conscientes, responsáveis da sua missão, protegendo e amparando a pessoa idosa.

Por fim, ainda no que respeita aos condicionalismos das respostas sociais, os entrevistados exploraram ainda, algumas questões inerentes aos apoios estatais facultados para a manutenção e dinamização destas respostas. Tendo por base os relatos analisados, os financiamentos estatais permanecem insuficientes para o enriquecimento das respostas sociais atualmente em funcionamento. Consequentemente, existe uma incapacidade financeira por parte das instituições para investir no aperfeiçoamento dos seus serviços. Existe ainda, de acordo com os relatos apresentados, rigidez ao nível das políticas sociais e económicas face a casos de exclusão social e aos acordos criados e aplicados pelo Instituto da Segurança Social (ISS) relativamente às respostas sociais destinadas a prestar apoio à população idosa portuguesa, os quais apresentam ainda limites, não se adequando, segundo estes, às reais necessidades da população a que se destina.

#### 2.1.4. Potenciais ações de melhoria ao nível das repostas sociais

Esta categoria de análise, tal como a anterior, catalogou inúmeras afirmações de relevo, que possibilitaram a extração de conclusões muito pertinentes e que agora fazem todo o sentido de

serem abordadas. Deste modo, os profissionais entrevistados consideraram necessário a implementação de ações a vários níveis, designadamente:

Ao nível das equipas de trabalho. De acordo com o relato dos participantes, as diversas respostas sociais devem investir na constituição das suas equipas de trabalho. Estas devem ser compostas por elementos de diversas áreas ou especialidades, para que se possa efetivamente “trabalhar” a pessoa idosa de forma holística. Assim, a multidisciplinaridade bem como a transdisciplinaridade devem estar bem presentes na rotina das referidas estruturas organizacionais. Só desse modo, alcançarão os objetivos a que se propõem. Por outro lado, os profissionais salientaram ainda, a relevância da cooperação entre colegas de trabalho, realçando o espírito de camaradagem enquanto denominador comum, no alcance de um clima organizacional harmonioso e frutífero.

*E4: “Eu sou assistente social, e a Segurança Social obriga-te a ter um assistente social, obriga-te a ter enfermeiros, a parte da psicologia já é facultativo, tens ou não tens. Talvez não deveria ser assim! Da mesma forma que é obrigatório teres um assistente social e um enfermeiro, deveria ser obrigatório ter um psicólogo, e lá voltamos nós às demências...”*

A cooperação previamente abordada deve, igualmente, estender-se para fora dos sistemas organizacionais. A partilha de boas práticas e porque não, de profissionais especializados, poderá ser uma mais-valia para quem trabalha neste contexto e obviamente para as pessoas idosas, as quais terão as suas necessidades supridas de forma mais eficiente e com efetiva qualidade. Tal como foi mencionado na categoria de análise anterior, esta possibilidade poderá servir igualmente para ultrapassar potenciais dificuldades ou limitações financeiras, por parte da Instituição, inerentes à contratação e manutenção destes recursos humanos.

*E4: “Mas era interessante fazer uma bolsa de técnicos. Práticas, partilha de técnicos”*

As mudanças devem igualmente ser operadas, segundo os profissionais, ao nível da estrutura, organização e serviços prestados nas diversas respostas sociais, devendo existir continuamente, por

parte dos dirigentes, uma preocupação premente em refletir no grau de adequação destes serviços face às necessidades das pessoas idosas. Não se trata meramente de inovar por inovar, mas que a Instituição sirva os propósitos para os quais foi criada.

*E6: “Daqui a dez anos, espero que sim, que realmente aconteça. Existem muitos modelos de lar e, se calhar, residências mais autónomas em que as pessoas... Há certos sítios em Portugal, já existem umas residências em que cada pessoa tem a sua casinha e podem desenvolver certas competências sozinhas mas têm uma supervisão por trás. Portanto, se calhar outro modelo de lar, outro... Que sejam mais autónomos... Casa deles, não sei. Umas residências individuais, outro estilo”.*

O voluntariado emerge neste contexto como uma ideia claramente inovadora e que embora tenha sido abordada como sendo benéfica para todos os elementos envolventes, se devidamente planeado e implementado permanece, contudo, como uma prática pouco frequente no contexto das respostas sociais do concelho de Fafe. Por sua vez, a temática do “envolvimento da família na promoção da qualidade de vida do idoso” foi transversal a todas as entrevistas. Todos assumem e reconhecem que é necessário fazer algo no sentido de inverter o cenário atual. Para os entrevistados, este envolvimento continua escasso ou insuficiente. Tal como foi mencionado anteriormente, a família e/ou outros membros significativos podem contribuir para um maior e melhor conhecimento da pessoa idosa, para além de constituir uma forte fonte de bem-estar e felicidade, na maioria dos casos. O distanciamento da família pode favorecer, assim, a emergência da solidão e, conseqüentemente, todas as problemáticas geralmente associadas a esta condição.

Na análise dos conteúdos foi possível ainda identificar dois conceitos de extrema relevância neste campo de estudo: “envelhecimento ativo” e “envelhecimento positivo”. Segundo os participantes urge incutir nas rotinas institucionais, práticas, ações e atividades que prezem ou respeitam esta premissa, de que é de todo importante promover junto da população idosa um envelhecimento ativo e positivo. Os idosos devem continuar a envolver-se em múltiplas atividades e ações do seu interesse, bem como em assuntos

respeitantes à sua comunidade, sentindo-se confiantes e úteis, com projetos de vida com significado e sustentando com um olhar positivo e esperançoso o futuro! O processo de envelhecimento não deve ser encarado como estando meramente associado a alterações negativas ou declínios e os técnicos podem e devem contribuir para a mudança de mentalidades e percepções face a este processo.

*E1: “O meu irmão e a minha cunhada são pessoas que prezam muito por esse tipo de envelhecimento ativo. Eles têm sessenta anos mas nem parece! Estão impecáveis e vão todos os dias para o trabalho que cumprem religiosamente e [envolvem-se em] ações culturais, desportivas, e agora estão chamando essas pessoas também. Não criando alguma empatia com as pessoas e elas acabam por ficar. Às vezes é isso, o tipo de abordagem que é preciso ser feito (...)”.*

Embora os profissionais reconheçam que o Município em questão esteja a implementar importantes e benéficos projetos em prol da população idosa, algumas afirmações refletem a necessidade de criação de programas municipais com objetivos mais específicos e que abranjam mais pessoas idosas, em particular, a população mais dependente. Os participantes também reconheceram a necessidade de realização de diagnósticos regulares e eficazes. Estes poderão ser levados a cabo quer pelos dirigentes das diversas respostas sociais, quer executados a um nível mais abrangente, ou seja, pelos Municípios ou outras entidades estatais.

*E5: “Portanto, é uma questão de haver um plano metódico e mais rigoroso daquilo que efetivamente queremos fazer para o nosso concelho”.*

Um dos grandes temas que se pretendia explorar e debater nas diversas entrevistas individuais emerge sob a forma de uma potencial ação de melhoria a implementar no contexto das respostas sociais. Embora os profissionais reconheçam a importância das ERPI's, quatro dos oito entrevistados entendem que a integração da pessoa idosa neste tipo de resposta deve ocorrer quando forem excluídas as outras possibilidades. Para estes, é possível evitar, retardar a institucionalização e até mesmo manter a pessoa idosa no seu domicílio, mediante a implementação de outros serviços em SAD e assegurando uma prática de maior proximidade e de acompanhamento técnico ao cliente, em particular, quando se registam níveis de dependência significativos e/ou a

fragilização/inexistência de uma retaguarda familiar. Contudo, é de realçar que foi igualmente frisada a relevância de se respeitar o livre arbítrio da pessoa idosa, na seleção da resposta social a integrar, quando esta se encontra consciente.

*E1: “Ir para o lar ou [outro] tipo de Instituição, [tais como os] cuidados continuados, [apenas] quando realmente em casa já não existir condições para que possam continuar a viver ali com dignidade. Porque existe uma altura em que as pessoas deixam de ter em casa as respostas necessárias”.*

*E2: “Claro que sim! Fazer sentir o utente útil, envolvendo, não é? (...) Isso é muito importante, porque a pessoa tem sempre a sua autonomia, tem sempre a sua resposta e muitas vezes nas instituições não existe isso. Decidem por eles!”*

No domínio das políticas sociais e económicas, os participantes envolvidos traçaram reflexões muito produtivas. Segundo estes, torna-se imperativo uma intervenção mais ativa e intrínseca por parte das entidades estatais, no sentido de se operarem mudanças ao nível i) das mentalidades da população portuguesa; ii) na criação de respostas que fomentem a qualidade de vida das pessoas idosas; iii) na elaboração de políticas sociais que apoiem quem mais precisa, nomeadamente pessoas que detenham um reduzido potencial financeiro; iv) na criação de leis e respetiva tomada de decisão por quem efetivamente conhece a realidade em questão e v) na delegação de uma maior capacitação e nível de autonomia das juntas de freguesia na resolução de determinados problemas.

Quando abordamos a temática do envelhecimento ou das estruturas de apoio à pessoa idosa, o papel dos cuidadores emerge de forma espontânea. Muito se tem esmiuçado sobre este papel e até mesmo, sobre o impacto desta função no bem-estar físico e psíquico desta figura e respetivo apoio prestado. Não obstante, esta tomada de consciência por parte da comunidade, profissionais e entidades estatais, o apoio aos cuidadores permanece uma área de trabalho num estado ainda muito primário, de acordo com o relato dos participantes. As ações estão a ser implementadas, mas de forma

muito lenta e ainda não ao alcance de todos. O *burnout*<sup>1</sup> tem conquistado terreno no quotidiano dos cuidadores formais e informais, refletindo-se notoriamente, na qualidade dos serviços prestados e, obviamente, no bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa que recebe o cuidado (Barreto, 2018).

*E3: “Deveriam existir mais centros de noite e centros de acolhimento temporário para que as pessoas possam deixar os seus familiares em segurança, para [que] os cuidadores informais possam ir também em segurança passar uns dias de descanso, evitando assim o burnout”.*

A personalização dos cuidados/serviços prestados pelas respostas sociais foi outro aspeto assinalado pelos diversos profissionais e que poderá favorecer a satisfação das necessidades individuais da pessoa idosa, sejam elas as mais básicas ou de maior complexidade. O respeito pela individualidade, autonomia e a humanização dos cuidados deve, segundo os discursos analisados, ser uma constante na rotina institucional. Os participantes fizeram referência à atribuição de um papel mais ativo do idoso na comunidade, envolvendo-o em diversas ações e assuntos respeitantes ao contexto em que se encontra inserido. Segundo estes, esta intervenção, por parte da pessoa idosa, irá culminar em múltiplos efeitos positivos, designadamente: fomentar o seu nível de autonomia, combater a exclusão social, reforçar o seu sentimento de estima e pertença ao grupo/comunidade.

*E1: “Morreu sem dor, sem constrangimentos, sem raiva, sem nada, tranquila da vida. Porque era uma pessoa realmente muito bem tratada! Ela tinha ao redor dela, pessoas da nossa aldeia também. Aquele lar foi implantado numa quinta grande. As pessoas ali eram todas do mundo rural, tinha oliveiras, plantas, árvores. As pessoas saíam para a comunidade (...)”.*

A formação dos cuidadores formais/informais e da sociedade em geral poderá contribuir para a resolução de vários problemas e dilemas associados ao contexto em estudo. Segundo os discursos em análise, a formação dos colaboradores, por exemplo, deve ser

---

<sup>1</sup> *Síndrome de Burnout* – “estado de exaustão e angústia mental, física e emocional, motivação reduzida, sensação de baixa eficiência, podendo também incluir depressão, ansiedade e desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais”(Barreto, 2018, p.9).

contínua e diversificada, de forma a fazer face às diversas problemáticas (p.e. alterações comportamentais em quadros demenciais) e evitar o desgaste físico e emocional destes. De igual modo, urge desmitificar todas as ideias pré-concebidas associadas ao conceito de “envelhecimento”, que em nada favorecem o trabalho desenvolvido neste contexto, bem como as relações estabelecidas e mantidas com a população sénior. Aqui, fez-se ainda referência à importância de se desenvolver ações de formação no que concerne ao modo, como devem ser efetuados os diagnósticos organizacionais e da pessoa idosa.

*E3: “Alterar o paradigma social dos lares. É essencial falar dos temas, preparar as pessoas na comunidade, dar formação contínua aos colaboradores da Instituição, fazer congressos, seminários, palestras para explicar o envelhecimento”.*

O respeito pela dignidade humana encontra-se igualmente patente nas afirmações em análise. Segundo os profissionais, a ação empreendida pelo cuidador deverá estar pautada por humanidade. Por outras palavras, em toda e qualquer ação dirigida à pessoa idosa, deverá ser respeitada e preservada a sua identidade, a sua vontade, as suas capacidades, inclusivamente, a sua aptidão para tomar decisões. Os afetos deverão estar bem presentes nos cuidados prestados, em particular, em momentos críticos e, ainda, deverá ser reconhecido o potencial da pessoa dependente, estudando-se, programando-se e executando-se ações que estimulem esse potencial. Só desta forma, se estará verdadeiramente a respeitar a dignidade da pessoa idosa e este trabalho deve estender-se a todas as pessoas, sem exceção.

*E1: “O que mais falta às pessoas são os afetos! É claro que as pessoas também têm de ser recetivas e as pessoas às vezes têm dificuldade em aceitar as pessoas em casa, têm relutância, porque a vida foi dura com elas. Mas quando se consegue conquistar as pessoas e elas deixam as outras pessoas entrarem, aí é uma maravilha, uma delícia!”*

No que respeita à representação social da velhice, foram também identificadas afirmações que traduzem a relevância de uma formação ao longo do ciclo vital que contribua para a mudança de mentalidades. Para estes profissionais, é preciso repensar o conceito

de envelhecimento, atribuindo-lhe uma conotação mais positiva. Para que a desconstrução de certos preconceitos associados ao conceito de envelhecimento seja possível, deverão ser implementadas ações no seio da comunidade, instituições e famílias. O papel da educação, a formação em fases precoces do ciclo de vida (p.e. através do sistema de ensino) poderá favorecer essa desconstrução, dando lugar a ideias mais realistas e positivas acerca do processo de envelhecimento que contribuirão, certamente, para a melhoria das ações desenvolvidas junto da pessoa idosa. Esta situação poderá ainda ajudar, a população em geral, a envelhecer de uma forma mais serena, positiva e produtiva.

Nesta categoria de análise, as ações intergeracionais emergem como uma dinâmica que se deve manter na vida da população sénior, sendo, contudo, realçados os efeitos benéficos que estas ações produzem quer nos mais idosos, quer nos mais jovens. Nesta transação, os efeitos são bilaterais, com troca constante de ideias, perceções, afetos entre gerações, os quais favorecerão o crescimento pessoal de todos os envolvidos.

*E5: “ (...) Conjugam as faixas etárias e dar-lhes a perceber que no fundo também é uma ação de solidariedade recíproca. Porque no fundo, estamos a ajudar mas também é um momento é que aprendemos com os mais velhos”.*

Finalmente, nesta última categoria de análise foi ainda possível a identificação, por parte dos diversos entrevistados, de diversas formas de desmistificação do conceito “lar”. Para muitos, as pessoas idosas apresentam alguma relutância ou resistência face à possibilidade de integração neste tipo de organização, que poderá resultar de ideias erradas e pré-concebidas que estes tenham acerca destes espaços. Uma das soluções apresentadas passará por dar aos nossos idosos a oportunidade de conhecerem estes espaços ou integrar respostas sociais numa fase anterior à integração em ERPI, por exemplo, para que estes possam conhecer de antemão a realidade das respostas sociais, as suas dinâmicas e os seus principais propósitos. Para os entrevistados, este processo poderá favorecer amplamente a integração posterior da pessoa idosa na respetiva resposta e produzir um impacto favorável no seu bem-estar e qualidade de vida. Importa, ainda, segundo estes, para além de dar a

conhecer os diversos sistemas organizacionais à disposição da população sénior, que se fale, aborde, partilhe, discute na e para a comunidade tudo o que diz respeito a esta população, abrangendo toda a comunidade e adequando os conteúdos ao respetivo público/destinatário.

*E3: “Nós aqui fazemos, já desde há uns meses a esta parte, todos os primeiros sábados de cada mês, um ponto de encontro aberto a toda a comunidade. Precisamente para falar, desmistificar os lares, para olhar de outra forma, mais positiva para estas instituições”.*

Olhando de uma forma holística, mas igualmente focada em cada uma das áreas identificadas, é possível extrair uma importante conclusão. De facto, torna-se imprescindível que ações sejam implementadas internamente, nos processos e dinâmicas das respostas sociais, sejam elas ao nível dos recursos humanos e suas interações/transações para um propósito único, sejam elas ao nível das rotinas e serviços desenvolvidos. Contudo, o cenário aqui esboçado torna-se cada vez mais nítido à medida que se exercita uma reflexão sistemática e informada, de que as ações devem igualmente ocorrer no exterior, isto é, na comunidade. Urge mudar as mentalidades, por forma a desmistificar crenças e preconceitos associados ao processo de envelhecimento e institucionalização: torna-se pois necessário, melhorar as políticas sociais que favoreçam a igualdade de oportunidades, tratamento e respeito pela dignidade humana.

## 2.2. FOCUS GROUP

### 2.2.1. Motivos/razões que conduziram à integração da pessoa idosa numa resposta social

Foi com significativa facilidade que os séniores entrevistados expuseram, de forma segura e clara, as razões que motivaram a sua integração numa resposta social. A expressiva maioria das afirmações prende-se com questões inerentes ao estado de saúde, funcional da pessoa idosa em questão. Esta constatação vai de encontro com o que foi anteriormente exposto. As pessoas idosas, em particular as que procuram uma ERPI, já se encontram num

estado de saúde mais débil, com níveis de dependência significativos. A instalação de uma ou várias patologias e o consequente decréscimo do nível de funcionalidade podem favorecer a necessidade de integração numa determinada resposta social, não existindo contudo uma relação linear. Alguns autores (Pinto, 2013; J. Rodrigues, 1998) afirmam mesmo que esta condição por si só não justifica ou determina esta decisão e que a ausência de uma retaguarda familiar regular e segura ou a incapacidade financeira da pessoa idosa para contratar cuidadores poderá efetivamente motivar a decisão de integração numa resposta social, tal como a ERPI.

As pessoas idosas entrevistadas fizeram menção a outros motivos também apontados pela literatura (Freitas, 2011; Pais, 2006): o isolamento social, a solidão e a presença de uma retaguarda familiar reduzida, fragilizada ou inexistente. Sobre esta questão, relataram que estar sozinho ou sentir-se sozinho constitui uma condição desfavorável, a ser banida do quotidiano e da vida de toda e qualquer pessoa. O isolamento tem sido o resultado da conjuntura socioeconómica registada ao longo das últimas décadas. A desertificação de determinadas zonas do país e a integração dos familiares num mercado de trabalho cada vez mais exigente, absorvente favorecem a emergência de situações de isolamento e casos de solidão por todo o país, e Fafe não é exceção. Segundo Figueiredo (2007), as pessoas que vivem em situação de isolamento social estão propensas a experienciar a solidão e respetivas consequências. A literatura (Neto, 2000; V. Rodrigues, 2013) revela que, efetivamente, estas realidades podem produzir um impacto muito negativo no bem-estar das pessoas idosas e, por esse motivo, a institucionalização surge muitas vezes como a única ou última alternativa. Nas afirmações que se seguem é possível constatar as duas razões supramencionadas:

*E3: “Eu também! [teria morrido, se não recebesse o apoio do SAD]. Se não tivesse ajuda... Que estou em casa sozinho, tenho uma sobrinha que me vai lá dar a insulina, e o médico vai lá a casa... Só tenho medo que me dê alguma coisa de noite e que não possa telefonar a ninguém...”*

*E5: “Eu concordo! No lar tenho sempre com quem falar e em casa estamos a dormir sozinhos...”*

Para além das razões ou motivos apresentados que justificaram a respetiva integração das pessoas idosas, estas fizeram também referência a algumas necessidades pessoais, tais como a importância da socialização para combater a solidão, igualmente evidente nas afirmações anteriormente apresentadas. Por outro lado, se analisarmos cuidadosamente os relatos apresentados pelas pessoas idosas entrevistadas, constatamos que a posição e a vontade da pessoa idosa, a sua tomada de consciência face às suas limitações e respetiva necessidade de integração numa resposta social teve um peso significativo no processo de tomada de decisão final: quando e qual resposta social integrar, se não, vejamos:

*E2: “Então, eu disse-lhe que o lar estava mesmo a abrir e o padre já tinha dito para eu ir para o lar. Então, eu disse-lhe, se ele concordasse ir comigo, íamos os dois para o lar e ele telefonou logo para o padre, e fomos”.*

*E4: “Sentia que precisava que me tirassem a roupa, dessem banho e a minha filha não tinha saúde para me fazer isso. Foi por causa disso que pedi para ir para o lar e então fui”.*

É de todo pertinente fazer referência a esta questão, pois, é crucial considerar a vontade da pessoa idosa e averiguar, quando este está ainda consciente, se entende os motivos que fundamentam essa necessidade e se concorda com tal facto ou não. Neste caso, e segundo os diversos discursos apresentados, uma expressiva maioria referiu ter tido consciência dessa necessidade, tomando, conseqüentemente, a decisão de integrar uma resposta social. No que concerne às razões que motivam a procura e conseqüente integração na resposta de ERPI, Guedes (2010) apresenta a solidão e a perda de autonomia, como principais motivos ou necessidades. Estas razões foram apresentadas pelos participantes do presente *focus group*, tal como foi possível observar nas afirmações acima apresentadas.

### 2.2.2. Dificuldades de integração, por parte da pessoa idosa, numa resposta social

Um dado particularmente interessante, e que poderá fornecer algumas linhas orientadoras de ação futura ao nível das práticas e rotinas das instituições do concelho de Fafe, encontra-se

relacionado com o processo de acolhimento e integração da pessoa idosa numa resposta social. Todas as pessoas idosas que integraram o *focus group* referiram dificuldades significativas ao nível da adaptação a este novo contexto e a toda a dinâmica a ele inerente. De uma forma genérica, as pessoas idosas referiram que existiu uma dificuldade acrescida em deixar “tudo o que tinha sido construído até aquele momento”. Por outro lado, os próprios idosos confidenciaram deter crenças negativas associadas à institucionalização, situação essa, que poderá ter dificultado o respetivo processo.

*E6: “Faz um ano no dia 31 de maio. Estou sozinho há 16 anos, e os meus filhos é que diziam às vezes que devia de ir para o lar mas eu nem queria ouvir falar naquilo”.*

Não obstante as dificuldades com que se depararam, os participantes do *focus group* realizaram um balanço muito positivo, face à etapa posterior à integração. Segundo estes, existiu um apoio na fase inicial (processo de acolhimento e integração) que fez toda a diferença e que favoreceu nitidamente o processo de adaptação ao novo contexto e respetivas rotinas. De facto, e a própria literatura assim o indica (Carneiro, 2012; Carvalho & Dias, 2011; Perlini, Leite & Furini, 2007; Santos, 2010; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004), o trabalho desenvolvido neste momento é de todo imprescindível, para que a pessoa idosa se sinta como parte integrante de um todo. A estabilidade emocional é uma condição necessária, indispensável para que se possa desenvolver um trabalho profícuo junto da pessoa idosa. Só dessa forma, se poderá trabalhar as várias dimensões ou áreas de funcionamento da pessoa em questão, de forma favorável e positiva. Sem a sua colaboração, pouco ou nada se fará em termos de intervenção. De salientar ainda, que os familiares poderão exercer um importante papel nesta etapa.

*E2: “E eles foram cuidando de mim, tratando, especialistas... Fui melhorando até que com muito tratamento melhorei muito e hoje digo sinceramente... foi o melhor passo que podia ter dado”.*

2.2.3. Follow-up da respetiva integração numa resposta social e possibilidade de “regressar” ao domicílio com um tipo de resposta mais integrada/completa

De uma forma genérica, todos os participantes referiram ter tido dificuldades acrescidas face à adaptação ao novo contexto e/ou serviços prestados pela Instituição, particularmente, os que se encontravam integrados à data do *focus group* numa ERPI. Foi notória, a detenção, nos relatos apresentados, de crenças com conotação negativa associadas ao conceito “lar”, no momento que antecedeu o respetivo processo de integração na resposta social. Estes idosos afirmaram, de igual modo, que a integração em ERPI se deveu por motivos de saúde, isolamento, solidão e fragilidade ou ausência de retaguarda familiar e que a sua ida para a ERPI se tornou a única alternativa ou solução face à condição em que se encontravam.

*E2: “Foi a minha infelicidade, adoeci (...) estive nove meses, e ultimamente antes de ir para o lar estive três meses e meio, não podia levar comer à boca, não podia fazer nada (...) Depois... eu não tinha ninguém! Não tenho filhos, não tenho nada... só os sobrinhos e cada qual está na sua vida agora. E o meu marido... As nossas casas não eram apropriadas para o meu marido poder pegar em mim e levar-me à casa de banho e eu desmaiava muito”.*

Tal como foi referido previamente, as afirmações traduzem um aspeto de enorme relevância. Todas as pessoas idosas tomaram a decisão de forma livre e como resultado de uma tomada de consciência das suas necessidades atuais. Esta condição poderá ter ajudado as pessoas idosas a ultrapassarem as dificuldades sentidas, na fase inicial deste processo de mudança e adaptação. Embora o processo de adaptação tenha sido difícil para estes idosos, todos referenciaram, no momento da recolha dos testemunhos, uma integração atual à estrutura organizacional muito positiva! Todos os participantes encontravam-se à data, amplamente satisfeitos com a dinâmica e os serviços prestados pela Instituição, da qual fazem hoje parte integrante.

*E4: “Eu não voltava atrás, eu já devia ter ido há mais tempo!”.*

Face à possibilidade de regressarem para casa, com um serviço ao domicílio mais amplo, personalizado e contínuo no tempo, o

“receio face ao desconhecido” dominou a larga maioria dos relatos apresentados. O facto das suas necessidades mais básicas e até outras mais complexas, tais como as necessidades de segurança e estima, estarem atualmente satisfeitas justifica o nível de satisfação manifestado ou expresso nos discursos e respetiva posição destes, face à questão colocada: “Se tivessem oportunidade de viver mais tempo nas suas casas ou num ambiente familiar, tendo apoio de um profissional ao domicílio durante 24 horas, optariam por ficar em casa? Ou sentem maior segurança no lar?”:

E2: *“Eu não estou arrependida! Nada... Não, não, eu estou bem! (...) Tenho comida na mesa... Sim, sinto-me mais segura”.*

E4: *“Eu não voltava atrás, eu já devia ter ido há mais tempo! Eu não voltaria a casa porque não tinha garantia de nada, e eu estou bem onde estou. Eu acho que está bem...”. [Considera que está tudo bem no SAD, que não existe necessidade de melhorar nada. Satisfeita com os serviços atuais].*

E5: *“Eu concordo! (...) No lar tenho sempre com quem falar e em casa estamos a dormir sozinhos...”.*

Posto isto, e contrariamente ao exposto pelos profissionais entrevistados, os idosos não reconhecem a necessidade de aperfeiçoamento das respostas sociais. De igual forma, constata-se uma dificuldade em identificar necessidades várias e a sua importância na promoção da qualidade de vida. Tomamos como exemplo, a necessidade de realização. Esta observação não invalida contudo, a posição das pessoas idosas face a este tipo de questão ou outras colocadas neste domínio, mas sensibiliza-nos para a necessidade de se desenvolver um trabalho mais árduo e minucioso neste âmbito de investigação, principalmente, quando se trata de entrevistar pessoas idosas, com determinado nível de literacia e/ou *background* cultural. Embora tenha sido atribuída especial relevância às categorias anteriormente citadas, importa fazer uma breve referência às restantes categorias, pois, assumem uma importância significativa. Assim, foram assinalados, pelos entrevistados, alguns “pontos fortes” das respostas sociais em estudo, bem como o impacto destas na promoção da sua qualidade de vida. De uma forma genérica, as pessoas idosas presentes neste *focus group* reconheceram como “pontos fortes”: i) a flexibilidade ao nível das

saídas ao exterior; ii) o apoio na satisfação de necessidades várias; iii) o fomento da longevidade iv) e a redução do nível de inquietações relacionadas com o cumprimento de determinadas tarefas, que antes eram da sua inteira responsabilidade. As pessoas idosas assumem que a integração em ERPI e SAD se traduziu numa melhoria da qualidade das suas vidas, pois, segundo estas, as estruturas fornecem resposta às suas necessidades, pelo menos, àquelas que são reconhecidas para eles, como sendo as mais importantes, com impacto na satisfação pessoal, saúde e respetiva qualidade de vida.

*E4: “A minha vida melhorou, tenho mais sossego, não tenho com que me preocupar. Eles põem-me a medicação pronta, comida na mesa. Deixei de ter preocupações de pagar a contribuição, a luz... e ajudam-me a tirar as calças e as meias. Como eu não me posso agachar, sentia a necessidade de alguém que me ajudasse. E arranjei quem me ajude!”*

Como principais limitações ou condicionalismos, apenas apontaram o facto de não poderem tornar o seu espaço (tal como os quartos) mais pessoal, íntimo, familiar e a falta de assistência de forma contínua, no caso do SAD. Aqui, de realçar, que a pessoa em causa, não reconheceu ou identificou de forma espontânea e autónoma esta limitação, mas a sua afirmação leva-nos a fazer esta inferência:

*E3: “Eu também! [teria morrido, se não recebesse o apoio do SAD]. Se não tivesse ajuda... Que estou em casa sozinha, tenho uma sobrinha que me vai lá dar a insulina, e o médico vai lá a casa... Só tenho medo que me dê alguma coisa de noite e que não possa telefonar a ninguém...”*

Por fim, no que concerne a aspetos a melhorar, os participantes não conseguiram reconhecer potenciais ações de melhoria, no entanto a partilha de uma experiência pessoal resultou na identificação de uma possível ação futura, no sentido de dar resposta a casos específicos, eis o exemplo da importância do voluntariado, que passamos a citar: um dos participantes presentes no *focus group* referiu ser voluntário numa Instituição, recebendo em troca, segundo as suas palavras, as refeições. A pessoa em questão integra atualmente o SAD desta Instituição, enquanto cliente. Podemos aqui deduzir que a ação empreendida por parte da pessoa

idosa, acaba por satisfazer múltiplas necessidades, entre as quais: fisiológicas, segurança, amor/relacionamento, estima e autorrealização. O voluntariado poderá assumir, segundo o relato de algumas personalidades que trabalham nesta área (Morrow-Howell, Hong & Tang, 2009; Willigen, 2000), uma relevância extrema nesta etapa do ciclo de vida, ao produzir um impacto extremamente benéfico no bem-estar da pessoa idosa que pratica o voluntariado. Podemos até afirmar, que o impacto positivo é bidirecional: na pessoa idosa que exerce o ato de voluntariado e na pessoa que recebe o apoio. Tal como já foi referido previamente, os profissionais reconheceram igualmente a importância do voluntariado, reconhecendo-o como algo inovador e benéfico para todos os agentes envolvidos nesta dinâmica.

### III. CONCLUSÃO

Pretendeu-se assim com este estudo, efetuar um screening à realidade da população idosa, no concelho de Fafe, e das respostas sociais criadas para dar resposta às suas necessidades. Para além desta análise, e da respetiva identificação das potencialidades e limitações deste contexto, procurou-se, igualmente, com esta investigação, sensibilizar a comunidade em geral e técnicos em particular, para a relevância de se avaliar continuamente as necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e económicas das pessoas idosas, para posterior reajustamento das respetivas respostas.

Em forma de conclusão, torna-se necessário regressar aos objetivos inicialmente traçados no início do presente estudo e às respetivas questões de investigação. De uma forma genérica, não foi possível recolher informação suficiente para fornecer uma resposta à questão, “quais as principais necessidades sentidas junto da população idosa residente na comunidade e que ainda não recebe qualquer tipo de resposta/apoio institucional?”. Embora as entrevistas individuais tenham disponibilizado alguns dados interessantes, nomeadamente, ao nível dos benefícios dos centros de convívio e programas municipais dirigidos à população idosa, o simples facto do *focus group* não incluir este tipo de população acaba

por limitar a elaboração de uma resposta informada, completa e realista no que respeita às principais necessidades desta população. No que concerne ao primeiro objetivo e respetivas três questões de investigação a ele associado, quer as entrevistas individuais, quer o *focus group* foram produtivos e favoráveis. A população idosa entrevistada apenas não forneceu qualquer dado no que respeita à realidade das demências. Foi possível, em ambos os “momentos” da investigação, recolher informações sobre os principais condicionalismos das respostas sociais e necessidades da população idosa institucionalizada, residente no concelho de Fafe, apesar dos conteúdos terem sido mais esmiuçados na primeira fase da investigação (entrevistas individuais aos profissionais).

De ressaltar que todos os profissionais forneceram importantes contributos no que respeita ao panorama dos quadros demenciais, reforçando a ideia de que efetivamente as respostas sociais não se encontram atualmente preparadas para responder de forma eficaz às necessidades da população idosa portadora de demência, para além de terem igualmente sublinhado a premência de um investimento imediato, no que respeita à criação de serviços e/ou equipamentos de apoio ao cuidador informal. Por fim, no que respeita ao último objetivo e respetiva questão de investigação, as pessoas idosas entrevistadas apresentaram dificuldade em explorar a seguinte questão: “Se tivessem oportunidade de viver mais tempo nas suas casas ou num ambiente familiar, tendo apoio de um profissional ao domicílio durante 24 horas, optariam por ficar em casa? Ou sentem maior segurança no lar?” Esta situação poderá dever-se ao facto destas estarem satisfeitas com o contexto no qual estão inseridas, encontrando-se numa condição de saúde e bem-estar visivelmente mais favorável comparativamente à etapa anterior, que motivou a integração na respetiva resposta social como também, dever-se à dificuldade das pessoas idosas em perspetivar e opinar sobre uma realidade para elas, ainda, desconhecida ou inexistente, à data em que tiveram de optar pelo ingresso em ERPI. Em contrapartida, os profissionais apresentaram uma postura mais aberta e recetiva face à possibilidade de uma melhoria das respostas sociais atuais, em particular do SAD, apesar de reconhecerem e

“aplaudirem” os avanços registados neste domínio.

Todos os profissionais reconhecem que as necessidades e os desafios da população idosa vão se alterando e as respostas sociais devem ajustar-se aos mesmos. Segundo estes, a mudança destas estruturas não se deve cingir a um aperfeiçoamento interno, isto é, relativamente aos seus processos, dinâmicas e recursos. A mudança deve estender-se ao exterior (p.e. comunidade; entidades estatais). Foi frequente encontrar afirmações que valorizavam a importância do voluntariado, envolvendo os mais jovens a preocuparem-se mais com os seniores da sua localidade, a necessidade de se desmitificarem estereótipos, preconceitos associados à noção de envelhecimento e ao processo de institucionalização, a relevância da educação na mudança das mentalidades e na promoção de um processo de desenvolvimento e envelhecimento cada vez mais ativo e positivo, a urgência de se reformular as políticas sociais, no sentido destas refletirem cada vez mais o propósito para as quais foram criadas, e delegar mais tarefas e responsabilidades às juntas de freguesia na sinalização e resolução de certos problemas sociais identificados junto da população idosa da região a que está afeta, entre outros aspetos. Esta constatação, por si só, emerge como um importante contributo à última questão de investigação apresentada, e que vai de encontro à noção de “Lar Horizontal” concebida por Duque (2017).

Sugere-se, assim, em futuras investigações que as questões de investigação apresentadas, ou outras da mesma natureza ou desenvolvidas com o mesmo propósito, sejam trabalhadas e reformuladas, bem como expostas e exploradas junto da população idosa não institucionalizada. É possível concluir, sim, que os profissionais estão bem conscientes dos desafios e aspetos a melhorar ao nível da relação com a população idosa e respetivas respostas sociais, faltando, contudo, algum impulso ou reação por parte de quem detém o poder para proceder a essa mudança necessária e urgente. No entanto, relativamente a esta questão, tal como deve ocorrer no dia-a-dia, devemos sempre ter em conta a pessoa idosa, já que é ela a recetora do(s) respetivo(s) cuidado(s). É a população idosa que melhor conhece as suas necessidades,

podendo fornecer importantes contributos no que concerne às mudanças que devem ser operadas interna e externamente às estruturas de apoio existentes. A percepção e perspectiva dos profissionais deverá ser vista sempre no entanto, como um importante complemento, na medida em que compilam a experiência, o conhecimento técnico e científico necessários para a construção de um novo conhecimento ou verdade mais integrada, global e real face àquilo que são as reais necessidades da população idosa. Posto isto, não devemos, nunca, descurar nenhuma das duas perspectivas, já que ambas são indispensáveis na compreensão e evolução desta realidade.

#### IV. BIBLIOGRAFIA

- Barreto, M. (2018). *Burnout no Cuidador Informal e Estratégias de Coping*. (Mestrado integrado em Medicina). Faculdade de Medicina: Universidade de Coimbra, Coimbra, p.9.
- Carneiro, M. (2012). *Gerontologia e qualidade de vida: reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40: Pp. 161-184.
- Daniel, F., Antunes, A. & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, 3: Pp. 291-301.
- Duque, E. (2017). Sociedade geradora de vulnerabilidades. Misericórdia de Braga: *Revista da Santa Casa da Misericórdia de Braga*, 13: Pp.447-452.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos: Perceção em função da rede social*. (II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada). Faculdade de Ciências Sociais: Universidade Católica de Braga (Pp.1-84).
- Guedes, J. (2010). *Viver num Lar de Idosos: Identidade em Risco ou Identidade Riscada?* Lisboa: Coisas de Ler.
- Guedes, J. (2014). *Cuidados formais a idosos – desafios inerentes à sua prestação*. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença - Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (Pp.1 – 29). Lisboa: Coisas de Ler.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente 2015 - 2080*. Disponível em: <https://www.ine.pt>.
- Morrow-Howell, N., Hong, S. & Tang, F. (2009). Who benefits from volunteering? Variations in perceived benefits. *The Gerontologist*, 9 (1): Pp. 91-102.

Neto, F. (2000). *Psicologia Social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.

Pais, J. (2006). *Exilado da vida: a solidão na velhice*. In J. M. Pais (Coord.). Nos rastros da solidão: deambulações sociológicas. Porto: Editora Âmbar.

Perlini, N., Leite, M. & Furini, A. (2007). Em busca de instituição para idoso morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (2): Pp: 1-8.

Pinto, D. (2013). *Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento de pessoas Maiores de 65 anos em Instituições de longa permanência*. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia, Risco e Saúde). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa.

Rocha, A. (2016). *Pessoas com Demência: que respostas sociais em Portugal?* Faculdade de Economia: Universidade de Coimbra (Pp. 11 – 97).

Rodrigues, J. (1998). Razões de entrada para um lar de idosos. *ANTROPOLógicas*, Pp. 187 – 190.

Rodrigues, V. (2013). *A Solidão dos Idosos na Dinâmica do Envelhecimento*. (Mestrado em Gerontologia Aplicada). Faculdade de Ciências Sociais: Universidade Católica Portuguesa, Braga.

Santos, S. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6): Pp.1035-1039.

Silva, A. (2018). *Olhar o passado, pensar o presente e planejar o futuro*. (Trabalho apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social). Instituto Superior de Serviço Social do Porto (Pp. 10 – 50).

Silva, A. & Fossá, I. (2013). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, Brasília/DF* (P.2).

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Cuidados familiares na velhice*. Coleção Idade do Saber. Porto:

Ambar.

Ussel, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Willigen, M. V. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55(B): Pp. 5308 – 5318.



# A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES COMO PILAR DO ENVELHECIMENTO ATIVO

*Natércia Carvalho\* & Eduardo Duque\*\*  
\*Técnica Superior de Serviço Social e Gerontóloga*

*\*\*Professor da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade  
Católica e membro do CECS-Universidade do Minho*

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é um fenómeno intrínseco a todos os seres humanos. O início e a progressão do envelhecimento são profundamente influenciados pelos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, embora existam outros que o potenciam e cujo controlo não está ao nosso alcance (Oswald & Wu, 2010; WHO, 2015; Murtagh, 2017; Serrat, Villar, Giuliani, & Zacarés, 2017).

O envelhecimento e o declínio das faculdades de cada um podem começar a dar sinais em diferentes idades, tendo em conta o estilo de vida, assim como a maior ou menor predisposição para padecer de determinadas patologias ou perturbações.

Quando refletimos sobre o conceito de velhice percebemos que o mesmo é relativamente moderno, definindo-se socialmente segundo o contexto, cultura e história de uma determinada população. Não se trata, portanto, de um conceito universal, ao qual se atribuiu um significado global a todas as sociedades, comunidades e indivíduos.

Jacob (2001) refere que o envelhecimento não se assemelha de todo ao conceito de velhice, considerando que o primeiro tem início a partir da criação do indivíduo e a velhice vai sendo adquirida, ao longo do tempo, manifestando-se através de sinais essencialmente físicos e mentais.

Apesar desta categorização, podemos assumir que a mesma

não deixa de ser um pouco redutora uma vez que todos sabemos que a velhice é um estado que vai muito além da idade cronológica. Existem pessoas de idade avançada que continuam com aspeto jovem pelo seu estado físico e mental sadio e também pela jovialidade de espírito. Por outro lado, existem pessoas jovens com problemas graves de saúde e perturbações mentais, que, muitas das vezes, aparentam mais idade do que realmente têm.

Neste contexto, podemos referir que o idoso é uma pessoa que faz parte de um grupo de indivíduos que atingiu a “terceira idade” e que possui características semelhantes, mas no qual cada um é único e tem capacidades e limitações próprias, que se manifestam de acordo com a sua herança genética e/ou estilo de vida.

Socialmente, considera-se o idoso como um membro de um grupo que alberga, em si mesmo, características idênticas, distinguindo-se apenas na idade cronológica, embora a idade, como variável autónoma, seja muito redutora para se compreender o processo do envelhecimento.

## CONCEITOS ESSENCIAIS DE ENVELHECIMENTO

Enquanto fenómeno social, o envelhecimento da população e, conseqüentemente, das sociedades, impõem-se como um desafio no que diz respeito ao desenvolvimento de comportamentos e esforços para ampliar a esperança média de vida.

Por outro lado, ao nível individual podemos afirmar que o envelhecimento é entendido como um fenómeno de carácter multidimensional e multifatorial, sendo por isso de enorme complexidade, tendo em conta que existe alguma dificuldade em determinar uma definição consensual do conceito (Andrade, 2009).

Trata-se, portanto, de um percurso inevitável e irreversível que pode conduzir o indivíduo a uma situação de dependência e incapacidade, temporária ou permanente. Assim, Cabral (2013, p. 11) refere que a “longevidade traz mudanças radicais do quadro de vida no que respeita, em particular, ao estado de saúde e à participação na vida social”.

Para o autor mencionado, a longevidade do indivíduo significa, concomitantemente, uma exposição mais prolongada a doenças crônicas não transmissíveis. Esta visão parece contrariar a ideia de alguns autores que consideram que o processo de envelhecimento é começar a viver, ao contrário de outros que entendem tratar-se de um processo com início entre a segunda e a terceira décadas de vida, sendo que também muitos ainda defendem que o mesmo ocorre nas fases mais avançadas da vida humana, teoria esta que parece fazer sentido à generalidade da sociedade.

Pimentel (2001) refere que, sendo o envelhecimento humano um processo progressivo, a definição de uma categoria específica que abranja a pessoa idosa, advém de uma organização mais abstrata e estruturada.

Impreterivelmente, no processo de investigação acerca do fenómeno do envelhecimento, cientistas, estudiosos e académicos deparam-se com o carácter cronológico da questão, sendo, por isso, importante refletir sobre a análise da mesma no sentido de estabelecer uma idade ou marco temporal do seu começo. Neste sentido, será possível temporalizar o processo de envelhecimento de uma determinada pessoa?

Conforme refere Arantes (2003), a idade cronológica é considerada um estereótipo, que determina um período ou fase etária do indivíduo, sobre a qual derivam papéis diversos integrados na estrutura social.

Neste contexto, consideramos que não existem padrões ou conceitos universais que caracterizam o envelhecimento, até porque o mesmo sustenta uma série de dimensões socioculturais e políticas inerentes à sociedade em que o indivíduo se insere (Zimmerman, 2005).

O envelhecimento é visto como um fenómeno coletivo e individualizado, procedente do processo biológico e desenvolvimental, desde o nascimento e através de comportamentos e maturações adquiridas, como, as alterações psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Neste sentido, consideramos que o processo de envelhecimento deve ser refletido segundo uma abordagem holística que determine a análise deste

conjunto de fatores e que poderão ser observados em indivíduos com idades biológicas distintas, assim como, com idades cronológicas semelhantes.

Berger e Mailloux-Poirier (1995) distinguem claramente o envelhecimento humano, sustentando uma análise em dois processos fundamentais: o processo de envelhecimento primário ou de senescência normal e o processo de envelhecimento secundário, relacionado com patologias e lesões provocadas pelas mesmas que podem surgir com o avanço da idade. Os mesmos autores referem que “o envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta” (1995, p. 124-125).

Como se referiu anteriormente, o envelhecimento é responsável por um conjunto de transformações a diversos níveis, atingindo com maior ou menor impacto todos os seres humanos com uma idade mais avançada. De facto, com o passar dos anos, o envelhecimento biológico é inevitável, pois, apesar do avanço da medicina e das condições de vida que, atualmente, permitem uma maior longevidade comparativamente a outrora, até agora, nada verdadeiramente impede que as pessoas envelheçam.

À medida que envelhece, o ser humano começa a ver limitadas uma grande parte das suas faculdades físicas. De um modo geral, quando o ser humano atinge uma idade mais avançada é surpreendido por patologias e limitações de ordem muscular, óssea, problemas digestivos, metabolismo, audição, sistema nervoso central, entre outros. Estes problemas não se manifestam de igual forma em todos os idosos e, com o aumento da idade, existe uma maior propensão para que os idosos sofram deste tipo de limitações, embora o envelhecimento não seja de todo um fator que faça dos problemas de saúde uma condição inevitável.

O processo de envelhecimento biológico desenvolve-se naturalmente e, como tal, os indivíduos passam a ter uma maior propensão para sofrerem de algumas patologias e/ou incapacidades, que eventualmente possam ser limitadoras no desenvolvimento normal das suas vidas. Assim, segundo Shepard (1997), do ponto de

vista biológico, quanto mais idade tem o indivíduo, maior pode ser a tendência para o mesmo adoecer, sendo, por isso, maior a probabilidade de morte.

A par do envelhecimento biológico, importa destacar que o envelhecimento psicológico, está intimamente relacionado com as características individuais de cada um, atendendo à forma como o indivíduo reage e se adapta às transformações e desafios que vão surgindo na sua vida. Nesta perspetiva, e face às mudanças severas a que o idoso, nesta fase da vida, pode estar sujeito, o mesmo torna-se mais vulnerável e o fator psicológico tende a ficar bastante fragilizado.

No processo de envelhecimento há uma fase, a que comumente se intitula de “terceira idade”, bastante exigente, na qual o indivíduo experiencia momentos de alguma instabilidade emocional, uma vez que se vivem momentos que implicam perdas e ganhos, sendo as perdas, de uma forma geral, mais evidentes. Assim, nesta etapa de vida, o indivíduo já deixou para trás a preocupação da educação dos filhos, já deixou o emprego e com ele perdeu uma grande dimensão da sua rede social de contactos e a possibilidade de com eles socializar no dia a dia, pode também já ter perdido o seu companheiro de vida e deixou, sobretudo, a sua juventude, o que faz com que esta fase seja uma etapa muito marcada por perdas.

A nível psicológico, a “terceira idade” é, nomeadamente, marcada pela perda e declínio de faculdades cognitivas, uma vez que uma grande parte dos idosos sofre de perdas de memória, confusão de determinadas referências, dificuldade em resolver problemas e lidar com situações novas. É importante destacar que as patologias crónicas são, muitas vezes, difíceis de suportar pelo facto de causarem muito sofrimento e são responsáveis por desencadear outras patologias e perturbações do foro mental, as quais podem ser motivo de grandes preocupações.

Devido à multiplicidade de perturbações mentais que surgem nesta idade, os idosos sentem-se mais vulneráveis e frágeis, pois, não se sentem tão capazes de realizar tarefas como as demais pessoas cujas faculdades cognitivas estão na sua plenitude. Neste sentido, é

frequente verificar que os idosos se sentem desvalorizados e minorizados, o que dificulta a sua integração ou reinserção no contexto social ficando, desta forma, o seu papel social comprometido. Os esquecimentos e falhas de memória são frequentes nesta etapa da vida e, com o seu agravamento, este estado pode passar de perturbação a patologia. As patologias do foro mental são, como se sabe, das doenças mais complicadas e de mais difícil tratamento e cura, o que faz com que este problema seja o catalisador de muitos outros que acabam por suceder na vida do idoso, nomeadamente, a nível sociofamiliar.

Como já se referiu anteriormente, o envelhecimento é, na maior parte das vezes, uma fase de perdas para o idoso, sendo as privações sociais aquelas que mais o afetam. Neste sentido, à medida que o tempo passa e atendendo às circunstâncias de vida de cada um, os laços sociais vão-se soltando. Existem - paradoxalmente aos padrões da sociedade desenvolvida - cada vez menos contextos sociais que possam contribuir para o estreitamento de relações e, por isso, os idosos tendem a socializar menos e isolar-se mais.

Face ao crescente envelhecimento social, foram criadas nas últimas décadas, algumas organizações/instituições de apoio à terceira idade que procuram, fundamentalmente, dar resposta e minimizar este isolamento social (Ferreira, 2011). Contudo, ao longo dos tempos, e a par da preocupação associada à garantia da qualidade de vida do idoso, foram criadas respostas sociais e equipamentos (ex: lares, centros de dia, universidades seniores), dirigidos à terceira idade que, acima de tudo, visavam proporcionar ao idoso a melhor adaptação a esta nova etapa da sua vida, procurando que ele conseguisse lidar, de forma mais natural e equilibrada possível, com as mudanças inerentes ao próprio processo de envelhecimento, no sentido de alcançar as forças necessárias para ultrapassar as perdas decorrentes deste processo.

O envelhecimento é, assim, um processo da vida que, por si só, se torna penoso de suportar pelos diversos fatores negativos a ele inerentes. Além do mais, o aparecimento das rugas, a diminuição das faculdades físicas e cognitivas, a vulnerabilidade, o descrédito que as pessoas sentem para com esta parte da população, são fatores

mais do que suficientes para explicar a tristeza em que muitos idosos vivem.

A estas realidades, acresce a ausência de trabalho, dado que ele desempenha, nas nossas sociedades, um dos papéis mais importantes de integração social. Neste sentido, o idoso sente-se, muitas vezes, sem esperança e sem objetivos de vida por já não se sentir útil e por ter deixado de contribuir para o desenvolvimento da sociedade. A chegada da reforma é o ponto que marca esta quebra na vida do indivíduo, sendo acompanhada por um sentimento de desvalorização do seu estatuto social.

Com o avançar dos anos, a visão que se possui do idoso tem vindo a ser muito alterada. A evolução das sociedades e a introdução de novos valores foram responsáveis pela mudança da visão que se possuía do idoso, que é hoje completamente distinta da de outrora. Antes, o idoso era visto como símbolo da sabedoria, respeito e adoração. Eram os idosos os responsáveis pela transmissão de valores e pela educação dos mais novos, pois, estes detinham o conhecimento supremo, aquele que só se apreende com a experiência de vida (Durán Vázquez & Duque, 2019). Hoje, tudo foi alterado, fruto de metamorfoses sociais e económicas.

O idoso já não possui legitimidade para educar, para transmitir valores ou para dizer como é que as tarefas devem ser realizadas. O respeito e admiração de outrora foram substituídos pelos sentimentos de descrédito, desvalor e incapacidade. Anteriormente, o idoso era responsável por educar os netos e transmitir-lhes os valores que fizessem deles “grandes pessoas”. Como refere Durán Vázquez & Duque (2019, p. 20) “o modelo a ser imitado pela criança foi sempre o dos adultos, exemplo vivo de uma tradição que deve ser assumida para se tornar um autêntico cidadão capaz de intervir na vida pública ao lado de seus iguais”.

Hoje, isso já não acontece, pois, as crianças e os adolescentes passam a maior parte do seu tempo nas instituições educativas onde aprendem e também são educados, pelo que a maioria destes molda a sua personalidade, não com os avós, mas no ambiente escolar, juntamente com as pessoas e colegas com quem convivem. A evolução da sociedade, as diferentes formas de viver individualistas

e o progressivo apego aos bens materiais ditaram uma sociedade indiferente aos problemas do próximo, mais materialista e menos ligada aos valores. Construiu-se, assim, uma sociedade que valoriza o que é jovem, ativo, empreendedor, produtivo e rentável e tudo o demais que não se enquadre nestas tipologias é secundarizado e, de certa forma, dispensável. O idoso, como veremos, enquadra-se aqui como uma luva.

A ausência de produtividade no idoso, aliado ao facto de este necessitar de uma pensão para sobreviver, dado que não exerce nenhuma atividade profissional remunerada, faz com que a sociedade o encare como uma barreira ao desenvolvimento. Assim, podemos referir que o idoso perdeu dois dos papéis mais importantes na sua vida: o trabalho e a educação dos netos. Nesta fase da vida são frequentes os sentimentos de inutilidade por parte do idoso. Na ausência de uma atividade profissional remunerada e com a diminuição ou ausência de participação na educação dos netos, o idoso sente-se sem norte, inútil e, por vezes, sente que até é um estorvo na vida dos seus familiares com quem partilha o lar. Contudo, é importante salientar que este sentimento varia de idoso para idoso e do seu contexto, pois, certos indivíduos adaptam-se melhor a esta fase, assumem as mudanças a ela inerentes e têm uma relação sadia com esta nova forma de viver.

Como se tem vindo a referir, o envelhecimento, enquanto processo, é responsável por um conjunto de mutações na vida do ser humano, nomeadamente, a nível biológico, psicológico e social. Contudo, para compreender este fenómeno é necessário aprofundar o conhecimento acerca da sua tipologia. Desta forma, podemos falar de *envelhecimento primário*, *envelhecimento secundário* e também de *envelhecimento terciário*.

De uma forma simples, podemos afirmar, a partir de autores como Rodríguez Mañas (2000) e Netto (2002) que o *envelhecimento primário*, também designado por envelhecimento normal, é o envelhecimento na sua caracterização mais simples, ou seja, refere-se às alterações inevitáveis e irreversíveis que surgem devido à idade, não implicando a existência de patologias. É importante salientar que o envelhecimento que decorre dentro da normalidade é sempre

marcado por défices cognitivos ligeiros, sendo sempre importante avaliar o seu grau de modo a impedir que estes progridam para uma situação mais grave, muitas vezes marcada por estados de demência.

O *envelhecimento secundário*, também chamado de envelhecimento patológico, refere-se às alterações provocadas pelas patologias decorrentes da idade avançada (Birren e Schroots, 1996; Fuente, 2001). Apesar de possuírem causas diferentes, o envelhecimento primário e secundário encontram-se intimamente ligados e em interação (Spiriduso, 2005). Birren e Schroots (1996) referem que o stresse ambiental e as doenças podem provocar a aceleração dos processos básicos de envelhecimento, podendo estes aumentar a fragilidade do indivíduo a esses fatores.

Por último, o *envelhecimento terciário* refere-se às alterações que acontecem de forma rápida e repentina na velhice e que, em muitos casos, podem levar à morte precoce (Birren e Schroots, 1996; Paúl, 1997; Shephard, 2003).

Além destes tipos de envelhecimento, alguns autores (Fontaine, 2000; Lamb, 2017; Tesch-Römer & Wahl, 2017), como veremos subseqüentemente, apontam também a existência de um *envelhecimento bem-sucedido*, que se encontra inserido numa estratégia de prevenção de doenças e de minimização de todos os efeitos negativos provocados por este fenómeno.

Portanto, para ser considerado um envelhecimento ótimo e bem-sucedido, as pessoas não podem sofrer de incapacidades, doenças, vulnerabilidade e devem sentir-se plenas na sua pessoa (Ferreira, 2011; Tesch-Römer & Wahl, 2017). É importante compreender que o envelhecimento bem-sucedido não depende apenas de características genéticas relacionadas com a menor propensão de doenças e maior resistência à dor, mas também com características individuais de cada um. Muitas pessoas esforçam-se para ter uma vida melhor e tentar ultrapassar os fatores menos positivos relacionados com o envelhecimento. É certo que nem todos os fatores são controláveis, mas o facto de cada uma pessoa tentar ter força para ultrapassar certos fatores negativos, trabalhar para ser mais capacitada e para otimizar as suas faculdades biológicas, comportamentais e sociais, faz com que seja mais capaz

de ultrapassar e/ou de se adaptar às inevitáveis perdas inerentes à idade. Em tudo, na vida, tem de haver um equilíbrio e, por isso, quando vivemos perdas, torna-se necessário contorná-las ou ultrapassá-las através de mecanismos de compensação. Se não for possível ultrapassar essas lacunas, é importante tentar suavizá-las, aceitando-as e encontrando formas para que estas não afetem demasiado a nossa vida, pois, quando somos completamente dominadas pelas mesmas, deixamos de existir, sendo por isso que muitos idosos, apesar de vivos, sentem-se agonizantes, pois, já pouca coisa os alenta a viver.

Quando somos crianças, ansiamos por atingir a idade adulta para sermos mais independentes, mais valorizados e mais reconhecidos pelas outras pessoas. Contudo, quando chegamos à idade adulta e, mais particularmente, à terceira idade, o desejo é contrário, pois, ansiamos voltar atrás no tempo, para voltarmos a ser novos, visto que, quando atingimos esta fase, o que se sente é que o fim vai-se aproximando e as expectativas, aos poucos, vão-se sustendo.

Segundo Fachine e Trompieri (2012), o ser humano sempre se preocupou com o processo de envelhecimento, embora cada pessoa o entenda de diferentes formas. Por vezes, o envelhecimento é encarado como um processo que é compreendido de forma diversa, uma vez que há pessoas que o encaram como algo coibitivo, cheio de obstáculos, vendo o envelhecimento como um impeditivo a ser feliz. Para quem assim o entende, o envelhecimento passa a ser visto como uma fase relacionada com o declínio, a vulnerabilidade e a dependência. Mas há também aquelas pessoas que o compreendem de forma positiva, com serenidade, aceitando e integrando as várias transformações que ele provoca aos longo dos tempos. Estas veem-no como uma oportunidade, com resiliência e sabedoria.

O envelhecimento, como oportunidade, envolve mais obrigações para a sociedade, sendo também é mais exigente para os indivíduos. O envelhecimento é um fenómeno estruturante das sociedades. As sociedades não o podem evitar, mas podem introduzir políticas que auxiliem os seus cidadãos a envelhecer de forma positiva.

O aumento da longevidade sem paralelo na história da humanidade e a tendência contrária de fecundidade são fenômenos associados a profundas modificações sociais, económicas, culturais, incitadoras de novas maneiras de viver e de novas experiências nas distintas fases da vida. Neste contexto, o conceito de envelhecimento apresenta-se como um desafio vasto e complexo às sociedades, visto que este processo é multifacetado e apresenta diversas dimensões: cronológica, biológica, social, económica e cultural. Assim, cada vez mais, se procuram alternativas adequadas de intervenção junto dessa população, tendo como objetivo primordial a melhoria da qualidade de vida e a conservação da capacidade funcional desses idosos.

De acordo com a abordagem de Gunter e Estes (citado por Berger, 1995), os cuidados em gerontologia apoiam-se em alguns fatores, nomeadamente: os idosos representam um grupo heterogéneo, com estilos de vida e necessidades diferentes; os idosos devem ser livres de escolher como e onde querem viver; a maior parte dos idosos é, em geral, saudável; a maior parte dos idosos é membro ativo da sociedade e deseja continuar a sê-lo; o potencial de uma pessoa não está relacionado com a sua idade cronológica; as necessidades de saúde e as necessidades de serviços sociais variam muito entre os “jovens idosos” e os “velhos idosos” e também entre os homens idosos e as mulheres idosas e, finalmente, a manutenção da autonomia da pessoa idosa está mais ligada a fatores socioeconómicos e familiares do que a serviços profissionais.

Desta forma, a gerontologia deve procurar, sobretudo, ajudar os idosos a compreender o envelhecimento e a distinguir os aspetos normais dos patológicos, a controlar o processo de envelhecimento através de intervenções que visem a promoção da saúde, a conservação da energia e da qualidade de vida e, por fim, a solucionar problemas patológicos que acompanhem o envelhecimento.

Percebe-se, assim, que a análise do processo do envelhecimento não pode restringir-se a fenômenos puramente externos relativos à aparência, mas tem que atender ao idoso de forma holística,

compreendendo-o no contexto da sua vida real, com os problemas concretos e não hipotéticos que lhe dizem respeito. Desta forma, o idoso passa a ser visto de forma integral, capaz de entender e assimilar o processo em que se encontra, de se adaptar, crescer e aprender.

Assim entendida, a velhice é uma das etapas mais relevantes da vida do indivíduo, contemplando, naturalmente, vantagens e desvantagens. Contudo, quando se analisa o processo de envelhecimento sob a perspectiva da adaptação, do crescimento e da aprendizagem, o foco analítico passa a concentrar-se no fortalecimento dos benefícios fundamentais desta fase da vida, no sentido de aprender a contornar as desvantagens e perdas, o que permite ao idoso não só viver de forma mais consciente as transformações pelas quais vai passando, mas também viver de forma mais serena e autônoma.

O envelhecimento é um fenômeno inevitável e, neste sentido, encontra-se inerente ao ciclo de vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e de diferenciação. Este foi durante muito tempo entendido como um fenômeno patológico e pensava-se que se encontrava obrigatoriamente relacionado com o desgaste do organismo e, similarmente, com as sequelas das doenças sofridas na infância e na idade adulta. No entanto, hoje em dia, já se possui a consciência de que o envelhecimento não é um fenômeno patológico ou uma doença, mas sim um processo multifatorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. Por vezes, consideram-se e encaram-se todas as alterações e processos num idoso como resultado do seu processo natural de envelhecimento, ignorando os processos patológicos passíveis de tratamento e cura; noutras circunstâncias, atribuem-se certos sinais e sintomas a doenças, originando a realização de exames e tratamentos que são prescindíveis, uma vez que se está a diagnosticar e interpretar o próprio envelhecimento como doença.

Todos os fatores inerentes a esta etapa da vida, associados ao fim da atividade laboral, à possível viuvez, à perda de familiares e amigos próximos conduzem o idoso à solidão e à dependência. Nesta fase da vida, assiste-se, cada vez mais, a um maior isolamento

e à alienação quando existe dependência ou outros eventos que contenham o sentimento de perda de papéis importantes que anteriormente se desempenhava.

Invariavelmente, a institucionalização, ou mesmo o sistema de rotatividade pela casa dos filhos, reforça o sentimento de solidão. Desta forma, percebe-se que um dos aspetos mais visíveis do envelhecimento é a redução ou mesmo a perda das redes sociais (conjunto de pessoas com quem se mantêm relações e que se percebem como significativas ou que se definem como diferenciadoras da massa anónima da sociedade). Em boa verdade, a restrição das redes sociais é um facto normal do envelhecimento, visto que na velhice cruzam-se um conjunto de variáveis que dificultam a manutenção das relações, as quais afetam toda a vida da pessoa e lhe confere alguma instabilidade. Referimo-nos às perdas relacionais (morte de amigos e familiares); vulnerabilidade das pessoas (a saúde física e psíquica deteriora-se com o passar do tempo e o idoso passa a requerer de outras prioridades); barreiras ambientais e contextuais (estereótipo de velhice, diminuição do poder económico); conflitos (nas relações pessoais e sociais). É assim fácil de reconhecer que, com o envelhecimento, as redes sociais ficam mais enfraquecidas, concentrando-se, na maior parte das vezes, nos familiares mais próximos o que, concomitantemente, ocasiona a que se reduzam os níveis de reciprocidade.

Como se vindo a mencionar, há muitos fatores que influenciam o processo de envelhecimento, os quais intervêm e regulam o funcionamento típico ou atípico da pessoa que envelhece. Muitos avanços têm sido realizados para impulsionar a vida saudável nesta faixa etária, tentando-se ao máximo conciliar a longevidade com a saúde, uma vez que, cada vez mais, o aumento da idade não significa viver mal ou adoecer. Apesar disso, é necessário estar vigilante, pois, o envelhecimento demográfico é uma realidade cada vez mais vincada a nível global (United Nations, 2019) e Portugal não constitui exceção (Pordata, 2020).

## OS CUIDADOS QUE SE EXIGEM COM O AVANÇAR DA IDADE

O avanço da idade implica necessariamente maiores cuidados, nomeadamente, no que respeita ao estilo de vida dos indivíduos, sendo que é benéfico adotar-se um estilo de vida mais ativo. Esta visão, pode, no entanto, levantar opiniões e questões controversas, designadamente, quando se considera que o exercício físico deve ser presença ativa na vida da pessoa idosa. Compreende-se que esta análise pode fazer sentido se se observar que o exercício contribui para o aumento da energia, da autoconfiança, da boa disposição e, conseqüentemente, da saúde do idoso.

Segundo Pedroso (2009), a prática desportiva garante ao idoso o funcionamento integral das funções cognitivas necessárias que sustentam a preservação dessas faculdades e previnem a ausência de outras como a memória. Doenças associadas à demência por exemplo, podem ser combatidas através do exercício físico, uma vez que os resultados desta prática nos idosos têm-se verificado muito benéficos. A corroborar esta mesma ideia estão os estudos de Sala (1997), Oliveira (2008), Benedetti, Borges, Petroski e Gonçalves (2008), Ferreira, Diettrich e Pedro (2015) e de muitos outros para quem a prática de algum exercício se correlaciona positivamente com a saúde.

Para além dos benefícios físicos, psicológicos e emocionais que esta prática oferece, o idoso pode ainda beneficiar de importantes resultados na manutenção e prevenção de um cérebro mais ativo e vigilante, que lhe permite desenvolver atividades e realizar tarefas de forma mais ágil e segura.

A prática do exercício físico, ao tornar a pessoa mais diligente, permite também que ela possa usufruir de atividades como a leitura e a escrita. Muitos teóricos (Branco et al., 2015; Bhamani, Khan, Karim e Mir, 2015; Knapen, Vancampfort, Morie & Marchal, 2015; Mendes, Carvalho, Silva & Almeida, 2017; Owaria, Miyatakeb, & Kataoka, 2018) entendem que a prática de exercício físico pode tornar-se o melhor remédio para a depressão e a tristeza que muitas vezes afeta o idoso. Cientificamente, e em termos biológicos, esta

prática produz no organismo uma substância, a endorfina, que desenvolve sentimentos de bem-estar e autoconfiança, além do fortalecimento do sistema imunitário e digestivo, ossos e tensão arterial.

Muitas vezes, nesta fase da vida, podem ocorrer perturbações que afetam o bem-estar do idoso a vários níveis, nomeadamente, ao nível do sono. Também esta situação melhora com o exercício físico regular, que contribui para o equilíbrio de um sono mais descansado e profundo (Pedroso, 2009; Silva et al., 2017).

Um organismo equilibrado é essencial para que se encontrem e desenvolvam as defesas necessárias para possíveis doenças que possam surgir. Deste modo, é importante que a pessoa idosa mantenha um corpo são em mente sã, ou seja, um corpo equilibrado e em forma, prevenindo-o de fatores que possam contribuir para o seu desequilíbrio ao nível da saúde e bem-estar, combatendo a falta de mobilidade que muitas vezes é assumida como uma causa inerente à idade avançada, mas que do nosso ponto de vista, se relaciona, acima de tudo, com a falta de movimento (Maia, 2001).

Contudo, importa referir que o exercício deve adequar-se a cada pessoa, em grande parte pelas questões apresentadas anteriormente, não obstante, a certeza de que a prática de exercício físico ajuda a prosperar a sua força, flexibilidade e postura, otimizando a mobilidade, equilíbrio e coordenação motora do idoso.

A atividade física no idoso vai permitir, assim, que este se sinta capaz de realizar as suas atividades de forma autónoma e independente, mantendo-o ativo física e mentalmente por mais tempo, reduzindo, desta forma, hábitos sedentários que possa ter adquirido ao longo da sua vida.

Com o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo*, em 2012, surgiram inúmeras propostas de exercícios e atividades físicas para idosos, além das imensas atividades e comemorações promovidas, originando debates e espaços de reflexão dirigidas a esta temática. Portugal foi palco, nesta época, de muitas atividades, suscitando em muitos idosos a vontade de contrariar a letargia do tempo. Porém, se é verdade que muito se fez, também é verdade que muito mais se

poderia ter realizado, não fora o mediatismo instalado por detrás deste conceito/evento que gerou, a nível social e entre os movimentos socioeconómicos e políticos, oportunidades de negócio a grandes grupos da área da saúde e do desporto que em pouco ou nada favoreceram a pessoa idosa ou o processo de envelhecimento ativo. Não obstante tais factos, o mais importante é notar que, em muitos casos, se realizaram iniciativas muito enriquecedoras e que, certamente, contribuíram para o início de uma mudança de paradigma junto das comunidades.

Neste sentido, importa salientar que alguns investigadores (Lambertucci, Puggina & Pithon-Curi, 2006; Vila, Silva, Simas, Guimarães, & Parcias, 2013) têm vindo a desenvolver o seu trabalho neste âmbito, referindo os benefícios inerentes à prática do exercício físico diário. Estes estudos determinam ainda, que esta atividade assume uma importância fundamental na rotina semanal do idoso, sendo que cada sessão deve ter uma duração entre 30 a 50 minutos, dependendo da idade e da respetiva condição física.

Assim, numa fase anterior à iniciação da prática desportiva, dever ser realizada a avaliação do estado físico da pessoa idosa, no sentido de se adequar um plano de exercícios compatível com a sua condição física, mas também com os seus hábitos e estado de saúde. A pessoa idosa deve, portanto, ser avaliada/observada por um médico ao nível do aparelho cardiovascular como locomotor (Moreira, R.; Teixeira, R. & Novaes, K., 2014).

Tal como acontece noutros estádios da vida, também os exercícios e atividades físicas para a população idosa, podem ter diversos formatos, ou seja, sessões individuais, a pares ou em grupo.

Segundo Chodzko-Zajko et al. (2009) os melhores tipos de exercício físico adequados à pessoa idosa são os que se relacionam com atividades aeróbias, que por sua vez devem ser adaptadas a cada um, tendo em conta as capacidades físicas que apresentam, sendo a marcha livre, a modalidade mais aconselhável entre as atividades aeróbicas dirigidas aos idosos. Diga-se que, naturalmente, a prática de exercício físico na terceira idade deve ser acompanhada e supervisionada por um profissional qualificado.

Alguns exercícios são determinados segundo os objetivos a

atingir ou a trabalhar com os participantes, a médio/longo prazo. Neste sentido, alguns autores (Ryu, Jo, Lee, Chung, Kim & Baek, 2013) referem que, na sua maioria, são exercícios simples que promovem as capacidades de resistência e bem-estar do organismo.

São vários os autores (Araújo & Araújo, 2000; Spirduoso, Francis & MacRae, 2005; Ruiz-Montero & Castillo-Rodriguez, 2016; Goodwin et al., 2016) que referem que o exercício físico favorece ainda a prevenção de doenças cardíacas, como se tem vindo a observar, bem como, o aumento dos níveis de HDL, ou seja, “o colesterol bom” e a redução dos níveis de LDL, o chamado “o colesterol mau”.

Além destes benefícios para a saúde do indivíduo, investigadores como Raso (2007) e Piette (2015) mencionam outros que os complementam e que são igualmente importantes, como o aumento do consumo de oxigénio, o controlo glicémico mais ajustado, o aumento de energia e de movimento, logo a diminuição de dores, o aumento da taxa metabólica basal, a diminuição do trânsito gastrointestinal, a redução da massa gorda e o consequente crescimento da massa magra, etc.

No universo psicológico do idoso, segundo o relatório da *Help Age International. Global Age Watch Index* (2015), os benefícios que o exercício físico produz assumem grande relevância na sua vida, uma vez que influencia significativamente a qualidade da mesma. Estes benefícios manifestam-se, essencialmente, em sensações de bem-estar, de satisfação, energia, ânimo, os quais transportam para a saúde dos idosos contributos positivos que lhe permitem desenvolver outras capacidades como a *autonomia* e uma melhor *socialização*. Resultados similares já tinham sido apresentados, em 2010, na Revista Americana de Medicina Preventiva, aquando do estudo *Age, Affective Experience, and Television Use* (Deep, Schkade, Thompson & Jeste, 2010).

Posto isto, e após termos apresentado o processo do envelhecimento a nível biológico, psicológico e social, responsável por várias alterações no percurso vital da pessoa, pretende-se agora, na parte prática, avaliar a importância e o impacto da realização de atividades na vida do idoso que se encontra institucionalizado. A par

disto, este estudo pretende também identificar as emoções dos idosos face ao envelhecimento, identificar o conhecimento dos idosos sobre o envelhecimento ativo, analisar as diferenças a nível físico dos idosos numa fase anterior/posterior à realização de atividades, identificar os benefícios das atividades na saúde do idoso bem como avaliar a importância das atividades na qualidade de vida do idoso.

## METODOLOGIA

O estudo em causa recorre à abordagem qualitativa, uma vez que possibilita uma maior compreensão da temática em questão (Duque & Calheiros, 2017), permitindo conhecer as limitações dos idosos, o impacto da realização das atividades na sua saúde e bem-estar físico e social e qual a sua perceção acerca da influência das atividades na sua vida em geral.

Participaram no estudo idosos com idades compreendidas entre os 55 e 90 anos, com capacidades de interagir com o investigador, pelo que não foram incluídos na amostra os idosos que apresentavam défices ao nível das suas faculdades cognitivas, medidas através do *Mini Mental State Examination* (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009, Freitas et al., 2015). Posto isto, este estudo comporta uma amostra de 20 idosos utentes do Centro Social e Paroquial de Molaes, em Celorico de Basto, sendo este centro uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

Relativamente ao instrumento de recolha de dados, optou-se pela entrevista, dado que seria um dos instrumentos mais indicados para a nossa pesquisa (Duque & Calheiros, 2017). Este método de interação com o idoso consistiu em conversas formais e informais, de carácter individual e pretendeu-se perceber o seu interesse pelas atividades realizadas na instituição e que benefícios sentiram na sua realização. Desta forma, elaborou-se um guião que foi aplicado aos idosos que integraram a população do estudo.

A análise de conteúdo foi a técnica de observação documental usada para retirar algumas informações e dados numa vertente de

descrição objetiva e sistemática do conteúdo documental visando interpretar essas informações e conhecer melhor o contexto dos sujeitos em estudo (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 1999);

## RESULTADOS

Como se referiu anteriormente, com a aplicação das entrevistas pretendia-se recolher informação relativa à *importância da realização de atividades no processo do envelhecimento ativo de idosos Institucionalizados*.

Quando questionados sobre *como ocupavam os seus tempos livres*, sobre quais eram as atividades que mais prazer lhes dava e quais as que mais gostavam, os participantes no estudo referiram que ocupavam o seu tempo livre a realizar diversas atividades que gostavam, tais como, ler, pintar, jogar, fazer caminhadas, ginástica e participar nos diversos ateliês promovidos pelo centro. Expressões como “*ocupo o meu tempo livre fazendo caminhadas, conversar, jogar, fazer atividades*” (Entrevista nº 5), ou “*o que eu mais gosto de fazer é cantar, vivo sempre a cantar pelo lar, a caminhar no exterior do lar que tem muito espaço e faz-me sentir bem*” (Entrevista nº 8), foram muito representativas, exprimindo a ideia de que os idosos passavam o tempo livre numa grande panóplia de atividades.

Relativamente à percepção acerca da *importância e do impacto da realização de atividades na sua saúde, bem-estar, satisfação pessoal e qualidade de vida*, as respostas foram também unânimes, revelando que os idosos reconhecem a importância da realização de atividades e o impacto que estas possuem na melhoria da sua qualidade de vida. Uma grande parte dos inquiridos refere que, desde que começaram a praticar as atividades promovidas pelo centro, sentem uma melhoria do seu estado de saúde física e mental. Alguns referem que já não sentem tantas dores nos ossos e nas articulações devido ao facto de estarem em maior movimento e revelam que já não possuem tantas dificuldades de mobilidade, o que é bastante positivo para estimular a sua independência e autonomia. Revelam também que a atividade física os ajudou a melhorar o seu estado saúde, diminuindo os valores de colesterol e diabetes. “*Sim. A*

*ginástica ajuda-me muito na minha mobilidade. Também já não tenbo tanto colesterol porque me movimento mais. Além disso, sinto-me mais entusiasmada com a vida”* (Entrevista n° 15).

Os idosos revelam que as atividades são muito benéficas para o seu equilíbrio emocional e mental, pois, estão mais animados, mais felizes, mais entusiasmados e sentem que ao fazê-las se sentem mais capazes e úteis. As atividades fazem com que eles consigam ter um objetivo no seu dia-a-dia. *“Desde que faço as atividades que me sinto melhor tanto no físico como no psicológico. A ginástica ajuda-me a baixar o colesterol e a ter mais energia. Também já não tenbo tantas dores nos ossos. As atividades ajudam-me a sentir-me mais animado e a não pensar tanto na tristeza que foi a partida da minha mulher”* (Entrevista n° 17).

Todos os utentes realizavam as atividades promovidas pelo centro à exceção de um utente que possuía um problema grave de mobilidade embora este reconheça as vantagens da realização das mesmas: *“não participo devido às minhas condições/ Todas as atividades são enriquecedoras”* (Entrevista n° 6).

Como o convívio social é muito importante sendo, na maior parte das vezes, algo que tende a diminuir na terceira idade, perguntou-se ao idoso se achava que *a realização de atividades eram uma boa forma de estimular o convívio social com os familiares e com os outros utentes da instituição*. Nesta questão, as respostas foram também unânimes, pois, todos os utentes responderam afirmativamente, referindo ainda que os convívios promovidos pelo centro são muitas vezes as únicas oportunidades de reverem a família, já que muitos familiares raramente os visitam. Por isso, referem que este convívio é uma forma de ver a família e, de certa forma, recordar o seu contexto familiar: *“a minha família vem sempre a estes convívios e é bom para mim, para ter mais vezes a visita deles. Também é uma maneira de conviver mais com os utentes do lar”* (Entrevista n° 17); ideia corroborada por outro idoso: *“penso que sim porque assim é uma maneira de a minha família me visitar e também porque assim convivemos mais com os outros utentes”* (Entrevista n° 18).

Preocupados com a condição dos idosos, e visto que eles efetuam diversas atividades incluindo algumas que exigem um certo esforço físico, procurou-se saber se consideravam *as atividades*

*adequadas à sua condição e se estas respeitavam as suas limitações.* Todos os utentes referiram que as suas limitações eram sempre respeitadas e que as atividades eram realizadas de acordo com o ritmo de cada um, em função dos seus problemas e limitações e havia sempre um profundo acompanhamento aos idosos a título individual. Os profissionais, à medida que se vai desenvolvendo as atividades, vão monitorizando a situação, observando o comportamento dos idosos e questionando-os sobre como se estão a sentir. *No centro há muitos utentes que têm problemas de saúde e os técnicos estão atentos a cada um de nós. Acompanham-nos sempre e as atividades são sempre feitas de acordo com os problemas e limitações de cada um*” (Entrevista nº 17); *Eles acompanham sempre o idoso e ajudam. Sabem sempre se temos algum problema ou não e adaptam as atividades à nossa condição. Por exemplo, eu tenho diabetes e quando fazemos ginástica eles estão sempre a acompanhar-me*” (Entrevista nº 18); *“Pelo que eu vejo as pessoas que aqui estão gostam e fazem tudo com alegria*” (Entrevista nº 20).

Como os idosos realizam muitas e diversificadas atividades, procuramos *perceber se sentiam dificuldades em atividades que nunca tinham realizado e se consideravam isso positivo, bem como se se sentiam confortáveis com o facto de aprenderem coisas novas.* A maior parte dos utentes sentiu-se confortável na realização de atividades, mas alguns referiram alguma dificuldade sentida no ateliê de informática por não estarem muito familiarizados com os computadores. Apesar disso, revelaram que, com a ajuda dos profissionais, as dificuldades eram rapidamente superadas e que consideravam determinante a aprendizagem de questões novas: *“Não senti dificuldades, por acaso. Só um bocadinho com os computadores, mas aprendi logo. Acho que ter atividades diferentes é bom porque assim aprendemos coisas novas*” (Entrevista nº 15); *“As meninas andam sempre comigo para trás e para a frente... tudo para eu me conseguir integrar na maior parte das atividades*” (Entrevista nº 13); *“Eu gosto de aprender porque quando era nova não tive oportunidades...”* (Entrevista nº 12).

Por fim, procurou-se *analisar a perceção que o idoso tem de qualidade de vida e se a instituição onde estão inseridos possui as condições necessárias para que estes se sintam felizes e bem consigo próprios.* Os idosos referiram que

a sua qualidade de vida passa por ter saúde, conviver, fazer atividades que gostam, ocupar bem o tempo e serem bem tratados. “É ter saúde, conviver e fazer coisas que gostamos como, por exemplo, as atividades. Se não fossem as atividades do centro, acho que me sentiria inútil” (Entrevista nº 17); “É ter alguém que cuide de mim porque estou velhinho e já não podia estar sozinho em casa.... Aqui no centro, sinto-me como estivesse em minha casa...” (Entrevista nº 9). Referem ainda que, no centro onde se encontram, possuem todas as condições para se sentirem bem. As instalações são acolhedoras, os profissionais são afetuosos e tratam bem dos idosos e há muitas atividades para se distraírem, aprenderem coisas novas, conviver e sentirem-se úteis. Eles revelam que estas condições são fundamentais para se sentirem agradados com a sua vida e para viverem com mais ânimo a etapa em que se encontram. “É claro. São todos muito simpáticos, prestáveis amigos, fazem tudo para estarmos satisfeitos. Aqui sinto-me em casa” (Entrevista nº 17); “É sem dúvida. Eles são muito meigos, amigos, fazem tudo para nos sentirmos bem. Eles tratam-me muito bem e eu sinto-me em casa. Além disso, tem boas condições e muitas atividades que me fazem sentir útil” (Entrevista nº18); “Esta instituição é, sem dúvida, ‘amiga dos idosos’, mas tenho muitas saudades de minha casa, das minhas coisas. Para além de ser muito protegida por todas as pessoas que me rodeiam, sinto sempre aquela saudade de viver em casa, perto dos meus familiares, dos meus amigos que pouco os vejo agora. Aqui, são todos meus amigos e tratam-me muito bem” (Entrevista nº 2).

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram o que a literatura, através de diversos estudos, ao longo dos anos, tem vindo a afirmar sobre o envelhecimento bem-sucedido (Raso, 2007; Eaton et al., 2012; Franklin & Tate, 2009; Hank, 2011; Gopinath, Kifley, Louie & Mitchell, 2016), de que a qualidade de vida dos idosos aumentou significativamente a partir do momento em que começaram a realizar-se as atividades socioculturais desenvolvidas pela própria instituição.

A análise de conteúdo demonstrou claramente que, com a realização das diferentes atividades, os idosos tornam-se mais

alegres, bem-dispostos e entusiasmados, expressando um considerável grau de satisfação pela forma como passaram a enfrentar a vida e os seus problemas no dia-a-dia, dados encontrados também em vários outros estudos (Huijg et al., 2016; Martinson & Berridge, 2015; Cosco et al., 2014).

Também se verificou que as atividades potenciaram o bom clima social na instituição (amizades, relações e convivência com outros utentes, familiares e funcionários da instituição), favorecendo o autoconhecimento e o conhecimento dos demais membros do respetivo Centro que, não obstante partilharem a mesma instituição, nem sempre havia momentos que favorecessem o conhecimento mútuo, pelo que as atividades foram esse meio que suscitaram maiores cumplicidades entre todos os utentes e profissionais da instituição.

Assim, pode referir-se que, de acordo com os idosos que participaram no estudo, as atividades que a equipa propõe contribuem, distintamente, para a sua saúde física, para o aumento da sua autoestima, induzindo mais ânimo e boa disposição em cada pessoa. Foi também notória, segundo os idosos, a melhoria do seu relacionamento com o próximo, fator este determinante nos níveis positivos de satisfação pessoal. Portanto, pode concluir-se que o envelhecimento bem-sucedido está profundamente corelacionado com a realização de atividades na terceira idade, facto que se evidencia na relação entre a frequência destas atividades e os sentimentos de satisfação e de melhoria da saúde, com repercussões diretas na vontade expressa de viver.



## BIBLIOGRAFIA

Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à pessoa Idosa Dependente em contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Braga: Universidade do Minho, Dissertação de Mestrado.

Arantes, P. (2003). *Perspectiva Holística do Idoso: Uma Visão Necessária*. Coimbra: Sinais vitais.

Araújo, D. & Araújo, C. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 6, 194-203.

Benedetti, T., Borges, L., Petroski, E. & Goncalves, L. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 42, 2, 302-307.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata.

Bhamani, M., Khan, M., Karim, M., & Mir, M. (2015). Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 46-51.

Birren, J. & Schroots, J. (1996). History, concepts and theory in the psychology of aging. In J. Birren & K. Schaie (Eds.), *Handook of The Psychologu of agin* (pp. 3-23). San Diego: Academic Press.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Branco, J., Jansen, K., Sobrinho, J., Carrapatoso, S., Spessato, B., Carvalho, J., Mota, J. & Silva, R. (2015). Physical benefits and reduction of depressive symptoms among the elderly: results from the Portuguese "National Walking Program". *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 789-795.

Cabral, M.V. et al. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal. Usos do Tempo, Redes Sociais e Condições de Vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Chodzko-Zajko et al. (2009). Position Stand: Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510-1530.

Cosco, T., Prina, A., Perales, J., Stephan, B. & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 373-81.

Deep, C., Schkade, D., Thomas, W. & Jeste, D. (2010). Age, Affective Experience, and Television Use. *American Journal of Preventive Medicine*, 39, 173-178.

Duque, E. & Calheiros, A. (2017). Questões éticas subjacentes ao trabalho de investigação. *EDAPECI, Educação a Distância e Práticas Educativas Comunicacionais e Interculturais*, 17(2), 103-118.

Durán Vázquez, J. & Duque, E. (2019). *Las transformaciones de la educación. De la tradición a la modernidad hasta la incertidumbre actual*. Madrid: Dykinson.

Eaton, N., South, S., Gruenewald, T., Seeman, T. & Roberts, B. (2012). Genes, environments, personality, and successful aging: toward a comprehensive developmental model in later life. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 67(5), 480-8.

Fechine, B. & Trompiere, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*. 1(20), 106-132.

Ferreira, J., Diettrich, S. & Pedro, D. (2015). The influence of the practice of physical activity on the quality of life of SUS's patients. *Saúde em debate*, 39,106, 792-801.

Ferreira, P. (2011). *Vivências do Cuidador Informal de Doentes Após AVC: Um Desafio à Gestão de Serviços/Cuidados de Saúde*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). A practical state method for. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. & Salgueiro, N. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Franklin, N. & Tate, C. (2009). Lifestyle and successful aging: An overview. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(1), 6-11.

Freitas, S., Simões, M., Alves, L. & Santana, I. (2015). The relevance of sociodemographic and health variables on MMSE

normative data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22(4), 311-319.

Fuente, C (2001). Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. In L. Rodríguez Mañas & J. Solano Jaurrieta (Eds.), *Bases de la Atención Sanitaria al Anciano* (pp.15-55). Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica.

Goodwin, L., Ostuzzi, G., Khan, N., Hotopf, M. & Moss-Morris, R. (2016). Can we identify the active ingredients of behaviour change interventions for coronary heart disease patients? A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 11(4), 153-271.

Gopinath, B., Kifley, A., Louie, J. & Mitchell, P. (2016). Association between carbohydrate nutrition and successful aging over 10 years. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 71(10), 1335-40.

Guerreiro, M.; Silva, A.; Botelho, M. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*. Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia.

Hank, K. (2011). How “successful” do older Europeans age? Findings from SHARE. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 66(2), 230-6.

Help Age International. Global Age Watch Index (2015). Retirado de <https://www.helpage.org/global-agemwatch/reports/global-agemwatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>

Huijg, J., Delden, A., Ouderaa, F., Westendorp, R., Slaets, J. & Lindenberg, J. (2016). Being active, engaged, and healthy: older persons’ plans and wishes to age successfully. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 228-36.

Jacob, L. (2001). Os serviços para idosos em Portugal. In T. Faria & H. Salgueiro (2005). Envelhecimento activo: uma prioridade. *Nursing*, 199, 36-38.

Knapen, J., Vancampfort, D., Morie, Y. & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation. International Multidisciplinary Journal*, 37(16), 1490-1495.

Lamb, S. (2017). *Successful aging as a contemporary obsession: Global perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Lambertucci, R., Puggina, E. & Pithon-Curi, T. (2006). Efeitos da atividade física em condições patológicas. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, 14(1), 67-74.

Maia, J., Lopes, V. & Morais, F. (2001). *Atividade física e aptidão física associada à saúde. Um estudo de epidemiologia genética em gêmeos e suas famílias realizado no arquipélago dos Açores*. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Direção Regional de Educação Física e Desporto da Região Autónoma dos Açores.

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

Mendes, G., Carvalho, M., Silva, A. & Almeida, R. (2017). Relação entre atividade física e depressão em idosos: Uma revisão integrativa. *Revista de Atenção à Saúde*, 15(53), 110-116.

Moreira, R., Teixeira, R. & Novaes, K. (2014). Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), 201- 217.

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.

Murtagh, B. (2017). Ageing and the social economy. *Social enterprise journal*, 13, 216-233.

Netto, M. (2002). História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos. In E. Freitas, L. Py, A. Néri, F. Cançado, M. Gorzoni & S. Rocha (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.1-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Oliveira, B. (2008). *Psicologia do idoso: temas complementares*. Porto: Legis Editora.

Oswald, A. & Wu, S. (2010). Objective Confirmation of Subjective Measures of Human Well-Being: Evidence from the USA. *Science*, 327(5965), 576-9.

Owaria, Y., Miyatakeb, N. & Kataoka, H. (2018). Relationship between social participation, physical activity and psychological

distress in apparently healthy elderly people: A pilot study. *Acta Medica Okayama*, 72(1), 31-37.

Paúl, C. (1997). *Lá para o Fim da Vida- Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.

Pedroso, M. (2009). *A Importância do Controle de Obesidade nos Idosos*. Retirado de <http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do-controle-de-obesidade-nos-idosos/13934>

Piette, J., Striplin, D., Marinec, N., Chen, J., Trivedi, R., Aron, D., Fisher, L. & Aikens, J. (2015). A mobile health intervention supporting heart failure patients and their informal caregivers: A Randomized Comparative Effectiveness Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(17), 142-196.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Pordata. Índice de Envelhecimento (2018). [consultado 20/09/2020] Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Raso, V. (2007). *Envelhecimento saudável - manual de exercícios com pesos*. São Paulo: San Designer.

Rocha, R., Mineiro, L., Boscatto, E. & Mello, M. (2016). Aptidão funcional e qualidade de vida de idosos frequentadores de uma universidade aberta da maior idade. *Journal of Physical Education*, 27, e2725, 2-14.

Rodríguez Mañas, L. (2000). Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp. 153-165). Madrid: Pirámide.

Ruiz-Montero, P. & Castillo-Rodríguez, A. (2016). Body Composition, Physical Fitness and Exercise Activities of Elderly. *Journal of Physical Education and Sport*, 16(3), Art 136, 860-865.

Ryu, M., Jo, J., Lee, Y., Chung, Y., Kim, K. & Baek, W. (2013). Association of physical activity with sarcopenia and sarcopenic obesity in community-dwelling older adults: the Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Age Ageing*, 42, 734-740.

Sala, J. (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología*, 73, 71-87.

Serrat, R., Villar, F., Giuliani, M. & Zacarés, J. (2017). Older people's participation in political organizations: The role of generativity and its impact on well-being. *Educational Gerontology*, 43, 128-138.

Shephard, R. (2003). *Envelhecimento, atividade física e saúde*. São Paulo: Phorte.

Silva, K., Lima, G., Gonçalves, R., Menezes, R. & Martino, M. (2017). Alterações do sono e a interferência na qualidade de vida no Envelhecimento. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11(1), 422-8.

Spirduoso, W., Francis, K. & MacRae, P. (2005). *Physical Dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.

Tesch-Römer, C. & Wahl, H. (2017). Toward a more comprehensive concept of successful aging: Disability and care needs. *The Journals of Gerontology*, 72(2), 310-318.

United Nations (2019). Department of Economic and Social Affairs, Population Division World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles. Retirado de <https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/Line/900>

Vila, C., Silva, M., Simas, J., Guimarães, A. & Parcias, S. (2013). Aptidão física funcional e nível de atenção em idosas praticantes de exercício físico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 355-364.

World Health Organization (WHO) (2015). *World Report on Ageing and Health 2015*. WHO: Geneva, Switzerland.

Zimmerman, G. (2005). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

## ANEXO

### GUIÃO DA ENTREVISTA

#### 1. Dados pessoais

Sexo:

Data de nascimento:

Estado civil: viúvo/a ; casado/a ; solteiro ; separado ; outro/a:

Qual:

Concelho de origem:

Há quantos anos frequenta este centro

Habilitações literárias:

Profissão/Ocupação no passado:

#### 2. Questões específicas

1. Quais foram os motivos que o levaram a ingressar neste Centro? Por que razão escolheu esta Instituição?

2. Para si, o que é mais importante nos serviços disponibilizados pelo centro? Quais são os serviços que valoriza mais na Instituição?

3. Como ocupa os seus tempos livres? O que gosta mais de fazer para passar um tempo de qualidade?

4. Aqui no Centro há, como sabe, várias atividades como ateliês de culinária, de dança, informática, jogos, entre outros. Quais são as atividades que costuma fazer e quais são as suas atividades preferidas?

5. Um dos objetivos da realização de atividades aqui no Centro é promover a saúde do idoso. Acha que as atividades que realiza são importantes para a sua saúde? Notou alguma melhoria no seu estado de saúde?
6. No centro são realizadas muitas atividades ao longo do ano. Para si, quais são os benefícios das atividades para o idoso? Acha que estas atividades são importantes para ter qualidade de vida?
7. Inseridos nas atividades também são realizados convívios onde os familiares são convidados a participar. Pensa que as atividades são importantes para aproximar os seus familiares e para fazer novas amizades aqui no centro? Acha que estas são uma boa forma de convívio social?
8. Considera que as atividades realizadas no centro são adequadas ao idoso e à sua condição? Acha que as mesmas respeitam as limitações e o ritmo de cada utente?
9. De entre as muitas atividades há, certamente, algumas com as quais está mais familiarizado e outras em que está menos familiarizado. Sentiu alguma dificuldade na realização das atividades que não conhecia? Acha que são positivas para desenvolver novas competências e aprendizagens?
10. Para si, o que significa ter qualidade de vida nesta fase?
11. Acha que esta Instituição é ‘amiga do idoso’ onde os diversos profissionais desempenham bem o seu papel? Considera que possui as atividades e as condições para se sentir como se estivesse em casa e para viver melhor esta fase da vida?

## TÍTULOS PUBLICADOS

O Amor que Transforma o Mundo - René Coste  
Dar-se de Verdade: Para um desenvolvimento Solidário – vários  
Protecção social e (re)educação de Menores – Ernesto Candeias Martins  
Cónego José M. Serrazina – vários  
Teresa de Saldanha – Helena Ribeiro de Castro  
Criminalidade, Geração e Educação de Menores – Ernesto Candeias Martins  
Moralidade Pessoal na História – Sergio Bastianel  
Gerontologia/Gerontagogia – Ernesto Candeias Martins  
Humanizar a Sociedade – Georgino Rocha  
Cartas de Ozanam – Diogo Castelbranco de Paiva Brandão  
Entre Possibilidades e Limites – Sergio Bastianel  
Perspectivas sobre o Envelhecimento Ativo – vários  
Procissão dos Passos – Abel Varzim  
Serviço Social e Desemprego de Longa Duração – Aida Ferreira  
Maritain e Bento XV - Diogo Madureira  
Cristãos Pensadores do Social – Jean Yves Calvez  
Um Intelectual ao Serviço dos Pobres – Gérard Cholvy  
Um Genocídio de Proximidade – Teresa Nogueira Pinto  
Caminhos para uma vida Solidária – Carlos Azevedo  
Pobreza e Relações Humanas – Delfim Jorge Esteves Gomes  
Rendimento Social de Inserção – Mafalda Santos  
Cuidar do Outro - Estudos em homenagem a Sergio Bastianel sj – vários autores  
Crimes e Criminosos no norte de Portugal. – Alexandra Esteves  
A Consciência Social da Igreja Católica - 124 Anos de História 1891-2015 – Domingos Lourenço Vieira  
Crianças “sem” a sua infância. História Social da Infância: Acolher/Assistir e Reprimir/Reeducar – Ernesto Candeias Martins  
Ética e Teologia-Declinações de uma Relação - Américo Pereira  
O Impacto da Doutrina Social da Igreja no Trabalhador e no Empresário – Hermenigildo Moreira Encarnação  
O Padre das Prisões Portuguesas – Inês Leitão  
Palavras de Liberdade – vários  
O Pensamento Social do Papa Francisco – J. M. Pereira de Almeida (Org.)

O Cuidar como Relação de Ajuda - Por uma ética teológica do cuidar -  
Antonino Gomes de Sousa  
João Paulo II – Compromisso Pela Paz – Francisco Vaz  
O Problema do Mal – Étienne Borne  
Rosto Social da Religião – Roberto Mariz  
A Institucionalização no Feminino – Cristina Ferra  
O Futuro do Estado Social – Vol. I – Cáritas Europa  
O Futuro do Estado Social – Vol. II –Cáritas Europa  
Entendimento Global e Compromisso com as Periferias – Américo  
Pereira (Org.)  
O Pensamento Social do Papa Francisco (Vol. II) – Uma perspectiva a  
partir da *Laudato si'* – J. M. Pereira de Almeida (Org.)  
Cristãos Pensadores do Social - O pós-guerra (1945-1967) –  
Jean-Yves Calvez  
Cristãos Pensadores do Social – Depois do Concílio – Depois “68” - Jean-  
Yves Calvez  
Ação sócio educativa dos jesuítas e o Colégio de S.Fiel  
(Memória histórica) - Ernesto Candeias Martins (coord.)  
MyM – Eu Consigo – Laura Chagas  
Humanização e Cuidado Cuid – Da arte de Cuidar - Américo Pereira  
(Org.)  
Crônicas Ainda Atuais – Pedro Vaz Patto  
Trajetórias Escolares Improváveis... - Elsa Justino  
Tráfico de Seres Humanos... – António Silva Soares(Coord.)  
Práticas de Gestão de Pessoas... - Angélica Figueira  
Thomas More e o Sonho de um Mundo Melhor - Mendo Castro  
Henriques (Org.)  
Sina da mulher cigana? Um complexo processo de autonomização –  
Ana Barroso  
Bulliyng Sénior – Emergência e Preocupações Acerca de um Fenómeno  
(Des)Conhecido – Ana Lígia Cunha  
Conhecer para Intervir... - Hélia Bracons  
Mala da Partilha – Filipa Abecasis (Coord.)  
A sexualidade nas pessoas idosas com demência.... - Sarah Pinho  
Envelhecimento Ativo – Capacitação pelas universidades da 3ª idade-  
Patrícia Rosado  
Aprender a ser cigano hoje: empurrando e puxando fronteiras –  
Mirna Montenegro  
Construtores da Cidade Feliz – Manuel Linda

Movimentos Sociais Digitais em Portugal – Adriana Sousa

Gestão estratégica: um desafio do sector social – Joana Valente

Pastoral da Saúde-Contributo para o Bem Estar Integral – José Carlos Costa

A Reforma vivida pelos aposentados da Autoridade Tributária - Antero José Coelho Narciso

Representações de Género e Violência - Perspetiva de mulheres idosas em meio rural - Maria João Oliveira Guerreiro de Carvalho



MARIA CONCEIÇÃO SAMPAIO  
MANUEL EDUARDO BIANCHI SAMPAIO  
PAULO CIBRÃO COUTINHO  
ANTÓNIO FONSECA  
SANDRINA RIBEIRO  
NATÉRCIA CARVALHO  
EDUARDO DUQUE



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA  
BRAGA



**CECS**  
centro de estudos  
de comunicação  
e sociedade

ISBN: 978-972-9008-86-3

