



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Estudo epidemiológico da qualidade de vida de uma coorte de idosos em meio rural do Centro de Portugal

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Manuela Alvarez (Universidade de Coimbra) e da Professora Doutora Helena Nogueira (Universidade de Coimbra)

Joana Cláudia Figueiredo Marques

2014

“Em verdade, se a velhice não está incumbida das mesmas tarefas que a juventude, seguramente ela faz mais e melhor. Não são nem a força, nem a agilidade física, nem a rapidez que autorizam as grandes façanhas; são outras qualidades, como a sabedoria, a clarividência, o discernimento”.

Cícero, 44 A.C.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Manuela Alvarez, por todo o incentivo, interesse e disponibilidade demonstrados desde a primeira abordagem; pelo apoio e ajuda prestados ao longo de todo o trabalho, o meu mais profundo agradecimento.

À minha coorientadora, Professora Doutora Helena Nogueira, pela partilha de conhecimento e apoio científico.

À coordenadora do Mestrado, Professora Doutora Cristina Padez, por todo o incentivo desde o primeiro contacto para frequência do mesmo.

Ao Professor Doutor Fernando Florêncio, agradeço aqui toda a ajuda e horas disponibilizadas na elaboração inicial do projeto e correção do mesmo.

Ao excelentíssimo vereador da Câmara Municipal da Câmara Municipal de Oliveira do Hospital, Francisco Rolo, pelo interesse demonstrado e auxílio no estabelecimento dos contactos necessários com as várias instituições.

A todas as instituições e respetivos funcionários por onde passei, o mais sincero obrigado pela simpatia, acolhimento e disponibilidade demonstradas.

A todas as assistentes sociais, por todos os esclarecimentos, prestabilidade e ajuda no tratamento aos idosos, obrigada.

A todos os idosos, de Santa Comba Dão e Oliveira do Hospital que se disponibilizaram a participar neste estudo, agradeço aqui.

A todos aqueles que colaboraram, de forma direta ou indireta, para a realização deste trabalho.

A todos os meus amigos.

À minha família.

Ao meu irmão.

Acima de tudo, aos meus pais, por toda a paciência, por todo o esforço, por todos os sacrifícios, pelo apoio incondicional em todos os momentos, o meu mais profundo e sincero obrigado; a(vós).

Índice

| | |
|--|------|
| Agradecimentos..... | IV |
| Índice..... | V |
| Índice de figuras..... | VI |
| Índice de tabelas..... | VIII |
| Resumo..... | IX |
| Abstract..... | X |
| | |
| 1. Introdução..... | 1 |
| 3.a. Envelhecimento e longevidade..... | 3 |
| 3.b. Biologia Evolutiva..... | 7 |
| 3.c. Determinantes biossociais da longevidade..... | 10 |
| 3.d. Envelhecimento na perspetiva da Genética..... | 15 |
| d.1. Sirt (silent information regulator) | 16 |
| d.2. Restrição calórica..... | 17 |
| d.3. Telómeros..... | 18 |
| d.4. APOE (<i>apolipoproteínaE</i>)..... | 20 |
| 1. Objetivos..... | 23 |
| 2. Material e Métodos..... | 24 |
| a. Métodos Analíticos..... | 28 |
| b. Base de dados..... | 28 |
| c. Recolha e análise de dados..... | 28 |
| d. Métodos Quantitativos..... | 31 |
| 3. Resultados..... | 32 |
| a. Caracterização Sociodemográfica..... | 32 |
| b. Indicadores de qualidade de vida..... | 40 |
| 4. Análise qualitativa..... | 44 |
| 7.a. Habitação..... | 45 |
| 7.b. Entreajuda..... | 47 |
| 7.c. Saúde..... | 49 |
| 7.d. Religião..... | 52 |
| 7.e. Quotidiano..... | 54 |
| 7.f. Épocas festivas..... | 56 |

| | |
|------------------------------------|----|
| 5. Discussão..... | 59 |
| 6. Conclusão..... | 66 |
| 7. Referências Bibliográficas..... | 68 |
| 8. Anexos..... | 74 |
| a. Anexo I - Inquérito..... | 75 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1- Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011 (retirado de Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011)..... | 10 |
| Figura 2- Índice de envelhecimento em Portugal (retirado de Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011)..... | 11 |
| Figura 3- Índice de sustentabilidade potencial por NUTS II em 2011 (retirado de Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011)..... | 12 |
| Figura 4- Índice de sustentabilidade potencial por município (retirado de Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011)..... | 13 |
| Figura 5- Mapa representativo dos locais de recolha da amostra. (Retirado de http://www.estgv.ipv.pt/paginaspessoais/quental/trabs/psi/anexos.htm).... | 23 |
| Figura 6- Localização geográfica dos concelhos de recolha da amostra assinalada no mapa (retirado de http://koenschyens.files.wordpress.com/2012/06/beiras.gif)..... | 24 |
| Figura 7- Distribuição de sujeitos entrevistados por sexo..... | 32 |
| Figura 8- Distribuição de sujeitos entrevistados por classe etária..... | 33 |
| Figura 9- Distribuição de indivíduos do sexo feminino (representado pela linha vermelha) e masculino (representado pela linha azul) por classe etária..... | 34 |
| Figura 10- Distribuição da população entrevistada por estado civil..... | 35 |
| Figura 11- Percentagem de indivíduos por número de filhos..... | 35 |
| Figura 12- Distribuição de indivíduos por tipo de habitação..... | 36 |
| Figura 13- Distribuição dos sujeitos entrevistados de acordo com o local onde habitam à data da entrevista..... | 36 |
| Figura 14- Distribuição dos idosos por nível de escolaridade..... | 37 |
| Figura 15- Distribuição por Grupo Profissional..... | 38 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Distribuição de questões por domínios..... | 30 |
| Tabela 2- Tabela dos Grandes Grupos Profissionais do INE (retirado de INE, I., 2011)..... | 39 |
| Tabela 3- Valores da CATPCA para cada dimensão dicotomizada..... | 41 |
| Tabela 4- Valores de Odds Ratio e IC para a Dimensão 1..... | 42 |
| Tabela 5- Valores de Odds Ratio e IC para a Dimensão 2..... | 42 |
| Tabela 6- Valores de Odds Ratio e IC para a Dimensão 3..... | 43 |
| Tabela 7- Valores de Odds Ratio e IC para a Dimensão 4..... | 43 |
| Tabela 8- Distribuição dos idosos por sexo e qualidade de vida..... | 64 |

Resumo

O envelhecimento é um processo biológico irreversível que afeta todas as pessoas mais ou menos de igual forma. Várias têm sido as propostas explicativas acerca deste fenómeno, desde a biologia evolutiva à genética, passando pela antropologia, todos têm contribuído para uma melhor compreensão do envelhecimento como fenómeno biológico e social. Em Portugal, o número de pessoas com mais de 65 anos é duas vezes superior ao de pessoas com menos de 15 anos, o que coloca a população Portuguesa entre as mais envelhecidas do mundo. Perante este cenário, é importante avaliar a qualidade de vida dos idosos em diferentes contextos sociais de modo a inferir quais os componentes da sua vida que mais influenciam o seu bem-estar. Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo principal criar um perfil epidemiológico de um grupo de idosos residentes em zonas rurais da Região Centro de Portugal e inferir quais os componentes da sua vida diária mais influenciaram a sua perceção de qualidade de vida. Para cumprir este objectivo foram entrevistados 133 idosos, 123 residentes em lares de terceira idade e em centros de dia, e 10 residentes em casa de família. As entrevistas incluíram um inquérito misto, com questões de resposta aberta e questões de resposta fechada, que incidiram sobre vários aspetos dos domínios físico, social e psicológico. As respostas fechadas foram analisadas quantitativamente e permitiram conhecer os problemas de saúde dos idosos e o número de medicamentos consumido diariamente, e outros aspetos da sua vida actual e passada, tais como a profissão, o estado civil e o grau de escolaridade. As respostas abertas foram analisadas qualitativamente e permitiram perceber aquilo que era a opinião, medo e anseio dos idosos relativamente aos aspetos anteriormente referidos. A maioria considerou ter uma boa qualidade de vida, embora a análise estatística por domínios ter revelado que o contrário, que a qualidade não seria tao boa quanto a obtida pelas respostas dos idosos. No futuro deverá ainda ser acrescentada uma avaliação genética desta amostra que complementa o estudo permita evidenciar a existência ou não de determinados factores genéticos associados ao envelhecimento e longevidade.

Palavras-chave: envelhecimento; idosos; região Dão-Lafões; componentes do envelhecimento; qualidade de vida.

Abstract

Aging is an irreversible biological process that affects all people more or less equally. Several have been explanatory proposals about this phenomenon, since evolutionary biology to genetics, through anthropology, all have contributed to a better understanding of ageing as a biological and social phenomenon. In Portugal, the number of people aged over 65 years is two times higher than that of people under the age of 15 years, which puts the Portuguese population among the most aged in the world. Against this background, it is important to assess the quality of life of the elderly in different social contexts in order to infer which components of daily life that most influence their well-being. In this background, the present work had as main goal to create an epidemiological profile of a group of elderly living in rural areas of the central region of Portugal and infer which components of daily life more influenced the lack of quality. To fulfill this objective were interviewed 133 elderly, 123 residents in nursing homes for the elderly and in day-care centers, and 10 residents in family home. The interviews included a joint inquiry with both open and closed response questions, which focused on various aspects of physical, social and psychological domains. The closed answers were analyzed quantitatively and allowed to meet the health problems of the elderly and the number of drugs consumed daily, and other aspects of their current and past life and passed, such as profession, marital status and educational level. The open answers were analyzed qualitatively and allowed to realize their personal opinion, fear and yearning of the elderly in relation to the abovementioned aspects. The majority considered had good quality of life although the statistical analysis by domains revealed that quality was not that good. In the future must still be added a genetic evaluation of this sample that complements the study may reveal the existence or not of certain genetic factors associated with aging and longevity.

Keywords: Aging; elderly; Dão-Lafões region; components of aging; quality of life.

Introdução

«A preocupação com a velhice e com um possível rejuvenescimento existe desde tempo muito remoto, e a forma de perceber o envelhecimento não foi única para todos os povos» (Santos, S. S. C., 2012).

Ao percorrermos a história da Humanidade, desde a pré-história até ao presente, podemos perceber que todos os povos definiram o ciclo da vida de qualquer ser vivo em três momentos principais: nascimento, desenvolvimento e morte. A evolução mais significativa na compreensão da existência de cada pessoa dá-se a partir da observação direta do decorrer da vida, do nascimento à morte. Ao desenrolar de ações que constituem a existência de cada um foram atribuídos diversos significados sociais, ao invés de uma interpretação mais biológica.

Até ao desenvolvimento do pensamento racional e desenvolvimento de teorias e modelos teóricos acerca do que seria o desenrolar da vida humana, as interpretações propostas eram simplesmente baseadas em factos imediatos, visíveis e perceptíveis à leitura superficial que era feita dos acontecimentos. Esta modificação que surge ao nível do pensamento racional vai além do que é simplesmente transmitido pelos sentidos, o conhecimento torna-se universal, verdadeiro, aplicável em qualquer parte do mundo para a mesma realidade. A partir da visão de alguns expoentes da história universal, pode-se fazer uma breve retrospectiva filosófica sobre o processo de envelhecimento, considerando a época em que cada um viveu e as influências que cada qual recebeu de sua própria civilização (Santos, S. S. C., 2012).

Desde Tales a Aristóteles, vários foram os filósofos Gregos que procuraram saber mais acerca dos princípios de todas as coisas. A partir do conhecimento geral que desenvolveriam seria possível produzir uma gnose mais específica e por isso mesmo mais especializada.

Como demonstração daquilo que foi o pensamento à época acerca do envelhecimento, podemos tomar como exemplo Aristóteles, Sócrates e Hipócrates. Para o primeiro, o corpo humano era comparado a uma máquina e tal como as máquinas, também o corpo estaria sujeito ao desgaste; Aristóteles considerava os idosos pessoas reticentes, hesitantes, lentos, de mau carácter, acrescentando ainda que os idosos só imaginam o mal, desconfiados e que essas características são consequência da experiência de vida que os humilhou, sendo carentes de generosidade, vivendo de recordações ao

invés de esperanças e desprezando a opinião alheia. Segundo este filósofo, os seres humanos apenas progridem até aos 50 anos e é com base nesta conceção que via os idosos como pessoas diminuídas, indignas de confiança e que por isso mesmo precisavam de ser afastadas do poder, não devendo exercer cargos políticos de importância (Santos, S. S. C., 2012).

Sócrates, citado por Platão, defendia a ideia de que os seres humanos que fossem prudentes e estivessem bem preparados, a velhice não teria peso algum; quanto mais cedo o ser humano começar a preparar-se para o processo de envelhecimento, procurando viver de forma saudável, longe do uso e abuso de drogas, desenvolvendo atividades físicas regulares, alimentando-se adequadamente, ingerindo grande quantidade de água, realizando atividades laborais satisfatórias, conquistando o apreço e a amizade dos outros, usufruindo o lazer e o entretenimento e tendo sempre em vista a criação de projetos futuros que sejam voltados à coletividade, mais a sua vida terá um sentido concreto, transformando a sua velhice na continuidade natural da sua vida (Santos, S. S. C., 2012).

Hipócrates – considerado por muitos o pai da medicina – considerava que a velhice tinha início depois dos 50 anos e que seria resultado de um desequilíbrio dos humores, apresentando um conjunto de argumentos que ajudam a suportar a sua teoria. Segundo Hipócrates, o idoso apresenta características clínicas distintas das que são verificadas nos jovens – como exemplo temos a temperatura do idoso que não costuma ser alta – os processos de enfermidade tendem a tornar-se crónicos e o prognóstico das doenças é diferente e difícil. Como destaque de observações importantes realizadas, relativas à saúde dos idosos temos: os distúrbios respiratórios, as doenças renais, as artralgias, as vertigens, o acidente vascular cerebral, a perda ponderal, cataratas e a hipoacusia (Santos, S. S. C., 2012).

Hipócrates determinou certas normas em termos de assistência, sobretudo ao nível da higiene corporal; recomendou atividade física e mental, assinalou a importância de cuidados ao nível da dieta, baseados em geral na sobriedade; completava dizendo que *os velhos suportam melhor a abstinência, o pouco sustento lhes basta*; e quando acompanhava clinicamente os idosos, sugeria moderação em todas as atividades, mas de forma a manter todas as ocupações habituais. Muitas das considerações feitas por Hipócrates podem ser aplicadas atualmente no sentido de que um *bom envelhecimento* deverá ser fundamentado numa manutenção da saúde física e mental (Santos, S. S. C., 2012).

Com o passar dos anos, com o posterior desenvolvimento do conhecimento científico e especialização da medicina, a longevidade do homem tornou-se superior à de qualquer outro mamífero. Com base neste facto surge um interessante crescente acerca deste tema, do seu estudo e compreensão.

O envelhecimento do individuo é uma realidade cada vez mais frequente, pelo que as transformações demográficas causadas por esta alteração impõem esforços económicos e sociais mais intensos. Actualmente interessa não só prolongar a vida das pessoas mas também, promover um envelhecimento o mais saudável e bem-sucedido possível. Pensar em qualidade de vida e bem-estar social em idade avançada implica perspetivar este conceito não como algo adquirido e rígido, mas antes como um processo social, económico, cultural e psicológico (Guiomar, V. C. R. V., 2010).

Uma vez que o processo de envelhecimento resulta da interação entre vários factores são aqui apresentadas de forma introdutória e resumidamente algumas das mais importantes e atuais visões acerca do envelhecimento.

Envelhecimento e longevidade

"Não se pode curar a velhice, pode-se protegê-la, promovê-la e prolongá-la"

Sir James Sterling Ross

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a terceira idade tem início entre os 60 e os 65 anos de idade. Em termos de experiência de vida, sabedoria e enriquecimento, os idosos constituem uma mais-valia em termos globais. Como disse Fernando Nobre¹ em declarações ao jornal Público a 23 de Dezembro de 2010, o conhecimento dos idosos em termos de vida e tudo o que isso possa englobar, em conjunto com o (menor) conhecimento dos mais jovens, poderá constituir uma mais-valia em termos de valorização de competências e capacidades civis para a nação em geral (<http://www.publico.pt/politica/noticia/fernando-nobre-preocupado-com-idosos-que->

¹ Médico português, fundador da organização não-governamental Assistência Médica Internacional (AMI), com interesses diversos e várias ações ligadas à saúde ao trabalho de voluntariado.

considera-maisvalia-para-portugal-1472347). No sentido de perceber melhor o processo de envelhecimento e tudo aquilo que com ele se encontra relacionado é, actualmente, cada vez maior o número de estudos feitos globalmente acerca deste assunto.

No século XX, decorreu a nível global um processo de transição demográfica, único e irreversível; processo esse que se encontra ‘terminado’ nos países ocidentais, onde podemos observar agora taxas de natalidade e mortalidade igualmente baixas. Nos restantes, encontra-se numa fase intermédia, com taxas de natalidade ainda bastante elevadas. Esta transição irá refletir-se num aumento exponencial do número de idosos em todo o lado, também pelo declínio das taxas de natalidade. Nos países desenvolvidos, durante os últimos 150 anos várias foram as alterações registadas em termos demográficos: a idade média da menarca diminuiu cerca de 4 anos, o número de nascimentos por mulher diminuiu de 6 para 2 filhos por família e a percentagem de pessoas a atingir os 100 anos aumentou consideravelmente (Kaplan,2002). Com o decréscimo destas taxas, a proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais deverá duplicar entre 2007 e 2050, sendo que por esta data o número de idosos poderá chegar aos dois biliões, mais do triplo do que atualmente (Qadri et al., 2013).

Sendo os humanos (*Homo sapiens*) parte integrante da ordem dos Primatas são, em comparação com os restantes membros deste grupo, os que têm vidas mais longas. Quando comparados com os restantes mamíferos, os primatas têm vidas longas no entanto, dentro da ordem a que pertencem, os humanos são a espécie que mais anos de vida tem. Os humanos diferem, fundamentalmente, dos outros primatas em 4 componentes da história de vida: o peso neonatal, a idade da primeira reprodução, o intervalo entre nascimentos e a duração da vida (Smith e Tompkins 1995; Kaplan 2002; Hawkes et al. 2004).

Considerando então as diferenças óbvias que existem entre humanos e os restantes primatas, aquelas que dizem respeito em termos de desenvolvimento e longevidade vão mais além. Nos humanos o intervalo correspondente à duração de vida máxima situa-se entre os 90 e os 122 anos (Weiss, 1981), correspondendo ao dobro do período de vida de gorilas e chimpanzés (Kaplan, H. S., & Robson, A. J., 2002). Grande parte deste tempo é passado pelas mulheres na menopausa – correspondendo ao período após o fim da idade reprodutiva –, o que implica que a duração total da vida e a duração da vida reprodutiva não estão correlacionadas nos humanos. A exemplo do anteriormente referido, pode aferir-se que para uma mulher com 85 anos, cerca de 41% da sua vida foi passada num estado pós-reprodutivo, contrastando com os restantes primatas não humanos cujas vidas

pós - reprodutivas são curtas e coincidem com o aumento da fragilidade física e deterioração do corpo (Hawkes et al., 1998; Johnson e Kapsalis, 1998; Pavelka e Fedigan, 1999).

Não só ao nível reprodutivo são notórias as diferenças entre humanos e restantes primatas, o tamanho do cérebro humano é 3 a 4 vezes maior do que o dos chimpanzés e gorilas e muito maior do que o esperado para os primatas quando ajustado para o tamanho corporal (Kaplan, H. S., & Robson, A. J., 2002; Pagel, M. D., & Harvey, P. H., 1989). O cérebro humano cresce mais depressa e continua a crescer muito depois do nascimento (Bogin 1999; Kaplan 2002). Os humanos apresentam maior variação intraespecífica na velocidade de crescimento, na idade de maturação sexual, no número de filhos e na idade à morte e senescência. Esta variação não depende unicamente de factores ecológicos mas também da tecnologia de produção de alimentos, dos cuidados médicos e da cultura (Mace, R., 2000; Kaplan, J. M., 2002; Hawkes, K., 2003).

Nos países desenvolvidos, durante os últimos 150 anos, a percentagem de pessoas a atingir os 100 anos aumentou consideravelmente (Kaplan, J. M., 2002). E apesar do intenso debate acerca deste tema, ainda não existe um consenso sobre como explicar as peculiaridades humanas nos padrões de história de vida. O envelhecimento foi durante muito tempo considerado um processo de deterioração do organismo que ocorria de modo desorganizado e irregular e, por isso, pouco interessante para investigar. Sabe-se, agora, que o processo do envelhecimento é, tal como os restantes processos biológicos, sujeito a factores de sinalização e de transcrição. Organismos como as moscas, leveduras e vermes, com ciclos de vida curtos, permitiram a descoberta de muitos dos processos conhecidos actualmente e que são partilhados com os mamíferos.

O envelhecimento é um processo universal que afeta todas as pessoas quer individualmente, em termos familiares, ao nível da comunidade e sociedade. É um processo normal, progressivo e irreversível (Qadri et al., 2013). Definido como um processo de deterioração funcional das capacidades do indivíduo, é normalmente caracterizado pela perda progressiva e generalizada de funções, resultando em mudanças estruturais com o avanço da idade, aumento da vulnerabilidade a mudanças ambientais, num risco acrescido de desenvolver doenças e em último caso, uma maior probabilidade de morrer. Associado ao envelhecimento está ainda o declínio acentuado em termos de fertilidade. O processo de envelhecimento está assim associado a uma certa contradição no que diz respeito à

*aptidão Darwiniana*², uma vez que as perdas relacionadas com a idade refletem-se ao nível da reprodução, uma vez que não é ainda bem perceptível a vantagem de sobreviver após a fase reprodutiva (Kirkwood, T. B., 2005; Qadri et al., 2013).

Apesar de todo o conhecimento existente actualmente, nem sempre o assunto foi tratado da mesma forma. Até ao início do século XX, muitos foram os mitos e preconceitos preconizados contra os idosos e o processo de envelhecimento é neste sentido que em 1998, Rowe e Kahn, explorando a variabilidade no desenvolvimento humano propõem três trajetórias do envelhecimento humano: a normal, a patológica e a saudável. A definição de envelhecimento saudável proposta por estes autores prioriza baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas às doenças; funcionamento mental e físico excelentes; e envolvimento ativo com a vida (Cupertino, A. P. F. B. et al., 2007).

Durante o século XX, várias foram os autores que contribuíram para os estudos do envelhecimento - particular foco para um envelhecimento saudável, igualmente preconizado na atualidade - com as mais diversas propostas e análises. A exemplo disso temos Aldwin (1994) que argumentava que os idosos são geralmente mais eficientes do que os adultos mais jovens no modo como enfrentam situações de perda e *stress*; Baltes e Smith (1995) que nos seus estudos valorizavam a sabedoria, como função pertinente ao crescimento ao longo da vida, de especialização cognitiva rara e difícil de ser atingida e ainda Mauad (1999), que defendia que associado ao processo de envelhecimento e *'revisão da vida'* seria alcançada a sabedoria que permite ao idoso ir além das perdas vividas no processo de envelhecimento (Cupertino, A. P. F. B. et al., 2007).

As evoluções nos paradigmas sobre o desenvolvimento e o envelhecimento trazem à discussão a possibilidade do envelhecimento poder ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, instigando a busca de variáveis que interferem no alcance de um envelhecimento bem-sucedido. Os investigadores procuram definir o conceito de envelhecimento saudável no entanto, observa-se que poucos investigaram como os próprios idosos definem o envelhecimento ideal e como consideram a possibilidade de se alcançar esse envelhecimento (Cupertino, A. P. F. B. et al., 2007). Actualmente, a OMS define como sendo *"a percepção individual da vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele ou ela vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões*

² A aptidão Darwiniana está relacionada com a capacidade de um indivíduo para sobreviver e reproduzir-se no seu ambiente. Refere-se ao quão bem adaptado um indivíduo sobrevive e quantos filhos ele produz, em comparação a outros indivíduos da sua espécie, em termos biológicos representa a contribuição alélica que um indivíduo deixa a próxima geração (Freeman, S., & Herron, J. C., 2009).

e preocupações", sendo este um conceito amplo que abrange não só a saúde física mas também mental dos indivíduos, o seu nível de independência, as suas relações sociais, crenças e a sua relação relativamente a características ambientais (Qadri et al, 2013).

O desafio que se impõe no presente século é o de retardar o aparecimento de incapacidades relacionadas com a idade e garantir melhor qualidade de vida para as pessoas mais velhas. Acoplado ao aumento rápido em termos absolutos e relativos do número de pessoas idosas – tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento – está o risco acrescido de desenvolvimento de determinadas doenças debilitantes ou incapacitantes (crónicas) que acompanham envelhecimento. A intervenção social, económica e ambiental pode servir como forma de impedir ou atrasar tudo isto e não apenas a ação médica (Qadri et al., 2013).

De acordo com as atuais estatísticas relativas aos idosos um novo conjunto de problemas a nível médico, social e económico poderá surgir caso não sejam implementadas medidas oportunas nesta direção e delineados programas políticos estratégicos. No sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida não só aos que já envelheceram mas também a todos os que irão entrar neste processo, torna-se cada vez mais relevante fazer estudos no sentido de dar relevo aqueles que são os problemas destas pessoas, não só a nível médico mas também psicossocial (Qadri et al., 2013).

Biologia Evolutiva

Ao longo das últimas décadas, o tema do envelhecimento e da longevidade têm sido objeto de estudo em larga escala. Hamilton (1966), Williams (1957) e Medawar (1946), e Kirkwood (1979) têm edificado os seus trabalhos acerca deste assunto, sendo da sua autoria as primeiras teorias com maior aceitação acerca do processo de envelhecimento.

Apesar de todo o investimento que é feito em termos reprodutivos pelos humanos, algum tempo antes do falecimento – e este período pode ter uma duração relativa, uma vez que a idade à morte não é fixa e generalizada para todos as pessoas – os indivíduos do sexo feminino deixam de conseguir reproduzir-se, designando-se este fenómeno por menopausa. Nos últimos trinta anos, a menopausa feminina tem vindo a ser alvo de objeto de estudo, com particular atenção dos investigadores para a compreensão deste aspeto, particular do sexo feminino, em termos evolutivos (Thomas, P., 2013). De acordo com a teoria da evolução, a sobrevivência após o término da reprodução não deverá ser uma

característica prevalecte em termos de seleção natural, uma vez que o principal objetivo – replicação de genes – deixa de ser conseguido a partir desta fase e, por isso mesmo, a vida seria considerada inútil. Não sendo possível reproduzir-se e continuar a ‘*espalhar*’ o seu genoma, os indivíduos do sexo feminino poderiam morrer. No seguimento destas ideias, várias são as questões que podem ser colocadas, entre as quais: *por que motivo sobrevivem os indivíduos não-reprodutores e qual o motivo pelo qual a seleção natural não favoreceu mais aqueles indivíduos que podiam reproduzir-se durante mais tempo* (Thomas, P., 2013).

Os estudos mais recentes têm demonstrado que a esperança de vida pós-reprodutiva (PRLS³) é cada vez mais comum nos animais – especialmente em mamíferos – mas, a menopausa parece apenas estar presente em humanos e algumas baleias (Thomas, P., 2013). O significado adaptativo da menopausa em mulheres de meia-idade há muito tem sido alvo de intenso debate, contudo foi apenas analisado no contexto de histórias de vida de primatas. Nos seres humanos, as idades tardias de maturidade e as taxas de natalidade mais elevadas do que o esperado são sistematicamente associadas à longevidade prolongada pós-menopausa (Alvarez, H. P., 2000). As perspetivas para compreender as causas próximas e o processo fisiológico inerente à menopausa são enormes; encontrar modelos biológicos, elucidar as causas, ou descobrir o modo como é vivido pelas mulheres o período pós-menopausa (Thomas, P., 2013).

Para explicar o porquê da menopausa várias têm sido as propostas de esclarecimento sendo que das mais proclamadas, podemos encontrar a teoria baseada na seleção natural e a não-adaptativa. Esta última defende que o PRLS poderá ser apenas um artefacto da história de vida de cada mulher – assim como o crescimento da civilização humana ou a domesticação de animais – e, a menopausa resume-se à deterioração do sistema reprodutivo. Dentro da teoria baseada na seleção natural, podemos encontrar duas variantes, como que duas teorias principais: a hipótese da *Grandmother* (hipótese da avó, tradução livre) e a hipótese da *Mother* (hipótese da mãe, tradução livre).

A hipótese da *Grandmother* prevê que as mães em fase não reprodutiva possam ajudar as suas filhas a procriar, reproduzindo-se a fim de melhorar a sua própria aptidão. Isto significaria que as avós sobreviventes aumentariam a sua própria aptidão em termos evolutivos uma vez que a sua presença tem um efeito positivo sobre o número de netos e sobre a aptidão dos mesmos. Quanto maior for a proximidade genética da avó com os

³ Abreviatura Inglesa para post-reproductive lifespan (PRLS).

netos, mais ela favorece a sua sobrevivência, através da proteção e / ou provisionamento. Desta forma, a seleção vai atuar de forma a favorecer a seleção de famílias com avós, aumentando o seu PRLS e consequentemente proporcionando uma maior longevidade. A segunda teoria, hipótese da *Mother*, defende que o período pós-reprodutivo evoluiu no sentido de diminuir o risco de morte das mulheres ao dar à luz em idade avançada, protegendo e diminuindo assim o próprio risco de mortalidade das crianças. Desta forma, não haveria possibilidade de reprodução das mulheres e estas estagnavam quando o risco de ter um filho é já demasiado elevado (Thomas, P., 2013).

Ambas as hipóteses são baseadas na aptidão que é fornecida pela cessação de ‘concorrência’ reprodutiva entre as gerações e pela consequente aptidão adquirida em termos evolutivos resultante do cuidado e atenção que é dado às crianças (Thomas, P., 2013).

Num estudo recente, feito numa população do Gâmbia, Shanley e Kirkwood (2007) mostraram que a sobrevivência materna tem uma forte influência na sobrevivência das crianças, sendo mais significativa durante os primeiros 2 anos de vida. Esta é apenas uma pequena evidência para suportar a hipótese da *Mother* na medida em que, a morte da mãe diminui a aptidão do indivíduo para se reproduzir, provocando consequentemente a morte da sua prole. Assim, características como a menopausa que impeçam a morte da mãe serão privilegiadas no processo de seleção uma vez que como consequência última privilegiam o envelhecimento e longevidade da família e população em que estão integradas (Thomas, P., 2013).

Apesar de actualmente serem consideradas cinco teorias para explicar o processo de PRLS, apenas foram aqui apresentadas três das mais relevantes e sobre as quais incide o maior número de estudos. Uma previsão possível de retirar e de sumariar as hipóteses referidas é a de que o PRLS deverá ser uma característica selecionada em espécies consideradas altamente sociais. Ou seja, quanto mais social é uma espécie, maior é a probabilidade de encontrar auxílio no grupo e desta forma melhorar a performance e sobrevivência do recém-nascido. De salientar ainda o facto de que o ‘ajudante’ poderá ou deverá ter uma relação familiar com a prole ajudada – atendendo à teoria do «gene egoísta» – e assim, as avós em idade já não-reprodutiva deverão ser mais selecionadas em espécies mais sociais (Thomas, P., 2013).

Determinantes biossociais da longevidade

O envelhecimento demográfico refere-se ao aumento progressivo dos indivíduos com idades avançadas relativamente ao grupo total de idosos. Neste contexto, uma população jovem será aquela que apresenta uma grande proporção de jovens e uma baixa idade média, e uma população velha será aquela que apresenta uma grande proporção de velhos e uma elevada idade média (Serafim, F. M. M. P., 2007).

Se o envelhecimento biológico é irreversível nos seres humanos, também o envelhecimento demográfico o é, num mundo em que a esperança de vida continua a aumentar e a taxa de natalidade permanece em decréscimo. Na ótica da análise demográfica, o envelhecimento é entendido como um fenómeno coletivo, possivelmente de natureza cíclica e não totalmente irreversível, estando intimamente ligado à idade da população; não à idade cronológica mas sim à idade duma população, entendida como o resultado da distribuição por idades dos seus membros (Serafim, F. M. M. P., 2007).

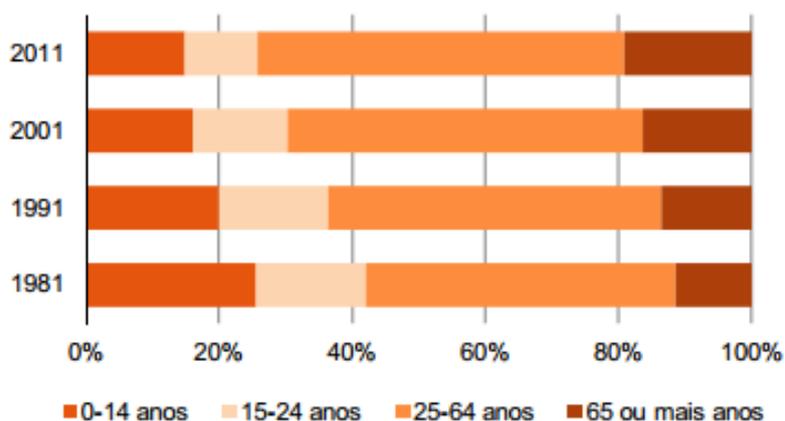


Figura 1: Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011 (retirado de Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011).

Actualmente o envelhecimento demográfico é um fenómeno crescente não só em Portugal, não só na Europa, mas no mundo inteiro. Os estudos mais recentes feitos em Portugal quer pelo mais conceituado instituto público de estatística (INE – Instituto Nacional de Estatística), quer por empresas privadas como a Marktest mostram como o envelhecimento da população tem vindo a intensificar-se nas últimas décadas. Nos últimos 20 anos, a população portuguesa cresceu 7%, a um ritmo médio de 0.34% ao ano, passando de 9 867 147 indivíduos em 1991 para 10 562 178 em 2011, a taxa de natalidade caiu 16% e a taxa de mortalidade baixou 4% e entre 1993 e 2011, a taxa de mortalidade infantil regrediu para menos de metade, baixando 64% (<http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1bc8.aspx>).

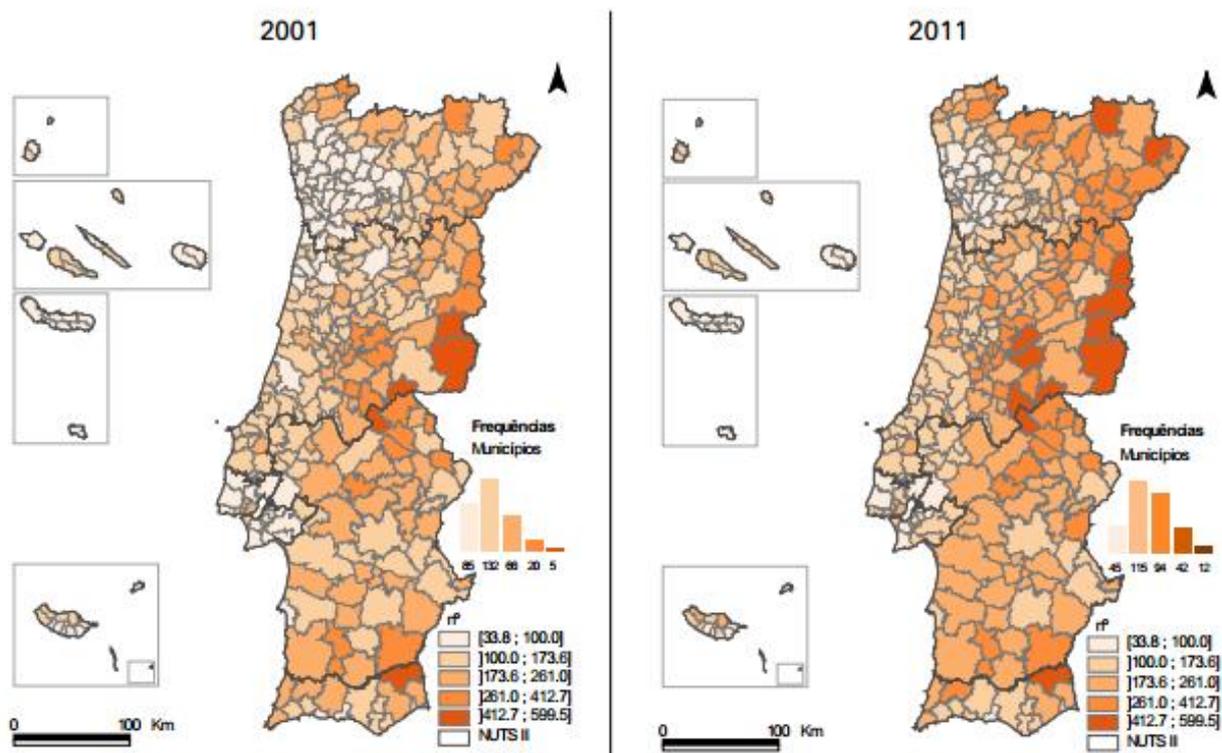


Figura 2: Índice de envelhecimento em Portugal (retirado de Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011).

Em 20 anos, o peso dos jovens baixou 26% enquanto o peso dos idosos subiu 40%. Hoje, cada 100 indivíduos em idade activa "suportam" 51 jovens ou idosos, o valor mais elevado de sempre. Esta situação é sobretudo relevante no interior do país, em concelhos como Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila de Rei, Vila Velha de Ródão e Alcoutim, onde este índice de idosos ou jovens 'suportados' por população ativa

ultrapassa o valor de 100, podendo mesmo considerar-se aqui a existência de um défice demográfico. Contrariando o cenário que se vive em algumas zonas do Continente, as regiões autónomas da Madeira e dos Açores, assim como o litoral norte do Continente permanecem as regiões mais rejuvenescidas do país (www.marktest.com/wap/a/n/id~1bc8.aspx).

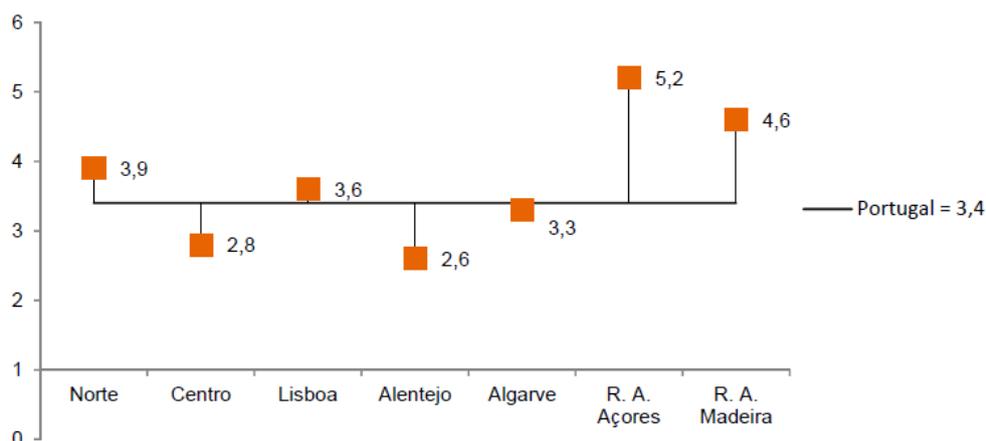


Figura 3: Índice de sustentabilidade potencial por NUTS II em 2011 (retirado de Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011).

O índice de sustentabilidade ⁴ - indicador que possibilita uma avaliação sobre o esforço que a população idosa exerce sobre a população em idade ativa - apurado através dos Censos 2011 é de 3,4, o que significa que há 3,4 ativos por cada indivíduo com 65 ou mais anos, tendo-se agravado na última década tendo em conta que em 2001 este indicador era de 4,1 (Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011). As Regiões Autónomas, contrariando as expectativas, aparecem com indicadores mais favoráveis: na Região Autónoma dos Açores, o índice de sustentabilidade é de 5,2 e na Região Autónoma da Madeira é de 4,6. «O Alentejo e o Centro apresentam os índices mais baixos, respetivamente 2,6 e 2,8» (Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011).

⁴ «Relação existente entre a população em idade ativa (população com 15-64 anos) e a população idosa (população com 65 ou mais anos)» (Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011).

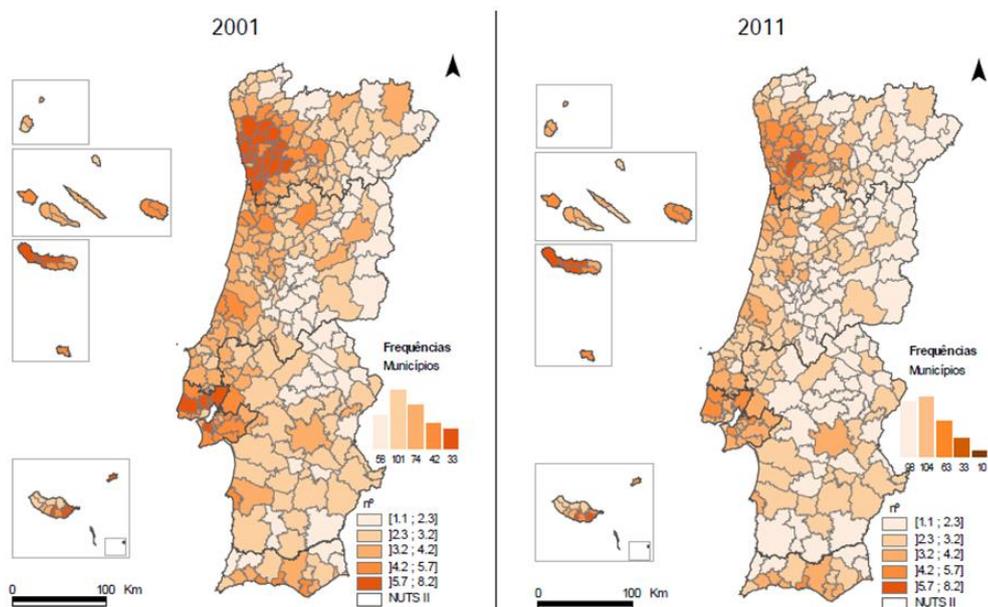


Figura 4: Índice de sustentabilidade potencial por município (retirado de Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011).

Tal como é possível observar na figura 4, numa comparação entre 2001 e 2011, verifica-se um agravamento no índice de sustentabilidade, sendo este um fenómeno comum e generalizado a todo o território. Em 2001, 58 municípios apresentavam um índice de sustentabilidade menor ou igual a 2,3 contudo, em 2011 o número de municípios nesta situação subiu para 98 (Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011).

Estando o processo de envelhecimento demográfico em crescimento, torna-se factual que este grupo vai adquirindo cada vez mais espaço, densidade, organização e força (social, devido ao número de idosos; cultural, pelos seus conhecimentos e experiência; económica, pelo seus gastos e consumos; política, pelo seu peso nas votações; de intervenção, pela sua disponibilidade e força ética, pelo seus (des) compromissos com determinados grupos étnicos). Causas como a redução da fecundidade, a diminuição da mortalidade e a migração têm sido fortemente apontadas como causa principal do agravamento do envelhecimento demográfico verificado. Contudo, estas causas expressam-se de forma diferente nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. (Serafim, F. M. M. P., 2007). Neste sentido, e na tentativa de compreender melhor este problema, surgem cada vez mais os estudos Antropológicos relacionados com o envelhecimento da população.

«A partir da perspectiva evolucionária, o envelhecimento como fenómeno pode ser considerado um paradoxo». Questões relacionadas com o envelhecimento como “*como e porquê haveria de evoluir um declínio progressivo na capacidade de executar certas funções?*” têm sido extensivamente estudadas e revistas ao longo do tempo, merecendo particular atenção por parte de antropólogos biológicos motivados por tendências demográficas e padrões de variação (Ice, G. H., 2003).

O aumento da esperança de vida e de tendências históricas de fertilidade levaram a um grande aumento da percentagem de idosos adultos nos países desenvolvidos, com 1/5 do mundo desenvolvido cima de 60 anos de idade e segundo algumas projeções em 2030, uma em cada três pessoas terá mais de 60 anos nestes países. A exemplo disto temos os Estados Unidos da América onde a população acima de 65 anos de idade aumentou cerca de 11 vezes durante o século XX e o Japão, onde a percentagem de indivíduos acima de 65 anos cresceu de 7% para 14% em apenas 26 anos – é ainda esperado que num curto espaço de tempo, outros países Asiáticos sofram igualmente um crescimento exponencial da sua população idosa. Contrariamente ao que se verifica em países em desenvolvimento, naqueles considerados desenvolvidos (onde se incluem todos os Europeus), apenas se verificam taxas de crescimento de população idosa a longo prazo, normalmente 100 anos. Este facto deve-se à menor esperança de vida existente em países em desenvolvimento, apresentando um número mais elevados de indivíduos com idade acima de 60 anos - estima-se que 59% da população idosa (65 anos ou mais) do mundo viva em países em desenvolvimento (Ice, G. H., 2003).

Do ponto de vista Antropológico, os adultos mais velhos consoante a cultura em que estão inseridos podem experienciar variações ao nível ambiental, cultural, social e económico que contribuem para a grande variabilidade que existe em termos de taxas de envelhecimento, composição corporal e saúde. Uma evidência em gerontologia é que as variações entre as populações mais velhas são maiores quando comparadas com aquelas que ocorrem em grupos mais jovens, seja qual for o domínio analisado: psicológico, sociocultural, económico, fisiológico e fenotípico (Ice, G. H., 2003).

As taxas de envelhecimento podem variar entre as espécies e dentro da própria espécie, entre as populações e dentro das populações e até mesmo através de sistemas de órgãos dentro dos indivíduos, fazendo crescer a o investimento monetário na procura de bio-marcadores associados. Apesar do investimento feito, quer a área científica quer a gerontologia continuam a tentar descrever como realmente se processo um ‘*envelhecimento normal*’. Ambas as direções de investigação encontram-se ainda muito

focadas nos países desenvolvidos e na ideia de que qualquer desvio a este a este padrão típico de *'envelhecimento normal'*, na Europa, será já uma derivação com cariz patológico (Ice, G. H., 2003).

Acerca dos fatores ecológicos, evolutivos, genéticos, económicos e socioculturais que contribuem para as variações em termos de envelhecimento sabe-se ainda muito pouco, é necessário aprofundar os estudos e verificar o efeito de possíveis inter-relações destas áreas de forma a perceber melhor todo o processo. É desta forma que, a Antropologia biológica poderá intervir em conjunto com a gerontologia no sentido de descrever e explicar a variação humana a partir de uma perspetiva evolucionária, intercultural e holística (Ice, G. H., 2003). Até porque, os primeiros passos no sentido de progressão dos estudos em termos de envelhecimento foram igualmente dados pela Antropologia biológica com os estudos das causas do aumento da esperança de vida nos homínídeos (Ice, G. H., 2005).

Envelhecimento na perspetiva da genética

Sendo o envelhecimento um processo biológico, sujeito a factores de sinalização e transcrição, surgem perentoriamente estudos genéticos nesta área na tentativa de desvendar algumas das características principais deste processo e factores associados. Muito do que se conhece e sabe actualmente resulta do conhecimento adquirido através do estudo de pequenos organismos, como as moscas, que possuem ciclos de vida muito curtos e que ao mesmo tempo partilham determinados processos biológicos com os mamíferos. Apesar da existência de uma certa ideia pré-concebida de que prolongar a vida será sinónimo do aparecimento de doenças como o Parkinson, Alzheimer ou cancro, cada vez mais são encontradas mutações em genes (codificam sensores de stress fisiológico e de nutrientes) que atrasam o envelhecimento e adiam o aparecimento de doenças com ele relacionadas. Esta ligação sugere que a prevenção das doenças do envelhecimento se pode fazer tendo como alvo, unicamente, o processo de envelhecimento.

No sentido de compreender melhor os estudos e avanços que vêm sendo feitos serão aqui apresentados os trabalhos mais relevantes em termos de genética do envelhecimento.

i. SIRT (silent information regulator)

Proteína da família das sirtuínas, a SIRT (silent information regulator), abreviatura de SIR2, ajuda a prolongar a vida celular na medida em que modula o número de proteínas reparadoras do ADN (ácido desoxirribonucleico). É Nad-dependente (NAD: nicotinamida adenina dinucleotídeo), possuindo importância em termos de metabolismo e sinalização celular uma vez que é removido o grupo acetil do grupo amina de resíduos de lisina e é conservada em bactérias eucariotes. Toda a actividade enzimática é regulada pela energia celular (Montagner, S., & Costa, A., 2009).

Existem sete homólogos da SIRT em humanos – SIRT 1, SIRT 2, SIRT 3, SIRT 4, SIRT 5, SIRT 6 e SIRT 7. Não é ainda totalmente conhecido o papel de todas contudo, pensa-se que a SIRT 1 age impedindo a diferenciação de músculos e de células lipídicas, contribuindo possivelmente para a restrição calórica em mamíferos. Vários substratos da SIRT 1 foram descobertos, incluindo histonas, o gene da p53, fatores de transcrição Foxo, TAF68 e Ku70, sugerindo que a SIRT 1 poderá estar envolvida na apoptose, na regulação do ciclo celular, na transcrição e noutras vias de regulação celular (Montagner, S., & Costa, A., 2009).

Ao desacetilar a p53, a SIRT promove a sobrevivência celular ao regular negativamente a transcrição deste fator. Esses dados corroboram a hiperacetilação da p53 e o aumento da apoptose induzida pela radiação observados em ratos com deficiência de SIRT 1, sugerindo o papel de prevenção do envelhecimento celular e apoptose induzida por ADN danificado ou *stress* (Montagner, S., & Costa, A., 2009).

Um estudo recente demonstrou que a proteína DBC1 (*deleted in breast cancer 1*), formada a partir do gene DBC1, ausente em pessoas com cancro de mama, atua inibindo a SIRT1 em células humanas, favorecendo o aumento da acetilação da p53. Em contrapartida, a depleção da DBC1 endógena pela interferência do RNA estimula a desacetilação da p53 mediada pela SIRT1 e inibe a apoptose dependente da p53. A expressão elevada da sirt aumenta o *stress* oxidativo e quando em níveis moderados, a sua expressão estimula a resistência a esse efeito, assim como a apoptose (Montagner, S., & Costa, A., 2009).

Estes dados sugerem a importância desta enzima no retardamento do processo de envelhecimento e muitos outros estudos estão actualmente em curso acerca deste tema, apesar do pouco conhecimento ainda existente acerca dos mecanismos reguladores da actividade da SIRT 1. Os mais recentes trabalhos procuram dentro desta família de proteínas a resposta para a cura de certos cancros, Alzheimer, controlo do metabolismo lipídico e prevenção do envelhecimento (Montagner, S., & Costa, A., 2009).

Muitas outras condições podem aumentar a longevidade, incluindo o calor, o *stress* oxidativo, a temperatura ambiente baixa, os sinais do sistema reprodutivo e a redução das taxas de respiração. Na maioria, ou em todos estes casos, o prolongamento da vida está sob o controlo ativo de proteínas reguladoras específicas que, por sua vez, são codificadas por genes específicos. A SIRT1 tem sido apresentada como fator de melhoria de doenças degenerativas associadas ao envelhecimento, como as neuro degenerativas (Alzheimer) e o declínio metabólico. De acordo com os estudos mais recentes, a SIRT1 vem-se apresentando como a chave reguladora da defesa e sobrevivência celulares em resposta ao *stress* (Montagner, S., & Costa, A., 2009).

ii. Restrição calórica

Os sensores (cada sensor de nutrientes tem impacto na longevidade em resposta à restrição calórica dependendo do modo como a restrição é imposta) do *stress* e dos nutrientes são os mediadores da longevidade que atuam em resposta a sinais provenientes do ambiente externo e do ambiente interno (fisiológico), sendo a restrição calórica o mais conhecido desses sinais e que prolonga a vida em muitas espécies, desde leveduras a primatas.

O efeito da restrição calórica foi inicialmente descoberto em ratos e considerava-se que o seu efeito se baseava, simplesmente, na redução da taxa de acumulação de danos na estrutura das células provocados pelo metabolismo dos nutrientes. Actualmente o conhecimento vai muito além disso e sabe-se que em mamíferos, exerce um potente efeito supressor tumoral. A restrição calórica inibe a formação tumoral, seja ela espontânea ou induzida e a perspectiva é de que o aprofundamento do conhecimento da modulação da SIRT possa favorecer o estudo do equilíbrio homeostático, tão perturbado nas doenças humanas (Montagner, S., & Costa, A., 2009).

Quando a comida é abundante e os níveis de *stress* são baixos, há uma promoção do crescimento e reprodução das células. Pelo contrário, em condições adversas, a actividade dos genes é alterada e em consequência disso, o organismo sob *stress* sofre uma mudança fisiológica global virada para a manutenção e protecção das células. Esta mudança fisiológica protege o organismo do *stress* ambiental e prolonga a vida. Nos eucariotas inferiores, o gene da SIR2 tem sido mesmo relacionado com a promoção da saúde, em virtude da restrição calórica (Montagner, S., & Costa, A., 2009).

Experiências em *Drosophila* têm mostrado que a restrição calórica produz uma diminuição rápida da taxa de mortalidade, sugerindo que a restrição de nutrientes contraria as causas do envelhecimento de um modo agudo. O prolongamento da vida em resposta à restrição calórica é regulado pelas vias metabólicas sensíveis aos nutrientes envolvendo a insulina e o factor de crescimento IGF-1 (semelhante à insulina), muito ativo na infância e na juventude. A inibição da sinalização da hormona insulina/IGF-1 altera a duração da vida através da interferência na expressão de genes particulares por via de certos factores de transcrição (responsáveis pela regulação da expressão dos genes e que produzem efeitos cumulativos na longevidade). Verificou-se que genes normalmente expressos na linha germinativa não o são nos tecidos somáticos dos mutantes, contribuindo para a longevidade desses tecidos.

Da mesma maneira, mutações no gene que codifica os recetores da insulina e da IGF-1 atrasam e reduzem a reprodução. Contudo, foram descobertos recentemente muitos casos de prolongamento da vida com pouca ou nenhuma inibição da reprodução. Mutações no recetor de insulina/IGF-1 prologam a vida mas não têm um efeito significativo na reprodução. De ressaltar ainda que alguns mutantes com vida longa têm mais filhos do que o normal e por isso mesmo, a longevidade não se alcança à custa da reprodução.

iii. Telómeros

À medida que a idade avança, o comprimento dos telómeros vai diminuindo e consequentemente estes ficam mais curtos. Pelo seu comportamento diferencial no decorrer do tempo e com o avançar da idade, os Telómeros têm sido candidatos a determinantes do envelhecimento. Contudo, a sua real influência tem sido posta em causa como será apresentado seguidamente.

Como descrito por Blackburn (1997), Carrel (1921), Itahana et al. (2001), Kurenova et al. (1997), Marx (1994) e Mu et al. (2002), os telómeros são estruturas que compreendem sequências de nucleótidos que protegem as extremidades dos cromossomas da sua degeneração e da fusão com outros cromossomas, uma vez que as células humanas deixam de se dividir quando o comprimento final do ADN telomérico atinge aproximadamente 4-7 bp (pares de bases) e desta forma é prevenida a fusão. Os telómeros apresentam um papel fundamental na prevenção da instabilidade genómica e

indirectamente desempenham um papel fundamental no controlo da proliferação das células normais e no crescimento anormal do cancro (Teixeira, P., 2006).

O encurtamento dos telómeros ocorre porque a maioria das células somáticas normais não sintetiza telomerase (ribonucleoproteína cujas subunidades de ácido ribonucleico – RNA – incluem sequências que completam a guanina da repetição telomérica) contudo, o mesmo já não se verifica nas células cancerosas onde a síntese de telomerase é ativada, podendo contribuir para a capacidade destas células se dividirem continuamente. Apesar de serem já conhecidos alguns factores que podem interromper a divisão celular e induzir posteriormente a morte quando o telómero fica já muito pequeno, muito mais existe ainda a saber para que se conheçam todos os mecanismos e factores que lhes estão associados. Sabe-se que à medida que as células se aproximam da fase de senescência replicativa começam a expressar a proteína p53⁵, resultante de um gene supressor tumoral, que interrompe o ciclo celular nas fases G1 e S. As linhas de células normais dos mamíferos não são imortais, o que poderá ser o resultado do encurtamento progressivo dos telómeros (Teixeira, P., 2006).

Se os factores estocásticos induzirem mutações na proteína p53 a ponto de inativá-la, poderão sobrepor-se aos mecanismos genéticos de controlo do fenómeno de envelhecimento celular e desta forma, estes dados indicam que, ao contrário do que se esperava, o papel dos telómeros no fenómeno de envelhecimento celular poderá não ser tão decisivo. Os telómeros poderão ter um papel preponderante no envelhecimento tecidual onde as células mantêm a sua capacidade proliferativa ao longo da vida do individuo, embora nos tecidos compostos por células pós-mitóticas (como os neurónios), a sua função esteja mais restrita. O envelhecimento nestes tecidos deve-se, possivelmente, à acumulação de lesões celulares sucessivas induzidas por factores de natureza química ou mecânica, como por exemplo, o aumento do *stress* oxidativo nas células nervosas. Consequentemente, a diminuição significativa do número de células funcionais, quer por morte celular ou por incapacidade de reparação de danos, poderá determinar a funcionalidade dos respetivos órgãos, culminando com a morte do individuo (Teixeira, P., 2006).

Em órgãos constituídos, fundamentalmente, por células permanentemente pós-mitóticas a “Teoria dos Telómeros” não se aplica. O processo de envelhecimento destes órgãos parece

⁵ Proteína particularmente importante no controlo do ciclo celular, estando a sua inativação ou mutação associada a um aumento da proliferação celular, independentemente do comprimento dos telómeros (Teixeira, P., 2006).

dependem muito mais da ação de fatores estocásticos, do que dos mecanismos de regulação genética. Neste sentido, o ‘relógio biológico’ que determina a longevidade do indivíduo, parece não fazer sentido quando a análise deixa de ser a longevidade das linhas de células em cultura e se passa a considerar o indivíduo como um todo. A ‘Teoria dos Telómeros’ é ainda posta em causa quando se tenta explicar as diferenças de longevidade entre as espécies animais com base no comprimento destas estruturas. Ou seja, seria de esperar que o maior comprimento dos telómeros das células mitóticas estivesse associado a uma maior longevidade da linha celular, o que não acontece (Teixeira, P., 2006).

iv. APOE (apolipoproteína E)

Os tratamentos desenvolvidos durante o último século quer para doenças dos mais jovens quer dos mais velhos têm ajudado a elevar significativamente a esperança de vida. No entanto, o declínio cognitivo tem emergido como uma das maiores ameaças à saúde da terceira idade, com quase 50% dos adultos com mais de 85 anos de idade a serem afetados com doenças como o Alzheimer. Neste sentido, o desenvolvimento de intervenções terapêuticas contra este tipo de degenerescências exige uma maior compreensão dos processos subjacentes ao envelhecimento cerebral e patológico. Os recentes avanços na biologia do envelhecimento em organismos modelo, juntamente com estudos moleculares e sistemas ao nível do cérebro, têm começado a realçar alguns dos mecanismos possíveis – e o seu potencial em termos de declínio cognitivo – de retardar e tratar certas doenças (Bishop, N. A., Lu, T., & Yankner, B. A., 2010).

A apolipoproteína E (apoE) é uma apolipoproteína de densidade intermédia, polimórfica (3 isoformas principais, apoE2, apoE3 e apoE4),^[9] essencial para o catabolismo normal dos constituintes de lipoproteínas ricas em triglicéridos. Em tecidos periféricos, é produzida principalmente pelo fígado e macrófagos, e medeia o metabolismo do colesterol. No sistema nervoso central, apoE é produzida principalmente por astrócitos, e transporta o colesterol para os neurónios através dos recetores da apoE, que são membros da família do gene do recetor de lipoproteína de baixa densidade (Smith, J. D., 2002; Ghebranious et al., 2005). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene?Db=gene&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=348>).

Em concordância com os estudos realizados e progressos alcançados, na última década têm sido cada vez mais utilizados marcadores para compreender os processos

fisiológicos que mudam com a idade. Recentemente, tem sido demonstrado que a apolipoproteína E (apoE) tem um grande impacto sobre a longevidade contudo, os seus mecanismos ainda não são completamente compreendidos. Também os estudos feitos com a variante ‘deficitária’ da apoE (E^o), em ratos, provaram ser um bom modelo para o estudo de hipercolestolemia espontânea e doenças ateroscleróticas associadas. Apesar do modelo identificado ter sido considerado relevante, os dados disponíveis são ainda diminutos no que diz respeito ao envelhecimento e às mudanças a ele associadas (Bonomini et al., 2010).

Num estudo realizado por Bonomini et al. (2010) em ratos com a variante E^o, os resultados, para diferentes idades (6, 12, 20 semanas de idade) mostram que estes animais desenvolveram alterações morfológicas e bioquímicas dependentes da idade, incluindo fibrose (colagénio recém-formado), citocinas pró-inflamatórias, acumulação de lipofuscina e diminuição das enzimas antioxidantes (superóxido dismutase e catalase) em vários órgãos como o rim, o fígado e o coração. Apesar do observado é necessário ressaltar que as degenerações observadas nos ratos E^o não foram igualmente observadas nos ratos controlo às 6, 12 e 20 semanas de idade. Desta forma, uma vez que estes ratos mostraram alterações enzimáticas e estruturais, normalmente ligadas à idade, tais como aumento de lipofuscina, citocinas pró-inflamatórias e diminuição das enzimas antioxidantes, podemos concluir que apoE tem um papel preponderante em estudos de longevidade e doenças relacionadas – como o estado inflamatório e aterosclerose, que são conhecidos fatores de risco para o declínio funcional e mortalidade precoce (Bonomini et al., 2010).

O principal objetivo da medicina moderna é promover o envelhecimento de forma bem-sucedida, física e mentalmente. Para tal é necessário primeiramente sobreviver e consequentemente sobreviver com uma boa saúde. Na discussão cada vez mais presente e actual acerca do envelhecimento, a apoE será com certeza alvo de especial foco pelo grande impacto que produz em termos de longevidade e envelhecimento bem-sucedido – uma vez que é possível que a apoE possa também desempenhar um papel relevante em outras condições patológicas, como por exemplo, cancro, artrite reumatoide e degeneração macular (Smith, J. D., 2002; Bonomini et al., 2010).

Sendo o envelhecimento um processo extremamente complexo, resultado da interação entre factores biológicos, psicológicos e sociais, envelhecer com saúde, autonomia e independência, o maior tempo possível, constitui hoje, um desafio à

responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países (Guiomar, V. C. R. V., 2010). Neste sentido, o objetivo do presente trabalho segue na direção do tema da longevidade, na tentativa de realçar e compreender melhor os factores associados a um envelhecimento saudável, associado à definição de qualidade de vida.

Objetivos

Os objetivos de estudo da presente dissertação são i) a análise do padrão de longevidade e ii) a criação de um perfil epidemiológico de uma amostra de idosos maioritariamente institucionalizados, na região do Pinhal Interior Norte e Dão-Lafões. Esta recolha foi principalmente realizada no concelho de Oliveira do Hospital e Santa Comba Dão.

Para atingir estes objectivos procedeu-se à recolha de informação primária através da realização de entrevistas e preenchimento de inquéritos previamente estruturados. A utilização destes instrumentos de investigação permitiu, um conhecimento mais profundo acerca de hábitos e condições de vida dos idosos, possibilitando efetuar uma classificação da qualidade de vida da população em estudo, com base na análise de diferentes variáveis analisadas.

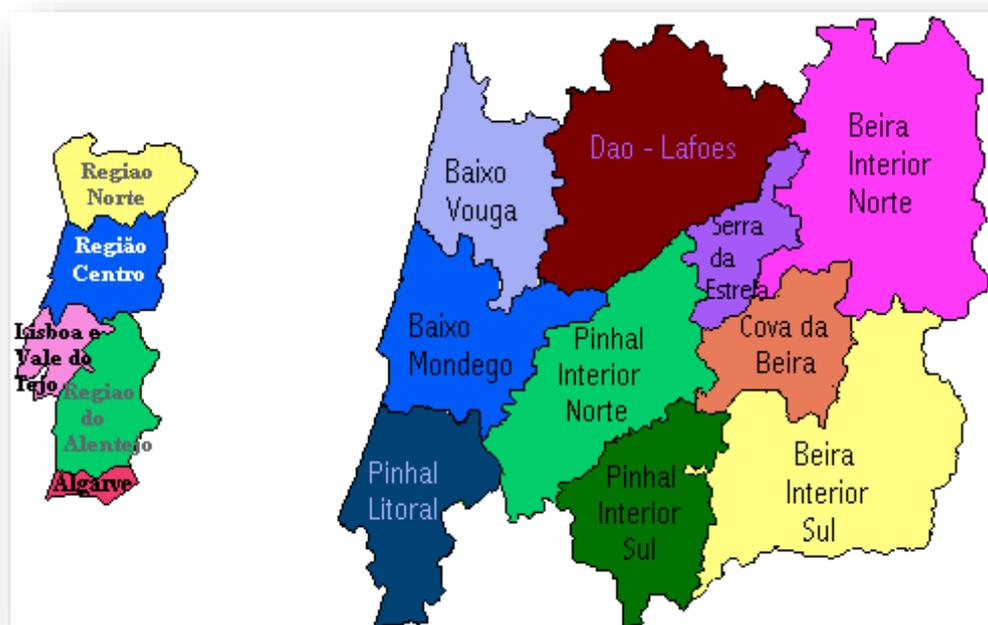


Figura 5: Mapa representativo dos locais de recolha da amostra.
(Retirado de <http://www.estgv.ipv.pt/paginaspessoais/quental/trabs/psi/anexos.htm>)

Material e Métodos

Constituição da amostra

No total de entrevistas realizadas foram analisados 133 inquéritos, relativos a 45 indivíduos do sexo masculino e 88 do sexo feminino, todos entre os 70 e os 99 anos de idade. Para o preenchimento dos inquéritos foram realizadas entrevistas nos concelhos de Oliveira do Hospital e Santa Comba Dão, o primeiro pertencente ao distrito de Coimbra e o segundo referente ao distrito de Viseu (figura 6).

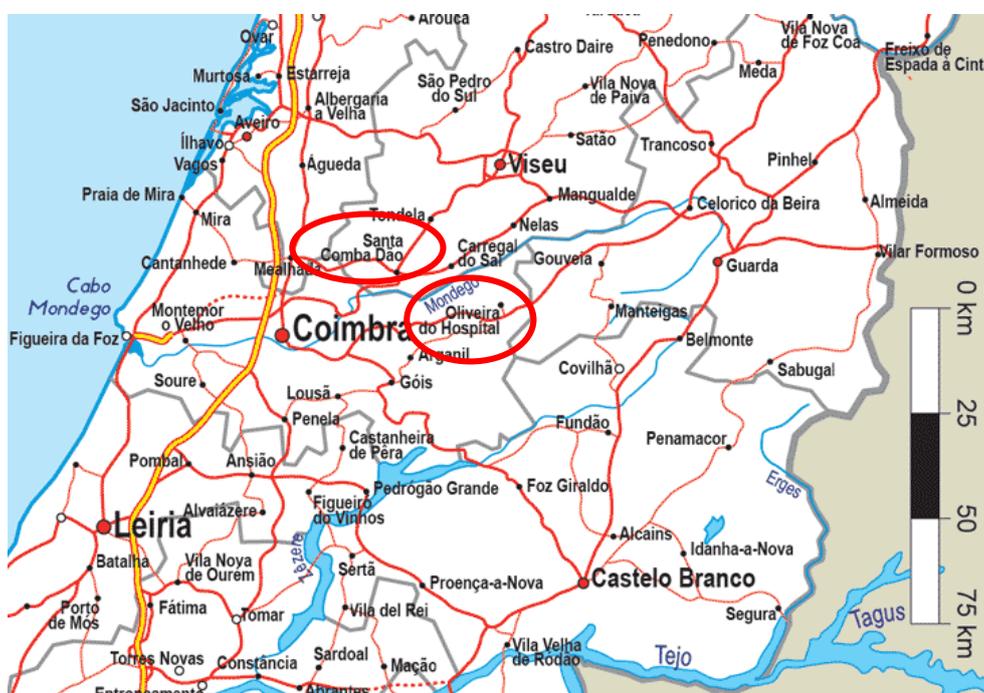


Figura 6: Localização geográfica dos concelhos de recolha da amostra assinalada no mapa (retirado de <http://koenschynens.files.wordpress.com/2012/06/beiras.gif>).

Tal como é possível observar pela figura, os concelhos onde foram realizadas as entrevistas são concelhos geograficamente contíguos. Localizam-se em distritos distintos mas, em termos demográficos e sociais são muito semelhantes. Ambos os concelhos pertencem à zona Centro Interior e a sua população idosa apresenta uma distribuição por faixa etária praticamente igual. Ainda que no concelho de Santa Comba Dão tenham sido realizadas menos entrevistas, a média de idades não apresenta grande variação; enquanto no concelho de Oliveira do Hospital a média de idades da

população inquirida situa-se nos 83,6 anos, em Santa Comba Dão a média de idades fixa-se nos 80,6 anos. Na sua generalidade, os idosos entrevistados fazem parte de um ambiente natural e construído relativamente homogéneo – ambos os concelhos apresentam o mesmo tipo de infraestruturas urbanas, acessibilidade/comodidade, parques verdes, assistência em termos de apoio social e acesso à saúde –, tendo na sua maioria desempenhado funções profissionais muito semelhantes.

Pelo facto de no passado não existir obrigatoriedade na frequência da escola, a maioria da população entrevistada (e quase podemos dizer não-entrevistada) - nesta faixa etária - possui um nível de escolaridade acentuadamente baixo. Estes dados são comprovados pelos inquéritos e têm impacto direto naquela que foi a atividade profissional desempenhada por estas pessoas enquanto adultos. Grande parte da amostra dedicou a sua vida adulta/activa ao trabalho agrícola. Mesmo aqueles que desempenharam outra actividade profissional, e caso habitassem num local que assim permitisse, dedicaram parte do seu tempo à agricultura.

No seguimento do objectivo de estudo da presente dissertação, foi desenvolvido um inquérito com questões quer de resposta aberta quer de resposta fechada de forma a poder analisar o perfil epidemiológico dos idosos. O instrumento utilizado para estimar a qualidade de vida dos idosos e obter informações mais pormenorizadas sobre o que foi a sua vida social, familiar e de trabalho, foi um inquérito desenvolvido por nós que teve em consideração vários aspetos.

Este guião para as entrevistas foi dividido em quatro secções; uma primeira parte relativa à identificação da pessoa que estava a ser entrevistada, a seguinte relativa à estrutura familiar, a terceira parte referente à estrutura de vida e a por fim, um último bloco relativo ao estilo de vida. A estrutura do inquérito pretendeu abranger todas as questões mais importantes e fundamentais da vida do idoso para que o perfil posteriormente ‘desenhado’ correspondesse de forma objetiva e rigorosa à realidade. Todas as entrevistas e consequente recolha de dados foram realizadas a idosos maioritariamente institucionalizados, nos concelhos de Oliveira do Hospital e Santa Comba Dão.

Numa primeira abordagem foi dado a conhecer a cada idoso, entrevistado individualmente, o objectivo do inquérito e do trabalho na sua totalidade. Desta forma, foi possível criar uma primeira empatia com o entrevistado que permitiu depois o desenrolar da entrevista e preenchimento do inquérito.

A parte inicial do inquérito pretendia então obter uma identificação rápida do idoso entrevistado, com questões acerca do sexo, idade, naturalidade, estado civil actual, grau de escolaridade, profissão actualmente desenvolvida - no caso de se justificar -, e actividade profissional desenvolvida no passado. Esta introdução inicial serviu como nota prévia de conhecimento mútuo para poder depois abordar temas relacionados, como a família e hábitos de vida, passados e presentes. No seguimento daquilo que era o modelo de inquérito, foram colocadas questões que permitiram conhecer a constituição da família desde a geração parental do entrevistado até à geração correspondente a filhos ou netos, em alguns casos.

Após algum conhecimento mais específico acerca da constituição familiar, foram colocadas questões de resposta fechada relativas à estrutura e estilo de vida, construídas a partir do WHOQOL1⁶ - bref (World Health Organization Quality of Life, versão abreviada) e através das quais se pretendia avaliar a qualidade de vida do idoso. Foram colocadas questões acerca das capacidades físicas dos idosos, da parte psicológica, social e familiar e ainda relativas ao ambiente físico-externo que rodeia o sujeito.

Questões relativas ao peso, altura e à imagem que os jovens têm dos idosos, como pode ser visto no guião em anexo, acabaram por não ser incluídas neste estudo. Peso e altura pelo facto de os idosos, quase na sua totalidade, não o saberem. Quanto aos jovens, houve por parte dos entrevistados um sentimento de ‘incapacidade’ para responder no sentido de que a grande generalidade referiu não ter nada a apontar aos mais novos e por outro lado, pela falta de contacto de muitos deles com pessoas desta geração.

O inquérito produzido foi o principal e único material para a realização das entrevistas uma vez que, não sendo o principal objectivo do trabalho a realização de uma análise qualitativa, nenhuma destas foi sujeita a gravação, não havendo necessidade de utilização de gravador.

⁶ O *WHOQOL-bref*, elaborado pela OMS, é um inquérito abreviado com 26 perguntas, da versão completa *WHOQOL* que inclui 100 perguntas. Este instrumento permite uma avaliação genérica, subjetiva, multidimensional e multicultural da qualidade de vida. Indicador global, este instrumento é composto por quatro domínios – físico, psicológico, relações familiares e sociais e ambiente – que se consideram fundamentais para a indicação de qualidade de vida. Por abranger vários espectros daquilo que deve ser considerada a qualidade de vida, pode ser utilizado em indivíduos saudáveis bem como naqueles que apresentem qualquer distúrbio físico e psicológico. Cada um destes domínios sumaria portanto o domínio particular de qualidade de vida (<http://gaius.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm>).

Critério de Inclusão: todos os indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos.

Critérios de Exclusão: indivíduos com idade inferior a 70 anos; indivíduos que por qualquer motivo não se encontravam em condições de dar qualquer informação.

Considerações Éticas

Todas as entrevistas, bem como a recolha de material biológico, foram realizadas com o consentimento dos idosos participantes, tendo todos os participantes formalizado a aceitação pela assinatura de um documento informativo.

Na base de dados criada, todos os idosos estão identificados por um código numa composição nominal e ordinal, correspondente ao número de inquérito e à instituição onde o inquérito foi realizado. Todos os dados relativos aos idosos, constantes na base, estão assim salvaguardados.

Métodos

Métodos Analíticos

Base de dados

De acordo com o objectivo do trabalho, foi necessário proceder à criação de uma base onde todos os dados recolhidos constassem e assim pudessem ser analisados. Todas as respostas às perguntas colocadas no inquérito, à excepção daquelas de resposta aberta, foram codificadas e introduzidas na base de dados de forma a permitirem a análise estatística. Para facilitar a introdução de dados na base, foram dados valores às questões de resposta fechada, numa escala de um (1) a cinco (5) em que o valor mais baixo diz respeito à classificação *'muito mau'*, o valor mais alto corresponde a *'muito bom'* e os valores intermédios correspondem a níveis intermédios de satisfação. Todos os dados relativos aos inquéritos foram introduzidos numa base do programa informático IBM SPSS 20, onde foram posteriormente analisados.

Recolha e análise de dados

De forma a poder realizar as entrevistas necessárias e preencher os inquéritos, foram contactadas seis instituições de solidariedade social do concelho de Oliveira do Hospital através da Câmara Municipal. Após a aceitação para a realização do trabalho de campo por parte das instituições contactadas, foram então realizadas as entrevistas e o respetivo preenchimento dos inquéritos. Em média, as entrevistas duraram entre 60 a 180 minutos e todas foram feitas de forma individual a cada idoso.

Após a recolha e organização dos dados do inquérito, efetuaram-se algumas análises estatísticas que permitiram estruturar o perfil epidemiológico dos idosos: analisou-se a média de idades por sexo, a distribuição por classe etária dos indivíduos quer do sexo feminino quer do sexo masculino, determinou-se a composição familiar dos idosos, o seu padrão de distribuição para o estado civil, o nível de escolaridade, o tipo de habitação, a média de comprimidos ingeridos por dia e ainda a distribuição da amostra por grupos profissionais. Além destas análises preliminares, foram feitas análises mais

complexas na expectativa de poder avaliar, através dos indicadores do inquérito, o nível de qualidade de vida dos idosos.

Para proceder à avaliação da qualidade de vida dos idosos foram agrupadas todas as perguntas do inquérito, de acordo com o inquérito da OMS, em domínios (tabela 1). Todas as perguntas incluídas em cada domínio foram classificadas segundo uma escala de cinco níveis de resposta possível – 1, 2, 3, 4, 5 -, em que 1 corresponde ao valor mais baixo, de menor satisfação e 5 representa satisfação total relativamente ao que é perguntado. Assim, e de forma a poder criar um perfil epidemiológico mais completo da população em estudo, as questões do inquérito acima referidas (questões de resposta fechada), foram agrupadas nos quatro domínios principais que o inquérito da OMS compreende – domínio físico (1), domínio psicológico (2), domínio social/familiar (3) e ambiente físico (4). Para a variável dependente – qualidade de vida – foram colapsados os cinco níveis iniciais de resposta em dois níveis, classificados com os valores 1 e 2, correspondentes a “*qualidade de vida abaixo de boa*” e “*qualidade de vida boa e muito boa*”, respectivamente.

Uma vez que o domínio 3, correspondente à família e vida social, apenas se encontrava referenciado numa pergunta, houve necessidade de criar uma classificação ordinal para duas das perguntas de resposta aberta que se referiam diretamente à família. Estas perguntas, relacionadas com a frequência de visitas da família e amigos ao idoso e qualidade da relação do idoso com a família e amigos, permitiram completar o número mínimo de variáveis necessário para depois realizar a análise estatística pretendida. Na tabela abaixo (tabela 1) é possível observar a distribuição das perguntas por cada um dos domínios do inquérito.

Tabela-1: Distribuição de questões por domínios.

| | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Domínio Físico (1) | Questão 5 (grupo IV) |
| | Questão 6 (grupo IV) |
| | Questão 2 (grupo III) |
| Domínio Psicológico (2) | Questão 1 (grupo III) |
| | Questão 4 (grupo III) |
| | Questão 8 (grupo IV) |
| Domínio Familiar/social (3) | Questão 4 (grupo IV) |
| | Questão relação familiar |
| | Questão contato com a família |
| Domínio Ambiental (4) | Questão 5 (grupo III) |
| | Questão 6 (grupo III) |
| | Questão 3 (grupo IV) |
| | Questão 7 (grupo IV) |

Após a organização das questões de acordo com a tabela acima representada, aplicou-se uma técnica de redução de dados adequada a dados ordinais – a análise em componentes principais para dados categóricos – CATPCA (Categorical Principal Components Analysis), que consiste na extração de componentes principais para dados categóricos. Esta análise foi feita para cada domínio do inquérito, permitindo reduzir as questões inicialmente englobadas em cada um desses domínios a uma única dimensão. Esta dimensão pode ser considerada como um indicador da qualidade para cada um dos grupos utilizados para fundamentar a análise – capacidade física/autonomia do idoso, perfil psicológico, estabelecimento e manutenção de relações familiares e sociais e ambiente natural e construído que o rodeia. Esta análise permite reduzir os dados minimizando a perda de informação, tendo sido utilizada para reduzir as questões englobadas em cada um dos domínios a uma única componente principal, ou dimensão.

Cada dimensão resultante da CATPCA é uma combinação das questões iniciais englobadas nos domínios; esta dimensão apresenta uma estrutura unidimensional e tem, à partida, capacidade de representar a informação original. A consistência interna de cada dimensão, ou seja, a sua capacidade de refletir a informação inicial e a sua validade estatística foi avaliada pelo coeficiente Alpha de Cronbach.

Procurando avaliar a influência das dimensões relativas à qualidade de vida física, psicológica, social/familiar e ambiental na qualidade de vida global dos idosos, as dimensões resultantes da CATPCA foram introduzidas em modelos explicativos multivariados, nomeadamente em análises de regressão logística, nominal e ordinal. Os resultados finais dos modelos de regressão logística são as Odds Ratios (OR), entendidas como a probabilidade relativa de determinado evento acontecer. Foram desenvolvidos quatro modelos, um para cada uma das dimensões parciais da qualidade de vida, ajustados para a variável 'sexo', de forma a controlar a possível influência desta variável nos modelos. Para efeitos destas – análises de regressão logística –, as dimensões foram dicotomizadas com base no valor da mediana, passando a apresentar dois níveis: qualidade de vida negativa (valores inferiores à mediana) e qualidade de vida positiva (valores superiores à mediana).

Os dados obtidos pela análise estatística realizada são apresentados e discutidos nos capítulos seguintes.

Métodos Quantitativos

Para determinação do perfil epidemiológico com caracterização fenotípica dos indivíduos entrevistados, foram analisados qualitativamente cerca de 10% dos inquéritos. De forma a poder proceder a uma análise mais cuidada da informação recolhida, as entrevistas foram transcritas e avaliadas de forma objectiva segundo os parâmetros incluídos no inquérito da OMS para uma boa qualidade de vida. Esta análise que não é somente estatística mas que envolve também um lado mais antropológico, com especificação do nível de qualidade do meio social e familiar, permitiu criar um perfil epidemiológico mais próximo daquilo que é a forma de vida dos idosos diariamente. A discussão dos dados obtidos qualitativamente será apresentada posteriormente num capítulo próprio.

Resultados

Caraterização sociodemográfica

Efetuuou-se um total de 133 entrevistas, tendo sido inquiridos 88 idosos do sexo feminino e 45 do sexo masculino, correspondendo a 66% e 34%, respetivamente, da população inquirida.

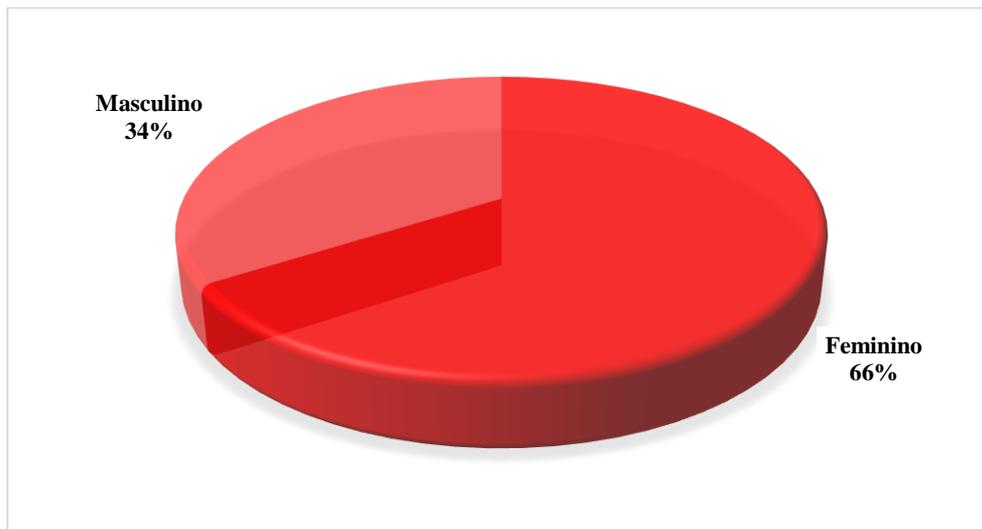


Figura 7: Distribuição de sujeitos entrevistados por sexo.

Todos os idosos em estudo possuíam 70 ou mais anos de idade. Com o objetivo de facilitar a análise, foram criadas cinco classes etárias [70-74; 75-79; 80-84; 85-89; 90 e mais anos] de forma a englobar o total da população e as idades correspondentes. A primeira classe etária, correspondente a idades até 74 anos, foi a que incluiu menos idosos, correspondendo apenas a 8% da amostra. Entre as mais numerosas, destacam-se as classes imediatamente posteriores à primeira, 75-79, 80-84 e 85-89 anos, correspondendo, respetivamente, a 21%, 26% e 25% da população em estudo.

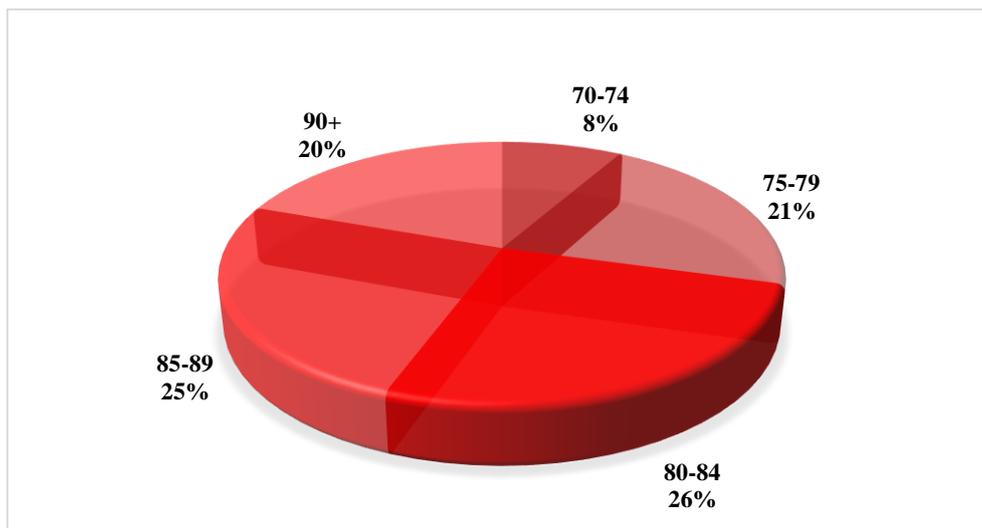


Figura 8: Distribuição de sujeitos entrevistados por classe etária.

Com menos indivíduos, mas ainda assim com um número considerável, surge a classe etária que inclui todos os idosos com 90 e mais anos de idade, que representa 20% da população, o que, à partida, parece ser um bom indicador da longevidade de alguns dos participantes deste estudo.

De forma a poder analisar mais profundamente os dados relativos à idade dos idosos, distribuíram-se os indivíduos do sexo feminino e masculino pelas classes etárias acima referidas. Desta forma, é possível observar a distribuição por sexo e, classe etária e, conseqüentemente, as variações que existem em termos de idades entre homens e mulheres. Para além da diferença de número, as curvas revelam que a diminuição do número de indivíduos do sexo masculino ocorre numa idade um pouco superior à observada no sexo feminino: a classe etária dos 85-89 marca essa diminuição para os homens, enquanto para as mulheres a diminuição ocorre a partir dos 80-84 anos.

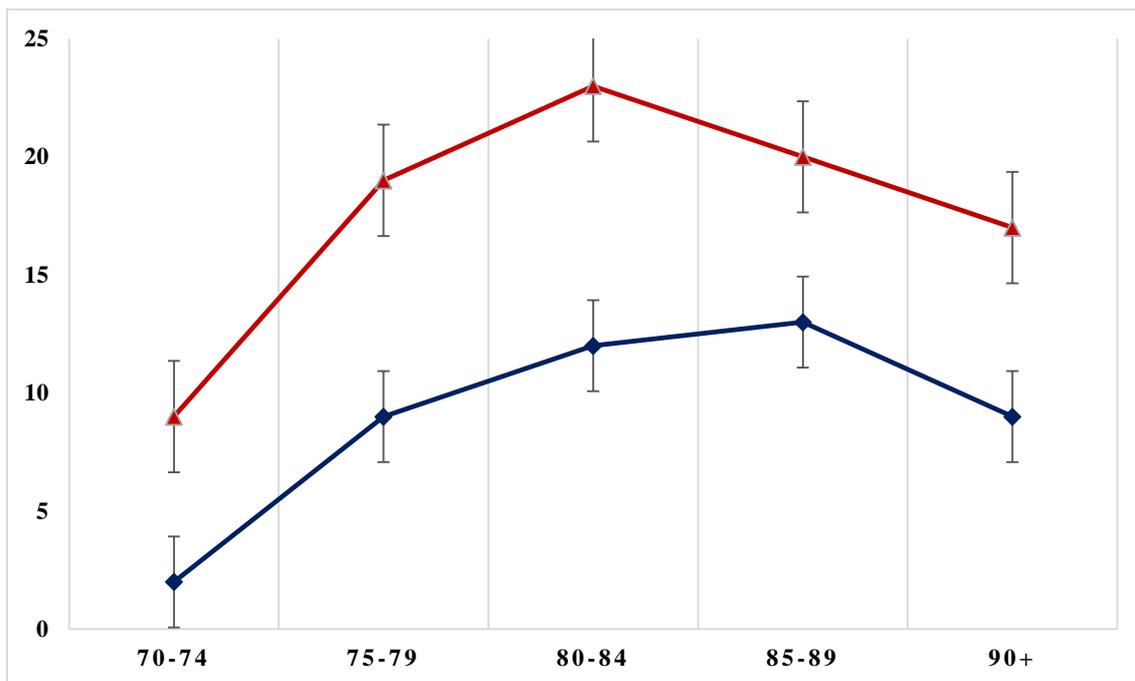


Figura 9: Distribuição de indivíduos do sexo feminino (representado pela linha vermelha) e masculino (representado pela linha azul) por classe etária.

De acordo com a distribuição apresentada, foi calculada a média de idades por cada sexo. Como seria de esperar pela análise da figura anterior (figura 9), esta média é um pouco mais elevada no sexo masculino: para o sexo feminino temos 83 anos como idade média e para o sexo masculino a média de idades fixa-se nos 84 anos.

No seguimento da análise sociodemográfica, procedeu-se à separação dos entrevistados de acordo com o seu estado civil actual. De acordo com o inquérito, os indivíduos foram englobados em quatro categorias: casado, solteiro, divorciado e viúvo. A larga maioria da população, correspondente a 68%, encontra-se actualmente viúva e os restantes 32% distribuem-se entre as categorias casados, solteiros e divorciados. Destes 32%, 24% correspondem a idosos que estão ainda casados e mantêm o seu conjugue vivo.

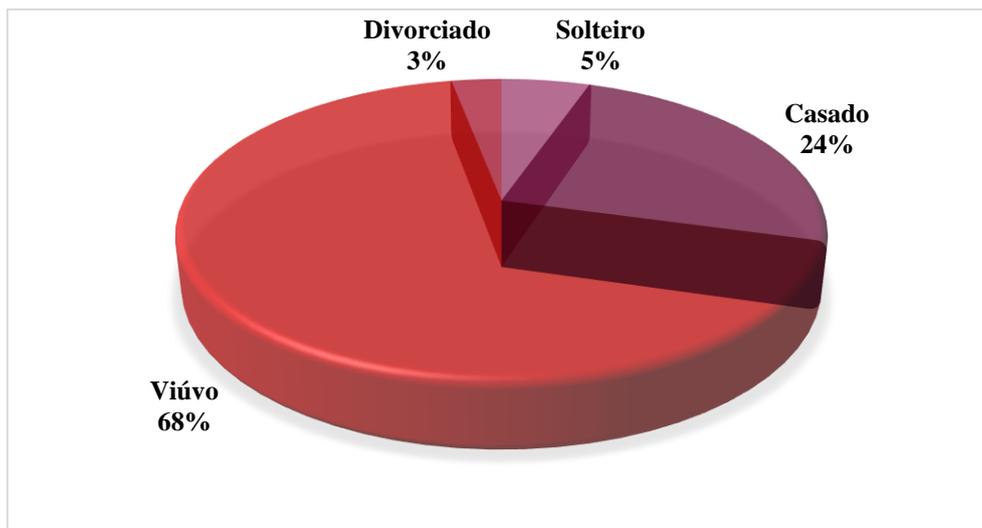


Figura 10: Distribuição da população entrevistada por estado civil.

Independentemente do estado civil dos indivíduos, foi perguntado o número de filhos por pessoa, obtendo-se a distribuição apresentada na figura 11.

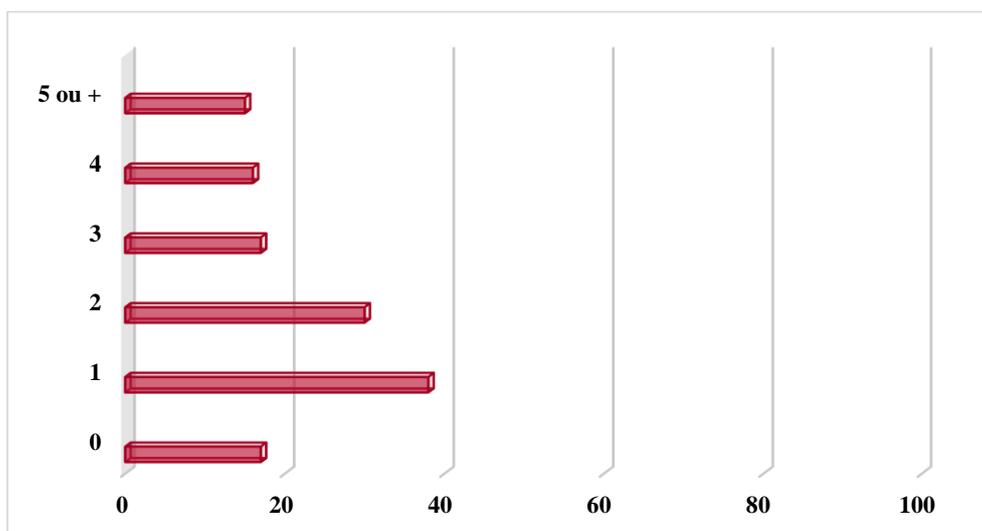


Figura 11: Percentagem de indivíduos por número de filhos.

Como é possível observar, a maior percentagem é obtida na resposta correspondente a um filho. Seguidamente, correspondendo a cerca de 25% da amostra, surgem os indivíduos com dois filhos, encontrando-se percentagens mais baixas nas categorias que correspondem a nenhum filho e 3 ou mais filhos.

Relativamente ao tipo de habitação que possui, a maioria dos idosos - 86% - referiu possuir casa própria. Dos 14% de inquiridos que não se encontram anteriormente incluídos, 4% referiu que não possui casa própria e 10% que vive em casa arrendada ou de familiares.

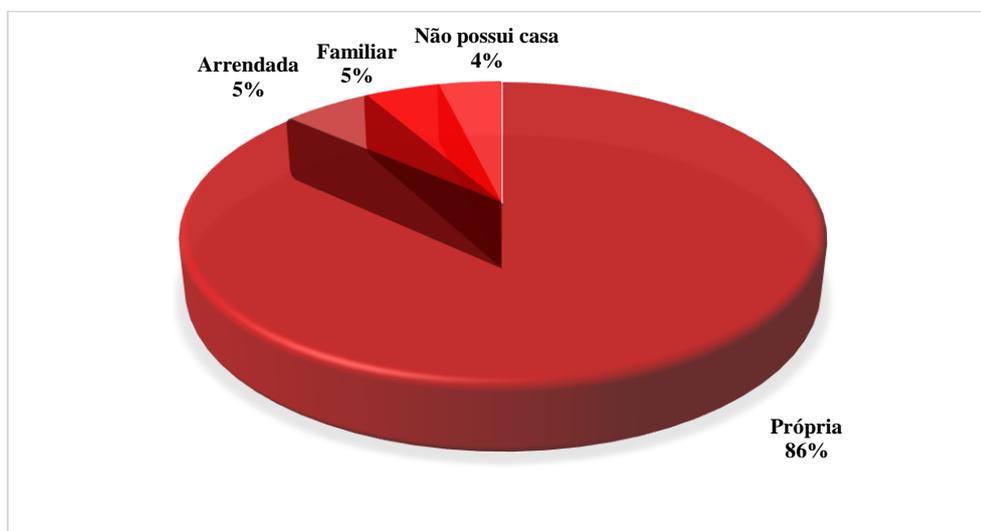


Figura 12: Distribuição de indivíduos por tipo de habitação.

Ainda que a quase totalidade dos entrevistados tivesse referido possuir casa própria, deve sublinhar-se que a grande maioria de entrevistas foi realizada em instituições de apoio social e, por esse facto, muitos dos idosos entrevistados não residem na sua própria casa, nem na de familiares.

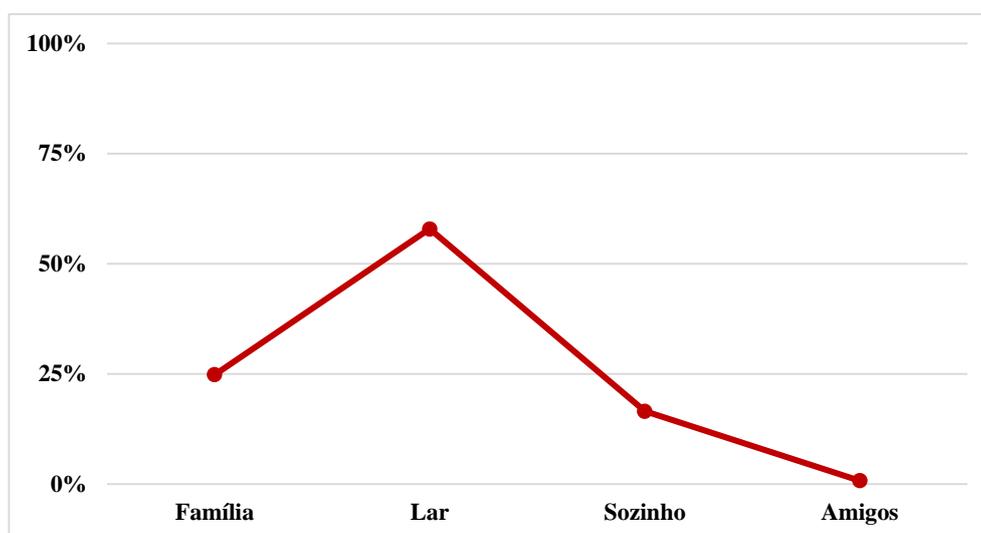


Figura 13: Distribuição dos sujeitos entrevistados de acordo com o local onde habitam à data da entrevista.

Quando questionados relativamente ao grau de escolaridade que possuem, 48% dos idosos referiu não saber ler nem escrever e quase a mesma percentagem - 49% - referiu ter feito o Ensino Primário. Apenas 2% da amostra possui um Curso Técnico e 1% um Curso Superior.

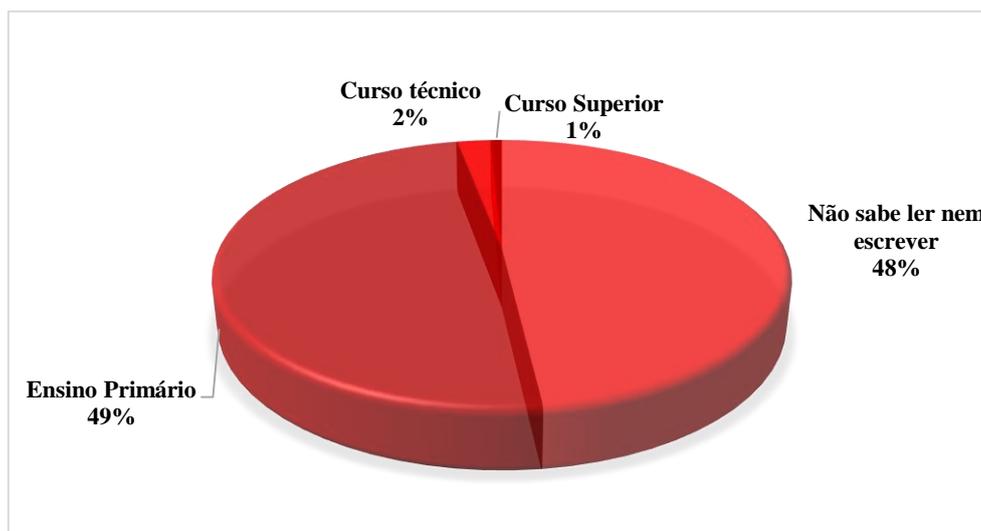


Figura 14: Distribuição dos idosos por nível de escolaridade.

No seguimento da questão acerca do nível de escolaridade dos idosos, foi questionada a atividade profissional desenvolvida por estes durante a vida activa. De acordo com as respostas obtidas, tentou-se classificar as profissões de acordo com o Guia de Classificação Portuguesa das Profissões (edição 2011), desenvolvido pelo INE Este Guia permite agrupar as mais diversas profissões em 10 grupos diferentes; no entanto, na amostra estudada, apenas se registaram profissões englobadas em 7 desses grupos (figura 15).

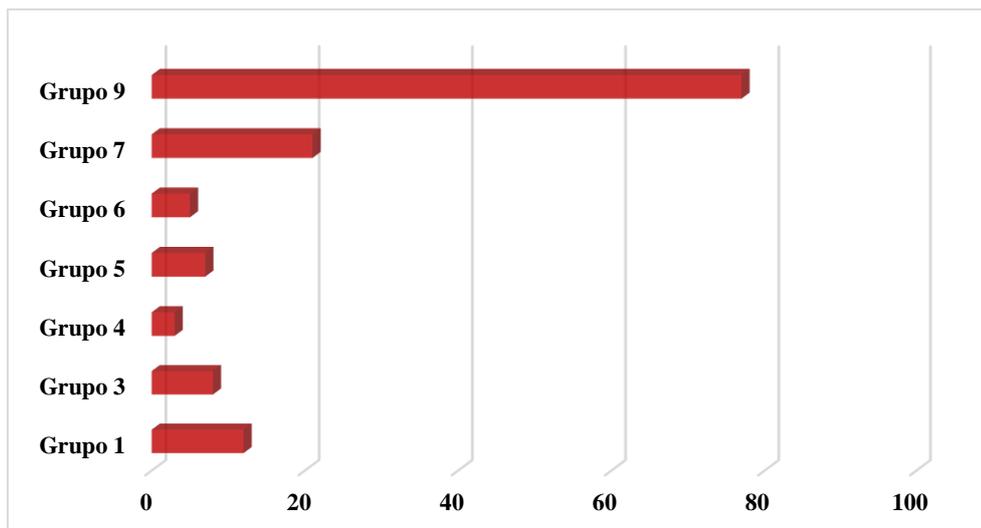


Figura 15: Distribuição por Grupo Profissional.

A cada um dos grupos profissionais definidos pelo INE, constantes de Tabela 2, correspondem diferentes profissões e, diferentes categorias socioprofissionais e, conseqüentemente, diferentes níveis socioeconómicos. Adequando as profissões registadas na amostra estudada à tabela definida pelo INE, os idosos inquiridos distribuem-se pelo grupo 1, referente a representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos; grupo 3, correspondente a técnicos e profissões de nível intermédio; grupo 4, relativo a pessoal administrativo; grupo 5, englobando trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; grupo 6, relativo a agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; grupo 7, correspondendo a trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices e por fim, grupo 9, englobando trabalhadores não-qualificados.

Tabela-2: Tabela dos Grandes Grupos Profissionais do INE (retirado de *INE, I., 2011*).

| Grandes Grupos CIP/ISCO/2008 | |
|------------------------------|--|
| 0 | Profissões das Forças Armadas |
| 1 | Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos |
| 2 | Especialistas das actividades intelectuais e científicas |
| 3 | Técnicos e profissões de nível intermédio |
| 4 | Pessoal administrativo |
| 5 | Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores |
| 6 | Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta |
| 7 | Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices |
| 8 | Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem |
| 9 | Trabalhadores não qualificados |

Quanto ao número de medicamentos tomados diariamente pelos idosos, podemos observar uma certa regularidade na toma diária, fixando-se a média em 8 comprimidos por dia. Existem várias exceções a este número, com valores de 12, 15 até 20 comprimidos por dia. Contrariamente ao que seria de esperar, atendendo à média de idades dos entrevistados, vários idosos referem não tomar qualquer medicamento diariamente.

Para os que tomam medicação diária, as principais causas para o fazerem estão relacionadas com problemas cardiovasculares - com consequente ingestão de medicamentos para o colesterol, tensão, problemas de circulação e prevenção de AVC (acidente vascular cerebral) -, problemas metabólicos relacionados com a absorção de nutrientes fundamentais ao organismo, problemas de ossos e dores crónicas associadas, e ainda diabetes. Estas são algumas das doenças mais frequentes e que justificam a quantidade de comprimidos ingerida diariamente pelos idosos. Também as doenças do trato urinário, estômago e sistema nervoso se apresentam fortemente representadas entre os idosos.

Indicadores de qualidade de vida

De forma a poder avaliar os indicadores de qualidade de vida que foram incluídos no inquérito, procedeu-se à normalização dos dados e respetiva análise através de regressões logísticas nominais e ordinais. De acordo com o WHOQOL é possível avaliar a qualidade de vida através de quatro domínios fundamentais: físico, psicológico, social/familiar e ambiental. Segundo esta tipologia, e procurando avaliar de forma mais precisa cada um destes parâmetros, efetuaram-se algumas análises estatísticas multivariadas em cada dimensão. Neste sentido, definiu-se como variável dependente uma questão do inquérito realizada relativa à avaliação da qualidade de vida: “*Como classificaria a sua qualidade de vida?*”.

De modo a reduzir o número de questões englobadas em cada domínio, efetuou-se então uma Análise em Componentes Principais para dados categóricos, CATPCA (Categorical Principal Components Analysis). Esta análise foi feita para cada domínio do inquérito, permitindo reduzir as questões inicialmente englobadas em cada um desses domínios do perfil epidemiológico (tabela 3).

A tabela 1 apresenta as dimensões resultantes da CATPCA e as questões englobadas em cada uma das dimensões. Apresenta-se ainda os loadings ou saturações, que correspondem a coeficientes de correlação entre cada variável e a dimensão, o coeficiente Alpha de Cronbach, que avalia a consistência interna das dimensões e o Eigenvalue, ou valor próprio. Verifica-se, na tabela, a existência de correlações fortes entre as variáveis e a dimensão a que pertencem e elevada consistência interna da dimensão (coeficiente Alpha de Cronbach com valores superiores a 0,5), sugerindo unidimensionalidade da escala obtida e validade do procedimento estatístico efetuado.

Tabela 3: Valores da CATPCA para cada dimensão dicotomizada.

| <i>Variáveis por dimensão</i> | | <i>Loadings</i> | <i>Cronbach alpha (total)</i> | <i>Eigenvalue (total)</i> |
|-------------------------------|---|-----------------|-------------------------------|---------------------------|
| <i>Dimensão 1</i> | <i>Como classificaria a sua saúde?</i> | 0,793 | 0,872 | 2,388 |
| | <i>Quão capacitado se sente para executar as suas actividades diárias?</i> | 0,939 | | |
| | <i>Quão capacitado se sente para andar (de um lado para o outro)?</i> | 0,937 | | |
| <i>Dimensão 2</i> | <i>Como classificaria a sua qualidade de vida?</i> | 0,806 | 0,742 | 1,978 |
| | <i>Quão importante considera a sua vida?</i> | 0,821 | | |
| | <i>Com que frequência tem pensamentos negativos, se sente deprimido, triste, desesperado e ansioso?</i> | 0,809 | | |
| <i>Dimensão 3</i> | <i>Quão importante considera o convívio com os seus vizinhos e amigos?</i> | 0,665 | 0,752 | 2,004 |
| | <i>Quão importante considera a relação com a sua família?</i> | 0,883 | | |
| | <i>Com que frequência tem contacto com a sua família?</i> | 0,884 | | |
| <i>Dimensão 4</i> | <i>Sente-se seguro relativamente ao local onde reside/vive?</i> | 0,79 | 0,713 | 2,15 |
| | <i>Como classifica o local onde reside/vive?</i> | 0,796 | | |
| | <i>Tem dinheiro suficiente para as suas necessidades diárias?</i> | 0,595 | | |
| | <i>Sente-se satisfeito com o acesso aos serviços de saúde?</i> | 0,733 | | |

Relativamente ao domínio 1 – autonomia do idoso e capacidades físicas - o modelo ajustado para o sexo é significativo ($p \leq 0,05$). O modelo desenvolvido mostra que os idosos que avaliam a sua qualidade de vida física (domínio físico) como negativa (valores inferiores à mediana) têm mais probabilidade de avaliar a qualidade de vida global como “abaixo de boa” – a OR é de 6,2 (IC de 2,67 a 14,43 e $p < 0,05$), o que significa que a probabilidade dos idosos avaliarem a qualidade de vida global no nível “abaixo de boa” aumenta 6,2 vezes quando o domínio físico foi avaliado como negativo.

A variável sexo não é significativa, embora o valor da OR para o sexo masculino seja 0,812, o que mostra que a probabilidade de avaliar a qualidade de vida como menos boa é 18,8% menor para o sexo masculino.

Tabela 4: Valores de Odds Ratio e IC para a Dimensão 1.

| | OR ajustadas | IC 95% |
|--|--------------|----------------|
| Dimensão 1 | | |
| <i>avaliação geral positiva</i> ^a | (ref) 1 | |
| <i>avaliação geral negativa</i> | 6,21 | 2,67-14,43** |
| Sexo (masculino) | 0,812 | 0,33-1,97 (ns) |

^a Categoria de referência

**p <0,05

ns sem significância

Tal como para o domínio 1, também para o domínio 2 – perfil psicológico do idoso -, o modelo ajustado para o sexo é significativo (p <0,05). Este modelo revela que para os idosos que avaliam a sua qualidade de vida psicológica como negativa, a probabilidade de ocorrer uma avaliação negativa da qualidade de vida global (abaixo de boa) aumenta 31,5 vezes (OR = 31,5; IC 7,79 a 127,9 e p > 0,05). Também aqui a variável sexo não é significativa, embora a OR seja 0,328, o que mostra que probabilidade de avaliar a qualidade de vida como menos boa é 67,2% menor para o sexo masculino.

Tabela 5: Valores de Odds Ratio e IC para a Dimensão 2.

| | OR ajustadas | IC 95% |
|--|--------------|---------------|
| Dimensão 2 | | |
| <i>avaliação geral positiva</i> ^a | (ref) 1 | |
| <i>avaliação geral negativa</i> | 31,57 | 7,79-127,93** |
| Sexo (masculino) | 0,328 | 0,1-1,02 (ns) |

^a Categoria de referência

**p <0,05

ns sem significância

Contrariamente ao obtido para os domínios anteriores, para o domínio 3 – estabelecimento e manutenção de relações sociais e familiares - o modelo ajustado para o sexo não é significativo uma vez que o valor de p obtido é superior a 0,05 (p = 0,953).

A probabilidade dos idosos avaliarem negativamente a sua qualidade de vida é 1,12 vezes maior quando a avaliação das relações sociais e familiares é negativa (OR = 1,126; IC de 0,520 a 2,437 e $p=0,764$). A variável sexo também não é significativa (OR=1,01; IC 0,45-2,3), embora a probabilidade de avaliar a qualidade de vida como menos boa aumente para 1,9% para o sexo masculino.

Tabela 6: Valores de Odds Ratio e IC para a Dimensão 3.

| | OR ajustadas ^b | IC 95% |
|--|---------------------------|----------------|
| Dimensão 3 | | |
| <i>avaliação geral positiva</i> ^a | (ref) 1 | |
| <i>avaliação geral negativa</i> | 1,12 | 0,52-2,43 (ns) |
| Sexo (masculino) | 1,01 | 0,45-2,3 (ns) |

^a Categoria de referência
ns sem significância

No domínio 4 – ambiente natural e construído que rodeia o idoso - o modelo ajustado para o sexo é significativo uma vez que, uma vez mais, o valor obtido é inferior a 0,05 ($p= 0,043$). Os resultados deste modelo mostram que os idosos que avaliam a qualidade do seu ambiente físico como negativa têm uma probabilidade 2,88 vezes maior de avaliarem a sua qualidade de vida como abaixo de boa (OR=2,88; IC de 1,215 a 6,8622,437 e $p> 0,05$). À semelhança dos casos anteriores, a variável sexo não é significativa ($p=0,736$), embora a probabilidade de avaliar a qualidade de vida como menos boa seja 13,5% menor para o sexo masculino (OR = 0,865).

Tabela 7: Valores de Odds Ratio e IC para a Dimensão 4.

| | OR ajustadas ^b | IC 95% |
|--|---------------------------|---------------|
| Dimensão 4 | | |
| <i>avaliação geral positiva</i> ^a | (ref) 1 | |
| <i>avaliação geral negativa</i> | 2,88 | 1,21-6,86** |
| Sexo (masculino) | 0,865 | 0,37-2,0 (ns) |

^a Categoria de referência
** $p < 0,05$
ns sem significância

Análise qualitativa

No seguimento dos inquéritos realizados, para a produção de um estudo qualitativo acerca da qualidade de vida dos inquiridos foi analisada uma pequena amostra representativa de cerca de 10% do total de entrevistados. A amostra aqui representada inclui 11 pessoas, com idade superior a 70 anos, institucionalizadas e não-institucionalizadas, entrevistadas através de instrumentos de pesquisa semiestruturados ⁷(Gabriel, Z., & Bowling, A.,2004). De forma a poder estudar e criar um perfil mais completo da forma de vida dos idosos, foram retiradas do inquérito categorias que permitissem analisar factores representativos de qualidade de vida, em termos de habitação, saúde, convivência social, relação familiar, suporte em caso de necessidade, hábitos e rotinas, resposta social, passando ainda pelo factor de Religiosidade.

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como «*a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*» (Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V., 2000). Inserido nesta necessidade de avaliar a qualidade de vida da população, a OMS cria o primeiro método de avaliação, o WHOQOL, destinado à avaliação da qualidade de vida (Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T., 2010). Este instrumento de avaliação desenvolvido pela OMS partiu de três pressupostos principais: «*(1) a essência abrangente do conceito de qualidade de vida; (2) que uma medida quantitativa, fiável e válida pode ser construída e aplicada a várias populações e (3) qualquer factor que afecte a qualidade de vida influencia um largo espectro de componentes incorporados no instrumento e este, por sua vez, serve para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na qualidade de vida*» (Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T., 2010).

De forma a agilizar e acelerar o processo de avaliação de qualidade de vida da amostra, a OMS desenvolve então uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Este último conta com 26 perguntas divididas por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (de Almeida Fleck, M. P., 2000). Com base no WHOQOL-bref, foi por nós desenvolvido um inquérito com características semelhantes, adaptado a uma avaliação mais simples, menos complexa mas que ao mesmo tempo nos

⁷ Os instrumentos de pesquisa semiestruturados aqui mencionados são referentes ao questionário previamente elaborado e que foi utilizado para recolha dos dados.

permitisse ter uma ideia do modo e qualidade de vida dos idosos em estudo e assim desenhar um perfil mais completo acerca do modo de vida geral.

O guião por nós elaborado e que serviu de inquérito à população foi, como acima referido, estruturado com base no já formulado pela OMS. Nestas condições, o nosso inquérito foi dividido em quatro partes: uma primeira parte de introdução do indivíduo entrevistado, uma segunda parte acerca da estrutura familiar do idoso, a terceira parte referente à estrutura de vida e a parte final respeitante ao estilo de vida do idoso. Aquando do estabelecimento das perguntas que seriam introduzidas no inquérito, foi decidido que este seria composto por perguntas quer de resposta aberta quer de resposta fechada e assim sendo, a terceira e quarta partes apresentam perguntas cuja resposta é fechada tendo sido determinada uma escala de avaliação das respostas dadas. Esta escala, compreende valores entre 1 e 5, sendo o valor mais baixo relativo à classificação *'muito mau'* e o mais elevado relativo a *'muito bom'*, sendo que os restantes valores neste intervalo correspondem a respostas intermédias.

Para proceder a uma avaliação mais cuidada foram criadas categorias com base no artigo de Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Assim sendo, a avaliação foi feita com base nas respostas dadas pela população idosa relativamente à casa ou instituição onde habitam (ambiente natural e construído), às relações de interajuda (relação familiar e social em caso de necessidade e não-necessidade), às doenças e medicação que tomam para as mesmas (plano físico/saúde do idoso), ao plano Religioso (e importância em termos psicológicos no bem-estar do idoso), em relação ao quotidiano, actividades que desenvolvem e celebração de certas datas mais marcantes em termos de calendário civil.

Habitação

Relativamente a esta secção do inquérito, a grande maioria dos entrevistados – incluindo aqueles que não foram formalmente contabilizados para esta análise – diz possuir casa própria. Para a generalidade dos entrevistados, a obtenção de uma casa era sinal de estabilidade e segurança, com a possibilidade de constituir uma família. Uma vez que as entrevistas foram realizadas em meio rural, grande parte da amostra habitava em moradias, contrariamente aqueles – representados em menor número – que viveram em zonas mais urbanas e que por isso mesmo viviam, na sua maioria, em apartamentos como descrito por alguns dos entrevistados:

“Sabe, se quisemos sair e procurar uma vida melhor, não podíamos querer ter tudo aquilo que teríamos se vivêssemos no campo, vivíamos num apartamento em Lisboa... São opções, apesar de que naquela altura com certeza se veriam mais zonas verdes e boas para a agricultura que agora..”

Associado às habitações daqueles que viviam em meios mais rurais estão as zonas agrícolas, de cultivo, e que normalmente todas possuíam, em maior ou menor extensão. Mesmo aqueles que não possuíam um quintal contíguo à casa, acabavam por ter uma quinta ou um terreno agrícola que lhes permitia semear várias leguminosas e criar animais, que acabavam ou por ser a maior fonte de sustentabilidade alimentar da família ou que vendiam em feiras ou de porta em porta e que ajudavam a cobrir as despesas mensais da casa.

“Saímos muitas vezes por volta das 3-4 da manhã para poder vender em feiras, era tudo feito a pé para lá e para cá, têm quilómetros estas minhas pernas... Foram tempos muito duros, muitas vezes sem termos sequer o que comer durante o caminho. Era a forma que tínhamos para vender o que produzíamos na terra..”

Ainda que em pequeno número, aqueles que não possuíam casa própria são por norma idosos que nunca constituíram família ou que optaram toda a vida por viver em casas alugadas. No primeiro caso, estes idosos acabaram por viver toda a sua vida com os pais, outros familiares ou sozinhos na casa dos progenitores e que por isso mesmo hoje em dia está já na posse de outros familiares – normalmente irmãos ou sobrinhos. Pode ainda dar-se o caso de o idoso não ter qualquer descendência quer direta quer indireta e nestes casos, algumas destas pessoas acabam por fazer uma doação à instituição que os acolhe no momento ou a outra qualquer instituição Religiosa ou de solidariedade social.

No segundo caso, em que os idosos optaram por viver em casas alugadas, com a saída dos filhos e perda de autonomia, muitas destas pessoas acaba por retirar os seus pertences daquela que foi a sua casa por toda a vida. Algumas destas pessoas, pelo valor sentimental daqueles que são os seus bens mais pessoais, acabam por trazer para a instituição tudo o que lhes pertence. Pelo contrário, aqueles que mantêm relações mais próximas com os filhos ou restante família acabam por confiar-lhes os seus pertences aquando do ingresso no Lar. A generalidade dos idosos nesta situação viveram em meios urbanos parte considerável da sua vida adulta e por isso mesmo, o trabalho agrícola como

suplemento mensal ou atividade principal para o sustento da família não é aqui considerável.

“Fui para Lisboa com 16 anos, lá construí toda a minha vida, a minha família.. Morávamos num apartamento, não tínhamos quintal nem qualquer terreno para plantar o que quer que fosse, tudo era comprado nos mercados.”

Em consonância com o facto de a quase totalidade de entrevistas ter sido realizada em instituições de apoio social, também a maioria dos idosos reside aqui. Com a perda de autonomia e capacidade para realizar as mais simples atividades diárias e a falta de tempo das famílias para prestar o apoio necessário, o ingresso acabou quase que por ser inevitável. Relativamente a estes casos, foi possível observar idosos que estão já há décadas na Instituição e outros que pelo contrário ingressaram há poucos meses.

Contrariando os casos anteriores, temos ainda uma pequena percentagem de entrevistas realizada a idosos que continuam a residir nas suas casas - alguns deles realizam até autonomamente a maioria das actividades diárias -, recebendo apenas apoio a nível de centro de dia, com entrega das refeições e nalguns casos ajuda em termos de limpeza da casa e higiene diária. Muitos dos idosos que se encontram não-institucionalizados, são já viúvos. Neste ponto é ainda de salientar o auxílio que é prestado aqueles idosos que encontrando-se acamados, continuam a estar em casa, auxiliados por algum familiar e pelo centro de dia local. Nos casos dos idosos entrevistados nesta situação, todos eles se encontravam lúcidos mas, por qualquer motivo de saúde, impossibilitados de se movimentar.

Entreajuda

A reflexão sobre as solidariedades familiares, a entreajuda, os suportes sociais, o apoio relacional e comunitário, constitui hoje uma componente importante dos debates sobre o futuro da proteção social e dos Estados-providência (Lesemann, F., & Martin, C., 1995).

Ao tratar de um tema que implicitamente já engloba o conceito de apoio e solidariedade social, tornou-se necessário questionar os idosos acerca disso mesmo, do apoio que lhes é fornecido não só por parte do Estado social – que tem um papel condicionante e de ação profunda na sociedade – mas também, por parte de amigos e familiares. Numa altura em que o país se torna a cada dia mais envelhecido e o conceito de Estado-providência⁸ pode ser em certas situações posto em causa, foi para nós importante avaliar aquilo que os idosos pensam relativamente ao apoio que é dado quer por aqueles que durante toda a vida lhes foram os mais próximos, quer por aqueles que, em certos casos, constituem agora aquela que será a sua ‘última’ família.

Para a amostra seleccionada, podemos inferir que metade dos idosos diz poder recorrer a familiares (e por familiares, entenda-se aqui filhos preferencialmente) – *família-providência* – ou vizinhos em caso de necessidade. Na percentagem aqui referida estão já incluídos idosos que se encontravam à data institucionalizados. Daqui, podemos concluir que mesmo fisicamente afastados da família os idosos continuam, em alguns casos, a sentir que podem contar com os familiares mais próximos, como referido:

“ Sei que apesar da distância posso sempre contar com os meus filhos.. Ligam sempre, são muito atenciosos e sempre se mostraram disponíveis para qualquer coisa.. ”

Apesar disto, é de salientar, que temos dois grupos distintos na amostra: idosos institucionalizados e não-institucionalizados. Os primeiros, por se encontrarem num local onde a prestação de serviços tem custos, apresentam um leque mais variado de pessoas a quem recorrer em caso de necessidade; quer seja pessoal funcionário da instituição, o médico e enfermeiro da mesma, os próprios familiares próximos, amigos e até a própria Assistente social. Pelo contrário, os idosos que se encontram a residir sozinhos e que têm diariamente apoio apenas em termos de centro de dia, dizem poder contar com a boa

⁸ Apesar de a providência produzida pelo Estado tem assumido, em particular nas sociedades europeias, uma saliência especial, não significa que tenham deixado de vigorar outros modos de produção de providência ou bem-estar. Estado-providência e a sociedade-providência só são sociologicamente apreensíveis nas relações que se tecem entre eles. Assim, entende-se por sociedade-providência as redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entreajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade (Santos, B. D. S. (1995).

vontade de familiares mais próximos, vizinhos, amigos e com o apoio fornecido pelas funcionárias do centro de dia ou pela própria Assistente social.

“Aqui tratam-nos bem, é como se estivéssemos num hotel, todos se preocupam. A Doutora tem sempre uma palavra a dar-nos e os funcionários, no geral, mostram-se prestáveis...”

Apesar de a rede de apoio quer num caso quer noutra ser praticamente idêntica, os idosos que se encontram a frequentar o centro de dia mas continuam a residir em sua casa, apresentam-se mais relutantes quanto à interajuda prestada. Isto porque, pelo facto de serem pessoas com idade avançada, debilidades físicas e algumas delas até já sem companhia do conjugue, torna-as mais apreensivas relativamente acerca da ajuda efetiva que possam ter nas horas em que se encontram sozinhos.

“Sou já uma pessoa sozinha, não tenho os filhos em casa, caso precise de alguma coisa durante a noite não tenho a quem recorrer... Posso chamar por um vizinho, mas não é a mesma coisa que ter alguém do nosso lado. E se ninguém me ouve?”

O receio de que aconteça alguma coisa e o auxílio necessário não chegue imediatamente torna estas pessoas visivelmente mais ansiosas e menos tranquilas relativamente à rede de apoio anteriormente mencionada.

Saúde

«A maioria das pessoas mais velhas refere que ter boa saúde lhes deu uma boa qualidade de vida» (Gabriel, Z., & Bowling, A., 2004). Este é um dos principais aspetos referidos pelos idosos entrevistados como ponto de referência para uma boa qualidade de vida. O facto de a grande generalidade dos indivíduos ter nascido, vivido e constituído família numa altura em que a prática médica era pouco desenvolvida faz deles como que sobreviventes. De salientar aqui que a média de idades da totalidade dos idosos entrevistados se situa nos 83,5 anos e que por esse mesmo motivo, quase todos eles (salvo

uma ou outra exceção cujo nascimento se revelou mais complicado) nasceram naquela que era a casa dos seus pais, sem qualquer apoio médico especializado.

“Nasci em casa.. Com a ajuda de uma parteira, a minha mãe teve-me não só a mim, mas também a todos os meus irmãos em casa.”

Contrariamente ao que se verifica na atualidade, todas estas pessoas nasceram sem qualquer plano de vacinação que as protegesse contra doenças que, enquanto recém-nascidos e crianças, se poderiam ter revelado fatais. As idas ao médico foram descritas pelos idosos como sendo raras e apenas em caso de gravidade máxima. Primeiro porque naquela altura o número de médicos no interior era diminuto e depois porque uma ida ao médico significaria o dispêndio de rendimentos conseguidos após dias de trabalho da família. Perante este cenário, a saúde é para os idosos entrevistados dos bens mais preciosos que podem possuir e estimar.

“Naquela altura não se ia ao médico como hoje em dia, nem se encontrava um médico em todo o lado. Ir ao médico podia sair muito caro e ganhávamos tão pouco.. Íamos quando era mesmo necessário, chegámos a pagar em géneros, com ovos, galinhas, milho, batatas, o que houvesse..”

«Alguns dos idosos referiram ser capazes de fazer tudo o que queriam porque tinham uma boa saúde, e que não existe qualidade de vida sem saúde» (Gabriel, Z., & Bowling, A., 2004) – esta frase, tantas vezes reproduzida pela amostra aqui estudada, reflete bem a importância que a saúde tem na vida dos mais velhos, o quanto contribui para o seu bem-estar não só físico mas também psicológico. Muitos deles, tal como no trabalho de Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004), referiam mesmo: *«Eu penso que a primeira coisa a ter é uma boa saúde...porque sem ela, existem restrições...»*. Isto porque, ao sentirem-se saudáveis, serão pessoas mais ativas, mais alegres, mais confiantes e acima de tudo, pessoas mais felizes.

Dado o peso que a saúde tem para o bem-estar e qualidade de vida geral dos idosos e eventualmente, a falta de cuidados em crianças e a desvalorização na vida adulta activa resultante do trabalho, uma vez mais velhas, estas pessoas veem o tratamento médico como que uma garantia de um dia a mais na sua vida. Perante as entrevistas realizadas,

podemos quase inferir que 98-99% da população ingere pelo menos 1 comprimido diariamente, fixando-se a média total em 8 comprimidos por dia. Ora este valor demonstra bem aquilo que é a preocupação dos idosos com a sua saúde.

“Tomo muitos comprimidos, tantos que alguns nem sei para que são. O Doutor receita e eu tomo, é melhor não arriscar..”

Alguma medicação tomada pelos idosos, tem como que no fundo de si a função de *efeito placebo*. As causas para a ingestão de tão elevado número de medicamentos estão relacionadas com problemas de tensão, colesterol, circulação, coração, diabetes, ossos, estômago, problemas relacionados com ansiedade e depressão e ainda alguns anti-inflamatórios. Muitos dos idosos, tomam esta medicação como forma de prevenir possíveis AVC's, agravamento de doenças ao nível dos ossos e desenvolvimento de quadros de ansiedade mais graves. A contrariar esta norma estão alguns idosos que por considerarem ter uma boa saúde e ter já passado por tanta contrariedade e resistido, recusam-se a tomar qualquer comprimido, seja para o que for.

Apesar de a análise aqui feita ser meramente qualitativa, sem qualquer tipo de informação clínica detalhada relativamente aos casos referidos, é possível aferir após alguns minutos de conversa com os idosos, a importância que é por eles dada aos comprimidos e a todo o processo que envolve a receita de mais um medicamento:

“Deixo na farmácia, todos os meses, parte da minha reforma mas, se é preciso..., Tomo medicamentos para os ossos, para o estômago, para o colesterol, para a tensão... Além disso, já não consigo dormir se não tomar aquele comprimido..”

Talvez por nalguns casos não haver apoio familiar que dê segurança às pessoas, quer seja por questões de saúde relativamente problemáticas ou por qualquer outro motivo, os comprimidos para estes idosos são como que a garantia de que alguém se preocupa com eles ao dar-lhes algo que na sua perspetiva irá contribuir para mais um dia, meses ou anos de vida, numa idade em que a contagem é feita de forma progressiva e em modo mais acelerado.

Religião

A dimensão subjetiva da qualidade de vida, também chamada de bem-estar subjetivo, manifesta-se por meio da satisfação com a vida e de respostas emocionais (Cardoso, M. C. D. S., & Ferreira, M. C., 2009). Os meios utilizados para obter essa satisfação e estabilidade emocional deverão ser diferentes de caso para caso. Existiram categorias fundamentais da vida, comuns a todas as pessoas quer sejam ao nível financeiro, lazer, saúde e relações familiares/sociais no entanto, a forma como são vividas por cada um, podem fazer com que cada pessoa tenha uma resposta emocional diferente para a mesma dimensão de qualidade de vida.

Numerosos estudos vêm sendo realizados nas últimas décadas com o intuito de descrever os diferentes fatores que interferem no bem-estar subjetivo da velhice. Tais pesquisas têm demonstrado que o referido constructo sofre a influência de múltiplos fatores de natureza física, sociodemográfica e social. Entre os determinantes sociais, merece destaque o envolvimento religioso, em virtude do papel que o mesmo desempenha na configuração dos níveis de bem-estar subjetivo dos idosos, razão pela qual diversas áreas, como a Medicina, a Psicologia e a Sociologia (Cardoso, M. C. D. S., & Ferreira, M. C., 2009).

Segundo Cardoso, M. C. D. S., & Ferreira, M. C. (2009) podemos constituir três blocos dentro do factor religiosidade: organizacional, não-organizacional e subjetiva. No primeiro caso, os indivíduos praticam a sua religiosidade de forma formal, participando nas assembleias/reuniões/missas, apresentam um papel ativo de participação até ao nível do desempenho de funções dentro daquilo que é a Igreja. Pelo contrário, se o factor de religiosidade for não-organizacional, o envolvimento do individuo já não é feito de forma tão activa no contexto da instituição religiosa; não precisa de uma hora e um local para pôr em prática comportamentos religiosos, é mais pessoal e privado. A religiosidade subjetiva está associada a aspetos psicológicos da religiosidade quer sejam crenças, conhecimentos e atitudes relativas à experiência religiosa e ao significado pessoal atribuído à religião (Cardoso, M. C. D. S., & Ferreira, M. C., 2009).

Os '*tipos*' de Religiosidade anteriormente referidos são de facto aqueles que podemos encontrar entre os idosos entrevistados. Num cálculo meramente qualitativo acerca deste factor pode dizer-se que quase 99% dos idosos referiu ser crente, quer seja Católico ou de qualquer outra ideologia Religiosa; para eles, este factor revelou-se bastante importante num qualquer momento da sua vida. Tal como anteriormente referido, o facto de estes idosos terem passado por fortes dificuldades toda a sua vida, acabou por lhes dar a necessidade de ter algo em que acreditar, algo em que depositaram

a sua mais forte esperança na possibilidade de ter uma vida melhor, mais fácil, e a quem de forma espiritual recorriam em alturas de maior aflição, quer fosse ao nível de relações pessoais, saúde ou trabalho.

“Já passei por muito nesta vida.. Se não fosse a fé que tenho em Deus a dar-me força, não tinha aguentado tanto.”

Quando questionados acerca da religião, como acima referido, a quase totalidade dos idosos mostrou-se crente. Dentro desta percentagem, cerca de menos de um terço diz não ter participado nem participar actualmente de forma activa na vida da igreja; ou seja, não frequentam a igreja nem o terço, apenas fazem as suas rezas em momentos mais pessoais. Contrariamente a estas pessoas, dois terços dos entrevistados diz ter participado e participar ainda de forma activa na igreja. Frequentam todas as celebrações realizadas nas instituições – no caso das pessoas que se encontram nos lares –, o terço e qualquer outra actividade religiosa que seja celebrada e que lhes seja possível ir.

Como seria de esperar, a generalidade dos idosos é bastante crente, sentindo como que uma necessidade diária de rezar o terço, ouvir a missa pelo rádio, ir à capela da instituição (no caso das pessoas que se encontram em lares) ou à igreja (para aqueles que se encontram ainda a habitar nas suas casas). Como dizia um entrevistado:

“Todos os dias de manhã rezamos o terço, não falto..”

Esta crença foi-lhes fundamentada já pelos seus progenitores, numa altura em que as dificuldades da vida eram enormes e a espiritualidade era vivida de forma intensa como forma de aspirar a um futuro melhor e na esperança de sofrer qualquer protecção divina relativamente áquilo que era o seu trabalho, o seu dia-a-dia. Algumas pessoas referem ter tido qualquer ligação mais forte à igreja durante a vida adulta e enquanto se sentiam com forças, quer fosse através da Irmandade local, pela ajuda dada na limpeza da igreja ou na organização e celebração de festas de cariz religioso em alturas específicas do ano:

“Antigamente era tudo vivido de forma diferente, todos ajudávamos e participávamos nas festas da Igreja.. Hoje em dia, mesmo que pudesse, provavelmente já nem haveria quem se importasse com isso..”

Actualmente, pelo facto de apresentarem já algumas debilidades físicas, a frequência de espaços religiosos fora da instituição é condicionada, com particular excepção para a visita anual ao Santuário de Fátima e à qual alguns idosos continuam a fazer questão de ir. Aqueles que pelo contrário continuam a residir nas suas casas, continuam a ir às celebrações realizadas na sua localidade e nalguns casos a participar de forma activa nas mesmas. De salientar aqui a participação quer de homens quer de mulheres, mostrando-se ambos os sexos bastante religiosos; contudo, apesar disto, a abertura para falar deste tema e a importância dada ao mesmo foi de forma clara mais fortemente salientada pelas senhoras.

Quotidiano

Para aqueles que se encontram em instituições, a descrição do quotidiano e actividades desenvolvidas pode ser de certo modo ‘monótona’. Isto porque, as actividades que compõem o dia destas pessoas são geralmente as mesmas, semana após semana. Apesar de todas as instituições terem pessoal específico (nalguns casos até, especializado a nível superior), alguns dos idosos não se mostram recetivos à frequência de certas actividades ou elaboração de trabalhos manuais. Pelo contrário, as pessoas que apenas frequentam o centro de dia mas continuam a residir em sua casa, ocupam ainda o seu tempo com um variado leque de actividades que lhes permite manterem-se mais ativos, não só física como também mentalmente, como referido por um dos entrevistados:

“Quanto mais tempo estiver sem me mexer ou fazer alguma coisa, mais depressa o tempo passa e os anos se esgotam... não quero perder o tempo que me falta num sofá ou numa cadeira..”

A afirmação anterior revela tudo aquilo que é a preocupação de um idoso, a perda de tempo a cada hora que passa e a melhor forma de o despender. Para aqueles que se encontram ainda nas suas casas, o quotidiano podem ser relativamente diferente dia após dia. Primeiro porque estas pessoas vivem em zonas rurais, todas ou quase todas com terrenos agrícolas ou quintais que lhes permitem ocupar parte considerável do seu tempo ali. Comparativamente com os idosos institucionalizados, estes indivíduos são mais

enérgicos, revelam uma preocupação saudável com a sua saúde e continuam a ter a oportunidade de conviver mais amiúde com vizinhos, familiares e restante população da povoação diariamente. Estas pessoas, tal como a transcrição acima referida, na sua grande maioria continua a sair de casa diariamente, quer seja para vir comprar pão, andar a pé, para vir até à sua horta ou para saber desta ou daquela pessoa mais debilitada.

“Normalmente, todos os dias vou até ao meu quintal ou até ao café ou fazer uma caminhada.. Faz bem para esticar as pernas, sempre vejo este ou aquele e já bem basta no Inverno quando chove e não apetece tanto sair..”

Na generalidade, os hábitos e rotinas diárias destas pessoas são idênticos, variando com as estações do ano uma vez que as condições meteorológicas do Inverno os faz ficar mais por casa, convivendo menos. Apesar disso, o quotidiano destas pessoas faz-se de modo saudável para quem se apresenta já numa faixa etária relativamente avançada e cuja saúde acaba por se encontrar mais debilitada.

Por seu lado, os idosos que se encontram institucionalizados não apresentam as mesmas rotinas diárias. Para a generalidade destes idosos, o dia resume-se a acordar, tomar o pequeno-almoço, rezar o terço, ver televisão, almoçar, dormir a sesta/ ver televisão/ participar nalguma atividade (e nalguns casos, fazer fisioterapia), lanchar, jantar, ver televisão e dormir como referenciado por alguns:

“Os meus dias aqui são quase sempre a mesma coisa; acordo, tomo o pequeno-almoço, vou até ao terço, venho para a sala de convívio, almoço, volto para a sala ou vou até ao quarto, lancho, volto para a sala, janto e normalmente ou vou dormir ou vejo ainda televisão.. É mais ou menos isto, todos os dias..”

Todos os seus dias são passados da mesma forma, sendo que o único trajeto que fazem é o que leva do quarto à sala, da sala ao refeitório e pouco mais. Muitos dos idosos institucionalizados, não praticam qualquer actividade que lhes permita manterem-se física e mentalmente ativos, ocupando o seu tempo a rezar, dormir ou ver televisão.

Apesar do supra referido, é necessário salientar que a alguns dos idosos institucionalizados são pessoas que realmente apresentam debilidades graves em termos físicos e que por isso mesmo são mais condicionadas na realização de actividades que para aqueles com maior vigor ainda se apresentam acessíveis. Contudo, existem também

casos de pessoas que poderiam envolver-se – física e intelectualmente – e participar de forma mais activa nas actividades propostas mas, por uma questão de comodidade ou habituação aquele estilo de vida, acabam por recusar participar. Na sua maioria, estas pessoas tiveram uma vida de grande luta, com muito trabalho e algumas dificuldades para conseguir educar e criar todos os seus filhos, talvez este motivo as leve a ‘relaxar’ uma vez que agora são eles quem são servidos, ajudados e motivo de preocupação para os outros. Ainda que para muitos idosos este facto não seja motivo de felicidade para outros, o facto de estarem ali e sentir que alguém se preocupa, que está do lado deles para os confortar, ajudar e satisfazer pedidos básicos fá-los sentir acarinhados como possivelmente nunca haviam sido.

“Depois de uma vida de trabalho sabe bem descansar.. Já trabalhei muito, agora descanso.”

Épocas festivas

O último ponto abordado nas entrevistas aos idosos foi o tema que tratava acerca de algumas das mais marcantes épocas festivas do ano civil; o Natal, a Páscoa e o seu próprio aniversário. Tal como nos pontos anteriormente tratados, também aqui podemos observar algumas diferenças na amostra relativamente aos idosos que se encontram institucionalizados e os não-institucionalizados.

Começando pela Páscoa, sendo uma celebração de cariz religioso e tendo em conta o facto de podermos considerar católicos 99% a 100% dos idosos entrevistados, esta é uma época por todos lembrada. Para os idosos que estão em lar, a Páscoa já não é festejada da mesma forma uma vez que enquanto habitavam nas suas casas muitos deles abriam a sua porta ao compasso, que na altura visitava a casa de todos aqueles que desejassem, e aproveitavam ainda a data para poder juntar toda a família. Independentemente destes idosos terem vivido em meio rural ou urbano, todos tinham por hábito celebrar e reunir a família:

“Era uma alegria muito grande poder ver a minha casa cheia nessas alturas, filhos, netos, genros e noras; juntavam-se todos, era muito bom.. Hoje, estou aqui e mesmo que não estivesse, já não tenho forças para isso..”

Actualmente, o mesmo já não se verifica, muitos dos idosos passam a data na instituição; o dia é marcado por uma celebração e refeição especiais para assinalar o dia. Esta altura, para outros idosos é sinal de saída do lar quando os amigos, os filhos ou qualquer outro familiar vem buscá-los para celebrar a data em suas casas. Relativamente à data, os idosos falam dela com uma certa mágoa por ter vivido tudo de forma diferente uns anos atrás e agora passarem os dias quase sempre da mesma forma. É como se aquela data que já lhes disse tanto e à qual davam tanta importância seja agora apenas mais um dia igual a todos os outros nas suas vidas.

“Já não ligo a essas coisas, já houve um tempo em que me interessava, agora não me diz nada festejar o que seja..”

Contrariamente aos idosos institucionalizados, alguns daqueles que continuam a residir nas suas casas passam o dia de forma diferente. Uma vez que residem numa zona rural, é ainda hábito celebrar o dia de forma especial na paróquia local e por esse mesmo motivo, a Páscoa – dependendo dos anos e da disponibilidade da família – funciona ainda como um motivo para reunir toda a família. Apesar de também estes idosos não darem agora tanta importância ao dia como anteriormente o fizeram, a data é vivida de forma diferente relativamente àqueles que se encontram institucionalizados.

Depois de questionadas acerca da Páscoa, foi questionado aos idosos onde celebravam o Natal. Também aqui existiram várias possibilidades de resposta, com particular relevância para o facto de a maioria dos entrevistados ter referido que já não dava qualquer importância à data.

À imagem daquilo que é feito na Páscoa, também no Natal as paróquias das zonas mais rurais tendem a assinalar a data de forma especial, até porque se trata novamente de uma data de cariz religioso. Desta forma, os idosos que residem nas suas casas veem nesta data a oportunidade de, mais uma vez, reunir a família. Muitos destes idosos têm filhos emigrados e esta altura representa um motivo de regresso a casa por isso mesmo, muitos dos idosos quando questionados sobre esta data disseram celebrá-la em família frisando a desacreditação atual que é dada à mesma. Para estas pessoas, a celebração destas datas

e respectiva junção de toda a família fica ano após ano apenas dependente da disponibilidade de todos.

Tal como na Páscoa, as instituições tendem a viver ao máximo ao Natal, enfeitando a rigor os espaços, com refeições tipicamente natalícias e atividades alusivas à época. No entanto, quando questionados acerca desta data, os idosos mostraram alguma tristeza no sentido de que esta é uma época de reunião familiar e eles já não podem contribuir para esse facto na sua própria casa. A mágoa de muitos e até desacreditação da data advém do facto de actualmente, contrariamente ao que um dia aconteceu, não estarem em sua casa, não poderem preparar as refeições, decorar tudo a rigor e acima de tudo, reunir a família. Como dizia um dos entrevistados:

“Todos os anos os meus filhos fazem questão de me convidar para passar o Natal em suas casas... Mas, o facto de ter de passar a noite em casa de um, o dia de Natal em casa de outro, cansa-me. Não é como antigamente, em que podia reuni-los todos na minha casa, tenho de andar agora de um lado para o outro... Já cheguei a passar o Natal na instituição para não dar trabalho, não gosto de sentir-me um peso para eles e como tal prefiro ficar por cá...”

Tal como acima referido, apesar da insistência das famílias, muitas das vezes é o próprio idoso que recusa sair da instituição para passar o Natal por se sentir um fardo para aqueles que ama. Os idosos consideram que ficar no lar acaba por aliviar o possível trabalho que tivessem com eles e evitar também de certa forma o incómodo de anda de um lado para o outro. Dentro dos idosos que celebram o Natal no lar, existem ainda aqueles que não são contactados sequer pela família e os que por seu lado já não têm qualquer família ou amigos com quem passar a data. Para estas pessoas em particular, o Natal é ainda mais descredibilizado, apenas mais um dia nas suas vidas sem particular importância.

Discussão

A distribuição dos idosos inquiridos por 5 classes etárias revelou que a faixa etária dos 80 aos 84 anos de idade, foi a mais representada na amostra, correspondendo a 26% do total de entrevistados. Pelo contrário, a classe etária dos 70 aos 74 anos de idade foi a menos representada, com apenas 8% dos inquiridos. Uma vez que o número de entrevistas realizadas não ultrapassa muito o número 100, a distribuição de indivíduos pelas cinco classes criadas é relativamente homogénea. Ou seja, caso o número de entrevistas fosse maior talvez pudéssemos observar um padrão de distribuição diferente e inferir melhor acerca da longevidade dos entrevistados.

A análise dos resultados foi feita separadamente para homens e mulheres, o que permitiu observar que a média de idades do sexo feminino é mais baixa que a do sexo masculino, com 83 e 84 anos, respetivamente. Esta observação é aparentemente contraditória com o que se tem observado nas populações humanas actuais em que as mulheres ultrapassam os homens em termos do número de anos de vida (Waldron, I., 1976; Crose, R., 1999; Eskes, T., & Haanen, C., 2007, Austad, S. N., 2006; Kirkwood, T., 2010). Esta situação pode ser explicada pelo facto de alguns destes homens residirem no lar de terceira idade porque as esposas sofrem de doenças neurodegenerativas incapacitantes, tais como doença de Alzheimer e doença de Parkinson. Por outro lado, o número de idosos do sexo masculino é cerca de metade do de idosos do feminino; mais uma vez, se o número de sujeitos fosse maior, em particular o de indivíduos do sexo masculino, eventualmente também a média de idades poderia ser diferente.

Relativamente ao estado civil atual dos inquiridos, foram igualmente criadas classes de forma a ordenar as repostas, tendo sido criadas quatro categorias diferentes: casado, solteiro, divorciado e viúvo. A maioria dos idosos, correspondente a 68% do total de inquiridos, encontra-se em estado de viuvez e os restantes 32% distribuem-se entre as categorias casados, solteiros e divorciados. Destes 32%, 24% correspondem a idosos que estão ainda casados e o seu conjugue está vivo.

Sendo estes idosos descendentes de famílias numerosas, seria expectável que houvesse uma continuidade ao nível do tamanho da família e também estas pessoas tivessem um número elevado de filhos. Contudo, quando questionados acerca do número de filhos, quase 40% referiu ter apenas um filho, registando-se o segundo valor mais elevado – 25% – para aqueles que referiram ter dois filhos. As restantes categorias,

correspondentes a nenhum filho e a 3 ou mais filhos, registaram as percentagens mais baixas.

Apesar da generalidade das entrevistas ter sido realizada a idosos institucionalizados, a maioria (86%) destas pessoas referiu possuir casa própria. A restante percentagem distribui-se pela categoria dos que não possuem casa própria – 4% – e 10% em casa arrendada ou de familiares. A grande generalidade das pessoas possui ou possuiu casa própria uma vez que, e nas palavras destas pessoas, “*a construção de uma vida, de uma família, passaria por ter uma casa*” e, por isso mesmo, estes idosos trabalharam por ter o seu próprio espaço, muitas vezes com um pequeno quintal ou terreno agregado. Contrariamente, as pessoas que habitavam uma casa alugada pertencem também ao grupo dos que deixaram a sua terra natal e que nunca quiseram fixar-se em definitivo na nova localidade para onde foram trabalhar; estas pessoas optaram apenas por alugar e não comprar uma morada definitiva.

No que diz respeito ao grau de escolaridade dos idosos entrevistados, 48% referiu não saber ler nem escrever e quase a mesma percentagem - 49% - referiu ter feito o Ensino Primário, 2% da amostra possui um Curso Técnico e 1% um Curso Superior. Estes dados são representativos da realidade que era vivida na altura, em que a frequência escolar não era obrigatória e em que os pais, cedo incutiam tarefas domésticas e laborais nas crianças. Muitas destas pessoas não frequentaram a escola porque foram obrigadas a trabalhar, os seus pais não faziam questão que os filhos frequentassem a escola – muitos deles consideravam mais importante que se aprendesse uma ‘*arte*’ – e além disso, quer fosse Verão quer fosse Inverno estas pessoas tinham de deslocar-se sozinhas e a pé para a escola – muitas das aldeias não tinham nem escola nem professor. O conjunto de todas as adversidades aliado à falta de motivação destas pessoas levou muitos a desistir passados os primeiros dias ou semanas de aulas, justificando assim o baixo nível de escolaridade dos entrevistados.

A atividade profissional desenvolvida pelo idosos entrevistados pode ser associada à falta de qualificações na medida em que, não possuindo um nível de escolaridade mais elevado também os trabalhos desenvolvidos acabaram por ser maioritariamente não-qualificados. Estes dados refletem aquilo que era a falta de escolaridade das pessoas à época uma vez que, não tendo quaisquer habilitações literárias arranjar um emprego melhor era difícil e raro. Cerca de 80% dos inquiridos insere-se no grupo 9, correspondente a trabalhadores não-qualificados. Os restantes distribuem-se principalmente pelo grupo 7 e 1 relativos, respectivamente, a trabalhadores qualificados

da indústria, construção civil e artífices, e funcionários da administração local e de órgãos executivos. Os grupos 3, 4, 5 e 6 dizem respeito a técnicos e profissões de nível intermédio, funcionários administrativos de empresas, trabalhadores dos serviços pessoais (limpezas e outros), de proteção e segurança e vendedores e por fim, agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta, respetivamente. Quase todos os inquiridos exerciam trabalho agrícola como complemento ao rendimento obtido através da atividade profissional.

O perfil de morbilidade da amostra é marcado por aquelas que são as doenças mais comuns nos idosos e que resultam, na sua maioria, da degenerescência associada ao envelhecimento, tais como, as doenças cardiovasculares, a diabetes, anemia e dores crónicas nas articulações, falta de acuidade visual e auditiva e problemas dentários. Não sendo um estudo Português e por isso mesmo não comparável em termos socio-culturais, os resultados de Qadri et.al (2013) mostram um perfil de morbilidade idêntico para uma coorte de idosos na Índia. A alta prevalência de dores nas articulações reflete, muito provavelmente, a vida difícil enfrentada por homens e mulheres que trabalharam no campo durante quase toda a sua vida. A anemia em idosos é multifatorial com etiologia nutricional, fisiológica e patológica.

A terapêutica aplicada para os problemas de saúde dos idosos é baseada em medicamentos tomados por via oral. Verificou-se que, em média, cada idoso toma 8 comprimidos diariamente. Apesar de este ser um valor que resulta da média de todos, existem neste grupo pessoas que não tomam qualquer medicamento e outras que tomam muito mais, chegando aos 20 comprimidos diários. Para os idosos, a medicação parece ser vista como uma garantia de *'mais tempo de vida'* no sentido em que, ao estarem a tomar um comprimido para o colesterol, outro para a tensão arterial, outro para os ossos, outro para o estômago e assim por diante, estão a tomar conta de cada parte de si e assim mesmo, a lutar para que a sua saúde se mantenha inalterada. Além disso, a medicação parece ainda dar aos idosos a sensação de uma segurança relativa e de que se preocupam com eles.

Atualmente, a medicação dos idosos é um tema alvo de discussão, uma vez que há estudos que mostram uma possível associação entre as quedas dos idosos (associadas muitas das vezes a fraturas) e a medicação ingerida. Medicamentos, tais como, sedativos, antidepressivos, diuréticos, antiarrítmicos e outros parecem associar-se ao maior risco de quedas na população acima de 60 anos (Coutinho, E. D. S. F., & da Silva, S. D., 2002). A exposição a múltiplos medicamentos expõe o idoso a um tratamento mais complexo,

exigindo maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos fármacos - algo que, para os idosos institucionalizados não constitui um problema uma vez que a medicação é sempre administrada por alguém à hora certa -, já que as propriedades cognitivas do paciente idoso se encontram afetadas, resultando numa certa dificuldade para o seu entendimento e recordação correta dos regimes terapêuticos prescritos (Rocha et al., 2008).

Relativamente à análise da qualidade de vida dos idosos, após o procedimento descrito anteriormente, pela CATPCA obtiveram-se diferentes valores para as 4 dimensões analisadas. Relativamente à significância dos modelos ajustados, todos à exceção do domínio 3 – estabelecimento e manutenção de relações sociais e familiares – se mostraram significativos uma vez que a probabilidade da hipótese nula ocorrer é inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$). Relativamente ao domínio 1, 2 e 4 – autonomia do idoso e capacidades físicas - o modelo ajustado para o sexo é significativo ($p \leq 0,05$). Isto é, para os modelos ajustados, estes idosos têm maior probabilidade de avaliar a sua qualidade de vida para cada domínio como abaixo de boa.

Para o domínio 1 (domínio relativo à autonomia do idoso e capacidades físicas), o modelo desenvolvido mostra que os idosos avaliam a sua qualidade de vida física como negativa, uma vez que os valores são inferiores à mediana. Ou seja, estes idosos têm maior probabilidade de avaliar a qualidade de vida global “abaixo de boa”. E, apesar de a variável sexo não ser significativa, o valor da OR para o sexo masculino mostra que a probabilidade de avaliar a qualidade de vida como menos boa é 18,8% menor para o sexo masculino.

No global, os idosos do sexo masculino consideraram as suas aptidões físicas melhores do os do sexo feminino. Isto poderá estar relacionado com questões culturais no sentido em que as senhoras tendem a queixar-se mais. Ainda que ambos os sexos tenham avaliado negativamente a sua qualidade de vida do ponto de vista físico. Este resultado poderá ser justificado pelo facto destas pessoas possuírem já, na sua maioria, muitas debilidades físicas que condicionam o seu bem-estar geral uma vez que não são agora capazes de executar tarefas que antes consideravam básicas.

Tal como para o domínio 1, também o domínio 2 revelou uma avaliação negativa por parte dos idosos relativamente à sua qualidade de vida psicológica. A variável sexo continua a não ser significativa, embora a OR seja 0,328, o que mostra que probabilidade de avaliar a qualidade de vida como menos boa é 67,2% menor para o sexo masculino.

Mais uma vez, a probabilidade de os idosos do sexo masculino avaliarem como menos boa a sua qualidade de vida é metade do valor que seria expectável no caso de serem as mulheres a fazê-lo. Sendo este o domínio que diz respeito aos sentimentos, preocupações, angustia e felicidade, também aqui as mulheres se revelaram mais emotivas, com maior necessidade de afeto e atenção. Neste âmbito, as pessoas do sexo feminino tendem a sentir mais a ausência e até mesmo a perda de amigos, familiares e de outras pessoas queridas. Deste modo, o resultado desta análise é justificado por múltiplos factores que podem influenciar de forma negativa a vida destas pessoas.

A contribuir para o resultado da análise anterior está também o facto de muitas destas pessoas se encontrarem institucionalizadas '*contra vontade*' ou seja, apesar de terem consciência de que não seriam capazes de viver por si só nas suas casas, custa-lhes aceitar o facto de aquela ser a única solução. Não havendo disponibilidade por parte das famílias que têm as suas vidas e os seus trabalhos, estas pessoas vêm-se como obrigadas a recorrer a estas instituições para desta forma combater a solidão e suprimir algumas das necessidades diárias que sozinhas não seriam capazes de satisfazer. Além disso, a perda da intimidade daquele que era o seu espaço, contribui também para um certo agravamento do estado psicológico dos idosos que, de repente, *no final da vida*, se veem obrigadas a partilhar o seu espaço e conviver com pessoas de quem pouco ou nada conhecem.

Contrariamente ao obtido anteriormente, o domínio 3 o valor de p não é significativo e daqui se conclui que a probabilidade dos idosos avaliarem negativamente a sua qualidade de vida é 1,12 vezes maior quando a avaliação das relações sociais e familiares é negativa. Mais uma vez a variável sexo não é significativa, apesar de a probabilidade de avaliar a qualidade de vida como menos boa aumente para 1,9% para o sexo masculino.

No domínio 4, relativo ao ambiente natural e construído que rodeia o idoso, os resultados do modelo ajustado mostram que os idosos que avaliam a qualidade do seu ambiente físico como negativa têm uma probabilidade 2,88 vezes maior de avaliarem a sua qualidade de vida como abaixo de boa. A variável sexo não é significativa, apesar de a probabilidade de avaliar a qualidade de vida como menos boa seja 13,5% menor para o sexo masculino.

Uma vez que o modelo ajustado para esta dimensão se revelou significativo, pode concluir-se que o ambiente físico externo que rodeia os idosos contribui para a sua avaliação da qualidade de vida como menos boa. Este resultado poderá ser justificado

pelo facto de, em alguns casos, o ambiente físico que rodeia estas pessoas não é aquele onde nasceram, cresceram ou viveram. O facto de não terem ligação com o espaço poderá levá-las a avaliar de forma menos boa aquelas que são as infraestruturas (ou falta delas) existentes à data no local que é agora a sua atual residência.

Tabela 8: Distribuição dos idosos por sexo e qualidade de vida.

| | | Mulheres | Homens |
|--------------------------|------------------|-----------------|---------------|
| Qualidade de vida | <i>Muito má</i> | 1(1%) | 1 (2 %) |
| | <i>Má</i> | 12 (13%) | 0 (0%) |
| | <i>Razoável</i> | 25 (29%) | 12 (27%) |
| | <i>Boa</i> | 36 (41%) | 26 (58%) |
| | <i>Muito boa</i> | 14 (16%) | 6 (13%) |
| | <i>Total</i> | 88 (100%) | 45 (100%) |

Contrariamente ao que seria de esperar, a maioria das avaliações de qualidade de vida dos idosos por cada domínio revelou-se mais negativa que o esperado. Dos quatros domínios analisados, todos eles se mostraram com avaliação negativa, apesar da não-significância do modelo 3. Em estudos como o de Qadri et al. (2013), a maioria dos idosos (68,2%) considera ter tido uma boa qualidade de vida enquanto apenas 0,9% considerou que a sua qualidade de vida foi mais pobre. Tal como neste estudo, também os nossos resultados apontam para uma avaliação masculina mais positiva para qualquer um dos domínios analisados - físico, psicológico, social e ambiental.

Mais recentemente, foi revelado pelo WHOQOL-OLD⁹ que os homens, pessoas casadas e pessoas com maior nível de educação têm uma melhor qualidade de vida. Barua A et al. (2007) também observou nos seus estudos geriátricos que a população que se encontra atualmente casada tem melhor qualidade de vida do que os divorciados, viúvos ou separadas. Joshi K (2000) também encontrou uma associação positiva entre a qualidade de vida e a profissão. (Qadri et al., 2013).

⁹ O projeto WHOQOL-OLD tem como objetivos principais: desenvolver um instrumento para avaliação de qualidade de vida em adultos idosos, tendo como ponto de partida a medida do WHOQOL-100 e Utilizar o WHOQOL-OLD em um projeto transcultural inovador que comparará o envelhecimento doente com o envelhecimento saudável (Fleck et al., 2003).

No global da avaliação realizada diretamente, como é possível observar pela tabela acima, verifica-se que os idosos avaliam maioritariamente como boa a sua qualidade de vida global.

Conclusão

Tendo o trabalho como principais objectivos a análise do padrão de longevidade e a criação de um perfil epidemiológico de uma amostra de idosos maioritariamente institucionalizados, as questões e respetivas análises estatísticas foram de encontro a conseguir responder a estes objectivos.

Em termos globais, a coorte estudada apresentou uma média de idades entre os 80 e os 84 anos, baixos níveis de escolaridade – quase metade não sabe ler nem escrever –, são na sua maioria viúvos, apenas com um filho e ao longo da sua vida desempenharam atividades laborais pouco qualificadas – como o trabalho agrícola.

Relativamente ao perfil de morbilidade na coorte estudada, verificou-se que entre as doenças mais significativamente representadas estão as cardiovasculares (associadas a problemas de colesterol, tensão e circulação sanguínea), a diabetes, as doenças relacionadas com os ossos (com dores crónicas nas articulações), problemas relacionados ao nível da absorção de nutrientes como a anemia, problemas ao nível da acuidade visual e auditiva e locomoção. Uma vez que os problemas de saúde tendem a agravar com o passar dos anos, a média de comprimidos ingeridos diariamente pela amostra estudada refletem isso mesmo. Em face dos problemas de saúde destas pessoas, a abordagem terapêutica é feita com base em comprimidos, da responsabilidade do médico da instituição.

Após análise de todos os componentes que contribuem para uma boa qualidade de vida – domínio físico, psicológico, relações familiares e sociais e ambiente externo – verificou-se que os idosos consideram a sua qualidade de vida boa, na sua globalidade. Ainda que pela análise estatística os resultados da avaliação de cada um dos componentes da qualidade de vida tenham sido negativos, a média do total de idosos considera boa a sua qualidade de vida.

Apesar de a conclusão deste estudo se revelar contraditória, os resultados obtidos pela análise qualitativa corroboram os obtidos pela análise quantitativa/estatística. De salientar ainda que a avaliação global como boa por parte dos idosos resulta apenas de inferência feita a uma pergunta enquanto que, o resultado obtido pela análise estatística é o culminar da avaliação de várias perguntas de resposta aberta e fechada respondidas pelos mesmos indivíduos, e que foram condensadas por domínios de forma a permitir uma avaliação mais rigorosa e pormenorizada.

Os resultados poderão ser explicados pelo facto de a generalidade dos idosos ter lamentado não ser mais independente no seu dia-a-dia, na realização de tarefas básicas, de não poder estar com a família mais próxima, de ter já perdido muitos daqueles que foram os seus amigos e acima de tudo, para a larga maioria dos institucionalizados, por já não poderem estar nas suas casas. Todos estes fatores associados tendem a deprimir os idosos, no sentido de que os leva a pensar no que foram, no que tinham, no que viveram e no facto de que a sua realidade atual é bem diferente, não podendo viver as coisas da mesma forma. Para muitas destas pessoas, foi difícil aceitar o processo de envelhecimento e continua a revelar-se uma tarefa árdua viver a velhice sem recordar o passado com uma nostalgia tão forte a ponto de quase repudiar a fase atual.

Apesar de poucos serem ainda os estudos realizados em Portugal na área, com certeza poderá expectar-se um número crescente dos mesmos uma vez que este é um assunto pertinente e atual que diz respeito a todos. Não só em termos sociais e demográficos mas também em termos genéticos poderão vir a desenvolver-se estudos cada vez mais completos e reveladores daquilo que está por trás do fenómeno do envelhecimento.

Referências Bibliográficas

Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An interactive*. New York: Guilford.

Alvarez, H. P. (2000). Grandmother hypothesis and primate life histories. *American Journal of Physical Anthropology*, 113(3), 435-450.

Baltes, P. B., & Smith, J. (1995). Psicologia da sabedoria: Origem e desenvolvimento (A. L. Neri & L. Goldstein, Trad.). In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 41-72). Campinas, SP: Papirus.

Bishop, N. A., Lu, T., & Yankner, B. A. (2010). Neural mechanisms of ageing and cognitive decline. *Nature*, 464(7288), 529-535.

Bonomini, F., Filippini, F., Hayek, T., Aviram, M., Keidar, S., Rodella, L. F., ... & Rezzani, R. (2010). Apolipoprotein E and its role in aging and survival. *Experimental gerontology*, 45(2), 149-157.

Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. (url:<http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20sa%C3%BAde.pdf>) [consultado a 21 de Maio de 2014]

Cardoso, M. C. D. S., & Ferreira, M. C. (2009). Religious involvement and elderly subjective well-being. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(2), 380-393.

Censos 2011 – Resultados Provisórios (2011). Instituto Nacional de Estatística, I.P.. Lisboa.

Cupertino, A. P. F. B., Rosa, F. H. M., & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicol reflex crit*, 20(1), 81-6.

de Rezende, J. M. (2009). 4-Dos quatro humores às quatro bases.

de Almeida Fleck, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref. *Rev saúde pública*, 34(2), 178-83.

Freeman, S., & Herron, J. C. (2009). *Análise evolutiva*. Artmed.

Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675-691.

Ghebranious N, Ivacic L, Mallum J, Dokken C (2005). "Detection of ApoE E2, E3 and E4 alleles using MALDI-TOF mass spectrometry and the homogeneous mass-extend technology". *Nucleic Acids Res*.

Guiomar, V. C. R. V. (2010). Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. *O Portal dos Psicólogos*, 1-16.

Hamilton WD. (1966) The moulding of senescence by natural selection. *J. Theor. Biol*, 12:12-45.

- Hawkes, K., O'Connell, J. F., Jones, N. B., Alvarez, H., & Charnov, E. L. (1998). Grandmothering, menopause, and the evolution of human life histories. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95(3), 1336-1339.
- Hawkes, K. (2003). Grandmothers and the evolution of human longevity. *American Journal of Human Biology*, 15(3), 380-400.
- Hawkes, K. (2004). Human longevity: the grandmother effect. *Nature*, 428(6979), 128-132.
- Ice, G. H. (2003). Biological anthropology of aging: Past, present and future. *Collegium Antropologicum* 27: 1-6.
- Ice, G. H. (2005). Biological anthropology and aging. *Journal of cross-cultural gerontology*, 20(2), 87-90.
- INE, I. (2011). Classificação portuguesa das profissões 2010. *Lisboa: INE*.
- Johnson, R. L., & Kapsalis, E. (1998). Menopause in free-ranging rhesus macaques: estimated incidence, relation to body condition, and adaptive significance. *International journal of primatology*, 19(4), 751-765.
- Kaplan, J. M. (2002). Historical evidence and human adaptations. *Philosophy of science*, 69(S3), S294-S304.
- Kaplan, H. S., & Robson, A. J. (2002). The emergence of humans: The coevolution of intelligence and longevity with intergenerational transfers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(15), 10221-10226.
- Kirkwood TBK. (1979). Holliday R. The evolution of ageing and longevity. *Proceedings of the Royal Society B*, 205:531-546.
- Kirkwood, T. B. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120(4), 437-447.

Lesemann, F., & Martin, C. (1995). Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um “Welfare-Mix”. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 17.

Mace, R. (2000). Evolutionary ecology of human life history. *Animal Behaviour*, 59(1), 1-10.

Mauad, L. C. (1999). *Sabedoria e revisão de vida: O desempenho de um grupo de mulheres de diferentes idades*. Londrina, PR: Editora da Universidade Estadual de Londrina.

Medawar PB. (1946) Old age and natural death. *Modern Quarterly*, 1:17-43.

Montagner, S., & Costa, A. (2009). Bases biomoleculares do fotoenvelhecimento. *An Bras Dermatol*, 84(3), 263-9.

Pagel, M. D., & Harvey, P. H. (1989). Comparative methods for examining adaptation depend on evolutionary models. *Folia Primatologica*, 53(1-4), 203-220.

Pavelka, M. S. M., & Fedigan, L. M. (1999). Reproductive termination in female Japanese monkeys: a comparative life history perspective. *American journal of physical anthropology*, 109, 455-464.

Qadri, S. S., Ahluwalia, S. K., & Ganai, A. M. (2013). An epidemiological study on quality of life among rural elderly population of northern India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(3), 514-522.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

Santos, B. D. S. (1995). Sociedade-providência ou autoritarismo social?.

Santos, S. S. C. (2012). Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*,2(1).

Serafim, F. M. M. P. (2007). Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas.

Shanley DP, Sear R, Mace R, Kirkwood TBL. (2007). Testing evolutionary theories of menopause. *Proceedings of the Royal Society B*, 274:2943-2949.

Smith, B. H., & Tompkins, R. L. (1995). Toward a life history of the Hominidae. *Annual Review of Anthropology*, 257-279.

Teixeira, P. (2006). Envelhecendo passo a passo. *Departamento de Psicologia da Universidade Lusíada do Porto, Portugal*.

Smith, J. D. (2002). Apolipoproteins and aging: emerging mechanisms. *Ageing research reviews*, 1(3), 345-365.

Thomas, P. (2013). The post-reproductive lifespan: evolutionary perspectives.

Weiss, K. M. (1981). Evolutionary perspectives on human aging. *Other ways of growing old. Stanford, CA: Stanford University Press. p, 25-28.*

Williams GC. (1957) Pleiotropy, Natural Selection, and the Evolution of Senescence. *Evolution*, 11:398-411.

<http://gaius.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> [Consultado a 29 de Outubro de 2013]

<http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1bc8.aspx> [Consultado a 13 de Fevereiro de 2014]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene?Db=gene&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=348> [Consultado a 19 de Janeiro de 2014]

<http://www.publico.pt/politica/noticia/fernando-nobre-preocupado-com-idosos-que-considera-maisvalia-para-portugal-1472347> [Consultado a 15 de Junho de 2014]

Anexos

Anexo I – Inquérito utilizado nas entrevistas

Guião de Campo

I Bloco – Identificação

Código de identificação:

Data de Nascimento:

Idade:

Altura:

Peso:

IMC:

Local de Nascimento:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão e situação profissional actual:

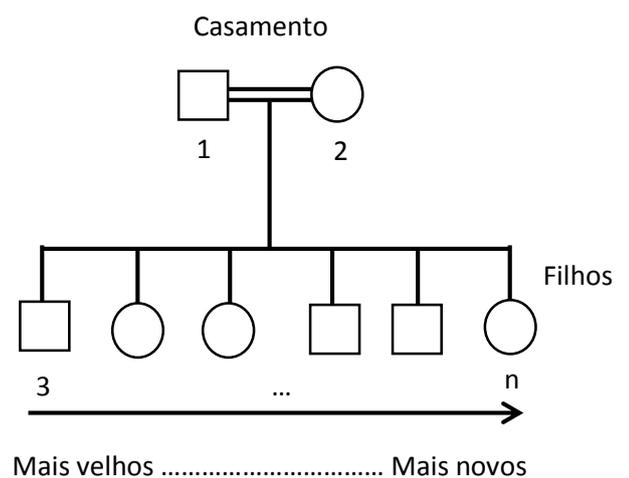
II Bloco – Estrutura Familiar

Diagrama de Parentesco/ Árvore genológica

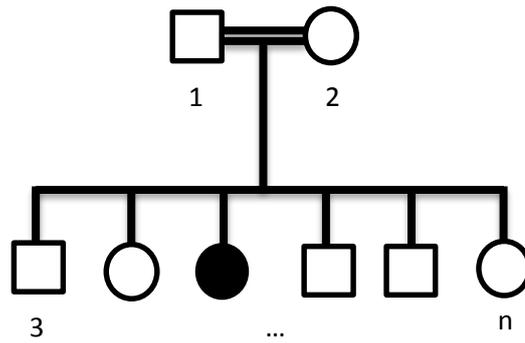


Descrição por membro da família:

- Ano de nascimento
- Ano de falecimento
- Local de nascimento
- Local de residência
- Profissão
- Causa de morte



Exemplo:



1. Grau de parentesco relativamente ao EGO
 - a. Ano de nascimento
 - b. Ano de falecimento
 - c. Local de nascimento
 - d. Local de residência
 - e. Profissão
 - f. Causa de morte

2. Grau de parentesco relativamente ao EGO
 - a. Ano de nascimento
 - b. Ano de falecimento
 - c. Local de nascimento
 - d. Local de residência
 - e. Profissão
 - f. Causa de morte

3. Grau de parentesco relativamente ao EGO
 - a. Ano de nascimento
 - b. Ano de falecimento
 - c. Local de nascimento
 - d. Local de residência
 - e. Profissão
 - f. Causa de morte

- ...

- n. Grau de parentesco relativamente ao EGO
 - a. Ano de nascimento
 - b. Ano de falecimento
 - c. Local de nascimento
 - d. Local de residência
 - e. Profissão
 - f. Causa de morte
 - g.

III Bloco: Estrutura de vida

1. Como classificaria a sua qualidade de vida?

Muito Má Má Razoável Boa Muito Boa

2. Como classificaria a sua saúde?

Muito Má Má Razoável Boa Muito Boa

3. Quão importante é o tratamento médico/medicamentos no seu dia-a-dia?

Nada Importante Pouco Importante Razoável Importante Muito Importante

4. Quão importante considera a sua vida?

Nada Importante Pouco Importante Razoável Importante Muito Importante

5. Sente-se seguro relativamente ao local onde reside/vive?

Nada Seguro Pouco Seguro Razoável Seguro Muito Seguro

6. Como classifica o local onde reside/vive?

Nada Saudável Pouco Saudável Razoavelmente Saudável Saudável Muito Saudável

Tipo de habitação:

Própria/renda/de um familiar

Com/sem quintal

Com quem habita:

A quem se dirige em caso de necessidade:

Doença:

Dúvidas:

Tipo de doenças que tenha/ medicação que faz:

Quem compra a medicação:

Quem controla a medicação:

Os rendimentos chegam para as despesas com:

Medicação:

Mercearia:

Contas fixas:

Relação com a Igreja, opinião:

Frequenta o centro de dia/opinião:

Qual a imagem que pensa que os mais novos têm dos mais idosos:

Relação com a família:

Filhos:

Netos:

Outros parentes:

Relação com a vizinhança:

IV Bloco: Estilo de vida

1. Tem energia para o dia-a-dia?

Muito Pouca Pouca Razoável Alguma Energia Muita Energia

2. Sente-se capaz de aceitar a sua aparência física/corpo?

Muito Pouco Pouco Razoavelmente Bem Muito Bem

3. Tem dinheiro suficiente para as suas necessidades diárias?

Muito Pouco Pouco Suficiente Algum Muito

4. Quão importante considera o convívio com os seus vizinhos e amigos?

Nada Importante Pouco Importante Razoável Importante Muito Importante

5. Quão capacitado se sente para andar (de um lado para o outro)?

Muito Capaz Pouco Capaz Razoável Capaz Muito Capaz

6. Quão capacitado se sente para executar as suas actividades diárias?

Nada Capaz Pouco Capaz Razoável Capaz Muito Capaz

7. Sente-se satisfeito com o acesso aos serviços de saúde?

Nada Satisfeito Pouco Satisfeito Razoavelmente Satisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

8. Com que frequência tem pensamentos negativos, se sente deprimido, triste, desesperado e ansioso?

Nunca Às vezes Por vezes Frequentemente Sempre

Descrição do quotidiano

Semana:

Normal/anormal

Domingo:

Normal/anormal

Descrição do período de festas

Natal:

Com quem passa

Actividades que desenvolvem

Pascoa:

Com quem passa

Actividades que desenvolvem

Aniversários:

Com quem passa

Actividades que desenvolvem

Vida associativa e actividades lúdicas que desenvolve: