



O ENVELHECIMENTO ATIVO E A QUALIDADE DA VIDA



3 DE MARÇO DE 2024

34323- EDUARDA SANTOS / 30061- MARTA DINIS
Escola Camilo Castelo Branco

Conteúdo

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Processo de Envelhecimento.....	3
1.2. Envelhecimento Ativo.....	5
1.3. Qualidade de Vida da Pessoa Idosa.....	12
2. ESTUDO EMPÍRICO	15
2.1. Metodologia	15
2.2. Tipo de Estudo.....	16
2.2.1. Formulação do Problema	16
2.2.2. Recolha de Dados	17
2.2.3. Avaliação dos Dados.....	18
2.2.4. Análise e Interpretação dos Dados.....	19
2.2.5. Apresentação dos Resultados	19
2.3. Considerações Éticas	20
3. FUNCIONALIDADE E ENVELHECIMENTO	20
3.1 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS PESSOAIS.....	21
3.1.1 Grupo etário	21
3.1.2 Género.....	21
3.2 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM OS SISTEMAS DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL	22
4 ENVELHECIMENTO, SAÚDE E FUNCIONALIDADE.....	22
4.1 ESPERANÇA DE VIDA E FUNCIONALIDADE	22
4.2 ASPETOS BIOPSIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO.....	26
5 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ATIVO	31
5.1 ENVELHECIMENTO E CICLO DE VIDA	31
5.2 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO.....	34
5.3 ENVELHECIMENTO ATIVO: CONCETUALIZAÇÃO.....	38
5.4 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ATIVO: UM PARADIGMA DE INTERVENÇÃO SOCIAL	41
CONCLUSÃO	43
WEBGRAFIA.....	45

Índice de Figuras

Figura 1- Grupo da faixa etária da 3ª idade.....	3
Figura 2 - Etapas do Ser Humano	5

Figura 3 - Determinantes do Envelhecimento Ativo.....	7
Figura 4 - Benefício da Prática de Exercício Físico para os Idosos	14
Figura 5 - Modelo de Rowe e Kahn	36

Índice de Tabelas

Tabela 1- Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida no GHQ-12.....	21
Tabela 2- Estatística Descritiva Básica em função do Grupo etário.....	21
Tabela 3- Estatística Descritiva Básica em função de género	21
Tabela 4- Estatística Descritiva Básica relativa às pontuações médias obtidas no ISV.....	22

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a proporção de pessoas acima de 60 anos está a crescer rapidamente em todo o mundo. Este cenário também é visível em Portugal. O número de idosos, nos próximos 25 anos, poderá ultrapassar o dobro de jovens (Instituto Nacional de Estatística – INE, 2007). Segundo dados mais recentes do INE (2010), o cenário confirma-se com um continuado envelhecimento demográfico, numa relação de 118 idosos por cada 100 jovens.

O envelhecimento humano consiste num processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas que, se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida (Direção Geral de Saúde – DGS, 2004). O envelhecimento não é um problema, mas um processo do ciclo vital que deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível (DGS, 2004). Para isso, é necessário que as pessoas idosas se envolvam na vida social, económica, cultural, espiritual e civil, para que envelheçam de uma forma ativa.

A OMS adotou o termo de “envelhecimento ativo” no final dos anos 90. Segundo esta organização o “envelhecimento ativo” consiste no processo de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, à medida, que as pessoas envelhecem (OMS, 2002, p.14). Este conceito aplica-se a indivíduos e a grupos populacionais. Esta forma de encarar o envelhecimento concede aos indivíduos uma outra perceção das suas capacidades, no que diz respeito, ao seu bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e permite - lhes participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, interesses e capacidades. O envelhecimento ativo protege ainda o indivíduo, proporcionando-lhe segurança e cuidados quando necessário.

A promoção do envelhecimento ativo constitui um desafio para a sociedade, sistema de saúde e profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros. Segundo a OMS quando as políticas sociais de saúde, do mercado de trabalho, de emprego e de educação ajudarem o envelhecimento ativo teremos provavelmente: menos mortes prematuras em estádios da vida altamente produtivos; menos deficiências ligadas a doenças crónicas nas pessoas idosas; maior número de pessoas com qualidade de vida ao longo do envelhecimento; mais pessoas idosas ativas nos aspetos sociais, culturais, económicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não na vida doméstica familiar e comunitária, e por fim, menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica (OMS, 2002).

Face ao envelhecimento da população e da evidência que as pessoas vivem durante mais tempo e com mais doenças crónicas é particularmente pertinente a abordagem da qualidade de vida nas pessoas idosas (Fonseca e Paúl, 2008). Para a World Health Organization (WHO) a qualidade de vida é um conceito muito amplo e subjetivo, que compreende de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e o seu relacionamento com o meio ambiente (WHO, 2001).

Perante a realidade apresentada e a nossa experiência profissional, no decurso do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto, emergiu o seguinte problema: Qual o conhecimento produzido acerca da contribuição da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa?

Dada a complexidade da problemática acreditamos na importância de desenvolver uma revisão integrativa de estudos que contemplem a contribuição da visão de envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas.

A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a procura, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado, em que o seu produto final, o estado atual do conhecimento acerca do tema estudado, permite a implementação de intervenções efetivas nos cuidados de saúde, a redução de custos e a identificação de lacunas que orientam para o desenvolvimento de novos estudos (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Estas autoras referem ainda que o sumário dos resultados de pesquisas relevantes facilita a incorporação de evidências, ou seja, agiliza a transferência de conhecimento novo para a prática (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Com este trabalho pretendemos conhecer os estudos científicos publicados em revistas indexadas em bases de dados eletrónicas, durante o período de 2008 a 2014, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas; caracterizar os estudos desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas.

A finalidade deste estudo é contribuir para o desenvolvimento de programas que promovam o envelhecimento ativo e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas idosas.

Este trabalho é constituído por três partes: enquadramento teórico, metodologia e apresentação e discussão de resultados. No enquadramento teórico serão abordados alguns conceitos relacionados com a temática: processo do envelhecimento; envelhecimento ativo; qualidade de vida. Na metodologia será abordado: o tipo de estudo; formulação do problema; recolha de dados; avaliação dos dados; análise interpretativa dos dados; e apresentação dos resultados.



Figura 1- Grupo da faixa etária da 3ª idade

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Processo de Envelhecimento

O processo de envelhecimento tem sido alvo de estudo nos últimos tempos. O conceito de envelhecimento e as atitudes perante as pessoas idosas têm sofrido alterações e espelham "por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas" (Paúl e Fonseca, 2005, p.12). Para a DGS, o envelhecimento consiste num processo de "deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e inerente á própria vida", igual à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação, ou seja, é um processo contínuo, ativo e diferencial. Inicia-se muito antes de alcançarmos a idade adulta e constrói-se ao longo da vida (Pina, 2013,p.19, cit por OMS 2005).

A idade apresenta um conceito multidimensional, por isso não é considerada uma boa medida para avaliar o desenvolvimento humano. Pois a idade e o processo de desenvolvimento possuem dimensões e significados que transpõe as barreiras da idade cronológica (Scheiner e Irigaray, 2014, cit por OMS 2005).

A idade cronológica relativamente ao envelhecimento não apresenta um valor padrão, pois na realidade existem formas díspares de defini-la e conceituá-la analogamente ao envelhecimento. Uma das definições plausíveis é preconizada pela OMS que defende que a definição da pessoa idosa inicia-se aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento (OMS 1984 cit por OMS 2005).

Há diversos fatores que interferem no processo do envelhecimento. Para Paúl (2005) o processo do envelhecimento possui três elementos: a senescência, onde o processo de envelhecimento biológico advém da vulnerabilidade crescente e de maior probabilidade de falecer; o envelhecimento social, referente aos papéis sociais

adequados às expectativas da sociedade e o envelhecimento psicológico, definido pela regulação do próprio indivíduo, pelo tomar de decisões e opções, adequando-se ao processo de senescência e do envelhecimento. Há vários determinantes que influenciam o crescimento e o envelhecimento, contudo não são exclusivos, pois a “ base filogenética, da nossa hereditariedade, do nosso contexto sociocultural que estimula a expressão das nossas tendências genéticas”(Paúl 2005,p.28).

Já para Martín (2006) o envelhecimento é um processo complicado, assíncrono, diverso, onde as disparidades aparecem dentro do próprio indivíduo; de um indivíduo para o outro, de uma população para a outra e em distintas gerações. Refere ainda que o envelhecimento consiste num processo adaptativo, moroso e contínuo, que implica diversas modificações em todos os sentidos, e que intervém nos fatores biológicos, psicológicos e sociais.

As pessoas idosas envelhecem de forma diferente e em ritmo diferente. Fontaine (2000) refere que existem três tipos de idades: idade biológica; idade psicológica e idade social.

A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Os órgãos sofrem transformações que provocam a diminuição do seu funcionamento normal, por consequência a capacidade de se auto-regularem torna-se menos eficaz. Este processo do envelhecimento não ocorre ao mesmo tempo, cada parte do organismo envelhece num determinado momento.

A idade psicológica refere-se às competências comportamentais que a pessoa idosa pode alterar em resposta às alterações ambientais, abrange ainda a inteligência, a memória e a motivação.

Quanto à idade social, esta representa a relação da pessoa idosa com os outros elementos da comunidade onde está inserida, relativamente aos papéis, rotinas e estatuto. Podemos acrescentar que as pessoas idosas podem viver em isolamento social e solidão, mesmo quando vivem acompanhadas com familiares ou outros indivíduos. O facto da pessoa idosa não contribuir produtivamente para a sociedade leva a que seja tratada de forma diferente, o que prejudica a sua integração social e, conseqüentemente pode levar à marginalização.

Para Faria (2008) o processo do envelhecimento pode ser classificado de dois modos: a senescência ou envelhecimento primário e a senilidade ou envelhecimento secundário. A senescência consiste nas mudanças causadas pela idade, independentes das doenças e das influências do ambiente. A senilidade consiste numa aceleração deste processo como resultado das doenças que surgem ocasionalmente, assim como, dos fatores ambientais ou doenças crónicas.

Os profissionais qualificados podem ajudar as pessoas idosas a vivenciar um envelhecimento ativo. Contudo, podem surgir doenças que afetem as pessoas idosas, sendo as mais comuns: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão; Derrame; Diabetes; Cancro; Doença pulmonar obstrutiva crónica; Doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose); Doenças mentais (demência e depressão, maioritariamente); Cegueira e diminuição da visão (OMS, 2005). Com o aparecimento destas doenças crónicas, as pessoas idosas perdem um pouco da sua autonomia e são obrigadas a viver o envelhecimento de uma forma mais regrada.

É produtivo que o processo de envelhecimento seja encarado como um processo natural e não como um problema. Contudo, para que seja vivenciado com autonomia e independência é necessário uma mudança nos comportamentos e atitudes da população, na formação dos profissionais de saúde e de apoio social, além de uma adaptação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares das pessoas idosas, assim como a adaptação do meio ambiente de acordo com as fragilidades que prevalecem com maior frequência nas pessoas com idade avançada (DGS, 2004).



Figura 2 - Etapas do Ser Humano

1.2. Envelhecimento Ativo

O envelhecimento deve ser vivido de uma forma ativa (OMS, 2005). Para esta organização há três pilares basilares em que se apoia o envelhecimento ativo: saúde, segurança e participação (OMS, 2005). Mencionando que a Saúde se refere ao bem-estar físico, mental e social. É importante manter os níveis baixos os fatores de risco que interferem no aparecimento das doenças crônicas e no declínio funcional. Por sua vez quando os fatores de proteção são elevados, as pessoas beneficiam de uma melhor qualidade de vida, são capazes de cuidar de si, mantendo-se mais saudáveis. À medida que vão envelhecendo as pessoas idosas precisam de tratamentos médicos constantes e de serviços assistenciais, por vezes onerosos.

A segurança que as políticas e os programas abordam diz respeito às necessidades e aos direitos das pessoas idosas à segurança social, física e financeira. Ficam assim, asseguradas a proteção, a dignidade e o auxílio às pessoas idosas que não se podem sustentar e proteger (OMS, 2005).

A participação está relacionada com a educação, as políticas sociais de saúde e os programas que apoiam a participação na íntegra em atividades sociais, culturais e espirituais, de acordo com os direitos humanos, as capacidades, as necessidades e

vontades das pessoas contribuem para que continuem a ter um desempenho na sociedade com atividades não remuneradas enquanto envelhecem (OMS, 2005).

É importante salientar que a OMS (2005) associa o termo “ativo” não somente à capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, o envelhecimento ativo tem como objetivo “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas” que se encontram neste processo (OMS, 2005, p. 13).

Por isso, a OMS (2005) advoga que os projetos de envelhecimento ativo, os programas e as políticas que promovam a saúde mental e relações sociais são tão importantes como as atividades que melhoram as condições físicas de saúde. O envelhecimento ativo também preconiza que as pessoas idosas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Para além disto, também propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários (OMS, 2005).

Para Ribeiro e Paúl (2011) a saúde é um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento. Estes autores salientam ainda que os cuidados com a alimentação, o consumo de álcool e de tabaco podem ser considerados como medidas preventivas e como atuação positiva na saúde.

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) a segurança está associada ao local de residência do idoso, ao meio ambiente e, essencialmente, aos climas sociais de não violência na sua comunidade. Já a participação, envolve os grupos sociais onde as pessoas idosas estão inseridas. Por isso, para um envelhecimento bem-sucedido é essencial a presença da família e dos amigos, assim como o envolvimento no exercício da cidadania e uma participação ativa nos diferentes contextos sociais (Ribeiro e Paúl, 2011).

Como refere Ferreira (2009) o envelhecimento ativo aplica-se a toda a comunidade e tem como objetivo principal aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade. Para isso é necessário que os indivíduos entendam o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando deste modo a participação ativa das pessoas idosas, nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas.

O envelhecimento ativo depende de vários determinantes que envolvem os indivíduos, as famílias e as nações que segundo a OMS (2005) são determinantes:

- 1- Transversais;
- 2 - Relacionados com os serviços de saúde e sociais;
- 3 - Comportamentais;
- 4 - Relacionados com aspetos pessoais;
- 5 - Relacionados com ambiente físico;
- 6- Sociais;
- 7- Económicos.



Figura 3 - Determinantes do Envelhecimento Ativo

Relativamente aos determinantes transversais eles são a cultura e o gênero, eles são essenciais para compreender o envelhecimento ativo, pois envolvem todos os outros determinantes. A cultura engloba todos os indivíduos e populações e determina, de certa forma, o envelhecimento das pessoas. As tradições enraizadas, as atitudes, assim como os valores culturais moldam as sociedades no modo de aceitar o processo de envelhecimento e influenciam na procura de comportamentos saudáveis (OMS,2002). O gênero tem que ser alvo de atenção nas várias opções políticas e a consequência destas sobre o bem-estar das pessoas, independentemente de serem homens e mulheres (OMS, 2002). Há sociedades em que o papel e o status de mulher é inferior, contribuindo para um menor acesso à educação, saúde, alimentos o que se vai repercutir no processo do envelhecimento. Por seu lado o homem, além das lesões incapacitantes, também apresentam mais comportamentos de risco.

Os determinantes relacionados com os serviços de saúde e o serviço social englobam: a promoção da saúde e prevenção de doenças; serviços curativos; cuidados a longo prazo e serviços de saúde mental, é essencial que os sistemas de saúde tenham uma perspectiva de vida dos indivíduos que proponha a promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso equitativo a cuidados primários de qualidade e a tratamentos a longo prazo como promotores do envelhecimento ativo.

Considerando a promoção da saúde como um processo que permite aos indivíduos controlarem a sua saúde e melhorá-la e que a prevenção de doenças engloba a prevenção e o tratamento das mesmas. Na prevenção estão incluídos os três níveis: primária, em que o enfoque está em evitar ou remover fatores de risco; secundária, que visa a deteção precoce de problemas de saúde e terciária, que pretende limitar a progressão da doença e evitar ou diminuir as consequências ou complicações (OMS, 2002). Mesmo implementando medidas na área da promoção da saúde e prevenção de doenças, os indivíduos aumentam o seu risco de desenvolver doenças. Daí surge a necessidade dos serviços curativos, pois são indispensáveis nesta fase do ciclo de vida, sendo a área de eleição os cuidados de saúde primários (OMS, 2005). À medida que a população envelhece novas necessidades de saúde emergem decorrentes do aumento de doenças crónicas, entre outras. Assim, o consumo de medicamentos que retardem e

tratem as doenças crônicas, aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida também continua a aumentar. Neste sentido, é fundamental uma parceria entre governos, profissionais de saúde, indústria farmacêutica entre outros, com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos essenciais para as pessoas idosas e assegurar a sua utilização adequada atendendo à relação custo benefício (OMS, 2005).

Os cuidados a longo prazo são definidos pela OMS (2005, p.22) como os “sistema de atividades desenvolvidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ ou profissionais de saúde ou de serviços sociais” para assegurar que a uma pessoa que não seja capaz de efetuar as suas atividades de vida diárias tenha uma maior qualidade de vida (OMS, 2000). Assim, os cuidados a longo prazo incluem sistemas de apoio informais e formais. Estes últimos podem abranger uma ampla variedade de serviços comunitários, tais como, os serviços saúde pública, cuidados primários, cuidados domiciliares, serviços de reabilitação e cuidados paliativos. Podem ainda incluir serviços de internamento.

Os serviços de saúde mental também têm um papel determinante no envelhecimento ativo e deviam ser parte integrante nos cuidados a longo prazo. É necessário estar particularmente atento aos subdiagnósticos de doença mental, nomeadamente à depressão e às taxas de suicídio entre pessoas idosas (OMS, 2005).

Os serviços sociais e de saúde devem estar coordenados, integrados e acessíveis, não devem discriminar os indivíduos, pois todas as pessoas devem ser tratadas de igual modo, ou seja, com dignidade e respeito (OMS, 2005).

Os determinantes comportamentais estão associados aos estilos de vida saudáveis e ao cuidar da saúde como bem essencial ao longo de todo o ciclo de vida. Compreendem: o consumo do tabaco; a atividade física; a alimentação saudável, a saúde oral; o álcool e a gestão do regime medicamentoso (OMS, 2005).

Estes determinantes são cruciais para um envelhecimento ativo, pois a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa dos indivíduos nos seus próprios cuidados são muito importantes em todas as fases do ciclo vital. A adoção destes comportamentos podem prevenir doenças, prolongar a vida e a qualidade de vida das pessoas (OMS, 2005).

O uso de tabaco é prejudicial em qualquer idade. Fumar aumenta o risco de aparecimento de doenças, como também, pode levar a perdas da capacidade funcional. Este comportamento tem repercussões graves nos fumadores e nos não fumadores que estão expostos ao fumo, nomeadamente pessoas que sofram de asma ou de outros problemas respiratórios (OMS, 2002).

Outros autores defendem também que o consumo de tabaco tem efeitos graves na saúde das pessoas (induz dependência física e psicológica na grande maioria dos consumidores) e na longevidade (os fumadores perdem em média dez anos de esperança média de vida que podem ser recuperados se o fumador parar de fumar), pois atualmente o consumo do tabaco é a primeira causa de morbilidade e de mortalidade que pode ser evitada. Este consumo é responsável por cerca de cinco milhões de mortes anuais (Nunes, 2006). É de salientar que os não fumadores (fumadores passivos) que estejam em contacto com pessoas fumadoras também estão sujeitas aos malefícios do tabaco (Fonseca, 2007).

A atividade física se for regular e moderada pode trazer grandes benefícios à saúde de todos os indivíduos e pode retardar o declínio funcional. É muito importante, nomeadamente na vida da pessoa idosa, pois além de se sentirem úteis na sociedade adquirem mais autonomia nas suas atividades de vida diárias (OMS, 2002). A atividade física é também considerada uma mais-valia para as pessoas alcançarem um envelhecimento bem-sucedido. Mas, é de salientar que o conceito de atividade inclui não só atividades físicas, como também, atividades mentais (Sé, 2009). O exercício e a estimulação das capacidades cognitivas nas pessoas idosas têm importância, uma vez que, apesar de não fazerem desaparecer as diferenças de idade, tendem a contribuir para um declínio mais tardio do que as capacidades não exercitadas (Denney, 1982, cit por Fonseca, 2006). Embora a evidência comprove os benefícios da atividade física, a maioria da população idosa leva uma vida sedentária o que é preocupante.

Uma grande aliada da atividade física é a alimentação saudável. A alimentação saudável é muito importante para a qualidade de vida e bem estar das pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006) os problemas de alimentação em todas as faixas etárias incluem a subnutrição (sobretudo nos países em desenvolvimento), o consumo excessivo de alimentos. Relativamente às pessoas idosas, estes problemas podem ter diversas causas: baixos recursos sócio económicos, dificuldade em angariar alimentos, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas que as impede de comprar comida e/ou prepará-la, situações de emergência e falta de atividade física (OMS, 2006). Por outro lado a ingestão em excesso de alimentos pode provocar obesidade e doenças crónicas ao longo do processo de envelhecimento. Para se ter uma alimentação adequada e saudável tem é importante preservar a saúde oral.

A OMS (2002) refere que um número elevado de pessoas idosas apresenta alguns problemas a nível da saúde oral, nomeadamente cáries, perda de dentes e doenças periodontais que, posteriormente, podem provocar outros problemas de saúde (problemas gastrointestinais, otites, cefaleias entre outros). Estes problemas na cavidade oral, por vezes não resolvidos, devido às dificuldades financeiras das pessoas idosas, podem também diminuir a sua autoestima e a sua qualidade de vida.

O consumo excessivo de álcool é atualmente um dos fatores de risco com maior impacto na ocorrência de doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com os estilos de vida adotados pelas pessoas. Com o avançar da idade e consequentemente alteração de metabolismo a resistência ao consumo álcool modifica-se e as pessoas idosas têm menor tolerância, assim o consumo de pequenas quantidades pode ter consequências muito graves. Quando o consumo é excessivo pode causar perda de independência nas atividades de vida diárias, tais como, diminuição do funcionamento intelectual, acidentes, episódios de confusão recorrentes, sintomas de autonegligência, diminuição da atenção e de atividades (Nunes, 2009). A OMS (2002) acrescenta ainda, que há um aumento da suscetibilidade das pessoas mais idosas a doenças relacionadas com o álcool, tais como: a má nutrição, doenças pancreáticas, doenças gástricas e doenças hepáticas. E que para além destes problemas, o álcool também aumenta o risco de queda das pessoas idosas e provoca alterações a nível da interação medicamentosa. Contudo, o álcool não tem só efeitos negativos, segundo a revisão da literatura da OMS, existem evidências para pessoas com idade superior a 45 anos que a ingestão de

álcool até uma dose por dia pode diminuir o risco de derrame e de doenças coronárias (OMS, 2002).

Os medicamentos também fazem parte deste grupo de fatores, pois as pessoas idosas são portadoras de doenças crônicas, e necessitam de medicação contínua. Contudo, existem vários fatores que contribuem para a não adesão medicamentosa, entre os quais as condições socioeconômicas o que vai provocar uma toma de medicação não regular ou a desistência da toma de medicação e, conseqüentemente conduz a novos problemas de saúde. Por outro lado também há pessoas idosas que tomam medicação em excesso sobretudo tranquilizantes o que podem contribuir para as quedas, e conseqüentemente internamentos. Por si só, não basta as pessoas idosas ter a medicação, têm que aderir ao regime terapêutico. Tem que adotar comportamentos saudáveis, tais como: a prática de atividade física, a alimentação saudável, o abandono do fumo e o consumo de medicamentos de acordo com a prescrição médica. Nos países desenvolvidos verifica-se que a adesão ao regime terapêutico a longo prazo por parte da população idosa é de 50 por cento, enquanto que nos países subdesenvolvidos a percentagem revela-se muito inferior. A não adesão tem conseqüências como: alterações nos tratamentos, na qualidade de vida, na economia e na saúde pública (Dupollina and Sabate cit por OMS, 2005).

Os determinantes relacionados com aspetos pessoais englobam a biologia e a genética, componentes com grande influência no processo do envelhecimento, visto este resultar de um conjunto de processos geneticamente determinados. O envelhecimento consiste numa “deterioração funcional progressiva e generalizada,” que resulta da perda de algumas “faculdades” e do aumento do risco de doenças relacionadas com as pessoas idosas (Kirkwood, 1996 cit por OMS, 2002).

Ou seja, as pessoas idosas ficam doentes com mais facilidade do que os jovens, pois como viveram mais, estiveram mais tempo de contacto com fatores externos, comportamentais e ambientais (Gray, 1996 cit por OMS, 2005). É importante salientar que a evidência comprova que a longevidade é um processo familiar. Contudo, apesar da evidência subsiste um consenso de que “a trajetória de vida, de saúde e de doença de cada indivíduo resulta de uma combinação genética, ambiental, alimentação e de estilo de vida” (Kirkwood, 1996 cit por OMS 2005,p.26). Devido a estes fatores, pode dizer-se que a influência da genética em várias doenças crônicas varia de indivíduo para indivíduo (OMS, 2005).

Nos fatores psicológicos estão incluídos a inteligência e a capacidade cognitiva e são preponderantes e indicativos do envelhecimento ativo e da longevidade das pessoas idosas (Smits et al., 1999 cit por OMS, 2005). Algumas das capacidades cognitivas como a memória e a aprendizagem diminuem com o envelhecimento. Contudo, estas perdas podem trazer outros ganhos do ponto de vista na sabedoria, conhecimento e experiência da pessoa idosa. Há ainda outros fatores que as pessoas idosas foram adquirindo ao longo do ciclo vida que interferem no seu envelhecimento, como a auto eficiência que está ligada às escolhas de comportamentos pessoais do indivíduo ao longo da vida e à preparação para a reforma (OMS, 2002).

Relativamente aos fatores relacionados com o ambiente físico, estes podem marcar a diferença entre a independência e a dependência das pessoas idosas. A existência de inúmeras barreiras arquitetónicas contribuem para maior predisposição ao

isolamento social, à depressão, à redução da resistência física e a um aumento de problemas relativos à mobilidade. As quedas, os acidentes rodoviários, os acidentes domésticos, as catástrofes naturais podem causar lesões irreversíveis e incapacitantes na pessoa idosa. É fundamental estar atento a estes fatores, pois são muito importantes para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa, porque lhes transmite segurança para viver o seu processo de envelhecimento. Para as pessoas idosas a localização da sua residência perto da família, dos transportes, entre outros é muito importante para promover interação social (OMS, 2002).

As quedas ocorridas nas pessoas idosas são uma problemática comum a todos os países. A OMS alerta que as quedas são a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários (OMS, 2010).

Segundo WHO, as quedas são um problema de saúde pública, anualmente regista-se cerca de 424 mil quedas fatais. Mais de 80% das mortes relacionadas com quedas ocorrem em países em desenvolvimento (WHO, 2007). Estão ainda associadas ao ambiente físico a água potável, o ar puro e os alimentos seguros, elementos importantes e imprescindíveis para a sobrevivência de toda a população, sobretudo para as gerações mais vulneráveis como as pessoas idosas, que possuem doenças crónicas e um sistema imunológico mais susceptível (OMS, 2002).

Os determinantes sociais que incluem o apoio social, a aprendizagem permanente, as oportunidades de educação, a paz e a proteção contra a violência e os maus tratos são conceitos chave para que a pessoa idosa tenha um processo de envelhecimento saudável. A falta deste tipo de apoios pode levar ao isolamento social e, conseqüentemente provocar a sua morte (OMS, 2002).

Por outro lado, se este tipo de apoio for inadequado pode conduzir a um aumento da taxa de mortalidade entre as pessoas idosas e de problemas psicológicos, entre outros. A presença de contactos sociais próximos e animadores promovem a saúde física e mental. É essencial que os governos, as organizações não governamentais e os profissionais de saúde fomentem parcerias e redes sociais para as pessoas idosas a partir de grupos comunitários, voluntariado, ajuda dos vizinhos, monitorização de visitas em parceria, cuidadores informais e a promoção da implementação de programas de interação entre as gerações (OMS, 2002).

A violência e os maus tratos à pessoa idosa, infelizmente são cada vez mais frequentes. As pessoas idosas que vivem sozinhas podem sentir-se mais expostas a crimes de furto ou agressão. Uma das formas mais comuns de violência perante as pessoas idosas é feita por pessoas mais próximas que a pessoa idosa conhece bem. Estes maus tratos podem ser manifestados de diversas formas como por exemplo: abuso físico, sexual psicológico e financeiro. Estes devem ser reduzidos e preferencialmente eliminados da sociedade, por isso é importante envolver os diversos agentes da comunidade entre os quais: polícia, os profissionais do serviço social e de saúde, líderes espirituais para em parceria munirem-se esforços para consciencializar a comunidade sobre estes problemas e conduzir à mudança de comportamentos que provocam atitudes preconceituosas face à pessoa idosa (OMS, 2002).

A educação e a alfabetização são essenciais ao longo de todo o ciclo de vida e a sua ausência vai ter repercussões no processo do envelhecimento. Assim quando é

deficitária influencia habilidades e oportunidades e conseqüentemente a qualidade de vida. Assim como, está também relacionado com maior risco de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento. Quanto maior for o nível de educação assim como a oportunidade de formação contínua maior serão um maior contributo no futuro para as pessoas desenvolverem habilidades e confiança e para que estas se adaptem e sejam independentes ao longo do seu processo de envelhecimento. No mercado laboral das pessoas idosas surgem alguns problemas causados pela falta de qualificação e a baixa instrução e não pela perda de faculdades associadas ao envelhecimento. Se cada vez mais há um aumento da população idosa, é importante manter as pessoas idosas envolvidas em atividades que as mantenham ocupadas e úteis para a sociedade (OMS, 2002).

Os determinantes económicos englobam três aspetos relevantes para o envelhecimento ativo: o rendimento, a proteção social e o trabalho. O rendimento para as pessoas idosas é um problema, pois a maioria têm reformas muito pequenas que não lhes permite pagar as várias despesas e por vezes, também não possuem bens ou poupanças para fazer face a esta problemática. Isto contribui para a falta de acesso à alimentação saudável e a cuidados de saúde e conseqüentemente as pessoas idosas tem maior risco de desenvolver patologias tornando-os mais vulneráveis (OMS, 2002).

A proteção social é essencial para todas as pessoas idosas. Nos países em desenvolvimento as pessoas idosas tendem a pedir ajuda à família ou então utilizar as suas economias, pois nestes países o serviço social não consegue dar resposta à maioria das necessidades. Nos países desenvolvidos já existem outros meios, como por exemplo, pensões de velhice, projetos de pensão reforma, incentivos para uma poupança voluntária por parte das pessoas idosas e inclusive, no caso de Portugal, o sistema nacional de saúde assegura os cuidados de saúde (OMS, 2002).

O trabalho é muito importante durante a vida de uma pessoa. As pessoas que conseguem ter um trabalho digno com remuneração de acordo com a lei, com certeza que quando chegarem á velhice, manifestarão maior tranquilidade. Quando o indivíduo atinge a idade da reforma é necessário manter-se ocupado mesmo não sendo remunerado pelas atividades efetuadas, para assim passar por este processo de uma forma ativa (OMS, 2002).

1.3. Qualidade de Vida da Pessoa Idosa

Para Farenzena (2007) é impossível estudar o processo de envelhecimento sem abordar a qualidade de vida. A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, por este motivo tem sido utilizada por profissionais de saúde, investigadores, economistas, administradores e políticos (Campos e Neto, 2008). Segundo estes autores não se trata de um conceito novo, mas a sua importância tem aumentado por diversas razões.

De facto, o conceito de qualidade de vida foi referido pela primeira vez em 1920 num livro sobre economia e bem-estar material (Fraguelli, 2008). Na literatura médica, há indícios que o termo surgiu na década de 30 (Seidl e Zannon, 2004). Segundo Fraguelli (2008) o conceito acabou por sofrer uma significativa mudança após a II Guerra Mundial.

Llobet et al. (2011) corroboram que o conceito de qualidade de vida tem evoluído. Inicialmente, possuía uma base materialista, em que era dada prioridade aos aspetos objetivos da vida; atualmente, os aspetos subjetivos são considerados essenciais (Llobet et al., 2011). Estes autores referem ainda que, atualmente, é consensual que este constructo tem um carácter multidimensional, incluindo componentes objetivos e subjetivos.

O carácter multidimensional refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diversas dimensões (Seidl e Zannon, 2004). Relativamente à subjetividade, trata-se de considerar a perceção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não médicos do seu contexto de vida (Seidl e Zannon, 2004). Ferreira (2009) salientam que a perceção do indivíduo é construída a partir de algumas normas, as valorizadas de acordo com circunstâncias biopsicossociais, económicas, culturais e espirituais da vida do indivíduo. Quanto à objetividade, esta encontra-se relacionada com indicadores socioeconómicos, tais como, rendimentos e nível de escolaridade (Costa, 2011).

Uma das definições que expressa um conhecimento abrangente e complexo da qualidade de vida é a da OMS. Tal como referimos anteriormente, esta organização define a qualidade de vida como a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do seu sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2002). Campos e Neto (2008) consideram este conceito de qualidade de vida genérico e apontam um outro ligado à saúde: o valor atribuído à vida, influenciado pelas deteriorações funcionais; as perceções e condições sociais que são induzidas pela doença, pelo seu agravamento e tratamento e a organização política e económica do sistema de saúde.

Para Neri (2005) a qualidade de vida está relacionada com a adaptação dos indivíduos e grupos, pertencentes a uma ou várias sociedades, em diferentes fases da vida. Concretamente na velhice, a preocupação com a qualidade de vida aumentou nos últimos trinta anos. Esta preocupação ocorreu, entre outros motivos, devido ao aumento do número de pessoas idosas na população e à expansão da longevidade.

Face ao envelhecimento da população, o grande desafio que se coloca aos profissionais de saúde é o de conseguir uma sobrevivência maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor (Oliveira et al., 2010). Para estas investigadoras à medida que o indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é influenciada pela habilidade destes em manter a sua autonomia e independência.

Llobet et al. (2011) e Neri (2000) referem que definir qualidade de vida na velhice não é uma tarefa fácil, pois tanto a velhice como a qualidade de vida se encontram dependentes do tempo. Neri (2003) defende que o conceito de qualidade de vida na velhice está diretamente associado com a existência de condições ambientais que permitam às pessoas idosas desempenhar comportamentos adaptativos, com a qualidade de vida percebida e com o sentimento de autoeficácia. Para Neri (2003) a avaliação subjetiva que cada indivíduo faz do seu funcionamento constitui o conteúdo primário da qualidade de vida percebida. A autoeficácia significa a crença do indivíduo de que dispõe dos recursos necessários para obter os resultados que deseja.

Paschoal (2004) define qualidade de vida na velhice como a perceção que o indivíduo possui de bem-estar, que resulta da sua avaliação do quanto realizou, do que

idealiza como importante para uma boa vida e do seu grau de satisfação com o que foi possível concretizar até ao momento.

Irigaray e Trentini (2009) verificaram no seu estudo que o conceito de qualidade de vida na velhice incluiu critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciado pelos valores do indivíduo e da sociedade em que este vivia. Observaram ainda que os afetos positivos (ter alegria na vida, amor e amizade) foram as variáveis mais citadas e associadas como determinantes importantes da qualidade de vida na velhice. Os aspetos evidenciados como mais prejudiciais ao bem-estar foram a política, a falta de segurança e as desigualdades sociais. As idosas também salientaram “ter saúde” como o item mais importante para a melhoria da qualidade de vida.

Estudos revelados por Llobet et al. (2011) na área da qualidade de vida também indicaram que as pessoas idosas consideram importantes diversos fatores: saúde, autonomia, fatores psicológicos (solidão, personalidade), ambiente adequado (habitação, ambiente social, serviços), fatores sociais (isolamento social), autoestima e dignidade, privação económica. Llobet et al. (2011) salientam que a perceção das pessoas idosas acerca da sua qualidade de vida não é necessariamente má e muitas manifestam-se felizes e satisfeitas com a sua vida atual.

Segundo Llobet et al. (2011) um indivíduo possui um elevado nível de bem estar subjetivo quando se encontra satisfeito com a vida e vive de uma forma positiva. Por outro lado, um indivíduo com um baixo nível de bem estar subjetivo está insatisfeito com a vida e experiencia emoções negativas, tais como, ansiedade e/ou depressão (Llobet et al., 2011). Estes autores acreditam que ao longo do processo de envelhecimento, as pessoas esperam o aparecimento de doenças crónicas e a redução das redes sociais, assim as estratégias utilizadas para lidar com estes eventos podem contribuir para a sua perceção elevada ou baixa de qualidade de vida.

Além da relação entre qualidade de vida e saúde já descrita, Almeida, Gutierrez e Marques (2012) acrescentam que independentemente do conceito adotado e do instrumento utilizado sobre qualidade de vida, existe uma íntima relação entre esta, a área da saúde e a prática de exercício físico.



Figura 4 - Benefício da Prática de Exercício Físico para os Idosos

Oliveira et al. (2010) sugerem que a prática de exercício físico pode ajudar as pessoas a manterem o maior vigor possível, melhorar a função em diversas atividades, aumentando a qualidade de vida à medida que envelhecem. Embora estas autoras salientem que as vantagens da prática de exercício físico pelas pessoas idosas dependem da forma como decorre o processo de envelhecimento e da rotina de exercício físico praticado, sabe-se que existem benefícios para a saúde mesmo quando prática de exercício físico é iniciada numa fase tardia da vida.

Num estudo revelado por Oliveira et al. (2010) verificou-se que em pessoas idosas a prática de exercício físico é importante para o aumento ou a preservação da força e da potência muscular, manutenção da mobilidade e prevenção e redução das quedas e das fraturas.

Neste capítulo, parece-nos ainda pertinente abordar as dificuldades relacionadas com a avaliação da qualidade de vida. Seidl e Zannon (2004) sugerem que estas dificuldades limitam a inclusão da avaliação na prática clínica, devido à ausência de informação dos profissionais de saúde sobre as diferentes metodologias para o estudo da qualidade de vida. Seidl e Zannon (2004) identificam as principais tendências metodológicas para a avaliação da qualidade de vida, quer nos trabalhos que utilizam metodologias quantitativas quer nos que utilizam metodologias qualitativas. Nos primeiros, os esforços estão voltados para a construção de instrumentos, com o intuito de conferir o carácter multidimensional do constructo e a sua validade. Relativamente aos segundos, os seus defensores recomendam a utilização de técnicas, tais como as histórias de vida ou as biografias e outras análises típicas dos estudos de natureza qualitativa. Outros investigadores defendem a complementaridade das metodologias, de forma a permitir a emergência de temas que fazem sentido para o indivíduo, simultaneamente, com a garantia da validade e confiabilidade das técnicas que viabilizam a comparação de resultados de grupos e de indivíduos (Seidl e Zannon, 2004).

2. ESTUDO EMPÍRICO

2.1. Metodologia

A metodologia refere-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para dar resposta às questões de investigação ou para verificar as hipóteses formuladas na fase conceptual (Fortin, 2006). Segundo esta autora, na fase conceptual estabelecem-se os fundamentos do estudo e na fase metodológica operacionaliza-se o estudo tendo em vista a realização da fase empírica. Assim, na fase metodológica determina-se um certo número de operações e estratégias, que indicam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que indicará o caminho a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação/difusão (Fortin, 2006).

No decorrer desta fase, o investigador foca a sua atenção, principalmente, no desenho de investigação, na escolha da população e da amostra, nos métodos de medida e de colheita de dados (Fortin, 2006).

2.2. Tipo de Estudo

Para o desenvolvimento deste estudo optamos por uma revisão integrativa. A revisão integrativa é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada na evidência que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar os resultados de estudos sobre um tema ou questão, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema investigado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Neste estudo utilizaremos a metodologia proposta por Cooper (1982). Segundo este a revisão integrativa desenvolve-se em cinco etapas: formulação do problema, colheita de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

Ainda segundo Cooper (1982) cada uma destas fases tem uma função semelhante à da pesquisa primária. As diferenças nas metodologias de revisão, tal como as diferenças nas metodologias das pesquisas primárias, implicam discrepâncias nas conclusões. Para Cooper (1982) o mais importante em cada fase de revisão são as escolhas metodológicas, pois estas podem ameaçar a validade das conclusões da revisão.

2.2.1. Formulação do Problema

Segundo Cooper (1982) na etapa da formulação do problema definem-se as variáveis de duas formas diferentes, concetual e operacional. O autor chama a atenção para o facto da primeira fonte de variação nas revisões ocorrer durante a identificação do conceito. Por exemplo, se dois investigadores utilizarem um termo idêntico para um conceito abstrato podem empregar diferentes definições operacionais ou níveis de abstração, isto é, a definição dada por cada um dos revisores pode conter algumas operações diferentes ou podem ser completamente iguais (Cooper, 1982).

A utilização de múltiplas formas de operacionalização dos constructos também afeta os resultados da revisão, pois podem influenciar a atenção que o revisor coloca na avaliação da metodologia usada na literatura (Cooper, 1982). Este autor atribui esta variação à forma como a operacionalização é realizada após a colheita do material informativo. Cooper (1982) refere ainda que dois investigadores adotando idênticas definições concetuais e analisando o mesmo conjunto de estudos podem tirar conclusões completamente diferentes. Se um investigador adquiriu mais informação acerca do método e conseguiu estabelecer uma relação dependente deste em relação a outro investigador as conclusões de ambos poderão ser ortogonais entre si (Cooper, 1982).

Para Cooper (1982) cada fonte de variância introduz uma potencial ameaça à validade das conclusões da revisão. Investigadores que utilizem concetualizações restritas facultam pouca informação sobre os diferentes contextos nos quais se aplica o resultado da revisão. Pelo contrário, os investigadores que usam definições concetuais mais abrangentes têm maior probabilidade de produzir conclusões com maior validade (Cooper, 1982).

Neste estudo, tal como já referimos anteriormente, emergiu o seguinte problema: Qual o conhecimento produzido acerca da contribuição da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa?

As variáveis selecionadas para o presente estudo são: o envelhecimento ativo e qualidade de vida das pessoas idosas. Neste estudo adotamos a definição de envelhecimento ativo da OMS (2002.p.14), segundo a qual "... é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem."

Em relação à qualidade de vida optou-se pelo ponto de vista de Almeida Gutierrez e Marques (2012), segundo os quais independentemente do instrumento indicador utilizado ou do conceito adotado sobre a qualidade de vida, a abrangência deste termo encontra-se relacionado com aspetos físicos, emocionais, de relacionamentos, ligados ao bem-estar. Teremos ainda em consideração o ponto de vista de Almeida, Gutierrez e Marques (2012), segundo os quais o estado de saúde é um indicador para a perceção de um bem-estar positivo ou negativo.

2.2.2. Recolha de Dados

Durante a fase da recolha de dados o investigador tem de tomar uma importante decisão: selecionar os elementos da população para a revisão (Cooper,1982). A identificação da população é complexa pelo facto das revisões integrativas envolverem dois alvos. Primeiro, o investigador pretende incluir nos resultados da sua revisão toda a investigação realizada anteriormente sobre o fenómeno em estudo. Os investigadores podem exercer algum controle sobre este objetivo escolhendo as fontes de informação (Cooper, 1982). Segundo, o revisor espera que os estudos incluídos permitam generalizações aos indivíduos a quem interessa a área de estudo. A influência do revisor é limitada pelo tipo de indivíduos que constituíram a amostra do investigador primário (Cooper, 1982).

É provável que dois revisores usem técnicas diferentes e, conseqüentemente apresentem conclusões discrepantes (Cooper, 1982).

A primeira ameaça à validade da recolha de dados deve-se à análise. Esta pode não incluir e, provavelmente, não inclui todos os estudos pertinentes ao tema de interesse. Um revisor que utilize fontes de informação mais amplas apresenta maior probabilidade de obter um conjunto de resultados semelhante a uma pesquisa realizada anteriormente (Cooper, 1982). A segunda ameaça à validade, que ocorre durante a recolha de dados, é que os indivíduos incluídos nos estudos obtidos podem não representar todos os indivíduos da população alvo. O revisor não pode ser criticado por esta ameaça se os procedimentos da obtenção dos estudos forem exaustivos. No entanto, os revisores que referem nas suas conclusões os elementos da população que faltam ou que se encontram sobre representados provavelmente correm um menor risco de generalização excessiva (Cooper, 1982).

Neste estudo, para selecionar os elementos da população para a revisão definimos os critérios de inclusão e de exclusão, as bases de dados a serem pesquisadas e os descritores.

Relativamente aos critérios de inclusão, definimos os seguintes: artigos publicados entre 2008 e 2014 que abordem a influência da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas; artigos que descrevam programas desenvolvidos por profissionais de saúde no âmbito da promoção do envelhecimento ativo; artigos que estejam disponíveis na íntegra e escritos em língua inglesa e portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão dos artigos, estabelecemos que seriam os artigos publicados anteriormente a 2008; artigos em que só esteja disponível o resumo e os artigos de revisão da literatura.

As bases de dados selecionadas para a pesquisa dos artigos foram a EBSCOhost; Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Plus with Full Text; ERIC; Library, Information Science & Technology Abstracts; Medic Latina; MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORT Discus with Full Text. Tratam-se de bases de dados que usam critérios formais para a indexação dos periódicos e incluem publicações nacionais e internacionais.

Os descritores utilizados para a pesquisa nas bases de dados foram envelhecimento ativo (active aging); participação social (social participation); segurança (safety); qualidade de vida (quality of life) e enfermeiras (os) (nurses).

2.2.3. Avaliação dos Dados

Após a recolha dos dados, o investigador efetua uma avaliação crítica sobre a qualidade dos dados individuais. Cada um destes dados é analisado segundo a evidência conhecida para verificar se estes se encontram influenciados por fatores irrelevantes ao problema em consideração (Cooper, 1982).

Nesta fase, Cooper (1982) salienta as fontes de variância na avaliação dos estudos a incluir na revisão. A primeira fonte de variância é introduzida pela divergência dos investigadores quanto aos critérios para avaliar a qualidade metodológica da pesquisa. Outra fonte de variância nas conclusões da revisão é o grau em que outros fatores, além da qualidade metodológica, afetam as decisões de avaliação. Cooper (1982) considera ainda que existe uma ameaça à validade da análise que está totalmente fora do controle do investigador, pois envolve a falta de informação por parte dos investigadores primários.

Para proteger a validade da pesquisa, Cooper (1982) recomenda que, antes da pesquisa da literatura, os revisores desenvolvam critérios de avaliação e que os critérios de exclusão dos estudos sejam indicados o mais objetivamente possível. O autor sugere ainda a utilização de mais do que um revisor. Neste estudo, além da investigadora principal participaram duas docentes na área de enfermagem com conhecimentos sobre a temática estudada.

Segundo Silva (2011) o propósito desta etapa é resumir e documentar de forma concisa e fácil, as informações chave de cada artigo incluído na revisão. Para registrar as informações colhidas dos artigos científicos selecionados foi construído um instrumento (ANEXO I), tendo por base o problema formulado e os objetivos do estudo. Foi ainda considerado o preconizado por Bandeira (2010), segundo esta o instrumento deverá ter as seguintes informações: identificação do artigo (nome dos autores, título do trabalho, ano, volume e número de publicação; descritores; objetivo/ questão de investigação); metodologia (tipo de estudo; qualidade; população/ amostra; local onde se desenvolveu o estudo e forma da colheita de dados); resultados dos estudos e recomendações do estudo.

2.2.4. Análise e Interpretação dos Dados

Na etapa de análise e interpretação dos dados, os dados colhidos pelo investigador são resumidos numa declaração unificada sobre o problema de pesquisa. A interpretação destes dados exigem que o investigador diferencie padrões de dados sistemáticos dos de “ ruído” ou flutuação de acaso (Cooper, 1982). Para realizar esta função, Cooper (1982) recomenda que o investigador aplique algumas regras de inferência.

Segundo Cooper (1982) a primeira ameaça que acompanha esta etapa de análise e interpretação dos dados inclui a regra de inferência que o investigador utiliza. Nas análises não quantitativas é difícil avaliar a adequação das regras de inferência, pois muitas das vezes não são explícitas. Nas análises quantitativas, os pressupostos dos testes estatísticos são normalmente conhecidos e alguns vieses estatísticos podem ser removidos (Cooper, 1982). Independentemente da estratégia utilizada pelo investigador na análise e interpretação dos dados, há sempre a possibilidade do revisor ter utilizado uma regra inválida para inferir uma característica da população alvo (Cooper, 1982). A segunda ameaça à validade é a má interpretação de provas baseadas na evidência a sua utilização para apoiar uma dada causalidade.

Nesta etapa, para proteger a validade Cooper (1982b) sugere, quer para as análises de dados quantitativos quer qualitativos, que os revisores explicitem as suas regras de inferência. Se existir qualquer evidência de influência das regras sobre a validade, esta deverá ser apresentada. O autor sugere ainda que os revisores devem ter o cuidado de distinguir as inferências do estudo das baseadas na revisão.

2.2.5. Apresentação dos Resultados

A elaboração de um documento que descreve a revisão é uma tarefa com implicações profundas para a acumulação de conhecimento. Segundo Cooper (1982) duas ameaças à validade acompanham o relatório escrito. Em primeiro lugar, a omissão de detalhes sobre como a revisão foi conduzida reduz a replicabilidade da conclusão da revisão. Com a falta de detalhes o leitor é incapaz de determinar se uma pesquisa pessoal da literatura levaria a uma conclusão semelhante (Cooper, 1982).

A segunda ameaça envolve a omissão de provas que outros investigadores consideram importantes. Segundo Cooper (1982) uma análise tornar-se-á ultrapassada se não abordar as variáveis e as relações que são importantes para uma determinada área.

Para Cooper (1982) não existe um modelo para ser seguido na apresentação dos resultados. No entanto, aconselha o investigador a explicitar as possíveis lacunas e vieses da pesquisa. Neste estudo, optamos por apresentar os resultados, no início em quadros com os dados extraídos dos artigos selecionados e, posteriormente, utilizamos a técnica de análise de conteúdo.

2.3. Considerações Éticas

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética (Martins, 2008). Para este autor desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador percorre um longo caminho e alguns aspetos, inicialmente considerados de pormenor, podem vir a ser considerados de grande importância. Neste âmbito, podemos incluir a utilização de dados secundários.

Segundo Souto et al. (2011) embora, não exista qualquer impedimento legal para a realização de pesquisas com a utilização de dados secundários, são vários os aspetos éticos relacionados com a utilização destes dados para a investigação. Num estudo realizado por estes autores, os dilemas éticos mais prevalentes neste tipo de pesquisa estavam relacionados com a confidencialidade, a privacidade e o consentimento individual.

Perante estas constatações, seguimos o preconizado por Fortin (2003): manter a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores das publicações pesquisadas, de forma a assegurar o rigor da análise e fidelidade dos métodos. Foram ainda realizadas as devidas citações e referências, de acordo com a norma portuguesa (NP 405-1, 2, 3 e 4).

3. FUNCIONALIDADE E ENVELHECIMENTO

Os resultados que a seguir se apresentam referem-se à análise da funcionalidade dos elementos da amostra.

São apresentados, em primeiro lugar, os dados de cada um dos determinantes do envelhecimento ativo de acordo com o grupo etário, o género, o estado civil, a escolaridade, o local de residência e o agregado familiar dos indivíduos referentes aos indivíduos da amostra. É ainda analisada a relação entre a funcionalidade, através da escala completa, e das suas três dimensões - mobilidade, autonomia instrumental e autonomia física - e os determinantes do envelhecimento ativo.

Concretizamos o objetivo de relacionar a funcionalidade com os seguintes fatores determinantes do envelhecimento ativo:

3.1 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS PESSOAIS

Para avaliar os determinantes relacionados com os aspetos pessoais foi utilizado o GHQ-12, que avalia o sofrimento psicológico, e cujas características foram descritas. Começou-se por calcular a pontuação obtida no GHQ-12.

Tabela 1- Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida no GHQ-12

	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Pontuação GHQ-12	304	3,00	34,00	13,3026	5,43129

Seguidamente comparou-se a pontuação total obtida em função do grupo etário, do género, do estado civil, da escolaridade, e do agregado familiar. Considerando as diferentes dimensões das várias subamostras consideradas, recorreu-se à estatística não paramétrica (Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis) para proceder à comparação das pontuações obtidas no GHQ-12 em função das variáveis referidas.

3.1.1 Grupo etário

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o grupo etário ($p=0,014$), registando-se um aumento das pontuações à medida que se progride nos grupos etários. Os indivíduos pertencentes ao grupo etário de ≥ 85 anos apresentaram as pontuações médias mais elevadas, a que corresponde maior sofrimento psicológico, enquanto os indivíduos do grupo etário 65-74 apresentaram as pontuações mais baixas.

Tabela 2- Estatística Descritiva Básica em função do Grupo etário

Grupo etário	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
65-74	155	3,00	34,00	12,76	5,326
75-84 sofrimento psicológico	127	3,00	31,00	13,50	5,266
>85	22	9,00	28,00	15,95	5,678

3.1.2 Género

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o género ($p<0,001$). As mulheres apresentam maior sofrimento psicológico, comparativamente com os homens (14,36 vs 11,34).

Tabela 3- Estatística Descritiva Básica em função de género

Género	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Feminino	195	3,00	34,00	14,36	5,746
Masculino	111	3,00	21,00	11,34	4,159

3.2 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM OS SISTEMAS DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

Foi utilizada o Inventário de Satisfação com a Vida - ISV (Fonseca, Silva, Teixeira & Paúl, 2010), que é constituído por 13 itens, medidos numa escala de tipo Likert de 6 pontos. Estes itens encontram-se organizados em 3 dimensões: Serviços e Recursos (6 itens), Saúde e Segurança (4 itens), Residência e Sociabilidade (3 itens).

A Tabela contém as pontuações médias obtidas em cada uma das dimensões em análise. Verifica-se que existe uma maior satisfação com a residência e sociabilidade, enquanto a saúde e segurança recolhe o menor grau de satisfação.

Tabela 4- Estatística Descritiva Básica relativa às pontuações médias obtidas no ISV

	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Serviços e Recursos	303	1,25	6,00	3,21	,516
Saúde e Segurança	306	1,00	5,75	3,31	,577
Residência e Sociabilidade	306	1,00	4,00	2,43	,671

Compararam-se as pontuações totais obtidas nas três dimensões em estudo em função do grupo etário, do estado civil da escolaridade, do local de residência e do agregado familiar.

Considerando as diferentes dimensões das várias subamostras consideradas, recorreu-se à estatística não paramétrica (Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis) para proceder à comparação das pontuações obtidas neste item em função das variáveis referidas. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a pontuação obtida em função das seguintes variáveis:

4 ENVELHECIMENTO, SAÚDE E FUNCIONALIDADE

4.1 ESPERANÇA DE VIDA E FUNCIONALIDADE

O aumento crescente da esperança de vida representa, certamente, uma vantagem para todos aqueles que dele vão usufruindo mas, simultaneamente, aumenta os riscos de doença, incapacidade e dependência, com elevados custos para os próprios idosos e familiares, bem como para a sociedade em geral. As mudanças demográficas e sociais criaram novas realidades e os problemas emergentes do envelhecimento demográfico representam um grande desafio para as sociedades contemporâneas. Atente-se, por exemplo, ao recuo da propensão a morrer, que é avaliado pela esperança de vida calculada em todas as idades (Fernandes, 2014). Em Portugal, a esperança de vida à nascença em 2012 (Eurostat) era de 82,5 anos para as mulheres e 77,3 para os homens, enquanto na União Europeia, também em 2012, a longevidade masculina mais elevada ocorria na Islândia (81,6), Itália (80,1), Suécia (79,9), Noruega (79,5) e Espanha

(79,5). Do lado feminino, na mesma data, a esperança de vida à nascença era já de 85 anos, com os valores mais elevados a serem atingidos em Espanha, Itália e França.

Estes fantásticos resultados traduzem um limite de mortalidade evitável muito difícil de ultrapassar, reduzindo ao máximo os anos potenciais de vida perdidos. Não é provável que a esperança de vida à nascença evolua muito para além dos 85 anos (já atingidos pelas mulheres em alguns países europeus) e os ganhos em anos de vida vão conquistar-se, agora, nas idades mais avançadas através da implementação de boas condições de vida material, boas práticas em saúde, programas de promoção da saúde e prevenção de doença, acesso a cuidados de saúde.

Outro desafio situa-se na aproximação dos valores de esperança de vida entre homens e mulheres e na qualidade de vida das mulheres envelhecidas, pois os indicadores de morbilidade obtidos a partir dos inquéritos de saúde mostram que as mulheres vivem mais tempo mas em pior estado de saúde. De facto, homens e mulheres diferem em esperança de vida mas também no que se refere à condição de saúde ao longo do curso de vida. Há uma discrepância entre saúde e capacidade de sobrevivência: os homens são mais fortes mas apresentam substancialmente maior mortalidade em todas as idades em comparação com as mulheres, no que constitui um paradoxo da saúde e sobrevivência na relação masculino-feminino (Fernandes, Perelman & Mateus, 2009). Independentemente do género, sabemos que a funcionalidade global dos indivíduos, entendida no sentido da sua autonomia funcional ou capacidade funcional, tem tendência a declinar gradualmente com o avanço em idade (Botelho, 2014; Fillenbaum, 1996). A maturidade funcional no adulto – aqui entendida como a capacidade do indivíduo para cuidar de si próprio, sendo capaz de desempenhar um conjunto de tarefas que lhe permitem viver sozinho – atinge o seu auge na terceira década de vida. Posteriormente, o organismo humano está sujeito a um percurso de declínio, que é gradual e inexorável, emergindo a preocupação de manutenção da independência e prevenção da incapacidade (Kalache & Kickbusck, 1997).

Este processo não decorre da mesma forma em todos os indivíduos; existe considerável diversidade entre eles tanto devido a fatores relacionados com o próprio indivíduo (genética, hábitos de vida, doenças) como devido a fatores extrínsecos (de natureza cultural, ambiental ou fruto de características do seu habitat). Nos indivíduos envelhecidos, a presença frequente de doença crónica contribui para a eventualidade de decréscimo da sua capacidade funcional (Santos et al., 2009), mas devemos ter em conta que o estabelecimento de incapacidade constitui um processo dinâmico (Gill et al., 2010; Nikolova et al., 2011) em que os fatores intervenientes e a sua interação contribuem para o desencadeamento, recuperação e/ou agravamento do estado funcional (Taekema et al., 2012).

Quanto ao declínio funcional associado ao envelhecimento, de acordo com o estado geral apresentado pela maioria das pessoas idosas, as alterações que surgem têm subjacente um envelhecimento com doença, muitas vezes mais do que uma doença crónica em simultâneo (Botelho, 2014; Santos et al., 2009). No entanto, sabemos também que perdas abruptas de funcionalidade são devidas a doença e/ou lesão (Fox et al., 2013), e há cada vez mais evidências a sugerir que parte do que julgávamos ser próprio do envelhecimento está, afinal, fortemente a hábitos de vida em que é preponderante a “falta de uso” a diversos níveis: atividade física, mental ou relacional

(Botelho, 2014; Rohr & Lang, 2009). A expressão mais visível da perturbação da capacidade funcional manifesta-se habitualmente em idades muito avançadas através de perturbações evidentes da funcionalidade, num estado que se interpreta como de síndrome geriátrico e que se designa por fragilidade (Botelho, 2014).

A pertinência da preocupação com a funcionalidade associada ao processo de envelhecimento decorre da prevalência crescente de pessoas que atingem uma idade bastante avançada e reflete o aumento da longevidade que se faz sentir a nível mundial, suscitando duas importantes questões:

- por um lado, a necessidade de distinguir entre manifestações de envelhecimento e manifestações de doença;

- por outro, procurar que o acréscimo da longevidade seja acompanhado por um adiamento de limitações funcionais e de incapacidade.

A resposta a estas questões é da maior importância, existindo duas correntes de opinião em confronto: uma que sustenta a existência de um número crescente de pessoas idosas cuja velhice será mais saudável e nas quais assistiremos ao adiamento das perturbações funcionais associadas ao envelhecimento (Fries et al., 1989), e outra corrente que anuncia a inevitabilidade de ocorrência de uma vasta série de incapacidades associadas a um envelhecimento cada vez mais prolongado (Manton et al., 1997). Este assunto tem sido alvo de uma vasta revisão de estudos realizados junto de pessoas idosas, merecendo atenção o que a revista Lancet publicou (Christensen et al., 2009).

Neste artigo de revisão sobre as principais tendências associadas ao envelhecimento populacional, os autores concluem que tem havido ganhos de longevidade sem precedentes, salientando a este propósito os seguintes aspetos:

- a esperança de vida está a aumentar e parece continuar a aumentar;

- os casos em que não há aumento devem-se a estilos de vida inadequados (sobretudo tabagismo),

- a prevalência de doença na população idosa tem aumentado ao longo do tempo, nomeadamente, doença crónica e cancro,

- doenças inicialmente silenciosas são diagnosticadas e tratadas mais cedo, pelo que há maior período de doença mas com melhor capacidade funcional,

- todavia, pouco se sabe da tendência de evolução quanto à função cognitiva e à demência, - a deterioração afeta principalmente atividades instrumentais,

- a esperança de vida com perceção de boa saúde tem aumentado,

- tem havido uma diminuição da incapacidade grave, mas um aumento da incapacidade ligeira,

- a melhoria futura dos progressos em saúde parece depender de medidas de saúde pública que contrariem: tabagismo, obesidade, falta de atividade física, excesso de ingestão de álcool,

- finalmente, é necessária uma melhoria de condições de vida e prestação de cuidados aos idosos com problemas.

O artigo faz ainda referência às diferenças verificadas em indivíduos:

- abaixo dos 85 anos: há adiamento das limitações e incapacidades, apesar do aumento das doenças crônicas,

- acima dos 85 anos: em alguns também há diminuição da incapacidade, mas há sobretudo aumento da proporção de idosos frágeis e doentes, com enormes custos pessoais e sociais.

E conclui afirmando que:

- nos países desenvolvidos, a maior parte das pessoas provavelmente terá vidas longas atingindo idades muito avançadas,

- a maioria dos indivíduos idosos sofrerá deterioração física, mas sem grande incapacidade,

- o envelhecimento populacional traz grandes desafios para o Estado Providência.

Quando pensamos em competências de funcionalidade pensamos fundamentalmente em duas grandes vertentes: uma de autocuidado e a outra requerendo capacidades para se residir sozinho, incluindo tarefas de natureza doméstica e outras mais diversas (Fillenbaum, 1986).

As tarefas de autocuidado são geralmente designadas como atividades básicas de vida diária (ABVD) ou de autonomia física. Podemos evocá-las recorrendo à lembrança das atividades que ensinamos as crianças a exercer de modo autossuficiente: lavar-se (o que pressupõe a lavagem integral do corpo); vestir-se e despir-se; mudar de posição (de deitado e de sentado); ir à casa de banho para eliminação de urina e fezes (que pode ser substituída pelo uso autossuficiente de bacio e/ou urinol); alimentar-se (servindo-se e levando a comida à boca); micção e defecação (não pela presença de incontinência mas pela eventual necessidade de apoio para a sua concretização). A locomoção também deverá ser avaliada, estando incluída na escala de Mahoney e Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), uma das escalas mais usadas na avaliação deste tipo de funcionalidade. A escala de Mahoney e Barthel também inclui o “grooming”, original em inglês daquilo que corresponde habitualmente ao cuidado com cabelo, unhas e barba, assim como da aparência global, faceta de cuidados que muitas vezes não é avaliada.

O conjunto de atividades designadas como instrumentais da vida diária (AIVD) é, geralmente, aplicado segundo o modelo proposto por Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969) e inclui tarefas de lides domésticas e outras, em que a integração de condutas requer processamento mental ativo e para as quais os autores assumem ter existido competência prévia. Nestas tarefas instrumentais incluem-se as seguintes: fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, tratar a roupa, usar o telefone, tomar os medicamentos, gerir dinheiro, usar transportes. A classificação em dependente/independente surge discriminada conforme a complexidade das tarefas.

Tomado como referência da Medicina, o livro Harrison’s Principles of Internal Medicine (Resnick & Dosa, 2005) aborda a funcionalidade das pessoas idosas atribuindo-lhe uma enorme relevância: “É essencial avaliar o grau de incapacidade funcional dos doentes, devida tanto a problemas médicos como psicossociais. A avaliação funcional

inclui a determinação da destreza do doente para o desempenho de atividades básicas de vida diária (ABVD), que são as necessárias para o autocuidado, assim como a capacidade para desempenhar tarefas mais complexas e requeridas para uma vida independente, as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As ABVD incluem lavar-se, vestir-se, higiene, alimentar-se, mudar-se de deitado e de sentado, e andar. As AIVD incluem ir às compras, preparar refeições, gerir o seu dinheiro, lida da casa, usar o telefone, deslocar-se fora de casa. Para os doentes frágeis pode ser necessária uma avaliação efetuada no domicílio por um observador experiente, mas para a maioria dos doentes um questionário sobre estas atividades poderá ser respondido por um familiar ou pelo doente. Em ambos os casos, o médico tem de determinar a causa de qualquer incapacidade e se pode ser tratada. A avaliação deve ser completada com a determinação das circunstâncias socioeconómicas e os sistemas de suporte social.”

Atualmente continuam a realizar-se estudos sobre funcionalidade em pessoas mais velhas (Erwin et al., 2013; Ouden et al., 2013), confirmando, respetivamente, a relação do estado funcional com a morbilidade crónica, a força muscular, a idade, o sexo e o nível socioeconómico (relação associada à incapacidade dez anos mais tarde), e a associação entre incidência e progressão de incapacidade funcional e hábitos de atividade física. Neste último caso, estimado o grau de associação entre a atividade física e as atividades básicas de vida diária praticadas, por comparação entre indivíduos com nível baixo versus nível médio/elevado de atividade física, estes últimos apresentaram uma redução significativa do risco de incidência de incapacidade (Erwin et al., 2013). Estes resultados foram independentes da idade, características demográficas, estado de saúde, estado funcional e hábitos de vida.

No que diz respeito à funcionalidade dos indivíduos à medida que envelhecem, o estudo de Erwin et al. (2013) é o primeiro a revelar de modo inequívoco a importância da atividade física como fator extrínseco capaz de prevenir e/ou travar o processo de perda da capacidade funcional no decurso do envelhecimento.

4.2 ASPETOS BIOPSIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

Quer o conceito de doença, quer o de envelhecimento, são intuitivamente fáceis de apreender, mas apenas nos casos mais evidentes. Se um indivíduo A com 70 anos tem doença de Alzheimer, designamo-lo como doente; um indivíduo B com 70 anos mas que continua a trabalhar, mesmo que tenha o rosto marcado por rugas, designamo-lo por ativo; finalmente, um indivíduo C reformado e com dificuldades em subir escadas, esse acabaremos certamente por designá-lo como envelhecido. Na maioria dos casos, é a presença ou a ausência de sintomas do foro clínico que vai ajudar a distinguir entre envelhecimento e doença (Almeida, 2014).

Numa fase, o envelhecimento traduz um declínio funcional. Henrique Almeida (2014) cita Bernard Strehler, um gerontologista de referência do terceiro quartel do século XX, que afirmava que o envelhecimento dos organismos é intrínseco, universal, progressivo e irreversível: - intrínseco significa que é uma condição inerente ao organismo, isto é, qualquer organismo, independentemente do seu ambiente, irá envelhecer, isto é, declinar funcionalmente; - universal significa que em cada espécie

todos os indivíduos envelhecem, embora uns o façam mais depressa e outros mais lentamente; - progressivo e irreversível refere-se ao sentido da perda funcional, que quando ocorre não permite retorno ao estado anterior ou condição inicial.

Como já antes vimos com Botelho (2014), a perda funcional tem como consequência a fragilidade. De acordo com Campbell e Buchner (1997), a fragilidade define-se como a condição em que a diminuição da reserva de vários sistemas do organismo aproxima esses mesmos sistemas de um ponto que origina manifestações clínicas. Ou seja, o indivíduo frágil (envelhecido) não tem doença clínica aberta mas tem condições que lhe conferem risco aumentado dela surgir (Almeida, 2014). A fragilidade estende-se aos vários sistemas do organismo, em simultâneo (o organismo vai envelhecendo como um “todo”, não por “partes”) e pode ser estudada funcionalmente, como também já referimos.

O envelhecimento corresponde, pois, a um estado de fragilidade, havendo determinadas características que o distinguem da doença (Hayflick, 2000). O envelhecimento ocorre em todos os animais que atingem a condição de adulto, após a maturidade reprodutiva; falando-se de envelhecimento, fala-se de um processo biológico peculiar, que não é em si mesmo causa de morte mas que impõe um limite à longevidade por aumentar o risco de instalação da doença, ela sim a causa da morte (Almeida, 2014).

Após os grandes benefícios conseguidos a nível da saúde nas últimas décadas do século XX, confrontamo-nos agora com os problemas decorrentes do aumento da longevidade. Há um número cada vez mais elevado de indivíduos envelhecidos, uns com capacidades funcionais reduzidas e muitos já afetados por doenças que, contrariamente a outras fases da vida, não são temporárias mas antes permanentes e progressivas. Contudo, o processo de envelhecimento é muito diferenciado de pessoa para pessoa, sendo marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam e por diferentes trajetórias de adaptação às consequências do avanço da idade (Fonseca, 2014). Não obstante toda esta heterogeneidade, a saúde é para a generalidade das pessoas idosas um aspeto fundamental quando se avalia o respetivo bem-estar (tanto físico como psicológico) e a referência a problemas de saúde é uma constante na autoavaliação que os idosos fazem do seu bem-estar, surgindo sempre no topo das suas preocupações (Bowling et al., 2003).

Segundo Fonseca (2014), a introdução do bem-estar no domínio da saúde deveu-se à evolução do modo de abordagem das questões relativas à saúde e à doença, deslocando-se de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, de cariz biopsicossocial. A condição de saúde deixou de ser avaliada exclusivamente do ponto de vista da mortalidade e da morbilidade, passando a integrar a variável do bem-estar geral, nomeadamente, em pessoas sofrendo de doenças crónicas. Esta abordagem é particularmente pertinente face ao envelhecimento da população e à evidência de que as pessoas vivem mais tempo mas com maior probabilidade de sofrerem de doenças crónicas e progressivamente incapacitantes, ou seja, o bem-estar (medido através de escalas e inventários mas também autoavaliado pelo próprio) passou a ser uma questão central, em particular no que diz respeito aos idosos.

Sabemos que à medida que se envelhece, a ocorrência de doença provoca cada vez mais stress e pode, secundariamente, implicar perda de poder económico, alteração

das atividades diárias e das relações sociais e, finalmente, diminuição de bem-estar. Todas estas consequências, embora comuns a qualquer situação de doença, surgem como mais prováveis e agravadas na população idosa.

No entanto, também é verdade que a percepção da doença e a autoavaliação que a pessoa faz da sua condição de saúde e do modo como ela influencia o seu bem estar correspondem a uma avaliação subjetiva. As pessoas tendem a atribuir significado à sua condição pessoal em função de expectativas, representações e valorizações pessoais, o que ajuda a explicar porque é que a doença não é encarada por todos da mesma maneira e porque é que uma mesma pessoa, em diferentes fases do seu ciclo de vida, encara a doença de formas tão distintas, que podem ir da raiva à resignação (Fonseca, 2014).

Foi na sequência dos resultados apurados através do “Estudo da Fundação” MacArthur que Rowe e Kahn (1987) propuseram uma definição de envelhecimento normal como um estado não patológico, distinguindo duas formas de envelhecer com base na competência funcional dos indivíduos: - uma forma “habitual”, não patológica mas comportando o risco inerente à condição de fragilidade inerente ao processo de envelhecimento; - uma forma “bem-sucedida”, de baixo risco e com elevado potencial de funcionamento.

Esta distinção fazia sentido tendo em consideração a elevada prevalência de problemas relacionados com a saúde no decurso do envelhecimento; de facto, a maioria das pessoas, quando questionadas acerca da distinção entre um melhor ou pior envelhecimento, pensam logo na distinção entre saúde e doença, respetivamente. De resto, a perspetiva salutogénica (Antonovsky, 1987) associa o conceito de envelhecimento bem-sucedido à manutenção da saúde.

Posteriormente, Rowe e Kahn (1998) alargam o modelo conceptual de envelhecimento bem-sucedido, diferenciando agora três domínios de operacionalização. O envelhecimento bem-sucedido passa a traduzir “a capacidade para manter três comportamentos ou características essenciais: (i) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; (ii) funcionamento físico e mental elevado; (iii) envolvimento ativo com a vida” (p.38). Para os autores, somente a combinação destas três características é capaz de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido, registando-se uma hierarquia entre elas: a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental, e este, por sua vez, facilita (embora por si só não garanta) um envolvimento ativo com a vida. Segundo Rowe e Kahn (1998), a combinação destas três componentes - ausência de doença, bom funcionamento cognitivo e físico, envolvimento com a vida - representa o conceito mais completo e apurado de envelhecimento bem-sucedido.

Os efeitos da presença ou ausência de fatores de risco de doença e incapacidade na alteração do bem-estar psicológico podem ser constatados tendo em consideração o modo como a pessoa idosa lida com as exigências inerentes às suas atividades de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), mas igualmente à importância que atribui a certas atividades por si valorizadas e que fiquem comprometidas pela doença (como passear ou ler). Daqui resulta que as pessoas, nomeadamente as idosas, avaliam a sua condição de saúde em função das limitações que se produzem não apenas ao nível da realização de atividades básicas, mas também

ao nível das atividades que lhes proporcionam bem-estar: quem valoriza ler avalia de forma mais negativa as limitações visuais; quem valoriza sair de casa e passear sente-se mais penalizado com as limitações motoras. Isto faz que um envelhecimento com qualidade ou bem-sucedido seja um conceito profundamente individual, em que a consideração das atividades valorizadas pela própria pessoa é estimada em termos de um determinado estilo de vida pessoal, não devendo ser generalizada. “Tentar estabelecer um padrão uniforme de atividades de “nível superior” para os idosos (que não pressupõem a sobrevivência), à semelhança do que se faz para as atividades de vida diária que se avaliam em termos de capacidades de vida autónoma, seria um erro que impediria a compreensão plena das consequências resultantes de uma dada doença ao nível do bem-estar de uma pessoa concreta”

Assim sendo, que fatores permitirão fazer face aos riscos de perda de funcionalidade no decurso do processo de envelhecimento e preservar o bem estar, possibilitando um envelhecimento bem-sucedido? Parecendo fácil responder a esta questão (ser saudável e autónomo, ter amigos, ser amado...), uma série de acontecimentos mais ou menos inevitáveis fazem com que por vezes seja muito difícil atingir estes objetivos. Na verdade, perdas de variada ordem estão presentes no decurso do envelhecimento – doenças graves, deficiências funcionais, deterioração mental, problemas sociais ou familiares, redução da rede social, diminuição da autonomia, falta de apoio emocional, solidão, morte do cônjuge, familiares ou pares, uma reforma mal administrada... - todos estes fenómenos, sobretudo quando acumulados num curto espaço de tempo, podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade das pessoas à medida que envelhecem e limitar a sua perceção de bem-estar.

Repetindo a questão do parágrafo anterior, como lidar com tais condições? Diversos autores têm apontado fatores de resiliência que contribuem para “envelhecer bem”: - Tournier (1997) fala da importância da abertura à experiência, da necessidade de diversificar as atividades pessoais antes da velhice, de romper a rotina, de fazer amigos e cultivar a amizade, ser ativo e aberto aos outros, mas também dar atenção à vida interior e desenvolver a vida espiritual; - Manciaux (2003) considera que não há receitas mas sim um conjunto de respostas que, no seu conjunto, se afirmam como “recursos de bem-estar” e que ajudam a envelhecer bem – “os caminhos da resiliência são muitos e variados” (p.107). Entre esses caminhos, contam-se a eventual continuação, de outro modo e com outro ritmo, da atividade profissional anterior, a adesão a atividades culturais e artísticas, a realização de viagens, o reforço das ligações familiares e a intensificação da vida relacional. Manciaux sublinha ainda o valor adaptativo da espiritualidade e fé religiosa, a qual, sem atitudes neuróticas, poderá constituir uma via para manter a esperança em situações de doença (evitando o desânimo e o desligamento psicológico) e perante a realidade da morte; - Resnick et al. (2011) compilaram um conjunto de contributos sobre a ideia de resiliência em pessoas mais velhas, sublinhando no geral que a resiliência na velhice implica um processo de gestão das fontes de stress típicas desta fase da vida, utilizando recursos individuais e comunitários para aproveitar as oportunidades disponíveis e recuperar das adversidades. Algumas ideias centrais deste autor incluem, assim, fazer face aos contratemplos (ligados à saúde, nomeadamente), lidar com as mudanças nos padrões de vida (após a reforma, sobretudo), evitar situações suscetíveis de causar perturbação e esforçar-se por manter a saúde mental.

Para Fonseca (2006, 2014), uma outra forma de responder à questão atrás enunciada é recorrendo à noção de plasticidade e às consequências da plasticidade nos processos adaptativos. Entrando em linha de conta com a noção de “ajustamento”, há já cerca de vinte anos que Lerner (1996) salientava o papel que uma organização comportamental flexível desempenha na adaptação individual, promovendo uma ajustada interação adaptativa pessoa-meio. Neste sentido, quanto maior a plasticidade, mais elevada será a capacidade de adaptação às circunstâncias; uma pessoa “plástica” (aqui tomada como resiliente...) será aquela que adotar um controlo comportamental flexível, o que pode ser avaliado em concreto através das atitudes que a pessoa idosa adota face ao que lhe está a suceder a nível biológico, social, relacional, etc.

Infelizmente, como já anteriormente referimos, um dos principais obstáculos que as pessoas têm de enfrentar à medida que envelhecem tem a sua origem fora delas e chama-se estereótipos. Com efeito, quer se tenha mais ou menos idade e uma melhor ou pior aparência, é difícil escapar aos estereótipos negativos acerca do envelhecimento. Pior, o que muitas pessoas não têm consciência é que, frequentemente, ao invés de questionarem a sua validade, aceitam e assumem esses mesmos estereótipos muitos antes de se tornarem, de facto, “pessoas idosas”.

Algumas investigações mostram que a relevância pessoal dos estereótipos ligados ao envelhecimento pode, inclusivamente, ter impacto sobre a longevidade. Num estudo longitudinal em que se seguiu durante várias décadas um grupo de 660 indivíduos residentes na comunidade com idade igual e superior a 50 anos, Levy et al. (2002) avaliaram a atitude face ao envelhecimento e à longevidade, cruzando essa atitude com medidas sociodemográficas (idade, género, raça, escolaridade e estatuto profissional), medidas de saúde (funcionalidade e saúde percebida), e sentimento de solidão. Os resultados mostraram que os indivíduos com uma atitude positiva relativamente ao seu próprio envelhecimento viveram, em média, mais sete anos e meio quando comparados com aqueles que apresentaram atitudes mais negativas. Aliás, a atitude face ao envelhecimento revelou maior influência sobre a longevidade do que qualquer outra das variáveis analisadas (idade, género, escolaridade e estatuto profissional, solidão e funcionalidade), parecendo desempenhar um papel mais importante do que variáveis de cariz físico (pressão arterial, colesterol), consumo de tabaco, peso e prática de exercício físico.

Na interpretação destes resultados, Levy et al. (2002) sugerem que a manutenção de atitudes e expectativas positivas face ao envelhecimento é suscetível de gerar um efeito em cascata: reduz o stress associado às mudanças inerentes ao avanço da idade, promove a resiliência no decurso do processo de envelhecimento e aumenta a longevidade.

Concluindo, se uma boa saúde física e mental surge como uma condição associada ao bem-estar psicológico, os dados aqui relatados deixam aberta a possibilidade de tal condição não ser suficiente para que os indivíduos de todas as idades – e os idosos em particular (Bowling et al., 2007) – possam experimentar uma vida boa, baseando esta apreciação em aspetos de natureza subjetiva relativos à competência na gestão da vida, ao controlo e ao sentido que atribuem a essa mesma vida.

Na verdade, conforme defende Fonseca (2014), trata-se aqui, sobretudo, de criar um significado e uma identidade para a velhice através da manutenção da

competência no desempenho das atividades do dia-a-dia, encarando essa mesma competência como uma medida de saúde e de bem-estar que joga um papel fundamental na satisfação com a vida. À medida que se envelhece, ser capaz de é um conceito essencial na criação de significado para a vida e o que fazemos está intimamente ligado ao que somos. É indispensável que associado ao envelhecimento se reconheça a necessidade de uma abordagem em que a avaliação das pessoas como saudáveis ou doentes se faça, essencialmente, em termos das atividades que elas são capazes de realizar e que lhes transmitem um sentido de controlo sobre as suas vidas; “ter saúde” pode ser um facilitador ou uma barreira, mas não um determinante absoluto de bem-estar na velhice, pois variáveis como o estado civil, o local onde se vive, o rendimento disponível ou as relações familiares e sociais jogam um papel fundamental na perceção de bem estar.

5 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ATIVO

5.1 ENVELHECIMENTO E CICLO DE VIDA

No início deste século a Organização Mundial de Saúde introduziu a promoção de um envelhecimento ativo (WHO, 2002) como um dos maiores desafios do nosso tempo; uma década depois, o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia determinaram que 2012 fosse celebrado como Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Estava assim dado o sinal para o reconhecimento da importância que hoje se atribui ao conceito de envelhecimento ativo, expresso habitualmente num conjunto de medidas que visam ajudar as pessoas mais velhas a manter uma vida saudável. Em Portugal, o Manual de Envelhecimento Ativo, de Ribeiro e Paúl (2011), inspirado na obra espanhola *Vivir com Vitalidad* (Fernández-Ballesteros, 2003), é provavelmente a obra que melhor descreve quais as variáveis mais determinantes para que o envelhecimento possa ser uma experiência verdadeiramente ativa de acordo com as necessidades e potencialidades individuais.

Para melhor entendermos o conceito de envelhecimento ativo e as suas implicações, vamos apresentar, em primeiro lugar, um modelo de compreensão do envelhecimento e da velhice baseado na psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, segundo Fonseca (2015), o modelo mais adequado para sustentar uma abordagem científica e integradora da noção de envelhecimento ativo. A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida considera a existência de mudanças desenvolvimentais ao longo de toda a vida, razão pela qual encara a idade adulta e a velhice como fases tão importantes como quaisquer outras em termos desenvolvimentais e rompe com uma “conceção maturacional (organicista) de desenvolvimento, à luz da qual a idade adulta e sobretudo a velhice constituem períodos de declínio”. Deste modo, o desenvolvimento pode ocorrer desde o nascimento à morte, sem períodos privilegiados de maturidade, de forma dinâmica e não estandardizada, marcado em todas as suas fases por progressos (que traduzem ganhos) e declínios (que traduzem perdas).

A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida caracteriza-se igualmente por defender uma visão contextualista do desenvolvimento humano. Isto significa que o

desenvolvimento humano é concebido como inseparável dos contextos em que ocorre e da interação recíproca e dinâmica que se estabelece entre a pessoa e esses mesmos contextos. É das interações entre indivíduo e contexto que o desenvolvimento acontece e é a diversidade dessas trocas que explica a diferenciação interindividual, ou seja, a consideração de diferenças entre os indivíduos no que respeita às respetivas trajetórias de desenvolvimento. Finalmente, a psicologia desenvolvimental do ciclo de vida olha para as mudanças desenvolvimentais na sua multidimensionalidade, abrangendo por consequência diversas dimensões do funcionamento humano, do plano biológico ao cognitivo, do emocional ao interpessoal e comunitário (Fonseca, 2005).

Neste quadro conceptual, o envelhecimento é naturalmente encarado como um processo biopsicossocial:

- começando pela componente biológica (Pinto, 2009; Almeida, 2014), encarase o envelhecimento como um fenómeno objetivo. Em primeiro lugar, as alterações biológicas que lhe estão subjacentes atingem, embora a ritmos diferentes, todos os indivíduos que envelhecem (Pinto, 2009); em segundo lugar, tais alterações são irreversíveis (Holliday, 2006); por último, essas alterações têm um impacto claramente observável na funcionalidade (Botelho, 2014), na imagem física do indivíduo que envelhece (Marques & Lima, 2010) e na respetiva saúde (Almeida, 2014). De uma forma geral, o envelhecimento caracteriza-se pela ocorrência de perdas à medida que a idade avança, tornando os indivíduos mais vulneráveis ao surgimento de diversas patologias. Assim, retardar o envelhecimento biológico não pode ser dissociado da manutenção de um bom funcionamento ao nível celular, dos tecidos e órgãos, para o que contribui a adoção de estilos de vida saudáveis;

- ao nível psicológico, sabemos que determinadas capacidades cognitivas como a atenção e a memória (nomeadamente, memória a curto prazo e memória episódica), mas também a velocidade de processamento e a atividade psicomotora, sofrem um declínio (Bäckman et al., 2000). No entanto, para estes autores, tal declínio cognitivo não decorre apenas do processo biológico de envelhecimento, havendo outras razões que contribuem para a diminuição da eficácia do funcionamento cognitivo: falta de estimulação cognitiva, comportamentos marcados pelo sedentarismo, doenças como a depressão, falta de motivação, baixas expectativas e autoestima diminuída, solidão e isolamento. Também nos podemos referir à influência que certas variáveis psicológicas exercem na forma como o indivíduo lida com o envelhecimento, como é o caso da autoeficácia, do sentido de controlo e dos estilos de coping adotados, determinando o maior ou menor sucesso adaptativo face ao aparecimento de doenças ou a acontecimentos como a reforma ou a viuvez;

- a componente social do envelhecimento remete tanto para a modificação de papéis associada a acontecimentos típicos da velhice (reforma, morte do cônjuge, nascimento de netos) e respetiva adaptação a estas mudanças (Fonseca, 2011), como para a forma como os idosos são vistos na sociedade em que vivem, o que se repercute nos comportamentos da sociedade face aos idosos (Marques & Lima, 2010), nas expectativas dos próprios idosos em relação ao avanço da idade (Heckhausen & Krueger, 1993) e até em muitos dos seus comportamentos (Kim, 2009).

A complementaridade entre estas três dimensões do envelhecimento é indiscutível. Por exemplo, as repercussões do envelhecimento biológico no

empobrecimento da condição física e na percepção de uma imagem corporal menos atraente, têm geralmente efeitos psicológicos negativos sobre a autoestima e autoeficácia individuais, suscitando ainda efeitos negativos pelo facto de as pessoas, perante tais sinais visíveis de envelhecimento, ajustarem a representação que possuem do indivíduo idoso e o modo como lidam com ele. Se o ambiente social tratar a pessoa idosa acentuando as suas perdas e desvalorizando as capacidades que ainda persistem, em vez de estimular a manutenção da autonomia e da funcionalidade estará a contribuir para que uma progressiva dependência possa instalar-se mais precocemente. Os idosos não só não correspondem a um grupo homogéneo, como a diversidade entre eles tende a aumentar com a idade devido ao facto de as suas trajetórias desenvolvimentais serem distintas ao longo da vida. À medida que envelhecem, os indivíduos continuam a desenhar as suas trajetórias através da definição de objetivos percebidos como importantes para si e das subseqüentes tentativas de os alcançar, sendo precisamente nesta possibilidade de “controlo” da própria vida que assenta a noção de envelhecimento ativo.

A referência a aspetos positivos e negativos associados ao envelhecimento tem por base, segundo Lazarus e Lazarus (2006), um julgamento individual, frequentemente ambivalente. Nos seus estudos sobre a experiência da reforma em Portugal, Fonseca (2011) concluiu, de facto, que o indivíduo reformado tanto valoriza um conjunto de benefícios que comportam bem-estar como se questiona relativamente ao que vai fazer para o resto da sua vida. Como em qualquer outra fase da vida, aspetos negativos e positivos andam sempre a par: - como aspetos positivos, Lazarus e Lazarus (2006) destacam: i) a satisfação com a reforma: havendo projetos que substituam a vida profissional, estar reformado proporciona uma liberdade de ocupação do uso do tempo nunca antes experimentada; ii) a oportunidade para contactar mais com os netos: o exercício do papel de avós passa agora a ser possível com maior intensidade; iii) a capacidade para escolher objetivos, seleccionando os mais adequados a esta fase da vida e abandonando outros menos relevantes para a sua felicidade; iv) a sabedoria, materializada numa disposição mais compreensiva face ao que o rodeia; v) a adoção de um padrão de comunicação no seio do casal baseado na capacidade para perceber o que o outro sente e pensa sem que seja preciso verbalizá-lo (quando isto se consegue ajuda a perceber por que a morte do cônjuge é tão dolorosa e origem de um profundo sentimento de solidão); - como aspetos negativos associados ao envelhecimento, os mesmos autores referem: i) a consciencialização de que a hora da morte se aproxima: realidade universal e geralmente fonte de ansiedade; ii) o fosso geracional associado às alterações sociais e familiares; iii) a morte de familiares e amigos, cada vez mais frequente à medida que se envelhece e suscetível de gerar sentimentos de angústia; iv) a diminuição da saúde e o medo da dependência; v) a falta de oportunidade para manter uma função útil na vida, levando à perda de sentido para a existência.

Contudo, na velhice, aspetos positivos e negativos são sempre mediados pelo significado emocional atribuído a uma dada condição de vida, o que, em grande parte, é explicado pelos mecanismos de coping utilizados pelo indivíduo para fazer face às circunstâncias. Por exemplo, os indivíduos que se consideram satisfeitos com o suporte social recebido (mecanismo de coping) apresentam formas mais adaptativas de lidar com situações stressantes (De Longis & Holtzman, 2005), o que pode alterar substancialmente a avaliação de uma dada situação potencialmente negativa

A comunidade científica tem proposto inúmeras definições e tentativas de explicação do maior ou menor sucesso no processo de envelhecimento, tendo surgindo ao longo dos anos o recurso a expressões como «envelhecimento saudável», «envelhecimento produtivo», «envelhecimento ótimo», «envelhecimento positivo», «envelhecimento bem-sucedido» e «envelhecimento ativo». Estas designações refletem constructos e modelos diferenciados, podendo referir-se à população ou ao indivíduo (Fernández-Ballesteros et al., 2007). A sua utilização sem contextualização teórica leva a que sejam frequentemente utilizados como sinónimos, o que contribui para que por vezes se tornem significantes carentes de significado, criando “ruído” (Bowling & Iliffe, 2006) e perdendo carácter explicativo. Faremos de seguida, por isso, uma tentativa de explicitar os dois conceitos que se cruzam no âmbito desta tese: envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo.

5.2 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Diversos autores tendem a distinguir três formas de envelhecer: envelhecimento patológico; envelhecimento normal; envelhecimento bem-sucedido (García et al., 2010; Silva, 2005). No primeiro caso, trata-se de um processo de envelhecimento marcado por uma doença física ou mental incapacitante e que frequentemente conduz a um estado de dependência face a outrem. No segundo, fala-se de um envelhecimento sem condições patológicas, caracterizado por uma progressiva diminuição de capacidades. Por último, fazendo uma sùmula das diferentes definições disponíveis, podemos-nos referir ao envelhecimento bem-sucedido como um envelhecimento em que se reconhecem boa condição física, bom funcionamento cognitivo, participação social e bem-estar psicológico (Fonseca, 2005; García et al., 2010).

O envelhecimento bem-sucedido surge pela primeira vez em 1961 através do norte-americano Robert Havighurst, num artigo publicado na primeira edição da revista *The Gerontologist*. Havighurst discute as teorias do envelhecimento então em voga (“teoria da atividade” versus “teoria do desligamento”) e os fatores a ter em conta na avaliação do que significa a palavra “sucesso” quando aplicada ao envelhecimento. O autor defende ser improvável que uma só perspectiva de envelhecimento bem-sucedido seja válida para todas as pessoas: “pessoas com diferentes valores face à vida manterão diferentes definições e perspectivas de envelhecimento bem-sucedido em idades mais avançadas (...) pessoas com um estilo de vida ativo, empreendedor e orientado para o exterior alcançarão maior satisfação se esse estilo de vida se mantiver na velhice ou sofrer apenas uma ligeira diminuição. Outras pessoas, com um estilo de vida passivo, dependente e centrado na sua residência habitual, irão alcançar maior satisfação através de um desligamento progressivo das atividades sociais” (Havighurst, 1961, p. 12). Havighurst propõe escalas para a avaliação do envelhecimento bem-sucedido baseadas na análise da satisfação com a vida presente e com a vida passada, explorando cinco componentes: (i) entusiasmo; (ii) determinação; (iii) ajustamento entre objetivos desejados e atingidos; (iv) autoconceito positivo; (v) estado de ânimo.

Ao longo do tempo, o envelhecimento bem-sucedido foi adquirindo novos significados. Atualmente, as duas definições de envelhecimento bem-sucedido mais comumente aceites são: i) o modelo seleção-otimização-compensação (SOC), desenvolvido por Baltes e Baltes (1990) e fundamentado nos conceitos de plasticidade e adaptação; ii) o modelo de Rowe e Kahn (1997), que sugere critérios objetivos de envelhecimento bem-sucedido: baixo risco de doença/incapacidade; manutenção de níveis elevados de funcionamento físico e cognitivo; envolvimento na vida social e comunitária. Estes dois modelos derivam dos estudos longitudinais desenvolvidos nos EUA (Rowe e Kahn) e na Europa (Baltes e Baltes). De acordo com o modelo proposto por Baltes e Baltes (1990), a pessoa pode envelhecer com sucesso apesar do declínio nas capacidades. Quando se verifica a diminuição numa dada capacidade, o indivíduo seleciona objetivos que considera importantes e alcançáveis, direciona para eles as suas energias, adapta-se e otimiza, assim, as capacidades que mantém. As eventuais perdas são compensadas através de recurso a estratégias de ordem cognitiva (por exemplo, o recurso a mnemónicas ou “lembretes”), tecnológica (recorrendo a próteses) ou socio-emocional (reforço da rede social). Para estes autores, a definição de envelhecimento bem-sucedido implica uma abordagem ecológica, ou seja, os indicadores objetivos e subjetivos de “sucesso” devem ser considerados sempre num dado contexto cultural, respeitando as características particulares desse contexto (que determinam em boa medida as variações individuais e culturais quanto aos critérios de sucesso). Porém, a escolha dos critérios de sucesso não se apresenta fácil; muitas vezes, na literatura, tais critérios são apresentados ora como preditores, ora como resultados ou ainda como moderadores (Baltes & Baltes, 1993; Bowling & Iliffe, 2006; Hsu, 2006).

Para Rowe e Kahn, o envelhecimento bem-sucedido é multifatorial e depende da combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, observandose entre eles uma hierarquia: “a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental e este, por sua vez, facilita (mas não garante) um envolvimento ativo com a vida” (Fonseca, 2005, p. 286). Envelhecer com sucesso atinge-se através do esforço individual, dependendo do “estilo de vida” e da adoção de hábitos saudáveis, mais do que da “sorte”. Rowe e Kahn propõem, assim, uma abordagem ao “envelhecimento numa perspetiva global, valorizando os seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais” (Fonseca, 2005, p. 281) e, ao enfatizar os aspetos positivos do envelhecimento, “clarificam os fatores de natureza genética, biomédica, comportamental e social responsáveis pela manutenção – ou mesmo melhoria – do desempenho do indivíduo na parte final da vida” (Fonseca, 2005, p. 282).

Para alguns autores, o modelo de envelhecimento bem-sucedido proposto por Rowe e Kahn é redutor ao sugerir que o sucesso na velhice é sobretudo uma consequência do estilo de vida adotado pelo indivíduo ao longo da sua vida, conferindo-lhe a principal responsabilidade pelo processo de envelhecimento e não levando em conta fatores genéticos e ambientais que ele não controla. Como referem Richardson et al. (2011), a pessoa idosa em situação de fragilidade poderia mesmo ser recriminada por não ter conseguido manter-se saudável e ativa, o que acrescentaria uma espécie de culpa à condição já de si precária em que vive. Para além disso, ao fazer depender o “sucesso” da ausência de doenças e da participação ativa na sociedade, ficaria logo à partida negado aos indivíduos portadores de doenças crónicas e/ou limitações físicas a possibilidade de poderem experimentar um envelhecimento bem-sucedido (Duay &

Bryan, 2006; Livingston, Cooper, Woods, Milne, & Katona, 2008). Um outro problema seria passar a considerar-se o envelhecimento normal como uma situação de insucesso (Richardson et al., 2011), pelo que os casos de envelhecimento bem-sucedido ficariam confinados a uma parcela muito reduzida da população maior de 65 anos (Motta et al., 2005).

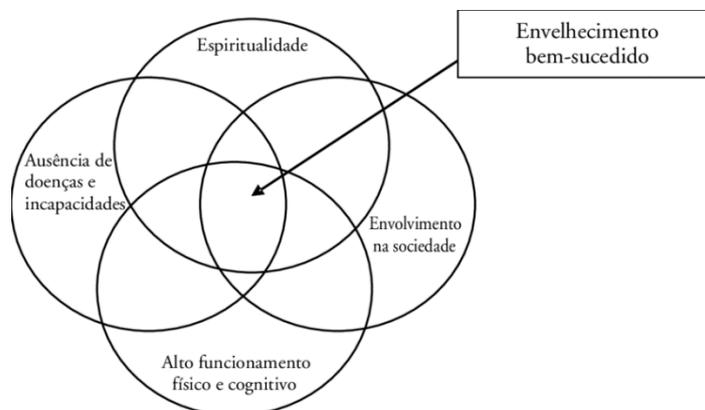


Figura 5 - Modelo de Rowe e Kahn

Petrossi (2005) resume as principais críticas apontadas ao modelo de Rowe e Kahn em algumas questões pertinentes:

- discordância com os critérios de elegibilidade: quais os critérios de envelhecimento bem-sucedido que permitem classificar uma pessoa como estando a envelhecer com sucesso;
- qual o impacto de ser catalogado como “envelhecendo com sucesso” (ou não);
- pressupostos subjacentes à teoria sob uma perspectiva biológica: é possível chegar à velhice livre de doenças e sem deterioração física substancial?
- pressupostos subjacentes à teoria sob uma perspectiva espiritual: acreditar na promoção do envelhecimento bem-sucedido dificulta a aceitação da finitude nas últimas etapas da vida?
- preocupação em que a teoria esteja demasiado focalizada no indivíduo, negligenciando influências sociais/estruturais. Também Lazarus e Lazarus (2006) tiveram oportunidade de se debruçar sobre este assunto. Para Beles, o envelhecimento bem-sucedido depende dos mecanismos de que o indivíduo dispõe para fazer face às perdas, défices e limitações (que vão surgindo no decorrer do processo de envelhecimento), das oportunidades para ser seletivo e dos recursos disponíveis (tanto aqueles que são disponibilizados pela sociedade como os recursos do próprio indivíduo). Lazarus e Lazarus (2006) mencionam uma lista de princípios em que definem o que é necessário para atingir um envelhecimento bem-sucedido:

1. Estar consciente das realidades da sua situação, aceitar essas realidades e procurar encará-las de forma positiva: ser capaz de lidar com a adversidade fornece um suporte motivacional para fazer face às perdas, o que faz com que o indivíduo encontre uma forma de melhorar a situação em que se encontra quando esta não lhe agrada.

2. Ser capaz de lidar de forma eficaz com as suas realidades e conseguir compensar as perdas e os défices decorrentes da sua situação. A capacidade de elaborar

e colocar em prática mecanismos de coping que permitam alcançar um bom funcionamento global e retirar daí satisfação emocional é fundamental para se atingir um envelhecimento bem sucedido.

3. Empenhar-se e esforçar-se de forma intencional na realização de atividades. A realização de uma atividade (que não tem ser algo de extraordinário...) com um determinado propósito reflete entusiasmo pela vida e mantém o indivíduo focalizado em algo que lhe dá satisfação e confere sentido ao quotidiano.

4. Selecionar de forma inteligente as suas atividades. O indivíduo deve dirigir os seus esforços para a concretização daqueles objetivos que considera mais relevantes, otimizando os recursos (pessoais e sociais) que ainda possui.

5. Manter laços próximos com os outros. Este princípio reflete a importância da qualidade da rede social. O isolamento social está associado a um elevado número de efeitos negativos, com reflexos na saúde, longevidade e bem-estar. A rede social está associada a um sentido de pertença a um grupo, mas não reflete a qualidade do envolvimento emocional e do relacionamento entre os indivíduos desse grupo, daí a importância da qualidade dessa rede.

6. Esforçar-se por manter uma autoestima positiva, independentemente das perdas e défices que possam ocorrer. Este princípio contempla noções como autoestima, autoconceito e autoeficácia, sendo difícil pensar-se em envelhecimento bem-sucedido sem contemplar estes aspetos.

Passadas cinco décadas de pesquisa nesta área, ainda se verifica a ausência de quadros conceptuais sólidos relativamente ao envelhecimento bem-sucedido (Depp & Jeste, 2009; Fonseca, 2014; Troutman, Nies, Small, & Bates, 2011). Há quem proponha alargar o âmbito do envelhecimento bem-sucedido a aspetos como a resiliência, a sabedoria e a espiritualidade, enfatizando os traços de personalidade como os mais potentes preditores do bem-estar psicológico na velhice (Lupien e Wan, 2004; Varshney, 2007), enquanto Richardson et al. (2011) insistem na importância do contexto sociocultural na definição do que se entende por envelhecimento “com sucesso”.

Outro aspeto que tem ressaltado da literatura mais recente é a inadequação dos modelos à realidade, ou seja, verificam-se discrepâncias entre os critérios preconizados por Rowe e Kahn e a opinião dos próprios idosos. Num estudo conduzido por Richardson et al. (2011), um quarto dos idosos com mais de três doenças crónicas consideravam o seu envelhecimento como bem-sucedido, enquanto um terço dos que não apresentavam patologias crónicas não consideravam o seu envelhecimento como bem-sucedido. Os resultados de um estudo comparativo de 28 artigos sobre envelhecimento bem-sucedido (Depp & Jeste, 2009) coincidem com esta ideia, apontando uma média baixa (35.8%) de casos de sucesso segundo os critérios de Rowe e Kahn. Segundo Depp e Jeste (2009), quando chamados a nomear indicadores de sucesso, os idosos referem com mais frequência o envolvimento social e uma atitude positiva perante a vida do que o bom estado de saúde física. Para aqueles autores, os modelos dominantes de envelhecimento bem-sucedido podem estar a excluir idosos que, todavia, experimentam um envelhecimento bem-sucedido mesmo apresentando algum grau de disfunção ao nível da respetiva saúde.

Aparentemente, segundo Gangbè e Ducharme (2006), as teorias acerca de como se deve envelhecer parecem estar mais focadas na perspectiva dos investigadores do que na percepção que os idosos têm sobre o seu próprio envelhecimento. Esta opinião é partilhada por Bowling e Iliffe (2006), que propõem como solução mais eficaz para avaliação do envelhecimento bem-sucedido atender mais à opinião dos idosos, incluindo aqueles que, à partida, não cabem nos critérios do que habitualmente se considera envelhecimento bem-sucedido (por exemplo, idosos que vivem institucionalizados).

Finalmente, Petrossi (2005) sugere a necessidade de se alargar os estudos sobre envelhecimento bem-sucedido expandindo a faixa etária abrangida pelos estudos à população com mais de 75 anos e alargando o campo de estudo a todos os idosos, quer estejam a experimentar um envelhecimento “malsucedido”, “normal” ou “bem-sucedido” de acordo com os parâmetros do modelo de Rowe e Kahn.

5.3 ENVELHECIMENTO ATIVO: CONCETUALIZAÇÃO

Ajudar as pessoas a manterem-se independentes e ativas, à medida que envelhecem, constitui um desafio a que toda a sociedade, mais do que nunca, deverá estar preparada para dar resposta. Isso mesmo preconizou a Organização Mundial de Saúde (OMS) ao estabelecer o envelhecimento ativo da população como uma prioridade para o Século XXI (WHO, 2002). Para a OMS, o envelhecimento ativo, que se aplica aos indivíduos e aos grupos populacionais, é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Este conceito de envelhecimento baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Baseia-se igualmente numa abordagem sustentada nos direitos dos idosos, apelando à sua responsabilidade e participação ativa, por oposição a uma abordagem baseada apenas na identificação das suas necessidades, e em que as pessoas idosas são encaradas como destinatários passivos das estratégias e medidas a implementar.

O envelhecimento ativo encontra a sua raiz quer em conceitos de natureza psicogerontológica quer em conceitos de natureza sociológica e política.

Sob o ponto de vista da psicologia e da gerontologia, a ideia de envelhecimento ativo surge na sequência da definição de envelhecimento bem sucedido, atrás explorada. Não havendo um caminho único para o atingir, o envelhecimento ativo, mais do que um produto final constitui um processo que requer do indivíduo uma postura que, tal como o nome sugere, seja “ativa” perante o modo como se envelhece, procurando “melhorar o seu funcionamento e desempenho, propiciando o desenvolvimento e bem-estar psicológico” (Silva, 2005, p.147). Como também já vimos, o estilo de vida adotado pelo indivíduo assume uma enorme preponderância na forma como tal processo se desenrola: a prática de atividade física, a adoção de uma alimentação saudável, a procura de estimulação cognitiva, a realização de atividades que visem a manutenção e o desenvolvimento de competências sociais, a preservação das relações interpessoais, a adesão a iniciativas suscetíveis promover a saúde e a segurança individuais, a prevenção

de situações capazes de ameaçar o bem-estar, tudo isto constituem aspetos-chave do que significa envelhecer ativamente e que foram salientados em Portugal na obra coletiva *Manual de Envelhecimento Ativo* (Ribeiro & Paúl, 2011).

É certo que falar em envelhecimento ativo (como também sucede quando se fala em envelhecimento bem-sucedido) poderá parecer um paradoxo, ignorando aparentemente que a balança entre ganhos e perdas, à medida que se envelhece, pende bem mais para o lado das perdas do que para o lado dos ganhos. Isto é globalmente verdade, mas também não é menos verdade que envelhecer ativamente é hoje uma possibilidade ao alcance da maioria dos indivíduos, quer pelo retardamento da ação dos efeitos negativos do envelhecimento, quer pelo recurso a estratégias que permitem uma adaptação face a essas mesmas perdas. Neste contexto, entende-se por adaptação não uma acomodação passiva às mudanças que decorrem das perdas e dos acontecimentos de vida, mas um ajustamento caracterizado pela otimização dos ganhos que se vão obtendo (também na velhice) e pela compensação dos constrangimentos que acompanham as perdas. É por isso que, por vezes, “a adaptação e aquilo que dela resulta (bem-estar psicológico, autoeficácia, etc.) não dependem do controlo que a pessoa exerce sobre a sua vida e sobre o seu desenvolvimento, mas também da sua capacidade para aceitar o que é inalterável e para se ajustar às circunstâncias que já não terá oportunidade de alterar” (Fonseca, 2011, p.57).

Vamos incidir agora a análise do envelhecimento ativo a partir do discurso sociológico e político. A expressão “envelhecimento ativo” surge pela primeira vez no discurso político durante a cimeira do G7/8 no final do século XX. Assim, em Junho de 1997, o envelhecimento ativo surge pela primeira vez a um nível internacional num paper escrito pelo US Department of Health and Human Services (1997) intitulado precisamente “Active aging: a shift in the paradigm”, o qual sugeria uma mudança de perspetiva sobre o envelhecimento de modo a contrariar a ideia de envelhecimento como um tempo de dependência e declínio. A reunião do G8 realizada em 1997 em Denver convergiu também neste sentido, defendendo a necessidade de uma mudança na abordagem a este assunto: “We discussed the idea of ‘active aging’ - the desire and ability of many older people to continue work or other socially productive activities wee into their later years, and agreed that old stereotypes of seniors as dependent should be abandoned. We discussed how our nations can promote active aging of our bolder citizens with due regard to their individual choices and circumstances, including removing disincentives to labor force participation and lowering barriers to flexible and parttime employment that exist in some countries”.

No início da sua existência, portanto, o envelhecimento ativo é uma proposta com origem nos estados e em organizações internacionais, especialmente USA e OCDE, respetivamente. Na verdade, respondendo à Cimeira de Denver, a OCDE (1998) produziu um relatório posterior, definindo envelhecimento ativo como “a capacidade para as pessoas, à medida que envelhecem, manterem vidas produtivas na sociedade e na economia”. E acrescenta: “Activeageing implies a high degree of flexibility in how individuals and families choose to spend their time over life in work, in learning, in leisure and in caregiving” (OCDE, 1998, p.14). Nesse mesmo relatório, o envelhecimento ativo é finalmente caracterizado como “the capacity of people to make flexible choices in the way they spend time over life – in learning, in leisure and in caregiving. Active ageing reforms are those that remove undesirable constraints of lifecourse flexibility and that

strengthen support to citizens” (OCDE, 1998, 125). Este ponto de vista da OCDE assinalava, pois, uma visão holística da participação dos indivíduos na vida em sociedade, com o envelhecimento ativo a comportar duas dimensões: manutenção de uma vida produtiva e liberdade para realizar escolhas pessoais.

Entretanto, preocupada em promover uma abordagem preventiva ao longo do ciclo de vida visando a qualidade de vida mais elevada possível para o maior número de pessoas, em 1999 no âmbito do Ano Internacional das Pessoas Idosas das Nações Unidas, a Organização Mundial de Saúde introduziu um programa sobre envelhecimento ativo com o mote “Active ageing makes the difference”, concluído em 2002 com um importante documento onde propunha a seguinte definição compreensiva de envelhecimento ativo: “Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. Active ageing applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well being throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security and care when they require assistance. The word ‘active’ refers to continuing participation in social, economic, cultural, spiritual and civic affairs, not just the ability to be physically active or to participate in the labour force” (WHO, 2002, p.12).

Há aqui uma preocupação com a adoção de um estilo de vida saudável e com as potencialidades de desenvolvimento psicológico associadas a esta fase da vida, realçando o potencial que as pessoas mais velhas continuam a possuir para se desenvolverem e alcançarem objetivos. Mas também compromete a sociedade a confiar nas capacidades, experiência e sabedoria das pessoas mais velhas, não as encarando apenas como necessitando de cuidados ou como um “fardo”, antes sendo capazes de participar ativamente na sociedade. Em resumo, há aqui um misto entre um estilo de vida baseado em escolhas individuais e um compromisso social baseado numa multiplicidade de contribuições sociais que podem ser feitas para que o envelhecimento ativo seja atingido pelo maior número possível de indivíduos.

Mais tarde, em 2006, a ligação entre envelhecimento ativo e trabalho surge através de um documento da OCDE intitulado “Ageing and employment policies: live longer, work longer” (OCDE, 2006), onde claramente se defende que se vivermos mais tempo, então deveremos trabalhar mais anos do que antes. De uma visão mais alargada do que é o envelhecimento ativo – mais orientada para o bem estar e para a saúde – chegamos agora às questões da produtividade. Estas duas ideias acerca do que é o envelhecimento ativo sugerem um conflito potencial entre a visão da pessoa idosa como uma pessoa reformada, gozando de uma boa qualidade de vida versus uma pessoa que deve continuar comprometida na economia, mantendo-se produtiva. Este dilema é mais comum na Europa, onde as consequências do envelhecimento demográfico mais se fazem sentir, pois é aí que estão os países mais envelhecidos do mundo (se excluirmos o Japão). Por exemplo, o documento da Comissão Europeia “Social Agenda”, de Março de 2011, mostra isto muito claramente, responsabilizando o idoso pelo seu contributo para a sociedade: “We need to enable people to make their contribution to society, to rely more on themselves and to depend less on others and for this we need to create conditions that allow people to stay active as they grow older. ‘Active ageing’ promises to be such an approach because it seeks to help older people to: remain longer in the

labour market; contribute to society as volunteers and carers; remain as autonomous as possible for longer” (European Commission, 2011, p.14).

Ao longo dos anos 2000 vários autores foram sublinhando que o envelhecimento ativo tornou-se um discurso de justificação de duas tendências: (i) uma com ênfase na produtividade económica através de vidas de trabalho mais longas aumentando a força de trabalho disponível, (ii) outra com ênfase na autonomia do indivíduo, responsabilizando-o pela manutenção do seu bem-estar. É esperado que o indivíduo, vivendo mais, também trabalhe mais e se preocupe com a sociedade onde está inserido. Progressivamente, o envelhecimento ativo foi sendo considerado o paradigma central do envelhecimento e modelando as ideias contemporâneas sobre o envelhecimento, sublinhando as obrigações dos mais idosos, os seus deveres e direitos, uma preferência por práticas “ativas” e “não passivas” na definição de políticas de envelhecimento, baseadas em noções como autonomia, autodeterminação e capacitação (Walker, 2009).

Daqui resulta, sem dúvida, uma nova identidade da pessoa idosa, baseada numa reforma ativa, em que a reforma não é apenas um descanso merecido mas um período da vida que permite a emergência de novas expressões do eu (Fonseca, 2011). A reforma passa a ser mais do que um fenómeno socio-histórico, transformando-se numa oportunidade para a vivência de dimensões de cariz existencial relativas ao crescimento, à realização e ao desenvolvimento pessoal. O indivíduo idoso passa ter poder sobre o seu próprio desenvolvimento, através de modalidades que vão muito para além da simples necessidade económica. Este empowerment da pessoa idosa permite-lhe manter-se em ligação com o mundo através de valências por ele selecionadas e que podem abranger aspetos tão diferenciados como o reforço das relações interpessoais ou a aprendizagem de novas tecnologias.

5.4 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ATIVO: UM PARADIGMA DE INTERVENÇÃO SOCIAL

Do que atrás fica dito, envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo referem-se ao mesmo conceito, na medida em que o envelhecimento bem-sucedido veio a ser substituído pela Organização Mundial de Saúde pelo envelhecimento ativo (Fonseca, 2014; Fried, Freedman, Endres, & Wasik, 1997; Lupien & Wan, 2004; Phelan & Larson, 2002; Teixeira & Neri, 2008). Atualmente e de uma forma sintética, podemos referir-nos ao envelhecimento ativo como sendo caracterizado por um bom funcionamento físico e cognitivo, participação social, qualidade de vida e bem-estar psicológico, aspetos que diminuem o risco de patologias (Ribeiro & Paúl, 2011). A orientação específica para o envelhecimento ativo é introduzida no início do século XXI, dada a necessidade de uma estratégia global que orientasse as atitudes sociais face ao envelhecimento, mas também a otimização da experiência dos trabalhadores mais velhos (Walker & Maltby, 2012).

O envelhecimento ativo, enquanto paradigma de intervenção para as políticas públicas, é hoje visto como capaz de contrariar ou inverter as tendências nefastas das transformações demográficas, com potencialidades ao nível da política local e global,

com objetivos diversos: promover a integração, segurança e saúde dos mais velhos; promover nos idosos a aceitação das realidades inerentes ao envelhecimento encarando-as de forma positiva; torná-los mais capazes de lidar de forma eficaz com as suas realidades conseguindo compensar as perdas e défices decorrentes da sua situação; envolvê-los em atividades sociais e de ocupação; manter laços próximos com os outros e preservar uma autoestima positiva, independentemente das perdas que possam ocorrer.

A promoção do envelhecimento ativo pretende que todas as pessoas possam usar os seus recursos disponíveis para usufruírem de um envelhecimento o mais saudável possível, caracterizado por bem-estar físico, social e psicológico, e por uma participação continuada na sociedade. Um projeto de envelhecimento ativo deve basear-se no reconhecimento dos direitos humanos e princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização (WHO, 2002). A sua concretização está dependente da interação de uma série alargada de determinantes: (i) a cultura e o género (considerados fatores transversais e necessários na identificação das condições em que decorre a vida dos indivíduos; ii) determinantes relacionados com serviços sociais e de saúde, iii) determinantes relacionados com estilos de vida, iv) determinantes económicos, v) determinantes pessoais.

Na proposta da OMS, o conceito de envelhecimento ativo integra uma perspetiva de ciclo de vida, através de uma orientação que antecipa as situações críticas e procura preveni-las, intervindo no sentido da capacitação dos indivíduos. Esta orientação é também defendida por Guillemard (2008) para responder aos novos riscos a que os indivíduos estão expostos e reconfigurar a proteção social face aos défices com os quais os sistemas são confrontados. Está aqui implícita uma articulação entre as transformações institucionais e as trajetórias individuais, sem a qual parece impossível entender as formas de garantir a proteção social atual.

O modelo de envelhecimento ativo representa o culminar de um longo processo de deliberação e discussão de perspetivas científicas e políticas, oferecendo duas contribuições importantes: i) consideração de todos os fatores que contribuem para o bem-estar, defendendo a ligação entre trabalho, saúde e participação; ii) importância de uma perspetiva de curso de vida na medida em que, para evitar algumas das consequências negativas associadas à fase tardia da vida, é essencial influenciar o comportamento individual nas fases anteriores do curso de vida (Walker & Maltby, 2012).

Existem, assim, boas razões económicas para os governos, as organizações e a sociedade civil implementarem políticas de envelhecimento ativo gerando aumento de participação social e redução de custos com cuidados (Edwards & Tsouros, 2006). Muitos países europeus têm integrado estas estratégias de saúde pública, evidenciando-se exemplos de boas práticas relacionadas com a promoção do envelhecimento saudável na comunidade, estilos de vida saudáveis, prática de atividade física, educação para a saúde, combate à solidão na velhice, desenvolvimento da participação social, melhoria das competências de preparação para o envelhecimento e acessibilidade ambiental (Healthy Ageing Project, 2007).

Para o desenvolvimento e criação de melhores oportunidades e condições de envelhecimento na Europa contribuíram também as orientações da União Europeia,

como já referido, ao designar 2012 como o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Intergeracional”, uma iniciativa que pretendeu aumentar a consciencialização cívica e política, identificou e divulgou boas práticas e encorajou todos os níveis de governação a promover o envelhecimento ativo, procurando ainda atribuir ao crescente número de idosos um papel ativo na sociedade aos níveis nacional, regional e local (Walker & Maltby, 2012).

CONCLUSÃO

O envelhecimento é desde há muito motivo de reflexão dos homens. Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes face às pessoas idosas têm vindo a mudar e refletem o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas, a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl e Fonseca, 2006).

O Concelho da Europa estima que a população portuguesa terá menos de um milhão de pessoas em 2050 e estará mais envelhecida, com 2,5 pessoas idosas com 65 ou mais anos para cada jovem com menos de 15 anos (Fonseca, 2006). Dada esta tendência é lícito desejar-se que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas para a saúde, a participação e a segurança (OMS, 2002). Esta Organização denominou esta visão do envelhecimento por “envelhecimento ativo”.

Um aspeto intrinsecamente associado à visão de envelhecimento ativo é a qualidade de vida da pessoa idosa. Segundo a OMS (2002) à medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente influenciada pela sua habilidade de manter a autonomia e a independência. Esta Organização salienta ainda a amplitude do conceito de qualidade de vida, pois este incorpora de uma forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a relação com as características do contexto onde está inserido.

Assim, as alterações no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, neste últimos anos, o papel fulcral dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução de problemas demonstrados pelos cidadãos com o propósito de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, adota um entendimento sobre as respostas humanas aos processos de vida, como também, aos problemas de saúde. Este tem uma elevada capacidade para responder de uma forma adequada às diferentes necessidades apresentados pelos diversos clientes, proporcionando, assim, efetivos ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010) a promoção de estilos de vida saudáveis deve ser uma preocupação comum a todos os membros da comunidade família, cidadãos e profissionais de saúde, onde se destacam os enfermeiros especialistas em saúde comunitária, dado o seu campo de atuação.

Neste âmbito, no decurso do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária decidimos aprofundar as implicações da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas. Os objetivos deste trabalho de investigação são: conhecer os estudos científicos publicados em revistas indexadas em bases de dados eletrónicas, durante o período de 2008 a 2014, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas e caracterizar os estudos desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas.

Optamos por uma revisão integrativa, de acordo com as cinco etapas propostas por Cooper (1982): formulação do problema, colheita de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. Foram incluídos oito artigos, cujos estudos adotaram abordagens qualitativas, quantitativas e mistas, publicados em diferentes revistas internacionais. Salientamos o facto de não termos encontrado nenhum estudo desenvolvido em Portugal, nem por profissionais de enfermagem. No entanto, no estudo intitulado “Effects of a 12-week community exercise: programme on older people”, os profissionais de enfermagem colaboraram na implementação do programa.

Outro resultado relevante do nosso trabalho foi o facto da promoção do envelhecimento ativo estar maioritariamente centrada no exercício físico. A análise de conteúdo dos resultados dos estudos selecionados permitiu-nos identificar três categorias: avaliação de programas de exercício físico e qualidade de vida, estudos [2, 3, 4, 7 e 8]; incentivo à prática de exercício físico e qualidade de vida, estudos [1 e 5] e empowerment e qualidade de vida estudo [6]. Independentemente da estratégia de promoção de envelhecimento ativo utilizada, os resultados dos estudos apontam para efeitos benéficos na qualidade de vida das pessoas idosas envolvidas, tendo-se em consideração a relação da qualidade de vida com aspetos físicos, emocionais e sociais.

No entanto, em termos de programas de exercício físico para que estes melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas é importante ter-se em consideração as barreiras à sua implementação, nomeadamente, os problemas de saúde dos participantes que possam limitar o exercício físico e as suas crenças.

O número de artigos encontrados, o tipo de estudos, o tamanho da amostra/número de participantes, o tipo de intervenção e a forma de avaliação da qualidade de vida limita as conclusões desta revisão.

Mas, este trabalho permite-nos refletir sobre a responsabilidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária na promoção do envelhecimento ativo e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Para futuros trabalhos sobre problemática em estudo, recomendamos a pesquisa em bases de dados portuguesas e a realização de estudos primários por enfermeiros, para explorar os contributos destes na visão do envelhecimento ativo.

WEBGRAFIA

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>

<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/5412/1/TESE%20%28Final%29.pdf>

<https://images.app.goo.gl/vsnJcAw9nnbYHT388>

<https://dayspaassociation.com/senior-wellness-guide-healthy-aging-ageism-nutrition-more/>

https://yarinethmartinez.blogspot.com/2017/12/filosofia-del-desarrollo_3.html

<https://www.uacuida.com/blog/envelhecimento-ativo-saudavel>

<https://www.pinterest.pt/pin/375065475217518242/>