

Envelhecer no Algarve. Perceções, perfis e qualidade de vida no envelhecimento

Aurízia Anica¹

Resumo

Objetivos: Será o Algarve esse lugar de excelência para envelhecer que o estereótipo tem difundido? Como se envelhece de facto no Algarve? No intuito de delinear uma resposta a esta dupla questão, faz-se uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, procurando saber como percebem os residentes no Algarve o seu próprio processo de envelhecimento e que fatores se relacionam com a qualidade de vida percebida no mesmo.

Método: A pesquisa bibliográfica restringiu-se a artigos científicos, dissertações e livros relativos a resultados de investigações empíricas realizadas sobre o contexto algarvio, identificados por meio dos recursos *on-line* SAPIENTIA, RCAAP e *b-on*. Para este efeito, foram utilizadas as palavras chave gerontologia social, envelhecimento, qualidade de vida, conjugadas com as palavras Algarve e Universidade do Algarve.

Resultados: O Algarve é território de profundos contrastes nos modos de envelhecer e na qualidade de vida no processo de envelhecimento. Ressalta dos estudos revistos a necessidade de melhorar a adequação das respostas sociais, especialmente as ERPI, às carências e escolhas da população sénior. Paralelamente, é aconselhável investir em projetos que promovam o envelhecimento ativo ou positivo no contexto habitual de vida (*ageing in place*), por forma a preservar a boa qualidade de vida e a prevenir ou minimizar os fatores de institucionalização.

Palavras-chave: perceções do envelhecimento, perfis de envelhecimento, qualidade de vida, envelhecimento ativo, Algarve.

Abstract

Objectives - Is Algarve the place of excellence to grow old that stereotype has spread? How do you really age in Algarve? In order to delineate an answer to this double question, a systematic review of the literature on the subject is made, seeking to know how the residents in Algarve perceive their own ageing process and what factors are related to the quality of life perceived in it.

Method - The bibliographic research was restricted to scientific papers, dissertations and books related to the results of empirical investigations carried out on the Algarve context, identified through the online resources SAPIENTIA, RCAAP and *b-on*. For this purpose we used the key words social gerontology, ageing, quality of life, conjugated with the words Algarve and University of Algarve.

Results - The Algarve is a territory of profound contrasts in the ways of ageing and in the quality of life in the ageing process. The revised studies highlight the need to improve the adequacy of social responses, especially the ERPI, to the needs and choices of the senior population. At the same time, it is advisable to invest in projects that promote active or positive ageing in place, in order to preserve the good quality of life and to prevent or minimize the factors of institutionalization.

Key words: ageing perceptions, ageing profiles, quality of life, active ageing, Algarve.

¹ Professora da Universidade do Algarve, investigadora do IELT. Email: aanica@ualg.pt

Introdução

1. O Algarve apresenta características demográficas específicas no contexto nacional. A região, que ocupa 4996,79 Km² de área, no extremo sul de Portugal continental, contava, em 2016, com uma população estimada de 441.469 residentes, dos quais 211.339 eram homens e 230.130 eram mulheres (INE, I.P, 2017, p. 48). A população estrangeira com estatuto de residente ou visto de longa duração era a segunda maior do país por distrito, sendo estimada em 63.481 pessoas provenientes de vários estados (SEFSTAT Portal de Estatística, 2016), entre os quais sobressaíam, por ordem decrescente, o Reino Unido, o Brasil, a Roménia e a Ucrânia². A população com idades inferiores a 15 anos estimava-se em 66.567 residentes, ao passo que com idades superiores a 65 anos contabilizava-se 140.098 residentes. Em relação às médias nacionais do continente, o Algarve apresentava uma esperança de vida à nascença mais reduzida e uma esperança de vida aos 65 anos mais elevada. Com efeito, a esperança de vida à nascença³ nesta região é de 80,34 anos, inferior à média nacional no continente (80,84 anos), ao passo que a esperança de vida aos 65 anos⁴ é de 19,66 anos, acima da média nacional no continente (19,48 anos) (INE, I.P, 2017, p. 48).

O processo de transição da demografia de Antigo Regime - caracterizada pela coexistência de elevadas taxas de natalidade e de mortalidade - para a demografia contemporânea foi tardio, em Portugal, mas decorreu de forma acelerada (Henriques, 2010) como denotam a evolução, por exemplo, da taxa bruta de natalidade⁵ que desceu de 24,1%, em 1960, para 8,4%, em 2016, e o índice de envelhecimento⁶ que subiu de 27,3%, em 1961, para 148,7% (151,7%, quando considerado apenas o continente) em 2016 (PORDATA, 2018). O Algarve acompanhou a tendência, tendo a taxa bruta de natalidade decrescido de 13,2%, em 1981, para 9,5%, em 2016. O índice de envelhecimento elevou-se de 44,7%, em 1960, (PORDATA, 2018) para 140,1%, em 2016 (INE, I.P, 2017, p. 48). O processo foi acompanhado nesta região pelo aprofundamento dos desequilíbrios na distribuição da população. Esta decresceu e envelheceu mais no interior, dada a assimetria dos fluxos migratórios. A região algarvia, cujo índice de envelhecimento se situava abaixo da média nacional em 2016, revela uma forte disparidade entre serra e litoral: é paradigmático o concelho do sotavento serrano de Alcoutim⁷, cujo índice de envelhecimento atingiu 651,8%, o mais elevado da região, em contraste

² Com, respetivamente, 10.938, 7.850, 7419 e 6.110 residentes.

³ Esperança de vida à nascença: número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento (INE, I.P, 2017, p. 317).

⁴ Esperança de vida aos 65 anos: número médio de anos que uma pessoa que atinja a idade exata x (65 anos) pode esperar ainda viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento (idem).

⁵ Taxa bruta de natalidade: número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1 000 habitantes) (INE, I.P, 2017, p. 318).

⁶ Índice de envelhecimento: relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos) (INE, I.P, 2017, p. 317).

⁷ Alcoutim apresentava, em 2016, a menor densidade populacional da região com 4,2 habitantes por km², no que contrastava com o concelho de maior densidade populacional, Olhão, com 345 habitantes por Km² (INE, I.P, 2017, p. 47).

com o mais baixo, 97,6%, que se verificava no concelho de Albufeira, situado no litoral centro (INE, I.P, 2017, p. 48).

2. As mulheres, que vivem atualmente, em média, mais tempo do que os homens, beneficiam de menos anos de vida saudável. Com efeito, em Portugal, a expectativa de vida ao nascer, em 2015, estimava-se em 78.1 anos para os homens e em 84.3 anos para as mulheres (EUROSTAT, 2018), ao passo que a expectativa de vida saudável apresentava uma disparidade de género de sentido inverso: os homens podem esperar viver saudavelmente, em média, 58.3 anos, enquanto as mulheres não ultrapassam, em média, os 55.4 anos nas mesmas circunstâncias (EUROSTAT, 2018).

A expectativa de vida, bem como a perceção da qualidade de vida, variam não só em função do género mas também em função do estatuto socioeconómico, dos rendimentos e da educação (OECD, 2015). Em Portugal, 62% das pessoas com alto rendimento tinham perceção de boa saúde, enquanto nas pessoas de baixo rendimento esta perceção era partilhada apenas por 40% (idem, p.63). O estado de saúde percebido pela população de 65 e mais anos apresentava em Portugal um valor mais baixo do que a média da OCDE (idem, p. 197).

Os contrastes da região algarvia revelam-se no Índice Regional de Bem-Estar da OCDE. Relativamente a esta região, o ambiente acolhe o indicador melhor pontuado, com o resultado de 7.3 em 10, seguindo-se a saúde, com 6.5 em 10. Ainda assim, neste indicador a região algarvia encontra-se na quarta posição no conjunto das cinco regiões do continente português, atrás de Lisboa, Norte e Centro, apenas à frente do Alentejo. A pontuação mais baixa no indicador satisfação com a vida, cujo resultado é de 0.4 em 10, remete esta região para o quinto lugar no conjunto das sete regiões do país, conjunto que inclui as cinco regiões do continente mais as duas regiões insulares. Com pontuações muito baixas surgem ainda os indicadores envolvimento cívico e educação, nos quais a região obtém, respetivamente, 1,1 em 10 e 2,5 em 10 (OECD, 2016).

Em resumo, o Algarve caracteriza-se por ser uma região de fortes dissonâncias. Do ponto de vista demográfico, apresenta elevado contraste entre a rarefação e acentuado envelhecimento da população do interior serrano e a concentração e relativa adulez da população no litoral centro. No que respeita ao bem-estar dos residentes no Algarve, os contrastes estão bem evidentes nos indicadores do Índice Regional de Bem-Estar da OCDE. Neste índice, o indicador relativo ao ambiente é o que obtém o valor mais elevado, seguindo-se os indicadores saúde e segurança. Estes contrastam acentuadamente com os indicadores satisfação com a vida, envolvimento cívico e educação, cujas pontuações são as mais baixas (OECD, 2016).

3. O fenómeno do envelhecimento demográfico não é novo, desenrola-se na longa duração, à escala global, a ritmos diferenciados (United Nations, 2013) e resulta de uma multiplicidade de fatores que, interagindo com os indivíduos, ao longo da vida destes, implicam a diferenciação dos ritmos e modos de envelhecer. O modo como se envelhece depende de fatores individuais e contextuais, que variam no espaço e no tempo, segundo a cultura e o género, entre os quais se destacam fatores biológicos, comportamentais, institucionais, sociais, económicos e ambientais (World Health Organization, 2002). Participação, saúde e segurança foram considerados pela OMS como os grandes

pilares do «envelhecimento ativo», definido como «processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida, com a idade» (World Health Organization, 2002). O «envelhecimento ativo», conceito definido também como «o produto do processo da adaptação que ocorre ao longo da vida através do qual se alcança um ótimo funcionamento físico (incluída a saúde), cognitivo, emotivo-motivacional e social» (Fernández-Ballesteros, 2009), compreende o papel ativo do sujeito na adaptação de si próprio e do seu contexto às transformações individuais (Baltes & Baltes, 1990), bem como o papel de apoio que as instituições e os ambientes lhe podem proporcionar (Paúl & Ribeiro, 2011). O «envelhecimento ativo» é, portanto, definido por uns como processo e por outros como produto de um processo (Caballero, 2017). O «envelhecimento ativo» implica a otimização das suas variáveis dependentes. Estas, segundo a OMS, agrupam-se em três áreas fundamentais, saúde, participação social e segurança. Segundo Ballesteros (2009), as variáveis inscrevem-se nos âmbitos físico, cognitivo, afetivo e social. Neste modelo as variáveis são consideradas nas dimensões temporal e espacial, na perspetiva das interações indivíduo-contexto e nos níveis micro, meso e macro. O conceito de «envelhecimento ativo» pressupõe, portanto, uma perspetiva processual, holística e positiva do fenómeno do envelhecimento. Processual porque qualquer que seja a definição o processo é determinante. Holística porque implica a integração e interação de múltiplas dimensões e relações do indivíduo-contexto. Positiva porque o fenómeno é definido como processo de adaptação que conduz à melhoria da «qualidade de vida» (QdV) ao longo do tempo de existência do indivíduo.

A avaliação da QdV torna-se, portanto, indispensável à avaliação do envelhecimento ativo, permitindo a avaliação da posição relativa do indivíduo no grupo em dado momento e a avaliação do êxito da aplicação de estratégias promotoras do envelhecimento ativo (Vilar, 2015) ou de cuidados de saúde. A propósito, convém ter presente que a saúde é entendida, segundo a OMS, como estado de completo bem-estar físico, mental e social. Acresce que o próprio conceito de QdV tem igualmente um carácter multidimensional e integrativo de dimensões subjetivas e objetivas, micro e macro, positivas e negativas. Qualidade de vida é, segundo o grupo WHOQOL, *a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*. O conceito remete, portanto, para dimensões de saúde física e mental, nível de independência, relações sociais, crenças, atitudes e relações com aspetos relevantes do ambiente (World Health Organization, 1997). Evidenciando a multidimensionalidade do conceito, Walker (2013) distingue seis grupos principais de fatores da QdV confirmados pelas percepções das pessoas idosas: psicológicos, de saúde, sociais, de participação em atividades, ambientais e de mobilidades.

4. Procurando ir além do estereótipo difundido sobre a excelência do envelhecer no Algarve, a questão que se coloca neste texto é a de saber como se envelhece, de facto, no extremo sul de Portugal. Para delinear uma resposta faz-se uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, procurando saber como percecionam os residentes no Algarve o seu próprio processo de envelhecimento e que fatores se relacionam com a qualidade de vida que é percebida nesse processo.

A pesquisa bibliográfica restringiu-se a artigos científicos, dissertações e livros relativos a resultados de investigações empíricas realizadas sobre o contexto algarvio, identificados por meio dos recursos *on-line* SAPIENTIA, RCAAP e *b-on*. Para este efeito, foram utilizadas as palavras-chave gerontologia social, envelhecimento, qualidade de vida, conjugadas com as palavras Algarve e Universidade do Algarve. A aplicação destes critérios permitiu identificar 43 publicações, das quais 36 resultam de dissertações de mestrado, 1 resulta de dissertação de doutoramento, 4 são livros ou partes de livros (em suporte papel e em suporte digital) e 2 são registos escritos de conferências. Tratamos neste texto, pela sua adequação à questão de partida, 5 publicações sobre perceções do envelhecimento e QdV, 3 publicações sobre perfis de envelhecimento, 7 publicações sobre QdV nas respostas sociais, 3 publicações sobre QdV na RNCCI Algarve e 6 publicações sobre QdV em pessoas idosas com patologias específicas.

No primeiro ponto deste capítulo, apresenta-se os estudos sobre as perceções das pessoas sobre o seu próprio envelhecimento, no segundo ponto faz-se a revisão de estudos sobre os perfis de envelhecimento, no terceiro ponto apresenta-se o estado da arte sobre a qualidade de vida nas respostas sociais e de saúde, no quarto ponto aflora-se os resultados dos estudos sobre a relação entre adesão terapêutica, qualidade de vida e algumas das patologias mais frequentes em pessoas idosas.

Começamos, então, por observar o modo como os residentes no Algarve percecionam o seu processo de envelhecimento e qualidade de vida.

Perceções do envelhecimento

Os estudos empíricos sobre perceções do envelhecimento no Algarve são escassos, emergindo neste âmbito os trabalhos realizados por C. Luísa (2017) (2014) que recorreu a uma metodologia mista para estudar as teorias leigas⁸ sobre saúde, doença, qualidade de vida em pessoas idosas residentes no Algarve. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e aplicados questionários validados para a população portuguesa para avaliação da qualidade de vida (IAQdV) e para avaliação da satisfação com a vida (SWLS), entre outros instrumentos. A amostra por conveniência totalizou 300 pessoas, com idades compreendidas entre 60 e 90 anos (média 71 anos), sendo maioritariamente mulheres (77%), reformados (84,7%), casados (57%), com nível de escolaridade baixo ou médio (com 1º ciclo 34%, com superior 13,7%, sem escolaridade 8%) a viver maioritariamente acompanhados (a viver com o cônjuge 47,3%, com o cônjuge e filhos 10,3%, sozinhos 27%). O trabalho de recolha de dados decorreu maioritariamente nos centros urbanos (VRSA 27,3%, Faro 25,3%, S. Brás de Alportel 20%, Loulé 10%, Albufeira 9,3% e Lagos 8%). As entrevistas foram realizadas principalmente em contexto de academias seniores (59,3%), seguindo-se associações de desenvolvimento local (19,3%). Vejamos alguns resultados deste estudo que remetem para a conjugação de múltiplos fatores na forma como se percebe a QdV: género, idade, escolaridade, relações familiares, relações sociais, saúde e segurança social.

⁸ A autora define teorias leigas como «teorias do sentido comum que as pessoas leigas utilizam para explicar ou predizer fenómenos do seu envolvente» (Luísa, 2017, p. 53), subscrevendo a definição de Hong & Chiu (2001) que definem teorias leigas como crenças da população leiga utilizadas na vida diária (*idem*).

Perante a questão «o que é ter qualidade de vida?» 25,7% elegem a categoria saúde como a mais relevante, 24% escolhem a categoria psicológica, 23,7% optam pela categoria comportamental e outros tantos pela social. O carácter multidimensional da QdV é assumido em grande parte das respostas: o número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre 1 e 5 categorias: 49,7% utilizam apenas uma categoria; 28,7% empregam duas categorias; 13,7% usam três categorias; 6,3% usam quatro categorias; 1,7% utilizam cinco categorias (Luísa, 2017, pp. 113-114).

A perceção de melhor QdV depende de vários fatores: coabitação de cônjuge e filhos, maior escolaridade, ocupação, segurança social e idade. Na resposta à questão sobre perceção da QdV, a maioria opta pela categoria neutra (46%) e boa (45%), apenas 3,7% responde má e 1% considera muito má. Os casados ou em união de facto consideram a sua QdV melhor do que os viúvos, os solteiros ou os divorciados. Os que vivem acompanhados de cônjuge ou cônjuge e filhos percecionam a sua qualidade de vida como melhor relativamente aos restantes. Os que têm um grau de escolaridade mais elevado ou frequentam a academia sénior, bem como os pensionistas consideram a sua QdV melhor do que os restantes. Verifica-se uma tendência (embora fraca) para a qualidade de vida ser percebida como menor na medida em que a idade seja maior (Luísa, 2017, pp. 124-125).

A perceção da saúde está relacionada com o género, a idade, o nível de escolaridade e a ocupação no presente. Os homens consideram-se com mais saúde do que as mulheres. Os mais idosos tendem a considerar que têm menos saúde. Os mais escolarizados e os frequentadores das universidades seniores tendem a considerar que têm mais saúde (Luísa, 2017). A saúde é maioritariamente percecionada como não oferecendo problemas de maior ou como boa. À questão sobre qual a «perceção da sua saúde», a maioria responde de forma neutra ou positiva: 48% responde de modo neutro (nem boa nem má), 37,3% responde boa; apenas 7,3 responde má e 2,3% responde muito má. Sobre doença, verifica-se que a maioria dos entrevistados considera-se pouco doente (62,3%) ou nada doente (22,3%) (Luísa, 2017, pp. 123-124).

A QdV está relacionada com o *stress*⁹. Num estudo destinado a conhecer a relação entre o stress e a QdV da pessoa idosa, Cary (2016) inquiriu 104 pessoas, sendo 52,9% mulheres, com idades superiores a 65 anos, a maioria com baixo nível de escolaridade (52,2%), a viver com o cônjuge ou companheiro (56,8%), na freguesia de S. Clemente, concelho de Loulé. Neste estudo foram utilizados como instrumentos de recolha de dados um questionário sociodemográfico, a Escala de Perceção de Stress (EPS) (Pais Ribeiro & Marques, 2009) e o questionário WHOQOL-BREF. A maior parte dos inquiridos considerou-se com saúde «nem boa nem má» (45,2%) ou de boa saúde (30,8%), resultados que não são muito divergentes dos que foram obtidos no estudo de Luísa (2017), atrás referido. A análise dos dados aponta no sentido da existência de relação entre o stress (média 23,41, dp 6,729) e as variáveis sociodemográficas, como idade, habilitações literárias, valor da pensão de reforma, com quem vive, prática de atividade e ocupação. Verifica-se que o stress está relacionado com a QdV no geral.

⁹ O stress é um constructo complexo que tem suscitado controvérsia. Na perspetiva psicológica, o stress resulta de um processo de adaptação dinâmica do indivíduo ao meio, o qual, uma vez ultrapassados determinados níveis, causa sofrimento, também designado distress. O stress envolve alterações comportamentais, psicológicas, bioquímicas e fisiológicas (Pais Ribeiro & Marques, 2009).

Também foi assinalada a existência de relação entre stress e todos os domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações pessoais e ambiente).

A QdV está relacionada com as variáveis idade, habilitações literárias, rendimento mensal da família e estado de saúde. Num estudo desenvolvido sobre a relação entre envelhecimento bem-sucedido e QdV (Martins, 2012), a partir de dados recolhidos em uma amostra de 165 pessoas, a autora confirmou esta relação. A amostra reuniu 70,3% mulheres, com a média etária de 67,5 anos ($dp=6,98$ anos), residentes concelho de Olhão, sendo 57% em meio urbano e 42% em meio rural. Verificou-se que a idade está relacionada de forma negativa com a qualidade de vida geral e com o domínio físico da qualidade de vida; as habilitações literárias estão relacionadas de forma positiva e muito significativa ($p<.001$) com a qualidade de vida geral ($r=.382$) e com o domínio físico da qualidade de vida ($r=.378$); o rendimento mensal familiar também está relacionado muito significativamente ($p<.001$) com todas as variáveis da qualidade de vida; assim como o estado de saúde (Martins, 2012, pp. 74-79).

Num contexto diferente, um estudo sobre a noção de envelhecimento ativo em estudantes de Educação da Universidade do Algarve, verificou a presença da noção do envelhecimento ativo como processo continuado, ao longo da vida, cuja qualidade depende de múltiplos fatores. O mesmo é entendido como um processo de manutenção das faculdades físicas, mentais e sociais, no qual é destacado o papel proactivo de cada indivíduo (Dores & Sousa, 2014).

Sintetizando, os estudos atrás citados revelam que o carácter multidimensional da QdV no envelhecimento está plasmado na forma como as pessoas mais idosas e as mais jovens percecionam este processo. Como fatores da QdV no envelhecimento, as pessoas mais idosas atribuem maior relevância à saúde, à vida familiar, à segurança social e à participação social. A QdV percebida pelas pessoas mais idosas está relacionada com o género, a idade, a escolaridade, a saúde e as condições socioeconómicas. Tanto os mais idosos como os jovens reconhecem o papel proactivo do indivíduo na gestão da sua QdV, embora no caso dos últimos se admita este papel apenas como condição de manutenção, não de melhoria.

Tantas são as variáveis associadas à QdV no processo de envelhecimento que existem diversas maneiras de vivenciar e percecionar este processo, como realçaram Paúl & Fonseca (2005). Uns vivenciam-no de forma mais positiva e satisfatória, outros de forma menos positiva e menos satisfatória, configurando perfis distintos de envelhecimento.

Perfis de envelhecimento

O estudo realizado por J. Gaudêncio *et al* (2016) (2014) com o objetivo de identificar diferentes perfis de envelhecimento oferece uma imagem dos modos de envelhecer na região, refletindo um contexto social distinto do que está na base dos estudos atrás referidos. A investigação selecionou, principalmente em contextos institucionais (ERPI, CD e CC) do sotavento serrano e litoral, uma amostra de 156 pessoas com média de idades de 80.4 anos ($DP=7.2$), sendo 64.7% mulheres. A maior parte da amostra é composta de pessoas em estado civil de viuvez (64.1%), seguindo-se solteiros (10.3%) e divorciados (3.2%). Os casados representam 22.4% dos inquiridos. Predominam as pes-

soas com escolaridade baixa ou média (com 1 a 11 anos de escolaridade encontram-se 66.02%), os iletrados representam mais de um quarto da amostra (28.2%) e apenas 5.76% têm escolaridade elevada (mais de 11 anos). Foram aplicados questionários para avaliar diversos domínios (bem-estar, saúde mental, capacidade funcional, estratégias adaptativas e rede social¹⁰). Para análise dos dados foram usados métodos multivariados de análise de *clusters* (Gaudêncio & Silva, 2011).

Numa primeira fase do estudo, os autores analisaram a relação entre escolaridade e estado mental, sendo que a mais elevado nível de escolaridade corresponde melhor resultado no teste de avaliação do estado mental (MMSE, Spearman= 0.67) (Gaudêncio & Silva, 2011).

Num segundo momento da investigação, os resultados da análise de *clusters* apontam para a diferenciação de três perfis de envelhecimento: o «perfil positivo global» é maioritário (50%); seguindo-se o «perfil normal» (27,6%) e, por último, o «perfil empobrecido» (21,2%). As trajetórias de envelhecimento mais positivas configuram, segundo os autores, um padrão multidimensional que envolve, para além de um estado cognitivo satisfatório e de boa saúde mental, um funcionamento psicológico alicerçado numa avaliação positiva da vida e num sentido de realização pessoal (Gaudêncio, Silva, & Dória, 2016). Estes resultados devem ser ponderados tendo em conta que foram excluídos do estudo aqueles que não se encontravam em condições de responder aos questionários. Ainda assim, é de sublinhar que o perfil empobrecido não chega a representar ¼ dos inquiridos, o que é tanto mais relevante quanto estes se encontravam principalmente em contextos de institucionalização em respostas sociais.

Este estudo evidencia a pluralidade dos modos de vivenciar o processo de envelhecimento e o carácter multidimensional dos fatores biopsicossociais que o condicionam: boa saúde física e psíquica, avaliação positiva da vida e sentimento de realização pessoal parecem, segundo os autores, ser determinantes do perfil positivo global em que se encontra a maioria dos inquiridos.

Vejam, seguidamente, os resultados de estudos da QdV realizados em contextos muito específicos, como os das respostas sociais e da RNCCI, em que foram aplicados instrumentos construídos e testados pelo grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde, validados e adaptados para Portugal pelo grupo de investigação de Coimbra (Vaz Serra, et al., 2006), (Canavarró & Serra, 2010), (Vilar, 2015).

Qualidade de vida nas respostas sociais e de saúde

O instrumento privilegiado na recolha de dados para avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas no Algarve tem sido o questionário WHOQOL-Bref aplicado em conjunto com outros instrumentos, porém, raramente aplicado com o questionário aconselhado como instrumento complementar, o WHOQOL-OLD¹¹. Esta opção dever-se-á,

¹⁰ Os instrumentos de recolha de dados aplicados em entrevista individual foram os seguintes: Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB), Avaliação Breve do Estado Mental ((MMSE), Escalas de Bem-Estar Psicológico (EBEP) e Inventário de Saúde Mental (MHI-5).

¹¹ Os instrumentos para avaliação da QdV da OMS já validados e adaptados à realidade portuguesa são: WHOQOL -100, a sua versão abreviada WHOQOL-Bref (Canavarró, *et al.*, 2006); (Vaz Serra, *et al.*, 2006) e WHOQOL – OLD, sendo este considerado um instrumento complementar específico para avaliação da QdV da população idosa (Vilar, 2015).

provavelmente, ao facto de este instrumento ter sido recentemente validado em Portugal (Vilar, 2015). Os estudos sobre QdV no envelhecimento em que são aplicados os instrumentos criados pelo grupo WHOQOL podem ser organizados segundo quatro temáticas, cujos resultados se apresentam seguidamente: QdV nas respostas sociais (7 estudos), QdV na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) (2 estudos), QdV e patologias específicas (6 estudos).

Qualidade de vida nas respostas sociais

A relação entre qualidade de vida e solidão nos idosos institucionalizados foi estudada por Marrachinho (2014) em cinco ERPI situadas no Barlavento algarvio, nos concelhos de Lagoa, Lagos e Portimão. A amostra foi constituída por 160 pessoas, com média de idades de 80.2 anos (dp 7.23), maioritariamente de género feminino (61.9%), com escolaridade até 4 anos (50.7%) ou sem escolaridade (30.6%), a maior parte no estado civil de viuvez (56.3%). As profissões exercidas antes da institucionalização eram principalmente as de trabalhadores rurais (59.4%) e operários não qualificados (30%). Os participantes consideram sofrer de pelo menos uma patologia (85%) e tinham, em média, 5.5 anos de institucionalização (dp 5.76). Consideraram que raramente se ausentam da instituição (46.9%), sendo que a maioria participa nas atividades aí organizadas (56.3%). Também responderam que têm muitos amigos (52.5%), com quem contactam com muita frequência (31.9%) ou com alguma frequência (29.4%).

Os dados revelaram diferenças estatisticamente significativas na perceção da qualidade de vida, em função do género, do nível de escolaridade e da presença de doença. As perceções mais baixas de QdV estão associadas ao género feminino¹², a ausência de escolaridade ou baixa escolaridade e à presença de doença. O estudo identifica a incapacidade física como a variável que mais fortemente afeta a QdV, seguida da presença de doença. Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de instituição e dos motivos da institucionalização. A Aldeia-Lar de S. José de Alcalar apresenta os melhores resultados em diversos domínios da QdV (domínios físico, psicológico e social) relativamente às restantes ERPI.

As vantagens relativas da Aldeia-Lar de S. José de Alcalar relativamente a outras ERPI são comprovadas em outros estudos. Fontes (2011), que desenvolveu nesta instituição um estudo de cariz qualitativo, salientou a metodologia de intervenção aí posta em prática que considerou baseada na promoção da autonomia e no *empowerment* dos institucionalizados. Para além destes aspetos, é necessário referir que os utentes desta aldeia-lar beneficiam de um ambiente que permite a continuidade da coabitação do núcleo familiar pré-existente à institucionalização e o estabelecimento de relações de vizinhança e interajuda semelhantes às que existiam antes da institucionalização. A mobilidade e acessibilidade estão facilitadas pelas condições ambientais.

Os resultados obtidos nos estudos acima referidos são consonantes com os resultados obtidos por Malveiro (2015), o qual avaliou e comparou a perceção da qualidade de vida (QdV) e do Bem-Estar Subjetivo (BES), bem como outras características biopsicossociais, em grupos de idosos institucionalizados em três tipos de instituições cor-

¹² O estudo de Estêvão (2017) confirma que há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género e QdV, sendo que os homens têm mais qualidade de vida do que as mulheres no domínio físico.

respondentes a três paradigmas de resposta social. A amostra foi constituída por 50 idosos habitantes na Aldeia S. José de Alcalar, 56 idosos residentes em outras ERPI (Lares/Casas de Repouso) e 52 idosos utentes de Centros de Dia e de Convívio, com média etária de 82.52 anos.

Malveiro utilizou um conjunto de testes composto por dois questionários de QdV (WHOQOL-BREF e WHOQOL Old versão portuguesa), por três escalas para avaliação do BES e por um conjunto adicional de instrumentos de avaliação biopsicossocial. Comparados os dados obtidos nos três grupos, confirma-se a vantagem comparativa da Aldeia-Lar de S. José de Alcalar, apesar de se encontrarem nesta instituição 54% de pessoas que não sabem ler e escrever (o que compara com 28.6% nas outras ERPI e 23.1% nos centros de dia e convívio). Os habitantes desta aldeia obtiveram níveis globalmente mais elevados na perceção da QdV e do BES e, predominantemente, os melhores resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas, enquanto os residentes nas outras ERPI obtiveram níveis globalmente inferiores de QdV e de BES e, predominantemente, os piores resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

Todavia, um estudo realizado por Mesquita (2013) sobre os fatores biopsicossociais da satisfação e qualidade de vida de idosos institucionalizados na mesma Aldeia-Lar¹³, a partir de uma amostra mais reduzida (n=30) de pessoas aí institucionalizadas, com idades entre os 66 e os 96 anos, parece aconselhar alguma ponderação. Não foram encontradas relações entre a idade, a duração da institucionalização, o nível cognitivo ou a rede social e os níveis de satisfação ou qualidade de vida. Mas foram encontradas associações significativas entre o índice de funcionalidade (autocuidados e mobilidade) e a qualidade de vida, bem como entre o nível de otimismo, a qualidade de vida e a satisfação. A autonomia e a mobilidade parecem, portanto, segundo este estudo, encontrar-se no cerne das vantagens relativas da QdV percebida pelos residentes na Aldeia-Lar de S. José de Alcalar, face às restantes ERPI.

Face aos dados que se conhecem atualmente, é apropriado afirmar que as características diferenciadoras da Aldeia-Lar de S. José de Alcalar, no panorama das ERPI algarvias, residem na especificidade do seu ambiente físico e humano, promotor da autonomia, da mobilidade, da segurança e das relações sociais, especialmente a continuidade ou mesmo o estreitamento das relações familiares e de vizinhança.

A importância da autonomia nas atividades de vida diária na QdV é realçada em outros estudos relativos às respostas sociais destinadas a pessoas idosas na região algarvia. Silva (2013) relacionou capacidade funcional e QdV em idosos institucionalizados em ERPI, Centros de Dia e SAD, residentes nos Concelhos de Castro Marim e Vila Real de Santo António. Foram inquiridos 38,48% dos elementos da população de referência, os quais compuseram uma amostra por conveniência (n=112). Os participantes responderam aos questionários WHOQOL-Bref e ao índice de Barthel, para além de dois outros questionários para caracterização sociodemográfica. Os resultados permitiram concluir que os idosos com apoio domiciliário são mais autónomos nas atividades da vida diária do que os idosos institucionalizados em ERPI e Centros de Dia e que há relação entre autonomia e QdV: quanto mais independente é a pessoa melhor é a sua perceção da QdV.

¹³ Foram aplicados os seguintes instrumentos: Mini-Mental State Exam-MMSE; WHOQOL-Bref; Convoy Model; Escala de Satisfação com a Vida-SWLS; Escala do Otimismo e Índice de Barthel.

Num estudo sobre a depressão e a incapacidade funcional em idosos institucionalizados, que incidiu numa amostra constituída por 85 pessoas residentes em Lar, (26 no Baixo Alentejo e 59 no Algarve), com idades entre 66 e 100 anos, Pereira (2014) comprovou a relação entre a idade, a condição depressiva e o género. A presença de quadro depressivo encontra-se em 78,2% das mulheres institucionalizadas. Relativamente ao nível de incapacidade funcional, a autora verificou que 44,7% dos participantes no estudo apresentava a forma ligeira, 35,3% apresentava a forma moderada e 20,0% apresentava a forma elevada. O estudo também mostrou que quanto mais elevada é a idade maior é o nível de incapacidade funcional. Depressão e capacidade funcional estão positivamente relacionadas, como também concluiu Guerreiro (2016) relativamente a pessoas idosas não institucionalizados, residentes em uma aldeia do Baixo Alentejo.

Em suma, os estudos realizados nas respostas sociais revelam diferenças estatisticamente significativas na QdV, em função das características da instituição e dos utentes. No que respeita às características da instituição residencial, os melhores resultados encontram-se em uma comunidade residencial que alia um ambiente respeitador da privacidade da vida familiar e facilitador da autonomia e da sociabilidade vicinal e intergeracional, ao acesso a serviços comuns e de apoio especializado. A Aldeia-Lar S. José de Alcalar oferece os indicadores de melhor QdV e bem-estar, no conjunto das ERPI estudadas até ao momento. No que respeita às características dos indivíduos, a QdV está relacionada com o género, o nível de escolaridade, a saúde, a autonomia nas atividades de vida diária, a mobilidade, o motivo da institucionalização e as relações familiares. O género feminino, a baixa escolaridade, a doença, as dificuldades de desempenho das atividades de vida diária e a institucionalização contra a vontade da pessoa estão associados a menor QdV. A depressão e a incapacidade funcional surgem como problemas maiores e generalizados da QdV nas estruturas residenciais tradicionais, afetando mais de $\frac{3}{4}$ das pessoas aí residentes.

Qualidade de vida nas respostas de saúde

A perceção da QdV de idosos institucionalizados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no Algarve (RNCCI Algarve) foi objeto de uma investigação de cariz quantitativo e transversal, na qual foi utilizado um instrumento de recolha de dados constituído por um questionário para caracterização sociodemográfica dos participantes, para caracterização das instituições e para avaliação da QdV (WHOQOL-Bref) (Ribeiro, 2011). A amostra foi constituída por 105 pessoas, com média etária de 77 anos (DP=10,82) internadas em unidades que compõem a RNCCI Algarve: unidades de convalescença (UC), unidades de média duração e reabilitação (UMDR) e unidades de longa duração e manutenção (ULDm). A maioria dos inquiridos é do género feminino (58%), não tem escolaridade ou sabe ler e escrever embora não tenha escolaridade (50,4%) e encontram-se no estado civil de viuvez, de divorciado/separado ou de solteiro (61,9%). A maior parte é composta de pensionistas (66,6%) e trabalhadores rurais ou operários não qualificados (30,5%), com baixos rendimentos.

O estudo acima referido permitiu a identificação de relações significativas entre QdV, género e estado civil: os homens casados apresentam melhor perceção de qualidade de vida no domínio físico e social. Foram identificadas relações significativas entre

QdV, lotação, estrutura física e tipologia da instituição: a menor lotação das instituições, a sua estrutura adaptada e as unidades de média duração (nas quais os internados têm mais autonomia) estão relacionadas com melhor percepção de QdV.

Por outro lado, verificou-se que melhor QdV dos internados está relacionada com a condição física, o grau de autonomia, o suporte social, a qualidade das visitas, a participação da família e amigos nos cuidados e a possibilidade de ausência temporária da instituição. A condição física e a autonomia da pessoa institucionalizada apresentaram valores significativos em quase todos os domínios e revelaram ser as variáveis mais significativas.

Na mesma linha do estudo atrás referido, Leal (2012) abordou a QdV das pessoas idosas na RNCCI Algarve, a partir de uma amostra por conveniência composta por 86 idosos internados em UC, UMDR e ULDM. Foram utilizados como instrumento de recolha de dados um questionário sociodemográfico, o questionário WHOQOL-Old, e outros questionários¹⁴. Nos resultados obtidos, evidenciam-se os seguintes aspetos: melhor percepção de saúde está relacionada com melhor QdV geral e, especificamente, com as dimensões funcionamento sensorial, participação social e atividades passadas, presentes e futuras. Pelo contrário, a depressão influencia negativamente a QdV geral e as dimensões funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social. Melhor estado de saúde física e mental está relacionado com melhor QdV geral. Também maiores rendimentos têm relação significativa com melhor percepção de QdV. A maior satisfação com os cuidados prestados é reconhecida pelos internados nas ULDM, ou seja, pelos internados que têm o contacto mais prolongado com os serviços de saúde, apesar de serem estas unidades que apresentam resultados mais baixos no que respeita ao suporte social. O suporte social e a autoestima apresentam o maior índice de correlação com a QdV.

Com o objetivo de conhecer o grau de satisfação dos utentes idosos internados em UMDR e ULDM da RNCCI no Algarve, Sabala (2012) utilizou um questionário sociodemográfico e uma escala de avaliação da satisfação aplicados a uma amostra de 91 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos (média etária 78 anos), maioritariamente do sexo feminino (58%), com nível de escolaridade baixo. A análise dos dados permitiu concluir que os utentes das UMDR (71%) e das ULDM (29%) se encontram bastante satisfeitos com a qualidade dos cuidados prestados nestas unidades de internamento, sendo as mulheres e os utentes com nível de escolaridade mais elevado que apresentam níveis mais elevados de satisfação. Foram identificados três fatores responsáveis principais pela satisfação dos utentes internados nestas unidades: ambiente físico, segurança e acolhimento profissional; apoio familiar e social; informação e processo terapêutico. Os três primeiros são privilegiados pelas mulheres, ao passo que o último é privilegiado pelos homens.

Resumindo, os estudos citados sustentam que a QdV das pessoas idosas internadas nas unidades de RNCCI depende de múltiplos fatores, os quais podem ser organizados do seguinte modo: a) fatores relativos aos indivíduos internados (género, estado civil, rendimentos, estado de saúde física e mental); b) fatores relativos às instituições (lotação, estrutura física, segurança e tipologia); c) fatores relativos à relação entre os

¹⁴ Como os questionários EUROHIS-8 QOL, SF-12, GDS, ESSS e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

indivíduos e a instituição (grau de autonomia, informação e processo terapêutico, suporte social, qualidade das visitas, participação da família e amigos nos cuidados, possibilidade de saídas temporárias da instituição). A melhoria da QdV dos internados na RNCCI pode ser gerida principalmente pela intervenção nos fatores identificados em b) e c), os quais interatuam pelo menos com alguns dos restantes fatores, como são a saúde física e mental.

A problemática da manutenção de uma satisfatória QdV adquire particular acuidade quando estão presentes certas patologias que são mais frequentes nas pessoas com idade avançada, como se procura evidenciar seguidamente.

Qualidade de vida e algumas patologias

As principais causas de morte em Portugal são as doenças do aparelho circulatório, cuja incidência, ainda assim, tem vindo a decrescer (de 42,8% em 1980 para 29,5% em 2016), os tumores malignos (que aumentaram de 15% em 1980 para 24,7% em 2016) e as doenças do aparelho respiratório (que aumentaram de 7,3% em 1980 para 12,2% em 2016). A incidência da *diabetes mellitus* também tem vindo a aumentar (de 1,5% em 1980 para 4,5% em 2012, embora nos últimos anos tenha decrescido, situando-se em 3,9% em 2016) (Nogueira, et al., 2014) (PORDATA, 2018). No entanto, se forem consideradas apenas as pessoas com 65 ou mais anos, encontra-se uma realidade distinta. As causas mais frequentes de morte das pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos são os tumores malignos, ao passo que nas pessoas com idades superiores aos 75 anos a maior prevalência da causa de morte encontra-se nas doenças do aparelho circulatório (Nogueira, et al., 2014, p. 27).

As quedas, definidas pela OMS como «*an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or floor or other lower level*» (WHO, 2018) são consideradas um problema de saúde pública porque, apesar de não serem causa principal de morte, particularmente em Portugal, têm com frequência consequências incapacitantes nas pessoas com mais idosas e mais frágeis, que são as mais afetadas, o que pode comprometer seriamente a sua QdV, como indicam os estudos realizados sobre este tema no Algarve.

Quedas, obesidade, hipertensão e osteoartrose

As evidências sobre a realidade algarvia conhecidas até ao momento, indicam que as quedas afetam predominantemente as mulheres mais idosas, polimedicadas, a residir na casa de família, como se verificou no estudo realizado por Catarino (2015). A relação entre a saúde e a ocorrência de quedas constituiu o objeto desse estudo que implicou uma avaliação multidimensional do perfil de idosos institucionalizados e não institucionalizados, residentes em Monchique (Catarino, 2015). A amostra foi constituída por 73 idosos (65-93 anos), 31 homens e 42 mulheres, 18 residentes em instituição e 55 em comunidade. O instrumento de recolha de dados utilizado foi composto por um questionário sociodemográfico e de condição clínica, um questionário de ocorrência de quedas (MFES), um questionário de estado mental (MMSE), testes de aptidão física (equilíbrio unipodal, alcance funcional (FRT), *Time up and Go*, teste de levantar e sen-

tar (TSTST) e cálculo do índice de massa corporal (IMC). Os resultados revelaram que 68% dos participantes apresentava alterações da funcionalidade (equilíbrio, mobilidade e força muscular) que afetavam mais as mulheres, as pessoas de idade avançada, institucionalizadas. O maior comprometimento afetava o equilíbrio estático (100% unipodal de olhos fechados, 71,2% de olhos abertos). No entanto, as quedas são mais frequentes em mulheres, em pessoas com idade avançada, a residir na casa de família, polimedicadas. Foi identificada a prevalência da obesidade, do sedentarismo e de queixas de saúde relativas à visão e osteoarticulares. A autora assinalou ainda que os problemas de saúde identificados não se encontravam associados ao comprometimento das funções cognitivas.

Outro estudo procurou conhecer a relação entre as quedas e a capacidade funcional das pessoas idosas manifestada pela alteração na realização das AVD (Palma, 2011). O desenho da investigação assumiu um carácter descritivo e longitudinal. A amostra reuniu 100 pessoas idosas que, após terem caído, ficaram internadas no CHBA, EPE, em Portimão. O instrumento de pesquisa utilizado consistiu num questionário para caracterização sociodemográfica e da capacidade funcional, bem como para caracterização do evento de queda e dos seus fatores extrínsecos e intrínsecos. Foi também utilizado o índice de Katz. O instrumento de recolha de dados foi aplicado em dois momentos distintos: à chegada ao internamento hospitalar foi aplicado o instrumento de recolha de dados completo e no momento da alta clínica foi aplicado apenas o índice de Katz. Na amostra estão presentes maioritariamente, pessoas de sexo feminino, com 80 ou mais anos de idade, em estado civil de viuvez, a viver em meio urbano, com nível de escolaridade básico e a residir com a família ou em Instituição. Os resultados do estudo demonstram que o evento de queda ocorreu maioritariamente no interior da residência, em habitação sem escadas ou degraus, no quarto, durante o dia. As pessoas caíram sem a influência de fatores externos. Relataram histórias de várias quedas anteriores, sendo a última há mais de um ano, sem registo de fratura. A maioria das pessoas caiu por desequilíbrio e por fraqueza muscular, enquanto caminhava, em média duas horas e meia após a última ingestão de alimentos. Relativamente à condição clínica, os participantes no estudo apresentavam maioritariamente hipertensão arterial, seguindo-se problemas cardíacos e problemas osteoarticulares. Faziam medicação domiciliária, nomeadamente anti-hipertensivos e/ou diuréticos, antilipídémicos e/ou vasodilatadores, eram polimedicados e não consumiam álcool. Os resultados indicam que, antes do evento de queda, a maioria dos participantes no estudo era independente nas AVD. No momento da alta clínica, o nível de dependência tinha aumentado na totalidade dos inquiridos nas AVD banho e vestir, seguindo-se as AVD ir à casa de banho, transferência e alimentação.

Guerreiro (2017) estudou os fatores de risco de queda de pessoas idosas no domicílio e as características do evento de queda. Para este efeito, a autora aplicou o teste Tinetti – *Performance Oriented Mobility Assessment* (POMA I), validado para a população portuguesa por Petiz (2002), e a *check list* FRQD, criada e validada parcialmente pela autora. Os participantes no estudo (N=31) foram maioritariamente do sexo feminino (74.2%), com média etária de 75.5 anos, casados (48,4%) ou viúvos (45.2%). Os resultados indicam que os eventos de queda ocorrem predominantemente em mulheres mais idosas, com comprometimento do sistema sensorio-motor, afetando o equilíbrio

postural na realização de tarefas. Estas pessoas apresentam quadros patológicos complexos que afetam os sistemas cerebrovascular, músculo-esquelético, endócrino, sensorial e nervoso, quadros associados a elevado consumo de medicamentos que afetam o equilíbrio estático e dinâmico. A maioria dos eventos de queda dá-se no domicílio, principalmente no exterior, devido à presença de obstáculos, pavimento irregular e piso derrapante. No interior da residência, a casa de banho revelou-se o espaço onde ocorre o maior número de quedas devido à ausência de assento seguro na banheira, sanita com altura ajustável e pavimento antiderrapante. Nas outras divisões da casa, as quedas estão associadas à presença de pavimentos derrapantes, desníveis, tapetes e carpetes no solo, mobiliário de acesso difícil, ausência de corrimãos ou apoios de mãos em espaços de mais difícil acesso. Destes resultados se infere que a adaptação do espaço doméstico às características dos seus utilizadores mais frágeis ou com necessidades especiais é uma questão de saúde que pode ser concretizada com reduzidos custos.

A patologia músculo-esquelética de maior prevalência em pessoas idosas, principalmente nas mulheres, é a osteoartrose (OA), a qual aumenta de incidência com a idade. As implicações funcionais desta patologia e a conseqüente restrição das atividades na vida diária (AVD) têm forte impacto no quotidiano dos doentes e na sua QdV, sendo um dos fatores de risco de quedas. Pacheco (2014), com o objetivo de traduzir e validar o *Osteoarthritis Quality Indicator (OA-QI) Questionnaire*, a partir da versão original inglesa, procurou, complementarmente, conhecer os fatores da não adesão terapêutica em pessoas idosas com gonartrosis. A amostra foi constituída por 94 pessoas: residentes no sotavento do Algarve (concelho de Tavira); com média de idades de 68,5 anos; maioritariamente do sexo feminino (72,3%); predominantemente pessoas casadas (71.3%); com nível de escolaridade básica (66%); reformadas (60.6%). A média do índice de massa corporal (IMC) encontrada foi 29, sendo que o conjunto dos que apresentavam excesso de peso ou obesidade atingiu os 73.4% (excesso de peso: 31%; obesidade I: 29%; obesidade II: 9%; obesidade III: 4%). Não tinham a perceção de ter excesso de peso 52% daqueles que realmente o apresentavam. Os resultados apontam para uma taxa de adesão terapêutica de cerca de 85%, na perceção dos próprios inquiridos. Ainda assim, apesar de 79% dos doentes terem sido informados da importância do exercício físico regular¹⁵, destes apenas cerca de 34% admitiram ter o hábito de o praticar.

Os resultados dos estudos realizados no Algarve confirmam a multidimensionalidade dos fatores de risco de quedas em pessoas idosas e sugerem a necessidade de desenvolvimento de estratégias multidimensionais que envolvam a pessoa em risco de queda, a comunidade, a família e técnicos especializados. As estratégias que se têm revelado mais eficientes na prevenção de quedas em pessoas idosas têm carácter multidimensional, conjugando a prática regular do exercício físico, a otimização da medicação

¹⁵ Os conceitos de atividade física, exercício físico e desporto são definidos no Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: «O termo mais abrangente, atividade física, contempla qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética do corpo (os principais músculos), que resulte num dispêndio energético acima dos valores de repouso. Exercício físico compreende toda a prática consciente de atividade física, realizada com um objetivo específico (ex. melhorar a saúde) e bem delineada no tempo, com ou sem prescrição. É geralmente uma prática planeada. O termo desporto associa-se ao jogo e à competição, correspondendo ao sistema organizado de movimentos e técnicas corporais executados no contexto de atividades competitivas regulamentadas» (Direção Geral de Saúde, 2016).

em pessoas polimedicadas, a suplementação alimentar e a modificação dos fatores de risco ambientais e comportamentais (Sousa R. A., 2015).

Adesão terapêutica em doentes cardíacos e diabéticos

A QdV dos doentes idosos pode ser agravada pelas dificuldades de cumprimento de terapias de maior exigência ou complexidade, ou que implicam cuidados de difícil acesso, ou cuja necessidade e adequação os doentes não compreendem, ou não aceitam. O conceito de adesão terapêutica foi definido pela OMS como «*the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*» (WHO, 2003, p. 3). Esta definição implica o reconhecimento de que o doente não é um sujeito passivo, mas ativo, sendo neste caso sinónimo de concordância, compreensão, aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente, o qual partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue. A adesão terapêutica depende de múltiplos fatores: fatores demográficos, sociais e económicos; fatores relativos à doença e ao regime terapêutico; fatores inerentes à relação do doente com os profissionais e os serviços de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004, pp. 9-10) (Cabral & Silva, 2010, pp. 2-9).

Para avaliar as dificuldades na manutenção da terapêutica medicamentosa em doenças cardíacas, Santos (2010) recorreu a entrevistas semiestruturadas a doentes cardíacos idosos que necessitaram de internamento hospitalar em Faro. Os resultados indicam que existem efetivamente problemas neste âmbito, no pós-internamento. Esses problemas estão relacionados com a falta de conhecimentos dos doentes, com a complexidade do regime terapêutico e com o défice de apoio familiar.

Ainda no âmbito da problemática da adesão terapêutica, Lourenço (2013) estudou a relação entre os conhecimentos e a presença de complicações como determinantes da QdV da pessoa idosa com Diabetes Mellitus (DM). A amostra foi constituída por 110 pessoas com DM tipo 2, utentes das consultas de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar Farol, em Faro. O instrumento de recolha de dados foi constituído por quatro questionários: questionário para avaliação da QdV e Diabetes, questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos, questionário para caracterização das complicações da DM na pessoa idosa e avaliação dos conhecimentos sobre as mesmas e questionário para avaliação dos conhecimentos sobre a DM tipo 2. Os resultados revelaram a relação entre o nível de conhecimentos do doente com DM tipo 2, a presença de complicações e a sua QdV (nível mental). A baixa escolaridade está relacionada com a dificuldade de seguir a dieta prescrita e de cumprir com a correta toma da medicação. O exercício físico e a alimentação são as áreas de maior dificuldade na adesão terapêutica, facto que remete para a necessidade do envolvimento da família, dos cuidadores, dos técnicos de saúde e da comunidade neste processo.

Sintetizando, as intervenções na promoção da QdV e na prevenção das patologias mais frequentes em pessoas idosas devem assumir o carácter multidimensional que caracteriza os fenómenos aos quais procuram dar resposta. As intervenções devem integrar programas de formação ao longo da vida adequados às características específicas dos públicos-alvo. Emerge dos resultados dos estudos citados, a necessidade de uma

antropopedagogia da saúde que permita o esclarecimento dos fatores da não adesão terapêutica em cada caso concreto, o conhecimento dos caminhos para a melhoria da QdV, bem como o envolvimento de equipas multidisciplinares e dos doentes nos processos preventivos ou terapêuticos.

Conclusão

Retomando a questão de partida que orientou a revisão da literatura sobre como se envelhece no Algarve, é forçoso reconhecer, desde logo, que a resposta surge marcada por fortes contrastes.

Em primeiro lugar, emergiu o contraste das perceções da qualidade de vida: entre os que têm a perceção de usufruir de boa qualidade de vida e os que têm a perceção de ter qualidade neutra ou mesmo má. Em contextos predominantemente urbanos e de academias sénior andarão próximo da metade os que consideram ter boa qualidade de vida, já os que optam pela categoria neutra andarão por outra quase metade. Cerca de cinco por cento considera a sua qualidade de vida má ou péssima. Nestes contextos, as variáveis preditivas de melhor qualidade de vida são: ser homem, residir com o cônjuge ou com o cônjuge e filhos, ter médio ou elevado nível de escolaridade, ter ocupação significativa, ter pensão de reforma e beneficiar de segurança social, ter saúde, ter rendimento satisfatório, não ter idade muito avançada. Ao invés, as variáveis preditivas de pior qualidade de vida são: ser mulher, viver na ausência do cônjuge ou do cônjuge e filhos, ter baixo nível de escolaridade, não beneficiar de pensão de reforma e de segurança social, sentir-se doente, ter baixo rendimento, ter idade muito avançada.

Em segundo lugar, observou-se o contraste entre perfis de envelhecimento: num contexto institucional de ERPI, CD e CC do sotavento serrano e litoral, com pessoas muito idosas e mais de ¼ de iletrados, o perfil positivo global, em que se enquadram metade das pessoas inquiridas, contrasta com o perfil empobrecido em que se situam quase um quarto dos inquiridos. Acresce que este valor estará subavaliado, considerando que as pessoas que não reuniam condições mínimas para responder aos questionários não integraram a amostra. O contraste existe entre os que apresentam uma boa saúde física e psíquica, avaliam positivamente a sua vida e sentem-se realizados pessoalmente e os que, pelo contrário, não apresentam uma boa saúde física e psíquica, avaliam negativamente a sua vida e não se sentem realizados pessoalmente.

Em terceiro lugar, evidenciou-se o contraste dos ambientes: entre os que envelhecem no ambiente em que decorreu a sua vida e os que envelhecem institucionalizados. Se desviarmos o olhar para os contextos de institucionalização, encontramos uma realidade mais sombria do que a dos contextos de residência habitual. Nos contextos institucionais, a qualidade de vida está relacionada, como nos outros contextos, com o género, o nível de escolaridade, o rendimento, a saúde, as relações familiares. Todavia, nestes contextos, a qualidade de vida também tem relação com a capacidade física, a autonomia nas atividades de vida diária, a mobilidade, os motivos da institucionalização e o tipo de instituição. Ser mulher, não ser escolarizado ou ter baixa escolaridade, ter baixos rendimentos, sentir-se doente, ter incapacidades físicas, não ser autónomo nas atividades de vida diária, não ter relações familiares satisfatórias, não estar instituciona-

lizado por vontade própria, ou estar institucionalizado numa instituição que oferece más condições são variáveis preditivas de pior qualidade de vida.

Nos contextos institucionais, os problemas maiores e generalizados da qualidade de vida são a depressão e a incapacidade funcional, os quais afetam mais de $\frac{3}{4}$ dos residentes, desafiando a uma profunda reflexão sobre a forma de lhes dar resposta e de atuar em consonância.

A ERPI S. José de Alcalar destaca-se pelos melhores resultados em diversos domínios da qualidade de vida (domínios físico, psicológico e social), no grupo das ERPI já estudadas. Estas diferenças parecem justificadas pela especificidade desta instituição no que respeita ao seu ambiente físico e humano, promotor da autonomia, da mobilidade, da continuidade da estrutura familiar no espaço doméstico institucional e da privacidade, bem como de relações de vizinhança idênticas às estabelecidas antes da institucionalização.

Em quarto lugar, sobressaiu o contraste entre os que envelhecem com doenças que obrigam a institucionalização em unidades de saúde adequadas e os que vivenciam internamentos em unidades de saúde inadequadas ou que prestam serviços inadequados. No internamento em unidades de saúde, as variáveis preditivas de melhor qualidade de vida são relativas: a) ao indivíduo internado, tal como na pessoa idosa em geral: género masculino, estado civil casado, melhores rendimentos, bom estado de saúde física e mental, mais autoestima; b) às instituições: lotação normal, boa estrutura física, seguras, com mais contacto com o pessoal de saúde, o que acontece em unidades de média e longa duração; c) à relação entre o indivíduo e a instituição: autonomia, informação sobre o processo terapêutico, boa qualidade deste processo, suporte social, com mais visitas, participação da família e amigos nos cuidados e possibilidade de saídas temporárias da instituição.

Inversamente, as variáveis preditivas de pior qualidade de vida nas instituições de saúde estão associadas: a) aos indivíduos internados, tal como na pessoa idosa em geral: género feminino, com estado civil de viúvo, separado ou solteiro, baixos rendimentos, má saúde física e mental, baixa autoestima; b) às instituições: sobrelotação, má estrutura física, inseguras, com contactos com o pessoal de saúde de curta duração; c) à relação entre o indivíduo e a instituição: doente sem autonomia, sem informação sobre o processo terapêutico, má qualidade deste processo, sem suporte social, isolado da família e amigos e sem possibilidade de saídas temporárias da instituição.

Por último, identificou-se o contraste entre as pessoas idosas doentes que aderem aos processos terapêuticos, fazendo aumentar as probabilidades de sucesso destes e de terem melhor qualidade de vida, e as pessoas idosas doentes que não aderem ou aderem parcialmente aos processos terapêuticos, condicionando o sucesso dos mesmos, a sua qualidade de vida e a dos seus cuidadores. Entre os fatores da não adesão terapêutica sobressaem o défice de recursos dos doentes - recursos imateriais (conhecimentos, cultura, suporte familiar ou outro) e recursos materiais (financeiros) – o défice de recursos das suas famílias e a complexidade do regime terapêutico relativamente aos recursos disponíveis.

Considerando a evidência científica produzida até ao momento, a qual, apesar de parcelar, já é bastante impressiva, forçoso é reconhecer que o Algarve é território de profundos contrastes nos modos de envelhecer e na qualidade de vida no processo de

envelhecimento. O desenvolvimento social, cultural e económico da região poderá e deverá contribuir para o esbatimento destes contrastes. No presente, ressalta a necessidade de melhorar a adequação das respostas sociais, em particular das ERPI, às características e necessidades dos seus utentes, em especial na adaptação das estratégias e atividades ao diagnóstico individualizado previsto na lei. É neste contexto que o estado atual dos conhecimentos indica como mais urgente a melhoria dos serviços prestados nas ERPI e, conseqüentemente, a melhoria da QdV daqueles a quem estes serviços se destinam. Paralelamente, é necessário investir em projetos e respostas sociais que promovam o envelhecimento ativo ou positivo no contexto habitual de vida (*ageing in place* (Fonseca, 2018)), tendo em vista preservar a boa qualidade de vida e prevenir ou minimizar os fatores de institucionalização.

Abreviaturas

AVD – Atividades de Vida Diária
BES – Bem-estar social
CC – Centro de Convívio
CD – Centro de Dia
DM – Diabetes Mellitus
ERPI - Estruturas residenciais para idosos
IMC – Índice de massa corporal
QdV – Qualidade de vida
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
VRSA – Vila Real de Santo António
UC – Unidades de Convalescença
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Bibliografia

- Amado, C., José, J. A., & Santos, S. (2016). Measuring Active Ageing: A Data Envelopment Analysis Approach. *European Journal of Operational Research*, 255, pp. 207-223.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (Vol. 4). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511665684
- Brownie, S., & Horstmannshof, L. (2011). The Management of Loneliness in Aged Care Residents: An Important Therapeutic Target for Gerontological Nursing. *Geriatric Nursing*, 32: 5, pp. 318-325.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência - FML.
- Caballero, P. F. (2017). *Modelización del Envejecimiento Activo*. Tesis Doctoral não publicada. Universidad de Málaga.

- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante as Prescrições Médicas*. Universidade de Lisboa, ICS. Lisboa: APIPHARMA. Obtido em 10 de abril de 2018, de <https://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: F.C. Gulbenkian.
- Canavarro, M., Vaz Serra, A., Simões, M., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - 100). *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp. 15-23.
- Cary, V. F.-P. (2016). *Stresse e Qualidade de Vida da Pessoa Idosa*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Catarino, T. d. (2015). *Avaliação do Perfil Funcional dos Idosos do Concelho de Monchique: Fundamentos com Vista à Intervenção do Fisioterapeuta*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Perguntas e Respostas*. Obtido em 2 de abril de 2018, de Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF): <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx>
- Dores, R., & Sousa, C. (2014). Envelhecimento Ativo: perceções de estudantes do ensino superior na área da educação. Em A. Anica, *Envelhecimento Ativo e Educação* (pp. 100-1006). Faro: Universidade do Algarve.
- Estêvão, S. V. (2017). *Qualidade de Vida de Idosos em Centro de Dia e em Serviços de Apoio Domiciliário*. Faro: Universidade do Algarve.
- EUROSTAT. (2018). *EUROSTAT*. Obtido de http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=sdg_03_10&language=en
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contributiones de la psicología*. Madrid: Piràmide.
- Fonseca, M. A. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar*. (A. M. Fonseca, Ed.) Lisboa/Porto: FCG/FEP-UCP. Obtido em 18 de maio de 2018, de <https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/?lang=pt-pt>
- Fontes, S. V. (2011). *A Aldeia de S. José de Alcalar: a inovação de uma resposta social. Dissertação de mestrado*. Lisboa: ISCTE. Obtido de [www:<http://hdl.handle.net/10071/4356>](http://hdl.handle.net/10071/4356)
- Gaudêncio, J., & Silva, M. E. (2011). Profiles of ageing in the South of Portugal: education and cognitive functioning in elderly persons living in institutionalized and community contexts. *Second Conference of ESREA Network on Education and Learning of Older Adults* (pp. 1-14). Braga: Universidade do Minho.
- Gaudêncio, J., Silva, M. E., & Dória, I. (2014). Perfis de Envelhecimento em Idosos com Idade Avançada: Resultados de um Estudo no Sotavento Algarvio. Em A. e.

- al, *Envelhecimento Ativo e Educação* (pp. 41-53). UALG. Obtido em 15 de dezembro de 2017
- Gaudêncio, J., Silva, M. E., & Dória, I. (2016). Perfis de Envelhecimento Mais ou Menos Bem-Sucedidos: um estudo no sotavento algarvio. *IV Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Algarve.
- Guerreiro, C. S. (2017). *Estudo dos Fatores de Risco de Queda no Domicílio de Pessoas Idosas*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Guerreiro, E. C. (2016). *Depressão e Capacidade Funcional em Idosos do Baixo Alentejo*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- INE, I.P. (2017). Anuário Estatístico da Região do Algarve 2016. Lisboa. Obtido em 10 de março de 2018
- Leal, A. B. (2012). *Qualidade de Vida dos Idosos na Rede de Cuidados Continuados Integrados do Algarve*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Lourenço, I. F. (2013). *Os Conhecimentos e a Presença de Complicações como Determinantes da qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Diabetes Mellitus*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Luísa, C. (2014). *Teorias Leigas sobre Saúde e Doença e Conceitos Relacionados em Pessoas Idosas*. Huelva: Universidade de Huelva.
- Luísa, C. (2017). *Teorias Leigas em Pessoas Idosas. Conhecer para Intervir. Guia para Educadores Sociais e Educadores*. Viseu: Psicossoma.
- Malveiro, J. M. (2015). *O modelo de Alcalar: vantagens comparativas de um paradigma residencial comunitário para idosos*. Dissertação de doutoramento. Faro: Universidade do Algarve.
- Marrachinho, A. L. (2014). *Qualidade de Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Martins, M. I. (2012). *O Envelhecimento e a Capacidade Funcional dos Idosos*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Mesquita, Z. R. (2013). *Institucionalização, Satisfação e Qualidade de Vida do Idoso*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Nogueira, P., Afonso, D., Alves, M. I., Vivêncio, P., Silva, J., Rosa, M., & Costa, A. (2014). *Potugal, Idade Maior em Números, 2014. A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: DGS.
- Nosraty, L., Jylhä, M., Raittila, T., Lumme-Sandt, K., Nosraty, L., Jylhä, M., . . . Lumme-Sandt, K. (2015). Perceptions by the oldest old of successful aging. Vitality 90+ Study. *Journal of Aging Studies*, 32, pp. 50–58.
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015. OECD INDICATORS*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (junho de 2016). OECD Regional Well Being. (OECD, Ed.) Obtido em 10 de março de 2018, de <https://www.oecdregionalwellbeing.org/PT15.html>
- Pacheco, G. T. (2014). *Fatores que Predispõem a não Adesão Terapêutica em Idosos com Gonartrosis*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Pais Ribeiro, J. L., & Marques, T. (10 (2) de 2009). Avaliação do Stress: a Propósito de um Estudo. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, pp. 237-248.
- Palma, R. I. (2011). *A Queda e a Capacidade Funcional do Idoso*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.

- Paúl, C., & Ribeiro, Ó. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. Em C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, R. I. (2014). *Depressão em Pessoas Idosas Institucionalizadas*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- PORDATA. (2018). *PORDATA*. Obtido de PORDATA: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Ribeiro, H. P. (2011). *Qualidade de Vida do idoso institucionalizado: realidade vivida na Rede Nacional de Cuidados Continuados do Algarve*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Sabala, I. F. (2012). *A Satisfação dos Utentes Idosos nos Cuidados Continuados no Algarve*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Santos, A. L. (2010). *Regresso a Casa após Internamento Hospitalar: dificuldades sentidas pela pessoa idosa com doença cardíaca na manutenção da terapêutica medicamentosa*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- SEFSTAT Portal de Estatística. (2016). Mapa de total de residentes por Distrito Ano 2016. Em S. d. Fronteiras (Ed.). Obtido em 13 de março de 2018, de <http://sefstat-web/>
- Silva, S. I. (2013). *Capacidade Funcional e Qualidade de Vida: Um Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e no Domicílio*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, pp. 364-371. Obtido de www.fsp.usp.br/rsp
- Sousa, R. A. (2015). *Prevenção de Quedas na População Geriátrica. Artigo de revisão*. Dissertação de mestrado. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Obtido em 10 de abril de 2018, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30513/1/Rita%20Sousa.pdf>
- Theurer, K., Mortensonb, W. B., Stonec, R., & Sutod, M. (2015). The need for a social revolution in residential care. *Journal of Aging Studies*, 35, pp. 201-210.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização mundial de Saúde (WHOQOL - BREF) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp. 41-49.
- Vilar, M. M. (2015). *Avaliação da qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Walker, A. (2013). Ageing and Quality of Life in Europe. Em D. Dannefer, & C. Phillipson (Edits.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (Paperback ed., pp. 573-586). London: Sage.
- WHO. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for action*. Noncommunicable Diseases and Mental Health. Adherence to long-term therapies project. Geneva: WHO. Obtido em 10 de fevereiro de 2018, de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

- WHO. (31 de January de 2018). Obtido em 2 de abril de 2018, de Falls:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
- World Health Organization. (1997). WHOQOL. Measuring Quality of Life. Geneva, Switzerland. Obtido em 13 de março de 2018, de
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneve: WHO. Obtido de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf