

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS  
EM SITUAÇÃO DE ABANDONO  
E/OU INTERNAMENTO SOCIAL  
EM AMBIENTE HOSPITALAR

Dissertação de Mestrado

Cátia Vanessa Pereira Martins

Trabalho realizado sob a orientação de

Professora Doutora Jenny Sousa

Leiria, setembro de 2023

Cátia Martins

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

*A velhice, aquela da qual todos fugimos, mas à qual todos desejamos chegar,  
pode ser boa se nela existirem amor e respeito.  
A velhice só é negra quando profundamente marcada pela solidão.*

Carmen Garcia

A todos(as) os(as) que já foram e que confinamos a nada mais serem.  
Aos(às) que já só (sobre)vivem do nada que lhes compõe os dias,  
porque a isso os(as) submetemos.  
Àqueles(as) a quem enchemos de tempo,  
apenas para tempo terem de sentir já o não ter.  
A todas as pessoas idosas que teimamos manter na invisibilidade.  
A todos os avôs e a todas as avós que tanto fizeram, que tanto sabem,  
que tanto têm para partilhar, mas que tão pouco importa honrar.  
A todos os nossos velhos e a todas as nossas velhas, por uma Aurora.

## AGRADECIMENTOS

Inacabados, somos o resultado, inigualável, do tudo e do nada que compõem a nossa existência. Importa-me, por isso, e antes de mais, um sentido reconhecimento a esse tudo e a esse nada dos quais resulto.

Depois, às pessoas que me tornaram e me tornam, que me sustentam e elevam, hercúlea e orgulhosamente, seja na composição de tese, seja na composição da vida. Aquelas de quem, a elas nascendo ligada ou trazendo-me a vida essa ligação, tive a lucidez de me ladear.

À professora doutora Jenny Sousa, por todas as sugestões, recomendações e apoio, absolutamente fundamentais para a conclusão deste trabalho. Por ser, sempre, uma brilhante – e disponível! – bússola norteadora, neste labiríntico percurso.

Por último e, aqui, mais importante, à Aurora, a quem se deve este estudo. Ambiciono, apenas, que em mim residam alguma da retidão, alguma da bondade, alguma da generosidade a que esta inspiradora avó, que tive o privilégio de ter como minha, dava vida.

Em nenhum destes casos poderia ter tido melhor.

## Resumo

O envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais evidente na sociedade contemporânea. No entanto, apesar deste fenómeno ser amplamente (re)conhecido e discutido, ainda nos deparamos com desafios significativos no que diz respeito à preparação adequada para lidar com as necessidades e exigências que apresenta uma população envelhecida.

Ao explorar as raízes da discriminação e da violência direcionadas a idosos(as), serão considerados fatores como estigmas sociais, preconceitos etários e a falta de políticas sociais e de saúde voltadas especificamente para este grupo. O ambiente hospitalar tem-se revelado um cenário preocupante, onde encontramos situações frequentes de abandono das pessoas idosas.

Serão examinadas as causas e as consequências destas questões, incluindo o impacto que representam na qualidade de vida e na saúde física e mental dos(as) idosos(as), sublinhando a importância da intervenção social junto destas situações.

Assim, este estudo tem como objetivos conhecer a existência de projetos sociais, em ambiente hospitalar, com ênfase naqueles direcionados a pessoas idosas; investigar, na perspectiva de profissionais hospitalares, as razões subjacentes à falta de preparação social para o envelhecimento, bem como as consequências que essa falta de preparação acarreta para esta população; e, ainda, identificar as áreas a privilegiar neste domínio, expondo a urgente necessidade de uma intervenção eficaz, destacando a importância de políticas públicas mais efetivas e de uma mudança de paradigma, em relação à valorização e inclusão das pessoas idosas na sociedade.

Intentando responder a estes objetivos, foi aplicado um questionário *on-line*, incluindo perguntas abertas e fechadas, direcionado a todos(as) os(as) profissionais de hospitais públicos

portugueses. A amostra compreende 140 participantes, representando hospitais, de 14 distritos.

Os resultados obtidos sugerem que, de forma transversal, não é representativa a resposta social, em ambiente hospitalar, direcionada a pessoas idosas em situação abandono e/ou internamento social. Não obstante, existe, junto destes profissionais, a crença da existência de respostas desta natureza podem trazer benefícios a este grupo, revelando-se, portanto, pertinente a implementação de projetos adequados, nos hospitais nacionais.

Espera-se que o presente trabalho contribua para a consciencialização sobre o panorama do envelhecimento populacional, bem como do abandono de idosos(as) em hospitais, contribuindo para transformação da sociedade, assente numa postura de ação mais justa, mais inclusiva, mais compreensiva e mais respeitadora da (*nossa*) população idosa. Para tanto, serão deixadas linhas orientativas, breves, na implementação de um possível projeto social, enquanto resposta às situações de abandono e/ou internamento social hospitalar, de pessoas idosas, que atue tanto na prevenção do isolamento quanto na promoção do cuidado e bem-estar dos(as) idosos(as) nos hospitais portugueses.

### **Palavras-chave**

Pessoas idosas; envelhecimento; hospital; internamento social; projetos sociais.

## ABSTRACT

Population aging is an increasingly evident reality in contemporary society. However, despite this phenomenon being widely recognized and discussed, we still face significant challenges regarding adequate preparation to address the needs and demands of an aging population.

By exploring the roots of discrimination and abandonment of the elderly, will be considered factors such as social stigmas, age-related prejudices, and the lack of social and healthcare policies specifically tailored for this group. The hospital environment has proven to be a concerning setting where frequent situations of elderly abandonment arise.

The consequences of these issues will be examined, including the impact on the quality of life and the physical and mental health of the elderly, emphasizing the importance of social intervention in these situations.

This study aims to map the presence of social projects in a hospital environment, with an emphasis on those directed towards elderly individuals; investigate from the perspective of healthcare professionals the underlying reasons for this lack of social preparation for aging, as well as the consequences that this lack of preparation has for this population. It also aims to identify the areas that should be prioritized in this domain, exposing the urgent need for effective intervention, and highlighting the necessity for more effective public policies and a paradigm shift regarding the valorisation and inclusion of the elderly in society.

Attempting to address these objectives, an on-line questionnaire was administered, including open-ended and closed-ended questions, targeting all professionals in Portuguese hospitals. The sample comprised 140 participants, representing hospitals from 14 districts.

The results obtained suggest that, across the board, the social response in the hospital setting, directed towards elderly individuals in situation of social hospitalisation, is not representative. Nevertheless, among these professionals, there is a belief that such a response would bring benefits to this group, thus highlighting the relevance of implementing appropriate projects.

It is expected that this work will contribute to raising awareness about the reality of population aging, contributing to transformative society based on a fairer, more inclusive, understanding, and respectful approach towards the elderly population. Towards this end, brief guiding principles will be provided for a potential social project in response to cases of abandonment and/or social hospitalization of elderly individuals. This project aims to address both the prevention of isolation and the promotion of care and well-being for the elderly in Portuguese hospitals.

### **Keywords**

Elderly; aging; hospital; social hospitalization; social projects.

# ÍNDICE

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Índice .....	ix
Índice de Tabelas e Figuras .....	xi
Abreviaturas .....	xii
Introdução .....	13
O (amargo) assimilar da realidade – Motivação .....	16
Problema de investigação e pertinência do estudo .....	17
Questão de investigação e objetivos .....	20
Estrutura do trabalho.....	21
Capítulo I – Envelhecimento, Inevitável condição.....	23
1.1.    Envelhecimento, Envelhecer e Velhice.....	24
1.1.1.    Caracterização demográfica portuguesa .....	27
1.1.2.    Envelhecimento ativo e saudável e qualidade de vida .....	30
1.2.    A sociedade perante o envelhecimento .....	36
1.2.1.    Preconceito e violência dirigidos à pessoa idosa.....	38
Idadismo .....	42
Capacitismo .....	43
Violência .....	44
1.2.2.    Internamento hospitalar inapropriado de pessoas idosas.....	48
Fatores que contribuem para o internamento inapropriado da pessoa idosa ...	49
Impacto físico e mental do abandono, na saúde da pessoa idosa .....	51
Panorama português .....	53
1.3.    Cidadania e solidariedade intergeracional.....	55
1.3.1.    Políticas públicas e de prevenção.....	56

Capítulo II – Metodologia .....	59
2.1.    Tipo de estudo.....	60
2.2.    Técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	60
2.3.    Participantes e amostra .....	61
2.3.1.    Caracterização dos(as) participantes .....	62
2.4.    Técnicas de análise dos dados.....	64
2.5.    Questões éticas.....	66
Capítulo III – Apresentação e Discussão de Resultados .....	67
3.1.    Desafios, Razões, Consequências, Soluções, Contributos .....	68
3.2.    Existência de projetos sociais em ambiente hospitalar.....	79
3.3.    Existência de pessoas idosas em situação de internamento social.....	83
Considerações finais .....	86
Desafios e limitações do estudo.....	90
O Projeto Aurora como recomendação .....	92
Referências bibliográficas.....	94
Anexos .....	101
Anexo 1 – Questionário .....	101
Anexo 2 – Quadros .....	102
2.1.    Quadros – Capítulo I .....	102
2.2.    Quadros – Capítulo III.....	105
Anexo 3 – Tabelas.....	113
3.1.    Tabelas – Capítulo I.....	113
3.2.    Tabelas – Capítulo III .....	113
Anexo 4 – Gráficos.....	119
Anexo 5 – Ilustrações e Imagens .....	120

# ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

## TABELAS

Tabela 1: Caracterização do número de internamentos inapropriados, para pessoas acima dos 65 anos, em território nacional..... 54

Tabela A: Distrito onde se localiza o Hospital no qual os(as) participantes desempenham funções..... 62

Tabela B: Cargo/função profissional desempenhada no Hospital ..... 62

Tabela C: Lida com pessoas idosas, no exercício das suas funções profissionais ... 63

## FIGURAS

Figura 1: “Infografia: Desafios de um país cada vez mais idoso” ..... 28

Figura 2: Estatísticas APAV: pessoas idosas vítimas de crime e de violência ..... 46

## ABREVIATURAS

APAH – Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

APSS – Associação de Profissionais de Serviço Social

APTAS – Associação Portuguesa dos Técnicos Auxiliares de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

CRP – Constituição das República Portuguesa

DUHU – Declaração Universal dos Direitos Humanos

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

I.P. – Instituto Público<sup>1</sup>

ISS – Instituto da Segurança Social

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PSP – Polícia de Segurança Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

---

<sup>1</sup> Segue-se, por norma, às siglas referentes aos órgãos públicos governamentais.

## INTRODUÇÃO

Inelutável, tão incontornável quanto o passar do tempo, envelhecer é um processo real, do qual resultam, no caso do ser humano, alterações corporais e cognitivas visíveis e/ou perceptíveis.

Assistimos, de forma evidente, a significativos avanços médicos e tecnológicos propícios a uma melhoria na saúde física e mental do ser humano, permitindo, assim, o prolongamento da sua vida, de forma salutar e proveitosa. Devido a estas melhorias nos cuidados de saúde, associadas a uma maior e crescente consciencialização sobre a importância do bem-estar e estilo de vida mais saudável, o ser humano, hoje, enquanto espécie, vive até idades mais avançadas e com mais qualidade do que no passado – um feito de sucesso para a humanidade. Não obstante estes avanços, testemunhamos vários desafios que se apresentam na vida adulta tardia<sup>2</sup> – abordados e melhor detalhados adiante –, quer às pessoas que vivem este período, quer à sociedade, a nível global, perante o crescimento do envelhecimento populacional (Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2017; Sousa, 2021; Papalia & Martorell, 2022; United Nations (UN), 2023).

O aumento da expectativa de vida e a redução da taxa de natalidade são os principais fatores dos quais resulta uma população global mais envelhecida. Segundo dados apresentados por Papalia e Martorell (2022), “estima-se que em 2040 a população de pessoas com 65 anos ou mais, no mundo inteiro, será de 1,6 bilhão, [sendo,] em muitas partes do mundo, a população que cresce mais rápido a de pessoas com 80 anos ou mais” (p. 496). Estes dados são corroborados pelo Relatório Social Mundial de 2023<sup>3</sup>, da United Nations<sup>4</sup> (UN), que estima que “o número de pessoas com 65 e mais anos passe de 761 milhões em 2021, para 1,6 bilhões em 2050” (p. 17), num aumento de cerca de 110%. O mesmo relatório aponta que “em 2021, 1 em cada 10 pessoas no mundo tinham idade de 65 anos ou mais. Em 2050 projeta-se que este grupo etário representará 1 em cada 6 pessoas globalmente” (p. 17).

---

<sup>2</sup> De 65 anos em diante; sobre este tema, poderá ser consultada o Quadro 1.1, em Papalia e Martorell (2022, pp.6-7), que apresenta os “principais desenvolvimentos típicos em oito períodos do desenvolvimento humano” (aqui representada no Quadro 1 do Anexo 2.1.).

<sup>3</sup> Original: World Social Report 2023.

<sup>4</sup> United Nations (UN) ou ONU (Organização das Nações Unidas).

Trata-se de uma realidade cada vez mais incontestável na sociedade atual, apresentando inúmeros desafios para indivíduos e comunidades em todo o mundo, consistindo, como tal, conforme referido por Vieira e Vieira (2020), “o envelhecimento demográfico e o envelhecimento humano dos fenómenos mais estudados hoje pelos cientistas sociais” (p. 579). Assistimos, em consequência disto, a uma crescente preocupação mundial perante as questões relacionadas com esta alteração demográfica, que traz implicações para as políticas públicas<sup>5</sup>, serviços sociais e de saúde, economia e estrutura social em geral. Neste sentido, faz-se sentir a necessidade de uma implementação concreta e eficaz de estratégias de envelhecimento ativo e saudável e de qualidade de vida.

Esta mudança demográfica global, em direção a uma população mais envelhecida, tem implicações significativas em diversos aspetos, incluindo os sistemas sociais e de saúde. Muito embora esta realidade seja amplamente (re)conhecida e debatida (Serviço SNS, 2017; Nunes, 2017; Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), 2020; Sousa, 2021; UN, 2023), a sociedade depara-se, ainda, e de forma crescente, com importantes obstáculos no acautelamento, acompanhamento e abordagem adequados, ao lidar com as necessidades resultantes deste cenário (Neto, 2004; Cabral, 2016; Nunes, 2017; Soares, 2022).

Uma manifestação destes obstáculos, que se salienta de modo particular, é a problemática do preconceito, marginalização e violência<sup>6</sup> dirigidos a pessoas idosas<sup>7</sup>, que se podem refletir no seu abandono (APAV, 2020), nomeadamente aquele verificado em ambientes hospitalares (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), 2020, 2023b). Esta situação vem trazer a palco questões sobre discriminação e negligência, mas também sobre alteração, carências e roturas nos vínculos familiares tradicionais, a falta de capacidade das famílias e ou cuidadores(as) – perante a carga financeira e horária e as exigências psicológicas e emocionais –, para responder às necessidades dos seus ascendentes, e, ainda, sobre a escassez de vagas em Estruturas

---

<sup>5</sup> Conceções institucionalizadas que visam a solução de problemas públicos que afetam um determinado grupo.

<sup>6</sup> “Reconhecendo a existência das diferentes terminologias [*violência, abuso e maus-tratos*], o Manual Titono [APAV (n.º 8)] optou por recorrer ao vocábulo “violência”, «pela sua maior abrangência e por se tornarem mais claras para o Senso Comum e, naturalmente, também para os meios profissionais implicados no tema.» (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2020, p. 17). A presente dissertação é redigida de acordo com o parecer da APAV e, como tal, será aplicada a expressão *violência contra pessoas idosas* (ou *violência dirigida a pessoas idosas*).

<sup>7</sup> Apesar de ser definido pela Segurança Social, de acordo com a classificação cronológica da Organização Mundial de Saúde (OMS), que pessoa idosa é aquela com 65 e mais anos (Instituto da Segurança Social, I.P. [ISS] & Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. [ACSS], 2015, p. 8), considera-se, na presente dissertação, que pessoa idosa é aquela que já entrou na fase da vida adulta tardia, portanto, com mais de 65 anos (conforme Papalia e Martorell, 2022, pp. 6-7), salvo queles casos onde a literatura refira especificamente “pessoas de 65 ou mais anos”.

Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), lares ou na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), questões estas que, na maioria das vezes, exponenciam e/ou adicionam situações de vulnerabilidade àquelas em que estas pessoas já se encontram (Dias et al., s.d.; Lima, 2010; Cabral, 2016; APAV, 2021; Soares, 2022; Garcia, 2022<sup>8</sup>).

A investigação levada a cabo incidiu sobre a problemática do abandono e/ou internamento social de idosos(as) em hospitais (portugueses), enquanto consequência dos estigmas sofridos por este grupo e das dificuldades dos sistemas sociais e familiares, bem como sobre a resposta que lhes é dada. Além de nos depararmos com uma carência de estudos específicos sobre este tema, apesar de se tratar de uma realidade que reflete números preocupantes, concluiu-se que, de forma geral, existem vários desafios enfrentados por pessoas idosas no momento da sua hospitalização, sendo estes intensificados quando se verificam situações de abandono e/ou internamento social, podendo, muitas vezes, materializar-se em consequências diretas para a saúde e bem-estar destas pessoas. Por outro lado, são identificadas a falta de apoio familiar e social, a falta de recursos e disponibilidade, o nível de dependência e a alteração de valores sociais e familiares, as principais motivações que conduzem ao internamento social.

Confirmou-se, ainda, a existência de projetos sociais, em ambiente hospitalar, em 16 dos 20 distritos portugueses, tendo sido observada incidência daqueles direcionados a pessoas idosas e sendo a parceria entre hospitais e entidades externas o formato predominante de implementação. Já quanto às áreas a privilegiar, na implementação de projetos sociais, a gerontologia é apontada como prioritária.

Além disto, a pesquisa reconheceu a importância de aprofundar questões emergentes em respostas de participantes e a necessidade de incluir a perspetiva das pessoas idosas afetadas por essa realidade, em estudos futuros. Apesar das limitações, considera-se importante dar continuidade à investigação e considerar a implementação de intervenções direcionadas a este grupo.

Espera-se, desta forma, que este estudo contribua para uma maior compreensão da situação, e do seu alcance, e promova consciencialização e mudanças efetivas na sociedade. Através da identificação das lacunas existentes na resposta pública e na preparação social, procura destacar-se a urgência de uma abordagem mais imediata, abrangente e inclusiva, de acompanhamento e resposta às necessidades da pessoa idosa,

---

<sup>8</sup> Não se tratando de um estudo ou investigação científica, *A Última Solidão*, de Garcia, expõe histórias reais, de vulnerabilidade, de pessoas idosas institucionalizadas.

mormente em ambientes hospitalares, que contribua, de forma positiva, para o bem-estar e qualidade de vida destas pessoas. Ao fazê-lo, almeja-se estimular uma transformação social, que assegure o cuidado, de qualidade e em dignidade, direcionado a este grupo vulnerável da população, de forma mais justa, inclusiva, compreensiva e respeitosa.

Com estes objetivos em mente, serão apresentadas breves linhas orientativas à implementação de um projeto social, nos hospitais, que fomente a interação social e atenuo o isolamento e a solidão, enquanto componente de cuidado e bem-estar – o Projeto Aurora.

## O (AMARGO) ASSIMILAR DA REALIDADE – MOTIVAÇÃO

É usual referirmos que temos, em nós, numa (nem sempre) pacífica convivência, um lado racional e um lado emocional, que norteiam a nossa vida e as nossas decisões. Comumente afirmamos agir “com a cabeça” ou “com o coração”. Convida-se, contudo, quem lê para refletir sobre isto: é possível decidir, agir, pensar, de forma totalmente despojada de sentimento? Creio que não. Acredito que, em tudo o que fazemos – e por muito que trabalhemos para isto contrariar – há sentimento: todas as nossas decisões, ações, pensamentos, refletem emoção e, mesmo quando confiamos ter atuado de forma totalmente racional, esse racional assentará no nosso pilar emocional, ladrilhado, ele próprio, de experiências, vivências, expectativas e sentimentos.

A presente dissertação, e a investigação que a motiva, é o produto de uma circunstância pessoal: no decorrer de quatro anos, resultado de um enfarte do miocárdio, alguém próximo encontrou-se numa situação que, em tudo diferindo do seu anterior estado de independência e agilidade, culminou numa condição física e cognitiva de fragilidade, pautada por episódios de reincidência, que a conduziam, durante vários dias, ao internamento hospitalar (cuidados intensivos, primeiro, seguidos de um período de recuperação na enfermaria).

Nestes internamentos, garanti que recebia visitas, no mínimo, em dias alternados, numa tentativa de mitigar qualquer sentimento de solidão ou abandono nestes períodos que, por si só, se revelavam desafiantes. E, precisamente durante estes quatro anos e repetidos internamentos, me foi possível observar e presenciar o desafio social presentemente abordado: situações de abandono<sup>9</sup> e/ou de internamento social<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Neste contexto, muito específico, que aqui relato, remeto para internamentos, longos ou curtos, em ausência visitas e acompanhamento (que não aquele de natureza médico-hospitalar).

<sup>10</sup> Permanência no hospital após alta médica, por razões não médicas (ou não clínicas).

Compreendi, nesse mesmo período, na primeira pessoa, as dificuldades enfrentadas pelas famílias e cuidadores(as), em Portugal, mas, ainda, a dimensão da discriminação direcionados aos(às) mais velhos(as) – quadro, este, que pode produzir situações de abandono e solidão, que tem efeitos diretos na saúde (Lima, 2018).

Foi neste “confronto direto com o real” (Guerra, 2002, p. 75) que se formou (ainda que apenas num caderno de notas mental), o propósito deste estudo e a intenção de implementação de um projeto – Projeto Aurora – que pudesse apoiar estas pessoas.

O nome do Projeto – além de ser o nome próprio de alguém cuja existência compreensiva, respeitadora e empática, muito me inspirou, ensinou e moldou – foi atribuído por estabelecer uma analogia com o amanhecer: o princípio de um novo dia, o início, a nova oportunidade, uma nova fonte de mudança e esperança.

É, portanto, perceptível o interesse e motivação pessoais que são colocados nas questões que orbitam a problemática do cuidado e bem-estar das pessoas idosas, paralelamente à equidade e justiça sociais perante este grupo. Assim, a escolha do tema é, também, causada pela paixão que incide na expectativa de melhoria (real) na qualidade de vida dos(as) mais velhos(as) e, por conseguinte, na *minha*, na *nossa*, na da humanidade.

## PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A Dra. Célia Afonso Gonçalves afirmava, em 2006, consistir “o reconhecimento público da [violência<sup>11</sup> contra idosos(as)] como um problema médico e social [algo] relativamente recente” (p.739), sendo estas situações referidas na literatura médica apenas nos últimos, sensivelmente, 45 anos<sup>12</sup>. Ao longo das últimas décadas, constatámos uma crescente consciencialização sobre a magnitude e a gravidade da discriminação e violência sofridos pelos(as) mais velhos(as) – que se deve, em parte, ao significativo envelhecimento da população e consequente atenção direcionada aos direitos e à proteção das pessoas idosas. A partir dos anos 90, organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU),

---

<sup>11</sup> No original: “abuso”. De acordo com a APAV (2020), opta-se, como anteriormente referido, pela expressão *violência*, pois *abuso* “é definido como «mau uso; uso demasiado; exorbitância de atribuições; ultraje ao pudor» [J. Almeida Costa e A. Sampaio e Melo, Dicionário da Língua Portuguesa, 7.ª Edição, revista e ampliada, Porto Editora], parecendo uma mera tradução literal do termo «abuse» encontrado nos instrumentos e literatura internacionais”.

<sup>12</sup> No referido artigo, a autora aponta “30 anos”. Importa a revisão deste cálculo, dado tratar-se de uma diferença de 17 anos desde a sua publicação até ao momento de redação deste documento.

começaram a destacar a questão da violência contra idosos(as) como uma preocupação significativa para a saúde pública e para os direitos humanos.

O abandono em ambientes hospitalares, uma forma de violência direcionada a este grupo, constitui uma preocupante realidade que se verifica, atualmente, em Portugal. Até final de maio de 2023 foram contabilizadas 1675 situações de internamento inapropriado ou social (“considera-se internamento inapropriado [ou social] todos os dias que um doente passa no hospital quando já tem alta clínica e não existe um motivo de saúde que justifique a sua permanência em ambiente hospitalar” (APAH, 2023a, para. 5), ou seja, quando a sua permanência no hospital já não é clinicamente justificável, mas verificada por questões sociais), das quais cerca de 80% dizem respeito a pessoas idosas. Este cenário representou, para o estado português, um custo de quase 52 milhões de euros, até março do mesmo ano, estimando-se chegar a 226 milhões, até final de dezembro próximo, segundo dados apresentados pelo relatório do 7º Barómetro de Internamentos Sociais da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) (SIC<sup>13</sup> Notícias, 2 de junho de 2023; SIC Notícias & Lusa, 2 de junho de 2023).

Esta pode ser considerada uma questão altamente relevante no panorama social atual, ao redor do globo, quando ponderado o cenário constituído por uma população envelhecida, que enfrenta desafios de cuidados e bem-estar. Intenta-se, ao abordar essa problemática, trazer à luz temas importantes e fraturantes do tecido social e gerar discussões sobre a valorização e inclusão da comunidade sénior<sup>14</sup> na sociedade.

A origem desta problemática pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo estigmas sociais, preconceitos etários e falta de políticas públicas – de saúde e de apoio conveniente a famílias e cuidadores(as) –, especificamente direcionadas às necessidades da população idosa (APAV, 2020 e 2021; Soares, 2022; APAH, 2023). Como resultado, os(as) idosos(as) vêm-se frequentemente marginalizados e não encontram sistemas de apoio adequados, dentro dos hospitais. As consequências desta situação vão além das experiências imediatas do abandono: pessoas idosas que são vítimas de violência, incluindo a negligência, sofrem, frequentemente, de um impacto negativo na sua qualidade de vida e de efeitos adversos na sua saúde física e mental (Dias et al., s.d.; Neto, 2004; Cabral, 2016; APAV, 2020 e 2021; Soares, 2022; World Health Organization (WHO), 2022).

---

<sup>13</sup> Sociedade Independente de Comunicação (canal televisivo português, noticioso, com transmissão desde 8 de janeiro de 2001).

<sup>14</sup> Na presente dissertação, considerado aquele grupo que é composto por pessoas com idade acima dos 65 anos.

O Relatório Portugal Mais Velho, da APAV (2020), atesta que idosos(as) que sofreram ou sofrem de algum tipo de violência “apresentam maior risco de mortalidade, maior probabilidade de vir a experienciar uma deficiência e/ou sintomas de depressão, maior probabilidade de serem hospitalizadas e maior risco de perder autonomia” (p.44). Estas consequências reforçam a urgente necessidade de intervenções sociais eficazes e do desenvolvimento de políticas públicas abrangentes, que priorizem o bem-estar e a dignidade deste grupo, nomeadamente, dentro do ambiente hospitalar:

perceber as consequências da violência contra as pessoas idosas é pertinente não apenas para fundamentar a urgente necessidade de conceber políticas públicas concertadas que tutelem os direitos das vítimas, mas também para quantificar e demonstrar os custos de saúde e os custos económicos que podem ser evitados se tais políticas forem criadas e implementadas (APAV, 2020, p. 44).

É importante reconhecer que o bem-estar e a felicidade individual estão intrinsecamente relacionados ao contexto social e às condições em que as pessoas vivem, como tal, mudanças significativas na estrutura da sociedade podem ter um trazer maior conexão coletiva e relações internacionais mais sólidas (Sen, 2018; Mendes, 2020). Para tanto, importa encetar e manter diálogos inclusivos das pessoas idosas, abrangendo as suas visões e necessidades, mas absorvendo, ainda, o seu conhecimento, sabedoria e perspectivas únicas, na primeira pessoa, numa tentativa de modificar as estruturas existentes, promovendo um senso de comunidade mais forte, onde as pessoas se sintam conectadas umas às outras e tenham oportunidades de interação significativa. Uma abordagem centrada no(a) idoso(a) permitirá influenciar e modificar políticas, práticas e serviços que afetam diretamente as suas vidas. Beneficiaremos, enquanto sociedade, se escutarmos e considerarmos estas vozes, incentivando e promovendo um senso de comunidade mais forte, no qual relações intergeracionais sejam impulsionadas e fortalecidas, no qual prevaleçam sentimentos de conexão, no qual oportunidades de interação sejam significativas (Pimentel et al, 2016; Sousa, 2021). Esta postura contribuirá para a quebra de estereótipos negativos associados à idade e para o fortalecimento de laços sociais, criando uma sociedade mais coesa e conectada (Baron & Byrne, 2005; Cabral, 2016; Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021).

Esta dissertação de mestrado tem como objetivo explorar e aprofundar o conhecimento sobre a problemática do abandono e internamento social de idosos(as) em hospitais. Para além disso, procurou conhecer os desafios que se colocam na atuação com

a população envelhecida – bem como as eventuais implicações no bem-estar da pessoa idosa – em ambiente hospitalar.

## QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Portugal, de acordo com aquela que é a tendência mundial, depara-se com uma população envelhecida (Dias et al., s.d.; APAV, 2020, 2021; Soares, 2022; APAH, 2023). Poderá ser apontada, como uma das consequências deste cenário, associado ao preconceito, violência de que este grupo é vítima, nomeadamente em forma de abandono, podendo este verificar-se em ambiente hospitalar (Dias et al., s.d.; APAV, 2020; Cable News Network (CNN) Portugal, 2022; APAH, 2023)

Surgem, perante a realidade descrita, algumas interrogações. Aquela fundamental, norteadora deste estudo e, como tal, assumindo o papel de questão de investigação, será: *Como potenciar o bem-estar e a qualidade de vida de pessoas idosas em situação de internamento social nos hospitais portugueses?*

O aumento da longevidade, como será aprofundado adiante, exige atenção especial na garantia da dignidade de cuidados deste grupo. Revela-se fundamental identificar e compreender as necessidades específicas destes indivíduos, em situação internamento social nos hospitais, para desenvolver estratégias eficazes e sustentáveis que potenciem o seu bem-estar, melhorem a sua qualidade de vida e contribuam, assim, para um envelhecimento saudável.

Após revisão da literatura para a presente investigação, foi identificada ausência não só de dados e de estudos específicos que abordem a questão de forma aprofundada e sistemática, mas, ainda, de intervenções ou políticas específicas voltadas para estas pessoas, em Portugal. Atualmente, e tal como apresentado por Sousa (2018), “as políticas sociais dirigidas à intervenção na dependência centram-se nas respostas sociais centralizadas pela Segurança Social, e que se consubstanciam em espaços criados para dar apoio aos mais velhos, designadamente, estruturas residenciais para pessoas idosas” (p. 2). Ambas situações vêm reforçar a importância da questão de investigação apresentada, na medida em que se pretende estabelecer, com este estudo, conhecimentos e *insights* que possam contribuir na criação de soluções e políticas mais efetivas na abordagem deste tema.

Assim, e procurando dar resposta à questão de investigação, serão levados a cabo os seguintes objetivos:

- 1) Identificar, a nível nacional, a existência de projetos sociais em ambiente hospitalar;
- 2) Conhecer os projetos existentes, identificando aqueles que dão resposta a pessoas idosas em situação de internamento inapropriado ou social;
- 3) Conhecer, na perspetiva dos profissionais hospitalares, os desafios enfrentados pelas pessoas idosas, quando hospitalizadas;
- 4) Conhecer, na perspetiva dos profissionais hospitalares, as motivações do internamento social de pessoas idosas em hospitais e as suas consequências;
- 5) Identificar as áreas a privilegiar na natureza e resposta dos projetos sociais existentes em ambiente hospitalar, na perspetiva dos profissionais hospitalares;

## **ESTRUTURA DO TRABALHO**

A presente dissertação é composta por três capítulos principais: no enquadramento teórico, que ocupa o primeiro capítulo, será apresentado o quadro conceitual e investigativo do estudo, abordando diferentes dimensões do envelhecimento e da velhice. Serão apresentadas as questões demográficas relacionadas com o envelhecimento populacional, enquanto tendência mundial e evidenciando a realidade em Portugal, e abordada a importância do envelhecimento ativo e saudável no benefício da qualidade de vida e bem-estar dos(as) idosos(as). Serão, ainda, debatidas as questões relacionadas com o preconceito e a violência direcionados à pessoa idosa – incluindo conceitos como idadeísmo e capacitismo –, com especial enfoque no abandono em ambiente hospitalar enquanto consequência desse preconceito e concretização de forma de violência, e analisados os fatores que contribuem para este quadro e os impactos físicos e mentais do mesmo na saúde destas pessoas. Por fim, será apresentada uma análise do panorama português, no que a estas temáticas diz respeito.

O segundo capítulo é reservado à apresentação metodológica do presente estudo. Aqui, será exposta a metodologia adotada na pesquisa, descrevendo o tipo de estudo realizado. Serão caracterizado o grupo de participantes e detalhadas as técnicas e instrumentos utilizados para a recolha de dados, bem como as técnicas de análise empregadas para examinar os resultados obtidos. A questão ética será discutida para

garantir a integridade e respeito aos(às) participantes envolvidos na pesquisa, bem como aos hospitais a que estes(as) se encontram profissionalmente vinculados(as).

Os resultados obtidos, tal como a sua reflexão e discussão, surgem no terceiro capítulo. Será abordada a existência de projetos sociais direcionados a pessoas idosas nos hospitais portugueses, analisados, na perspetiva dos profissionais hospitalares, os desafios enfrentados por este grupo, aquando do seu internamento hospitalar, as razões que podem estar na base dos internamentos inapropriados em ambiente hospitalar e as consequências que deles advêm, para estas pessoas. Por fim, serão apontadas as áreas a privilegiar, na natureza dos projetos sociais implementados em ambiente hospitalar, ressaltando a necessidade de uma mudança de paradigma em relação à valorização e inclusão dos idosos(as) na sociedade. Acredita-se que esta exposição e respetiva análise permitirão uma melhor compreensão das questões relacionadas ao envelhecimento, ao abandono em ambiente hospitalar e à solidariedade intergeracional e que as conclusões obtidas contribuirão para uma visão mais abrangente e significativa do tema.

As considerações finais reservam-se para destacar os principais pontos abordados ao longo do trabalho, recapitulando a questão investigada e respondendo aos objetivos de investigação através dos resultados obtidos e das discussões apresentadas. Serão enfatizadas as implicações e contribuições do presente estudo para a compreensão do tema abordado e dispostas recomendações e sugestões para futuras intervenções – reforçando, sempre, a importância contínua do estudo do envelhecimento e do tratamento da pessoa idosa em dignidade e respeito.

## CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO, INEVITÁVEL CONDIÇÃO

Começamos a envelhecer no momento do nosso nascimento. A velhice é, senão, o resultado do curso da vida e do ato de viver. A sua organicidade e inevitabilidade, transversais ao ser humano, deveriam bastar na garantia dos Direitos Humanos, para uma vida adulta tardia em respeito e dignidade, contudo, nem sempre é a isto que assistimos.

Perante esta realidade, também ela um tema social fraturante, teve lugar, em 1982, em Viena, a Primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Um Plano Internacional de Ação foi formulado durante o evento, contendo um total de 66 recomendações destinadas aos países membros participantes, servido de pilar basilar à década de 1990 – um período de relevância crucial para a consolidação do tema do envelhecimento nas discussões nacionais e internacionais. Na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1991, foram adotados 18 princípios em prol da população idosa, nos quais se encontram englobados cinco temas essenciais: independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade (ONU, 1991).

Muito embora a velhice seja uma parte natural do ciclo de vida e deva ser vivida com respeito e dignidade, de acordo com os princípios definidos nos anos 90 e com o estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), nem sempre é o que acontece, na prática, nomeadamente em situações que espelham preconceito e violência dirigidos a estas pessoas, provenha esta da sua rede familiar e/ou cuidadora ou do estado (Simões, 1985, 1990; APAV, 2020, 2021; APAH, 2023). Essas iniciativas representaram passos significativos na abordagem das questões relacionadas ao envelhecimento e na busca por assegurar melhores condições de vida e bem-estar para a população idosa em todo o mundo, contudo, ainda persistem desafios e obstáculos a serem superados e precisa ser solidificada a consciencialização sobre a importância de garantir o respeito, a dignidade e a inclusão dos(as) idosos(as), reforçando princípios como a participação, a afetividade e o cuidado de modo geral (Simões, 2002; Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2017; Sousa, 2018; UN, 2023).

O envelhecimento não se limita a tratar-se de uma questão demográfica, mas de uma manifestação biológica que engloba vários aspetos sociológicos, políticos e económicos, concatenados entre si. É, ao chegar a esta etapa, e motivado por vários constrangimentos físicos, cognitivos, financeiros e sociais, que este grupo vê os seus direitos violados e é vítima de violências várias e interseccionais.

Por todo o lado, os idosos são infantilizados (...) imobilizados na tentativa de garantir a segurança enquanto se lhes rouba a dignidade... [o mundo: a nossa sociedade, o nosso país,] os nossos lares estão cheios de práticas erradas. Práticas que desrespeitam a velhice, que a menosprezam e que transformam em creches para idosos aquilo que deveria sempre ser a casa de alguém que já viveu muito, que acumulou experiência e que deu, em tempo próprio, o seu contributo à sociedade. (Garcia, 2022, p. 24).

A associação, generalizada, do envelhecer a um declínio do ser humano é uma das causas na base destes sentimentos e atitudes: perante a construção social de insignificância e inconveniência que é atribuída à vida das pessoas mais velhas – sobretudo por se pensar que pouco lhes resta dessa vida e/ou que pouco lhes resta que valha a pena – acabando, esta fase, por “ser entendida como sinal de debilidade e de patologia” (Vieira & Vieira, 2020, p. 587), na qual o(a) próprio(a) “sujeito idoso contemporâneo [se vê] inserido num processo amplo de mudança que volatiliza os quadros de referência e a ancoragem estável no mundo social” (Sousa, 2018, p. 6). Assim,

o grupo das pessoas idosas é um grupo constantemente desprovido, ora do mundo do trabalho pela sua idade (consequentemente menor importância social), ora pela falta de poder de consumo (baixos rendimentos, baixo consumo). São também muitas vezes privados da própria família, que lhe providencia uma retaguarda fragilizada e/ou mesmo nula (Cabral, 2016, p.33).

Importa, na mudança deste paradigma, que se considere e exponencie a visão de Vieira e Vieira (2020), ao determinarem que “os idosos são uma espécie de sobreviventes do passado.” (p. 586). Assim, devemos criar espaço na “nossa cultura, à vivência da heterogeneidade, da diversidade, nesse período da vida, valorizando a agitação e a quietude; a atividade e a inatividade; a disposição e o Descanso” (Dias et al., 2014, p. 127). Chegar a uma idade avançada, não deverá nem poderá significar exclusão, segregação e/ou discriminação. É fundamental que, enquanto sociedade, respeitemos e promovamos o respeito, a dignidade e os direitos de todas as pessoas, independentemente da idade, garantindo participação social plena e ativa, na vida em comunidade, durante a velhice.

## **1.1. ENVELHECIMENTO, ENVELHECER E VELHICE**

O tempo decorre, uniforme, para todos os seres humanos, não obstante, o processo de envelhecimento e a velhice manifestam-se de formas distintas em cada um de nós.

Enquanto “o envelhecimento diz respeito a um processo que ocorre ao longo de toda a nossa vida (...) a velhice é uma fase da vida, a última” (Lima, 2010, p. 15).

Pela sua inevitabilidade, pela finitude que transporta, poucos temas têm sido tão estudados e recebido tanta atenção e preocupação por parte do ser humano quanto o envelhecimento e as consequências, imediatas, a ele associadas (Simões, 1985, 1990, 2002; Neto, 2004; Parente, 2006; Trenti et al., 2006; Lima, 2010; Cabral, 2016; Pimentel, 2016; Nunes, 2017; Sousa, 2018, 2021; Reis et al., 2019; Mendes, 2020; Vieira & Vieira, 2020; Sousa et al., 2022). Trazendo consigo significativas perdas físicas, cognitivas e sociais, generalizadas, a vivência da velhice é também individual, diferindo, a sua experiencição, entre indivíduos e contextos (Neto, 2004; Parente, 2006; Cabral, 2016; Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021; Papalia & Martorell, 2022).

Refletir sobre envelhecimento obriga a considerar a sua complexidade, enquanto processo multidimensional, que envolve diversos fatores. “Os estudos têm demonstrado que estas condicionantes estão relacionadas com os contextos sociofamiliares, com a saúde física e mental, situação económica, cultural e ambiental” (Instituto da Segurança Social, I.P. [ISS] & Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. [ACSS], 2015, p. 12). Por um lado, temos a condição biológica, associada a mudanças progressivas, contínuas, resultantes do implacável passar do tempo e que nos aproximam mais do momento da morte, compondo o “processo chamado de senescência, o declínio [e decadência] no funcionamento físico” (Papalia & Martorell, 2022, p. 502) – estamos perante o “envelhecimento primário, um processo gradual e inevitável de deterioração física que começa cedo na vida e continua ao longo dos anos (...) [fazendo do envelhecimento] uma consequência inevitável de ficar velho” (Papalia & Martorell, 2022, p. 500). Por outro lado, fatores ambientais, psicológicos, sociais e culturais, fatores, portanto, evitáveis ou contornáveis, não poderão ser descurados quando pensamos em envelhecimento – estes constituem o “envelhecimento secundário, [que] resulta de doenças, abusos e maus hábitos” (Papalia & Martorell, 2022, p. 500).

Papalia e Martorell (2022) consideram, estas, as duas essenciais transformações associadas à vida adulta tardia e ao passar da idade: as alterações físicas – que englobam o declínio no funcionamento dos órgãos e organismo, as mudanças na atividade cerebral, a debilitação das funções sensoriais e psicomotoras, diferentes ciclos de sono e a redução da atividade sexual; e a saúde física e mental – da qual fazem parte as condições de saúde, as doenças crónicas e/ou incapacitantes, o estilo de vida, hábitos e vícios, e as perturbações comportamentais e mentais.

Desde logo, é observado um aumento nas limitações físicas e a saúde torna-se uma questão cada vez mais preocupante. Vieira e Vieira (2020), refletindo sobre o exposto por Duarte Silva (2005), referem ser defendido por gerontólogos “que a velhice se vive, primeiro que tudo, no corpo, com o aparecimento dos cabelos brancos, as rugas, as dificuldades de visão e audição, a lentidão dos reflexos, entre outras” (p.586). Destacam-se assim, as que ocorrem nos domínios corporal, cognitivo e psicológico (Sousa & Baptista, 2015, p. 191), que são vividos, conjuntamente, com pressões culturais, perdas de papéis sociais e perdas nas relações interpessoais, que tendem a acumular-se. Nas palavras de Sousa e Baptista (2015): “a perda dos amigos, dos familiares, mas, sobretudo, do cônjuge, constitui-se como um dos grandes fatores de stress na vida das pessoas idosas uma vez que obriga a uma reconstrução do mundo e da vida (p. 191)”. Por fim, as pessoas mais velhas experienciam a noção de escassez de tempo e, de forma mais presente, de finitude eminente. Este é um período que se constitui, como tal, “de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, [mas também] no plano das relações interpessoais, essencialmente nas mais ligadas ao exterior” (Vieira & Vieira, 2020, p. 586).

Como nos refere Cabral (2016) “as pessoas idosas porque deixam de contribuir para a economia de mercado, vêm-se forçadas a quebrar com as relações e funções criadas ao longo do seu ciclo de vida, devido a estes desígnios do modelo de inclusão económico capitalista” (p. 27). O afastamento de posições profissionais e papéis sociais de relevância, enquanto membros ativos e produtivos da sociedade, traduzem-se numa quebra que acarreta, na maioria das vezes, a redução de manifestações de admiração e respeito, provocando sensação de vazio e indefinição identitária. Estas alterações, (auto) entendidas como princípio do declínio, vêm deteriorar a imagem que a sociedade tem destas pessoas que estas têm de si (Simões, 1985, 1990, 2002; Baron & Byrne, 2005; Parente, 2006; Cabral, 2016; Lima, 2018). Percecionando as diferenças físicas e a perda do seu estatuto social e profissional, surgem sentimentos de tristeza e inutilidade: sente-se decadência, que motiva o isolamento, dando, por fim, lugar ao “desespero, não somente por nostalgia do passado, mas, também, por ausência de um futuro, de um projeto para o dia de amanhã” (Vieira & Vieira, 2020, p. 587). “Estas transformações significam um desafio para quem envelhece: a aceitação de um novo *self*. Com a possível perda da autonomia funcional, outro desafio é colocado: o ficar dependente” (Vieira & Vieira, 2020, p. 586).

Importa, portanto, valorizar a diversidade de experiências e trajetórias de vida das pessoas idosas, de forma individual: cada indivíduo envelhece de maneira única, com suas próprias aptidões e competências, interesses e contribuições para a sociedade. Simões (1991) propõe que seja considerado, em conformidade com a amplitude deste processo,

aqui previamente exposta, o meta-modelo de “life-spam”: trata-se de um modelo que concebe o desenvolvimento da pessoa idosa como um processo “plural e multifacetado: que [se processa] de maneira diferente, consoante a dimensão considerada” (p. 184), “não exclusivamente caracterizado por mudanças unidireccionais, qualitativas e irreversíveis, mas também por mudanças quantitativas, pluridireccionais e reversíveis” (p.178), uma perspectiva multidimensional, na qual “o processo de envelhecimento decorre da correlação de múltiplos processos do desenvolvimento, sendo influenciado por diversos fatores biológicos, sociais e psicológicos, os quais interagem de modo constante” (Galvão & Gomes, 2021, p. 163). Como tal, a idade avançada não deve ser um critério de marginalização ou exclusão, mas tido como depósito de sabedoria e aglomerado de experiências (Simões, 1985, 1990, 2002; Pimentel, 2016; Sousa, 2018, 2021).

Esta reflexão permite uma melhor e maior compreensão das dimensões deste processo e capacita-nos a questionar atitudes e procedimentos, muitas vezes intrincados em crenças negativas e estereotipadas em relação à velhice, respeitando e valorizando outras experiências e percursos: “quer se trate de amostras de jovens, de pessoas de meia-idade ou de idosos, todas as investigações indicam que ser velho é considerado menos desejável que ser jovem” (Kalish, 1975, como citado em Simões, s.d., p. 215). Tal como nos apresenta Simões (s.d.), respaldado por estudos que enumera na mesma publicação, “no que respeita, especificamente, aos estereótipos relacionados com os idosos, investigações americanas dão conta da sua existência, a todos os níveis de idade” (p. 207). É essencial este reconhecimento para uma ação multidisciplinar, holística, num esforço coletivo, promotor de uma cultura de respeito, valorização e inclusão para a população sénior, que envolva governo, instituições, famílias, cuidadores(as) e a sociedade como um todo.

### **1.1.1. Caracterização demográfica portuguesa**

Enquanto tendência mundial, o envelhecimento populacional é uma realidade e uma preocupação:

Em 2015, 617 milhões de pessoa no mundo tinham 65 anos ou mais, e até 2050, projeta-se uma população total dessa faixa etária de 1,6 bilhão. Para 2020, estimava-se que houvesse mais pessoas com 60 anos ou mais no planeta do que crianças com menos de 5 anos (Papalia & Martorell, 2022, p. 497).

Esta realidade, tal como apresentado por Lima (2010), deve-se, sobretudo, à melhoria da saúde pública (alavancada pelos avanços tecnológicos e científicos),

graças à educação para a saúde e à promoção da saúde, a melhoria das condições sociais, da nutrição e, mais recentemente, os avanços da medicina preventiva e curativa têm também contribuído para a redução da taxa de mortalidade. (...) Paralelamente ao declínio da mortalidade, verifica-se também o declínio da fecundidade no período pós-baby boom, que fez acentuar o processo de envelhecimento demográfico, no mundo desenvolvido, em geral, e na Europa em particular (p. 92).

Em Portugal, segundo dados PORDATA e Instituto Nacional de Estatística (INE), em conformidade com os Censos de 2021, o índice de envelhecimento<sup>15</sup> é de 182,1%<sup>16</sup>, existindo uma média de 2,7 pessoas em idade ativa<sup>17</sup> por cada pessoa idosa. Tal como podemos observar na infografia abaixo, a projeção para o ano de 2050 indica que 36% da população portuguesa terá 65 ou mais anos, estimando-se existirem 16 idosos(as) por cada 5 jovens<sup>18</sup>:

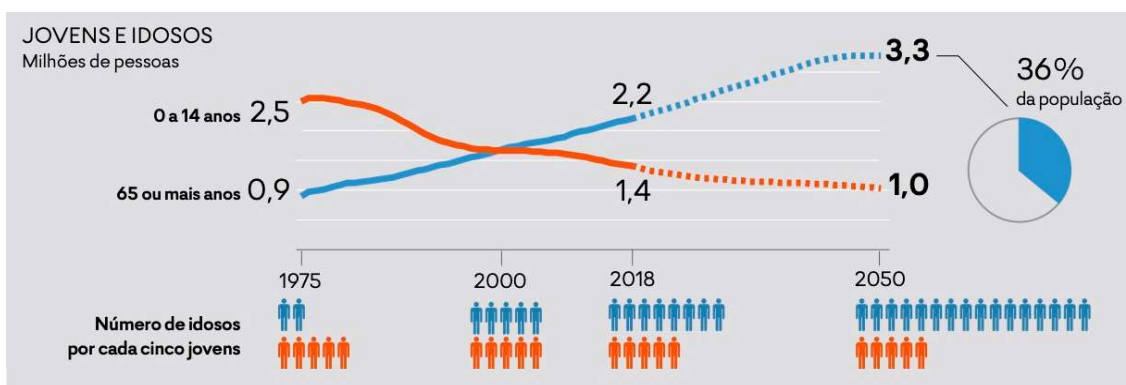


Figura 1: “Infografia: Desafios de um país cada vez mais idoso – A sociedade portuguesa e, em particular, as cidades vão ter de se adaptar a uma população que está a envelhecer rapidamente” (Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], s.d.)

O aumento do número de pessoas idosas e a significativa melhoria das condições de vida e saúde, convertem-se no prolongamento da esperança média de vida. Em 2022, a idade média da população portuguesa fixou-se em 46,8 anos – a segunda mais elevada entre os 27 países membros da União Europeia –, tornando-se, assim, Portugal o país com o maior aumento nesse indicador nos últimos 10 anos. Segundo dados publicados pela

<sup>15</sup> Relação entre número de idosos(as) e jovens.

<sup>16</sup> Traduzindo-se em 182 idosos(as) por cada 100 jovens.

<sup>17</sup> Pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, inclusive. Considere-se, na presente dissertação, que *idade ativa* se refere a idade ativa profissional, enquanto contributo produtivo para o sistema social e económico pelo qual se rege Portugal (assente nos princípios de produção capitalista). A utilização do termo “ativa”, neste contexto, é questionada na pela investigadora, indo ao encontro daquela que é uma das ideias neste trabalho defendidas – do valor, envolvimento e participação social de pessoas idosas – e rejeitando a associação simplista de que pessoa em *idade ativa* será aquela que contribui (apenas) financeiramente.

<sup>18</sup> Traduzindo-se, isto, em 320 idosos(as) por cada 100 jovens; uma projeção reforçada pela projeção do INE, conforme representado no Tabela 2 do Anexo 3.1.

Eurostat, “a idade média dos residentes na UE atingiu a 01 de janeiro de 2022 os 44,4 anos, tendo aumentado 2,5 anos face a 2012 (...). Em Portugal, subiu quase cinco anos” (Comunidade Cultura e Arte & Lusa, 2023<sup>a</sup>, para. 2).

Esta evolução traduz-se num acentuado aumento de pessoas com mais de 100 anos. Em território nacional são, atualmente, como avançado pelo Expresso (2023) mais de 2900<sup>19</sup>, retratando um crescimento de 77% das pessoas centenárias, na última década.

O gabinete de estatística aponta ainda que o rácio de dependência<sup>20</sup> dos(as) idosos(as) da UE “também aumentou em 2022, ao fixar-se nos 33%, face a 32,5% [sic] um ano antes e 27,1% em 2012. Portugal apresenta o terceiro rácio mais alto de dependência de idosos, de 37,2%” (Expresso, 2023, para. 6-7), podendo mesmo “ascender a 62,8% em 2050, o mais alto entre os Estados-membros” (Comunidade Cultura e Arte & Lusa, 2023b, para. 1). Deve-se, refere o relatório sobre Portugal, divulgado pela Comissão Europeia, a “uma população cada vez mais envelhecida, uma baixa taxa de fertilidade, uma migração líquida em declínio e [redução] [sic] da população em idade ativa”, segundo a mesma fonte, (para. 3), e representa uma dificuldade e um desafio para a economia nacional (para. 2). Além disto, segundo dados EUROSTAT, Portugal é o quinto país<sup>21</sup> da UE com os piores resultados, quando avaliado o número de anos de vida saudáveis, sem qualquer limitação de saúde<sup>22</sup>, segundo notícia avançada pela Revista do Expresso (Soares, 2022).

Este quadro constitui-se um desafio para o país. Além do evidente desequilíbrio demográfico entre a crescente população idosa e população em idade ativa, esta desproporção vem gerar constrangimentos na sustentabilidade do sistema nacional de Segurança Social, colocando em causa a garantia de pensões e apoios no futuro, mas a também o crescimento económico, que fica comprometido pela falta de contribuição de pessoas em idade considerada ativa. Da mesma forma, o funcionamento do sistema nacional de saúde poderá ser prejudicado por este cenário, por serem necessários, cada vez mais, cuidados de saúde especializados. Por fim, o amplo envelhecimento populacional poderá gerar e/ou acentuar, como anteriormente referido, isolamento social e abandono – a que assistimos, sobretudo, entre aqueles(as) que vivem em áreas rurais ou têm menos

---

<sup>19</sup> A mesma notícia avançava o número exato de 2940, na data da sua publicação (11 de julho).

<sup>20</sup> Definido como o rácio do número de pessoas idosas (com 65 anos ou mais) em comparação com o número de pessoas em idade ativa, profissionalmente (15-64 anos).

<sup>21</sup> Dos 29 apresentados.

<sup>22</sup> Como pode ser verificado no Gráfico 1 do Anexo 4.

suporte familiar – podendo produzir efeitos negativos na saúde mental e na qualidade de vida e bem-estar dos(as) idosos(as).

### 1.1.2. Envelhecimento ativo e saudável e qualidade de vida

O envelhecimento ativo é definido pela WHO<sup>23</sup> (2002) como “o processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, por forma a alcançar melhor qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (p. 12). A qualidade de vida pode ser definida como a percepção subjetiva e individual de bem-estar, satisfação e felicidade de uma pessoa em relação a diferentes aspetos da sua vida (WHO, 2002; Trentini et al., 2016, Nunes, 2017; Mendes, 2020). É um conceito abrangente e multidimensional que engloba diversos elementos físicos, emocionais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a realização pessoal. Trata-se de uma visão subjetiva e complexa, que envolve a análise de várias dimensões da vida, incluindo não apenas parâmetros positivos – como ligações afetivas proveitosas, aceitação e integração sociais, independência, satisfação e mobilidade, “a saúde, o prazer sensorial, aprendizagem de coisas novas, o contacto com a natureza e o movimento” (Lima, 2010, p.112) –, que, segundo Lima (2010) constituem, “de acordo com alguns estudos, (...) metas pessoais, as crenças de controlo do ambiente e a qualidade do tempo de lazer, os quais, de certo modo, estão subjacentes às atitudes promotoras do bem-estar” (Lima, 2010, pp.112-113); mas também os negativos – como sentimentos socialmente negativizados, perda de capacidades físicas e/ou cognitivas, dependência física e/ou financeira, instabilidade afetiva e/ou social, adição e outras doenças, fadiga, dor, entre outros.

Para explicar o conceito de *qualidade de vida*, a OMS apresenta três características essenciais: a sua subjetividade, multidimensionalidade e a inclusão de aspetos positivos e negativos (Parente, 2006, p.19), definindo-o o Grupo de Trabalho de Qualidade de Vida da OMS (1995) como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (como citado em Parente, 2006, p.19). Alguns autores, contudo, acreditam que esta poderá ser uma visão limitada, carecedora de um consenso teórico sólido. Pereira et. al (2012) apresentam a classificação dos estudos de Day e Jankey (1996), sobre qualidade de vida, que defendem que esta se divide de “acordo com quatro abordagens gerais: econômica, psicológica, biomédica e geral ou

---

<sup>23</sup> World Health Organization (WHO) ou Organização Mundial de Saúde (OMS).

holística” (p. 242), nas quais são considerados fatores que se prendem com o conforto e segurança económico-sociais, ideais de vida, condições de saúde e bem-estar (físico e mental), mas que se estende a “outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano, sempre atentando que a percepção pessoal de quem pretende se investigar é primordial” (p. 244).

Desta forma, a qualidade de vida tornou-se um indicador fundamental para avaliar o bem-estar e a satisfação das pessoas mais velhas, bem como para orientar os esforços na melhoria das suas condições de vida e para possibilitar uma experiência enriquecedora e gratificante ao longo do processo de envelhecimento. A qualidade de vida tem vindo ganhar espaço e importância social, sendo um conceito muito valorizado na área da atuação gerontológica, que importa considerar no momento do planeamento e implementação de políticas de saúde e bem-estar, direcionadas à população idosa, o que é visível nos pressupostos subjacentes à Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável<sup>24</sup>, que se encontra de acordo com os pressupostos da ONU e da OMS.

Nas palavras de Ricardo Vieira e Ana Vieira (2020),

a qualidade de vida dos idosos não depende exclusivamente das condições objetivas em que vivem, mas dependem, também, e por vezes muito, dos seus projetos de vida que se (re)vivificam ou não, têm sentido, ou não, para si. Em suma, a qualidade de vida dos idosos depende, também, da forma como estes subjetivam o seu quotidiano e os factos vividos no seu eu enquanto sujeitos e não meros objetos de cuidado de técnicos e familiares (p. 575).

Além disso, e como defendido por Reis et al. (2017), potenciar outros contactos sociais e um envolvimento social diversificado, pode trazer uma série de benefícios para a saúde física, mental e emocional, nomeadamente potenciando a qualidade de vida das pessoas idosas. “O bem-estar [por seu lado, é] considerado como constructo multifacetado e amplo, é um termo que abrange a maneira como os indivíduos avaliam e experienciam as suas vidas [sic] de forma positiva” (Mendes, 2020. p. 137)”.

Embora tenhamos assistido a avanços científicos e tecnológicos significativos, traduzidos numa importante melhoria das condições saúde e condições gerais de (sobre)vivência das pessoas, nem sempre estas melhorias são acompanhadas por alterações e transformações sociais igualmente positivas: vivemos mais, mas muitas vezes sem bem-estar. Este cenário,

---

<sup>24</sup> Poderá ser consultado o Quadro 2 do Anexo 2.1., com um resumo da visão, missão e valores desta Estratégia.

consequência da melhoria das condições de vida ao nível médico-sanitário, da higiene e da alimentação (...) nem sempre equivale a um indicativo de bem-estar e/ou autonomia que permita às pessoas mais velhas uma vida coincidente com as suas necessidades e expectativas (Cabral, 2016, p. 26);

Na realidade, a investigação revela que a esperança média de vida, aos 65 anos, é de sensivelmente 20 anos (INE<sup>25</sup>, 2022), contudo, tal como referido por Nunes (2017), “destes, 15 anos são vividos sem qualidade de vida” (p. 50), o que pode resultar numa desconexão entre a longevidade e o bem-estar geral, na medida em que aumenta, em muitos casos, a vida em durabilidade, mas não em qualidade (Cabral, 2016, p. 26).

Perante evidentes alterações biológicas e de *status* social, Lima (2010) considera que “os principais desafios do envelhecimento (da velhice) são o reconhecimento da inevitabilidade da mudança, da imprevisibilidade da nossa vida, e o confronto com a morte”, mas enumera outros, como “as doenças, a perda de familiares, a diminuição de poder ou a ida para uma instituição” (p.118).

O momento da reforma é, disto, um importante exemplo, podendo, muitas vezes, ser sinónimo de

perda de determinados papéis sociais activos (principalmente, o profissional) e [apresentando-se] como marco de entrada na velhice, sobretudo, porque o estatuto de reformado é associado à perda de importância social e de poder, em sociedades fortemente marcadas por regras económicas e orientadas para e pelo produtivismo, onde quem não produz não é considerado como socialmente útil (Lima, 2010, p. 68).

Vemo-*nos* a entrar num período pautado por menos rendimentos, menos contactos pessoais, isolamento e mais tempo livre, circunstâncias que poderão resultar num intenso conflito íntimo e, mesmo, agravar situações de vulnerabilidade sentidas por este grupo populacional (Trentini et al., 2016; Cabral, 2016; Lima, 2018; Sousa et al. 2020).

Estas circunstâncias, agregadas à perda gradual de capacidades físicas e cognitivas, à perda de companheiros(as) e outros vínculos sociais (como filhos(as) que saem de casa, colegas de um emprego que já não se tem, companheiros(as) e amigos(as) que foram institucionalizados(as), adoeceram ou faleceram), culminam na perda de autoestima, conduzindo a sentimentos de inutilidade, a isolamento e depressão (Trentini, 2016; Cabral, 2016; Lima, 2018; Sousa et al. 2020, Garcia, 2022) e, por fim, à solidão: “uma reacção

---

<sup>25</sup> Para o triénio 2020-2022.

emocional e cognitiva que consiste em ter menos relações que as que se deseja, e não tão satisfatórias como se quereria” (Baron & Byrne, 2005, p. 322).

Revela a investigação, “de uma forma cada vez mais sólida, que a interação social não nos traz “apenas” felicidade (ou desespero): a relação com os outros afeta a nossa saúde” (Lima, 2018, p. 70). No caso dos(as) idosos(as) “por vezes, a solidão e o silêncio que preenchem os seus dias atiram-nos para a depressão e o isolamento, sendo inundados, habitualmente, por pensamentos negativos como por exemplo o desejo da própria morte” (Vieira & Vieira, 2020, pp. 587-588). Segundo o “Eurobarómetro de 2017, 39% dos inquiridos com 55 ou mais anos assumiu ter-se sentido sozinho/a na semana anterior ao inquérito” (APAV, 2020, p. 32), já no Inquérito Social Europeu de 2014, 12,5% dos portugueses afirmou que, na semana antecedente ao inquérito, “se sentiu muitas vezes ou quase sempre só” (Lima, 2018, p. 81), sendo que 18% destas respostas retratava pessoas com mais de 65 anos, “isto é, um em cada cinco idosos afirma sentir-se só muitas vezes” (p. 82). A adicionar a estes números, encontramos ainda o resultado do Inquérito ao emprego do INE, relativamente aos agregados domésticos privados unipessoais<sup>26</sup>, no qual é revelado que, da totalidade, 68% destes agregados correspondem a pessoas com 65 e mais anos (PORDATA, 2022).

Existem estudos e publicações que, mais recentemente, se têm referido à solidão como um problema de saúde pública. Um estudo longitudinal levado a cabo por Julianne Holt-Lunstad, que consistiu numa revisão de estudos sobre isolamento social e as suas consequências para a saúde, comparando “os malefícios do isolamento social com outros bem conhecidos das sociedades contemporâneas”, como nos aponta Lima (2018), em *Nós e os outros*, conclui que se registam causas que contribuem de forma significativa à morte prematura: 5% superior para pessoas que vivem em zonas muito poluídas; 20% superior para pessoas obesas; 30% para pessoas que ingerem álcool em demasia; o isolamento social, por fim, constata, “aumenta a probabilidade de morte prematura em 45%! Estar isolado, sentir-se só, é tão perigoso para a saúde como fumar 15 cigarros por dia” (pp. 79-80). Um relatório apresentado pelo cirurgião norte americano Vivek Murthy, vem reforçar estes números, relatando que estes se “agravaram profundamente” com as situações de isolamento geradas pela pandemia de Covid-19. O relatório produzido pelo seu gabinete, dá conta de 30% de aumento do risco de morte prematura quando existem situações de solidão, tendo ainda “revelado que as pessoas com fracas relações sociais apresentam

---

<sup>26</sup> Traduzindo-se, isto, em 446,9 mil agregados domésticos privados unifamiliares, de um total registado de 655 mil, conforme representado Tabela 3 do Anexo 3.1.

também um maior risco de acidente vascular cerebral e de doença cardíaca” (Expresso & Lusa, 2023, para. 6, 7 e 8).

Em Portugal, “foram sinalizados pela GNR na Operação «Censos Sénior 2022», que decorreu em outubro [desse ano] (...) 44.511 idosos que vivem sozinhos e/ou isolados, ou em situação de vulnerabilidade” (Expresso & Lusa, 2022, para. 1 e 4).

A atual tendência para a segregação espacial e social das pessoas mais velhas, que habitualmente se integram em contextos que não são frequentados pelas restantes gerações, leva a um empobrecimento das relações e fragilização de laços fundamentais para o bem-estar e coesão social. Por outro lado, a evolução rápida do conhecimento e o fácil acesso a todo o tipo de informação leva a uma desvalorização dos saberes tradicionais, à perda de importância dos mais velhos como veículos de conhecimento e, conseqüentemente, à perda de um manancial de informação valiosíssimo, que não é aproveitado por não haver oportunidades de partilha (Pimentel et al., 2016, p. 11).

A intolerância e segregação, e conseqüente negação de oportunidades dignas de participação ativa, deste grupo, na sociedade, vêm revelar um importante desequilíbrio de poder que conduz a uma perda forçada da autonomia e do poder de decisão destas pessoas, tal como exposto por Vieira e Vieira (2020):

O idoso contemporâneo (...) acaba por ser alguém a quem, por vezes, não se concedem muitos instrumentos de manutenção da sua própria autonomia. A partir de determinada idade, o idoso deixa de poder comandar a sua vida e torna-se objeto de uma gestão específica que lhe é imposta pela institucionalização (Goffman, 1987), o que acaba por resultar numa certa menorização cívica (...) o seu modo de vida passa a ser regulado pela ação da ciência, das instituições sociais, do lazer, dos especialistas, que se traduzem em instrumentos de dominação, como solução para um “problema” social (p. 583).

A extensão da longevidade constitui um objetivo social comum e, como tal, deve ser amplamente celebrado, tal como defendem Barreto, Carreira e Marcon (2015),

no entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve considerar sua capacidade funcional, necessidade de autonomia, participação, cuidado e autossatisfação (como citado em Nunes, 2017, p. 60).

Na opinião de Lima (2010), com base em Mannell (1999), certos estudos demonstram que o grau de envolvimento em atividades de lazer é um indicador mais sólido da felicidade e satisfação na vida de adultos idosos do que a sua saúde ou renda. Contudo,

a participação em atividades de entretenimento e lazer não garante, por si só, a promoção do bem-estar destas pessoas: é fundamental ter em linha de conta a qualidade e o significado dessas atividades, individualmente, considerando o sentido de propósito e a felicidade que poderão trazer às suas vidas (Sousa, 2018 e 2021; Sousa et al., 2020).

Segundo Diener e Fujita (1995), tal como apresentado por Lima (2010), “verificou-se que a satisfação com a vida e a felicidade tendem a aumentar, quando as metas pessoais são congruentes entre si e se coadunam com as nossas motivações e necessidades, quando são viáveis e realistas” (pp.115-116). Parafrazeando Sousa (2021), falamos de “experiências positivas de envelhecimento, o que implica proporcionar aos indivíduos oportunidades que permitam a realização do seu potencial de bem-estar físico, social e mental, indo ao encontro das suas necessidades, desejos e capacidades” (p. 147).

Neste sentido a animação sociocultural pode constituir uma importante ferramenta de combate à solidão:

uma forma de colocar em contacto os indivíduos, de favorecer as relações, de suscitar e estimular permutas, de facilitar contactos. (...) [Trata-se de] uma forma de ação sociopedagógica, que visa a transformação social e o desenvolvimento através da participação (...), apostando na capacitação dos indivíduos e na mobilização destes para a conquista dos seus interesses (Sousa, 2018, p. 11-12).

A isto, acrescente-se o benefício comprovado, para a saúde física e mental, que resulta da pertença a grupos, comunidades e da criação de vínculos e laços sociais, na construção da identidade individual e coletiva (Lima, 2018; Sousa, 2018, 2021; Sousa et al. 2022). Com base nestes pressupostos, e ainda intentando assegurar que a resposta mundial ao processo de envelhecimento se encontra em conformidade com a Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável, a OMS propõe a revisão do conceito de envelhecimento ativo, definindo o conceito de envelhecimento saudável<sup>27</sup> que

corresponde ao processo de desenvolver e manter a capacidade funcional dos indivíduos que permite o bem-estar na idade avançada. À semelhança do conceito de envelhecimento ativo, o conceito de envelhecimento saudável coloca a tónica no bem-estar da pessoa deixando claro que envelhecer de forma saudável não se trata apenas de não apresentar doenças mas sim de hábitos de vida, de apoio e de oportunidades garantidas pela sociedade que permitam a manutenção da capacidade funcional da pessoa (APAV, 2020, p. 134).

---

<sup>27</sup> Para um melhor entendimento sobre o conceito de *Envelhecimento Saudável* proposto pela OMS, poderá ser consultada a Ilustração 2 do Anexo 5.

Desta forma, urge incluir as pessoas mais velhas na tomada de decisão sobre as suas vidas, nomeadamente no que diz respeito ao controlo da sua (ativa) participação social, “[devolvendo] aos próprios cidadãos a noção de [que] são os principais agentes de mudança, os atores centrais na gestão da sua própria vida” (ISS, I.P. & ACSS, I.P., 2015, p. 11), bem como envolver o processo de envelhecimento numa visão mais positiva, que realce o potencial cognitivo e emocional dos indivíduos (Simões, 1985, 2002; Trentini et al., 2006; Cabral, 2016; Pimentel, 2016; Sousa et al., 2020, Galvão & Gomes, 2021; Sousa, 2021), e promover comportamentos saudáveis, alimentares e desportivos, enquanto forma propulsora fundamental da melhoria sua qualidade de vida e bem-estar e, como tal, abrindo caminho para o seu envelhecimento saudável (ONU, 1991; WHO, 2002; Trentini et al., 2006; Sousa, 2018, 2021; Sousa et al. 2020; Galvão & Gomes, 2021).

## 1.2. A SOCIEDADE PERANTE O ENVELHECIMENTO

À medida que envelhecemos, a nossa perceção de nós mesmos muda, mas essa mudança ocorre de forma mais lenta do que aquela que as outras pessoas têm de nós. “Ser velho está associado a imagens e expectativas muito negativas e aceitar fazer parte deste grupo é, frequentemente, ter de integrar na nossa autoimagem a perda de estatuto social, as expectativas de incompetência e discriminação” (Lima, 2018, p. 32).

A velhice é uma fase natural da vida e merece ser valorizada e respeitada em todos os aspetos, não obstante, é comum que a sociedade perpetue estereótipos negativos em relação às pessoas idosas, desvalorizando suas contribuições, considerando-as frágeis, dependentes, improdutivas ou menos capazes e tratando-as, por fim, como um fardo. Nas palavras de Sousa (2018) “as pessoas idosas são percecionadas como uma categoria de fraca capacidade funcional e que, como tal, são vistas como um peso neste contexto contemporâneo” (p. 3).

O termo idoso(a) encontra-se, na maioria das vezes, associado a conotações negativas – como *velho*, *decadente*, *antigo*, *antiquado*, *obsoleto*, *retrógrado* (Simões, 1985, 1990; Parente, 2006; Dias et al., 2014) –, atribuídas pela sociedade contemporânea e muitas vezes acentuadas pelos meios de comunicação e entretenimento, vindo colocar “os mais velhos perante a decadência antecipada, uma vez que a modernidade não oferece referenciais simbólicos para ajudar a enfrentar esta nova etapa da vida” (Sousa, 2018, p.3). Por outro lado, as construções de juventude são sinónimo de *novo*, *moderno*, *belo* ou *capaz* e rapidamente identificadas, aceites e perpetuadas enquanto capacidade produtiva. Assistimos, por isso, paralelamente, à padronização de comportamentos e estereotipação

de expectativas, como exemplificado por Simões (1991): “um lapso de memória, num jovem, é considerado apenas um lapso de memória, mas, se se verifica, num idoso, é tido como sintoma de senilidade” (p. 183).

Esta construção e este funcionamento estereotipados da sociedade, assentes na “estratificação, segregação etária, de acordo com o ciclo produtivo e na construção social do grupo de «idosos» associada à reforma [e a perda de papéis sociais de relevância]” (Cabral, 2016, p. 33) – que representam a “morte social” (Sousa, 2018, p. 5) destas pessoas – comprometem a forma como olhamos para as pessoas idosas e conduzem à marginalização deste grupo, tendendo à sua segregação, e impondo-lhe barreiras invisíveis às suas capacidades de (re)integração.

Anuímos, socialmente, que o ato de envelhecer é sinónimo de decadência, alimentando atitudes e comportamentos que reforçam a ideia de que velhice e incapacidade caminham lado a lado. Uma das consequências desta tendência à estereotipação consiste, tal como exposto por Simões (1990), “na não diferenciação entre os membros do grupo (...) quem tem uma visão estereotipada dos idosos tende a percebê-los todos da mesma maneira” (p. 110). Estamos perante uma realidade social reveladora do carácter individualista contemporâneo, que vem ampliar o foco sobre duas significativas problemáticas sociais: o preconceito e consequente discriminação; e a solidão.

À medida que se envelhece, vai-se pertencendo cada vez mais ao passado. Toda a rede de solidariedade tecida durante a vida, no seio familiar, no círculo de amigos e antigos companheiros de trabalho, lazer, de atividades culturais, políticas [sic] ou até mesmo religiosas, transforma-se apenas em lembranças que, na melhor das hipóteses, serão alimentadas [sic] apenas por espaçadas visitas de alguns familiares e eventuais encontros com vizinhos e amigos (Vieira & Vieira, 2020, p. 583-584).

Estas crenças limitadoras vêm subestimar as capacidades, conhecimentos e experiências das pessoas mais velhas, resultando na sua exclusão perante oportunidades de participação e contribuição social, que “nos impedem de ver [as pessoas idosas] com todas as suas potencialidades (...), um rico capital de recursos, que poderiam ser aproveitados na resolução de muitos problemas, que afligem a nossa sociedade” (Simões, 2002, p. 560). Reconhecer e valorizar essas potencialidades requer uma mudança de mentalidade e a quebra dos estereótipos negativos associados ao envelhecimento (Simões, 1985, 1990, 2002).

Paralelamente, assistimos, nas sociedades contemporâneas, a uma ampla e direta deterioração da convivência humana pelo crescimento de relações competitivas,

individualistas, discriminatórias e marginalizantes. Nesse contexto, a família assume um papel fundamental como uma rede solidária capaz de enfrentar e mitigar estas tendências negativas. Funcionando como espaço privilegiado de interações e vínculos afetivos, e através destes vínculos, a família<sup>28</sup> tem o poder de contrapor os valores egoístas e discriminatórios predominantes na sociedade, além de, tal como “a comunidade, a organização social e a cultura, [ter] um marcado impacto na forma como se envelhece” (Galvão & Gomes, 2021, p. 162). A promoção da cooperação, da empatia e compreensão no seio familiar, enquanto espaço de socialização primário, revela-se benéfico e possibilita estabelecer um ambiente propício ao crescimento pessoal e ao desenvolvimento de relações harmoniosas e de respeito mútuo. Mas ainda, “a criação e manutenção de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento, na promoção do bem-estar da população adulta idosa, [contribuirão para] que esta se mantenha autónoma, socialmente ativa e saudável” (Sousa, 2021, p. 145).

Contudo, as famílias encontram-se “sujeitas a numerosíssimas situações desafiantes: precariedade do emprego, dificuldades na obtenção de uma habitação adequada às necessidades, as migrações, o desemprego de algum dos seus elementos” (Cabral, 2016, p. 19), dificultando o estabelecimento de relações afetivas saudáveis e o fortalecimento dos laços de solidariedade entre os seus membros. Um evidente reflexo deste cenário é

o aumento das taxas de institucionalização [que] reflectem, não só o aumento do tempo de vida, mas também, o aumento do número de idosos, o aumento do número de idosos com incapacidades e as dificuldades crescentes das famílias em dar suporte aos seus membros idosos (Lima, 2010, pp. 100-101).

É, portanto, evidente a ação de melhoria focada na forma de encarar e tratar a velhice; urge desafiar as crenças limitativas e promover uma visão mais inclusiva e positiva do envelhecimento, promovendo o equilíbrio das ligações, a intergeracionalidade das relações, o respeito e os afetos.

### **1.2.1. Preconceito e violência dirigidos à pessoa idosa**

Os preconceitos são construídos com base em generalizações simplistas e estereotipadas, que podem resultar em tratamento injusto ou desigual de determinado grupo ou indivíduo. “O preconceito é uma atitude negativa; a discriminação é um

---

<sup>28</sup> Entende-se por família e/ou espaço familiar, no presente trabalho, todo aquele que compreende uma estrutura de apoio e de cuidados materiais e afetivos, seja este, ou não, caracterizado por vínculos biológicos.

comportamento negativo. O comportamento discriminatório muitas vezes tem sua fonte em atitudes preconceituosas” (Dovidio et al., 1996; Wagner et al., 2008 como citado em Myers, 2014, p. 248). Importará, portanto, destacar que os preconceitos podem influenciar as nossas percepções, crenças e suposições sobre alguém ou sobre uma comunidade, levando a comportamentos discriminatórios.

Na base de muitas das nossas assunções e consequentes comportamentos discriminatórios, estes *pré-conceitos* podem estar profundamente enraizados numa sociedade, sendo individualmente internalizados ao longo do tempo, devido à influência da cultura, educação, meios de comunicação e experiências pessoais, acabando por se refletir em várias formas de discriminação, incluindo discriminação étnica, em razão do sexo, género ou orientação sexual de uma pessoa, da sua classe social, cultura e religião e, ainda, da sua idade ou capacidade – seja, esta, física ou cognitiva.

No caso específico do preconceito de que são vítimas as pessoas idosas, este assenta na visão da velhice construída no contexto, como anteriormente referido, do modelo económico capitalista vigente desde a industrialização, no qual a juventude é o ideal de produtividade – *idade ativa*. Nesta visão construída, a vida humana passou a ser dividida em etapas: infância, adolescência, adultez e velhice, sendo esta última, “em geral, considerada como: saída do mundo do trabalho; anúncio da proximidade da morte; declínio físico, cognitivo e social; adoecimento; uma etapa de perdas; problema e peso social” (Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021, p. 7).

Tal como referido por Parente (2006), “uma forma bastante estereotipada, mas freqüente, de distinguir [as fases da vida] é associar ao desenvolvimento as mudanças positivas, enquanto ao envelhecimento as mudanças negativas, como maior presença de falhas, de diminuições e de limitações” (p. 17). De acordo com Bugental e Hehman (2007) “as percepções das pessoas sobre os idosos – geralmente os considerandos gentis, mas frágeis, incompetentes e improdutivos – predispõem a um comportamento condescendente, como fala infantil, que leva os idosos a se sentirem menos competentes e agirem de acordo” (como citado em Myers, 2014, p. 247). Além disso, a pessoa idosa assimila estas representações sociais negativas “provocando reações como negação da velhice, passividade, isolamento, agressividade” (Dias et al., 2014, p. 127), que acabam por contribuir, num círculo vicioso, para a construção de processos de exclusão social, onde a autoexclusão também tem significativa importância.

De uma forma generalizada, “ao redor do mundo, os idosos muitas vezes são vistos como frágeis, inúteis, mentalmente incompetentes, solitários e um ônus para a sociedade.

A vida adulta tardia é considerada um período de decadência, preocupação, medo e perda” (Papalia & Martorell, 2022, p. 538).

Geram-se, por fim, com base nestas premissas, preconceitos e discriminações, assentes no fator idade – idadismo<sup>29</sup> –, e na perda de capacidades – capacitismo –, ambos sentidos pelas pessoas idosas, por vezes em simultâneo, podendo, mesmo, ser propulsores de atitudes de violência contra este grupo.

Estas perceções, estigmas e comportamentos inerentes a esta construção social veiculam “muitas vezes crenças de que os idosos, como grupo, são tacanhos de espírito, não muito espertos, sem interesse sexual, e pouco hábeis em fazerem coisas” (Neto, 2004, p. 280) e constituem “um obstáculo à adopção de uma atitude positiva a propósito do envelhecimento e das pessoas idosas (...). A internalização de estereótipos deste tipo não tem efeitos apenas nas escolhas e comportamentos dos indivíduos, podendo também reflectir-se no seu desempenho cognitivo” (Pimentel et al. 2016, pp. 33-35), mas não só: “a exclusão, o facto de ter sido abandonado numa relação amorosa, ou marginalizado num grupo faz ativar a mesma área do cérebro que a dor física” (Lima, 2018, p. 79).

Assim, apesar de vários estudos comprovarem que “os adultos mais velhos em geral têm menos transtornos mentais e estão mais felizes e satisfeitos do com a vida do que os adultos mais jovens” (Papalia & Martorell, 2022, p. 531), o que se verifica é que “as pessoas mais velhas são, por exemplo, muitas vezes, rotuladas de chatas, caducas e assexuadas” (Lima, 2010, p. 23). Pode-se, então, estabelecer que

“a generalidade dos problemas das pessoas idosas, na nossa sociedade, não decorre do processo de envelhecimento biológico, mas sim sociogénico, ou seja, dos papéis impostos pela sociedade, quando as pessoas atingem determinada idade cronológica, [gerando] o tratamento injusto e padronizado das pessoas mais velhas e, em última análise, impacto nas intervenções políticas e sociais e na crença da sua incapacidade de se desenvolverem” (Lima, 2010, pp. 23-24).

É nesta amálgama, profundamente encorajadora de comportamentos discriminatórios para com aqueles(as) que se encontram na fase de vida adulta tardia, mas também por ela motivadas, que nos deparamos com situações de violência contra a pessoa idosa. Segundo dados da WHO (2022) “cerca de 1 em cada 6 pessoas com 60 anos ou mais sofreram algum tipo de abuso em ambientes comunitários durante o último ano” (para.

---

<sup>29</sup> Apesar de determinados autores(as) se referirem ao “fenómeno específico do preconceito e discriminação contra pessoas idosas, [através do] uso do termo «gerontismo»” (APAV, 2020, p. 17), opta-se, na presente dissertação, por empregar o termo idadismo, sendo a sua utilização, de forma transversal, para fazer referência à discriminação sofrida pelas pessoas idosas em razão da sua idade.

1), nomeadamente aquela que se traduz na forma de abandono – como é o caso de alguns exemplos de internamentos inapropriados em ambiente hospitalar. “Esta é uma realidade para a qual importa chamar a atenção para que individualmente se alterem comportamentos e para que a coletividade exija do Estado leis e políticas públicas que respeitem os direitos humanos, incluindo os das pessoas idosas” (APAV, 2020, p. 25).

Em Portugal, revela-se desadequada a resposta dada às reais necessidades da população idosa, nomeadamente em situação de abandono, no que diz respeito às políticas públicas em vigor. Pelo contrário, e segundo o Relatório Portugal Mais Velho, da APAV (2020), muitas dessas políticas funcionam como patrocinadoras da violência e discriminação estrutural contra pessoas idosas, resultando na sua marginalização. Ainda que estejam previstos apoios de cariz social, visando garantir residência, condições de saúde, apoio nas tarefas diárias e assistência financeira, “a sociedade gira em torno de valores e princípios socioculturais comuns que podem traduzir-se, e muitas vezes traduzem, em condutas discriminatórias face às pessoas idosas” (p. 23). Esta estigmatização e marginalização de que são vítimas, devido à sua idade, resulta, amiúde, em exclusão social, dificuldade de acesso a serviços e atividades comunitárias e limitação de interações sociais significativas.

Perante este contexto, que na presente dissertação se reconhece, é vulgar encontrarmos um elevado número de experiências de solidão e isolamento social entre as pessoas mais velhas: “a investigação científica mostra que a solidão tem crescido, especialmente entre as pessoas mais velhas e é particularmente sentida nos países do Sul da Europa” (Lima, 2018, p. 81). Esta é uma realidade vivenciada por muitos(as) idosos(as), que pode culminar em graves complicações de saúde física e mental, aumentando o risco de depressão e diminuindo a qualidade de vida (Lima, 2018; WHO, 2022). A falta de suporte social e a segregação dos idosos também podem gerar um círculo vicioso: quando as pessoas se sentem isoladas e abandonadas acabam por se distanciar socialmente, criando menos oportunidades de interação e apoio emocional. Isto pode conduzir a sentimentos de tristeza, desesperança e solidão, o que, por sua vez, pode, igualmente, afetar a sua saúde física e mental de forma negativa (Sousa & Baptista, 2015; Lima, 2018, Sousa, 2018, 2021).

Criar e implementar respostas adequadas e de significado para as pessoas idosas é um esforço contínuo que requer o envolvimento de todos os membros da sociedade, para criar um ambiente no qual a diversidade seja valorizada, os preconceitos sejam confrontados e a discriminação seja combatida.

## *Idadismo*

Segundo Neto (2004) “estereótipos etários são sistemas de crenças que se atribuem a membros de grupos de diferentes idades simplesmente pelo facto de pertença a esses grupos” (p. 284). A forma discriminatória, preconceituosa e estereotipada de idadismo<sup>30</sup> apresenta “uma componente afectiva (sentimentos face à pessoa idosa), uma componente cognitiva (pensamentos, crenças e estereótipos face à pessoa idosa) e uma componente comportamental (atitudes para com a pessoa idosa)” (Lima, 2010, pp. 23-24).

A discriminação etária, ou a discriminação com base na idade, é uma forma discriminatória geralmente direccionada às pessoas mais velhas, ainda que possa também dirigir-se aos(às) mais jovens – usualmente adolescentes.

O Relatório Portugal Mais Velho (APAV, 2020), revela-nos que a manifestação de idadismo é considerada o “terceiro grande «-ismo» da sociedade” (p. 125), logo depois do racismo e do sexismo. O mesmo documento revela que

segundo o relatório do Eurobarómetro Especial sobre o envelhecimento ativo, em 2012 20% dos portugueses acreditava que as pessoas com 55 ou mais anos eram vistas de forma negativa, o que denota a presença de estereótipos em relação ao envelhecimento na nossa sociedade. Por outro lado, 14% dos inquiridos disse ter sido vítima de discriminação ou ter testemunhado, no local de trabalho, discriminação com base na idade nos dois anos anteriores (p. 125).

A cartilha sobre o *Ageísmo*<sup>31</sup> e a *Prática Profissional da/o Psicóloga/o* (Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021, pp. 10-11), expõe-nos cinco formas de idadismo:

idadismo estrutural: aquele que, por ser parte da construção social, “está enraizado na sociedade, não diz respeito a um ato isolado, mas representa um processo histórico que se reproduz nas esferas cultural, política, econômica, educacional, científica [e de saúde] e cotidiana”;

idadismo institucional: que se revela através das “leis, regras, normas sociais, políticas e práticas de instituições”, limitando e restringindo as oportunidades às quais as pessoas idosas podem aceder, com base numa ideologia preconceituosa relativamente à idade;

---

<sup>30</sup> Em inglês *ageism*; trata-se de vocábulos iguais na sua construção, já que ambos “partem do substantivo “idade” (“age”) para lhe acrescentar o sufixo –ismo” (APAV, 2020, p. 17).

<sup>31</sup> Termo também usado como idadismo no português do Brasil.

idadismo interpessoal: aquele que se verifica nas interações entre indivíduos (como é o caso dos insultos aos(as) mais velhos(as), da infantilização ou do desrespeito pela tomada individual de decisões);

idadismo auto direcionado: por ganhar vida nas percepções focadas em si mesmo, esta forma de depreciação pessoal resulta, muitas vezes, em limitações que são auto impostas;

idadismo recreativo: na maioria das vezes aplaudido, por ser considerado arte e/ou humor, mas que acaba por perpetuar, de forma socialmente aceite, as visões negativas e os estereótipos associados à pessoa idosa.

Conclui-se, desta forma, que a estereotipação em razão da idade se encontra socialmente enraizada, podendo ser observada em várias áreas da sociedade – incluindo o ambiente de trabalho, os media, o sistema de saúde e nas relações inter e intrapessoais.

### *Capacitismo*

É frequente assistirmos à sobreposição e/ou interseção de discriminações – interseccionalidade<sup>32</sup>. No caso das pessoas mais velhas, idadismo e capacitismo soem *andar de mãos dadas*.

O capacitismo é uma forma de discriminação e preconceito que se baseia na suposição de que as pessoas neuro divergentes ou com algum tipo de incapacidade física são inferiores ou menos capazes.

A perda de capacidades (memória, visão, audição, mobilidade) poderá ser uma das consequências biológicas de envelhecer, contudo, esta perda, natural ao ato de viver, é vulgarmente associada ao declínio humano e à falta de propósito produtivo, sendo, este, um exemplo no qual assistimos à clara manifestação de capacitismo (assente nas crenças e comportamentos idadistas). Esta associação negativa pode levar a diversas consequências prejudiciais, como o tratamento condescendente e/ou infantilizado, a incapacitação na tomada de decisões pessoais e a exclusão de atividades e oportunidades, com base na crença de que estas pessoas já não representam um contributo válido para a sociedade. “Todas essas atitudes ageístas e capacitistas podem levar à negação do

---

<sup>32</sup> Historicamente, este conceito é associado ao feminismo multirracial, que reconhecia que o movimento feminista – a que assistimos nos anos 60 e 70 – não era inclusivo das discriminações sofridas pelas mulheres negras; estas não se viam representadas quer na luta racial (focada no homem negro) quer na luta feminista (focada na mulher branca, de classe média alta). Mais tarde, este conceito foi também promovido pelo feminismo lésbico, reforçando a ideia de que etnia, capacidade ou deficiência, classe, sexo e orientação sexual geravam formas discriminatórias distintas entre si, mas que podiam ser simultaneamente experienciadas por uma única pessoa.

processo de envelhecimento, ao sofrimento psíquico e contribuem para homogeneização e invisibilização de pessoas idosas em sua diversidade e heterogeneidade” (Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021, p. 12).

É importante reconhecer que as competências de uma pessoa não estão diretamente relacionadas à sua idade ou à presença de alguma incapacidade. Cada indivíduo possui habilidades únicas e valiosas, independentemente de quaisquer limitações físicas ou cognitivas. A sociedade deve trabalhar em direção à promoção de uma cultura inclusiva, que valorize a diversidade e respeite os direitos e a dignidade de todos(as) (ONU, 1991; Simões, 2002; Lima, 2018; APAV, 2020; Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021), desafiando estas construções sociais, através da consciencialização sobre os danos que estas visões estereotipadas apresentam para a saúde mental e física e para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas mais velhas.

## *Violência*

Tal como definido pela APAV (2020), violência consiste em “qualquer ação ou omissão, única ou repetida, intencional ou não, cometida contra uma pessoa idosa vulnerável e que atente contra a sua vida, integridade física, psíquica e sexual, segurança económica ou liberdade ou que comprometa o desenvolvimento da sua personalidade” (p. 20).

A mesma fonte afirma ainda que esta é “a mais gravosa manifestação do idadismo [estando este não só] na base da violência como na falta de atenção à existência desta e respetivas consequências” (APAV, 2020, p. 128). Segundo a *American Medical Association*, citado por Gonçalves (2006), por abuso entende-se “«qualquer acto de comissão ou omissão que resulta em lesão ou ameaça de lesão à saúde e bem-estar de uma pessoa idosa». O abuso [e violência<sup>33</sup>] de idosos pode ser físico, psicológico, emocional, sexual ou financeiro. Pode ser intencional ou não intencional ou resultar em negligencia” (p.739).

Estamos perante um fenómeno complexo que, além das características e contextos expostos,

nos obriga a considerar na sua análise diferentes dimensões como, por exemplo, a díade vítima-agressor, os tipos de comportamentos abusivos, o seu grau de severidade e frequência, os fatores de

---

<sup>33</sup> Não se opta, como anteriormente, pela uniformização para o termo *violência* para respeitar a referência à *American Medical Association* na sua definição do termo *abuso*. Considera-se, contudo, que a mesma está cabimentada naquilo que é considerado *violência* no presente trabalho.

risco, assim como os diferentes contextos de ocorrência, com vista a darmos conta das dinâmicas e das diversas configurações que o abuso de idosos assume nas nossas sociedades (Dias et al., s.d., p. 9).

Embora a violência contra os idosos não seja um fenómeno atual, o seu reconhecimento enquanto problema social grave é relativamente recente (Dias, 2010, p. 252), o que poderá ser justificado, tal como referido por Lima (2010) pelo “facto de ser frequentemente perpetrado contra pessoas vulneráveis, muitas delas com diminuição da memória e do estado de consciência e que apresentam relações de dependência com o agressor, [o que] proporcionou que este crime ficasse, muitas vezes, oculto na sociedade” (p. 96).

Nas últimas décadas verificou-se um aumento da consciencialização sobre a prevalência e a gravidade da violência contra os(as) idosos(as), levando à necessidade de intervenção social e legal. O reconhecimento crescente dessa forma de violência e da dimensão social que ocupa tem dado azo à implementação de políticas e leis focadas na proteção dos direitos deste grupo e na promoção da igualdade, visando, nomeadamente, proteger a pessoa idosa e responsabilizar os perpetradores, promovendo uma sociedade mais inclusiva e em respeito pelos direitos humanos.

Apesar desta crescente perceção e admissão deste cenário, a desvalorização das pessoas idosas está, ainda, significativamente presente na *coreografia* social e “potencia a falta de dados estatísticos sobre a incidência de crime e violência que vitimizam pessoas idosas, uma vez que a sociedade não reclama conhecer esta realidade” (APAV, 2020, p. 128). Em Portugal, por exemplo, esta situação é claramente evidenciada pelas Estatísticas da Justiça, nas quais não se encontram refletidos, especificamente, os casos de vitimação de idosos(as), “uma vez que as vítimas de crime se encontram organizadas por três escalões etários: menos de 16 anos, 16 a 24 anos e mais de 24 anos” (APAV, 2020, p. 128), encontrando-se, assim, todos os adultos, incluindo aqueles com mais de 65 anos, agrupados no escalão *mais de 24 anos*. Além disto, verifica-se, em contexto nacional, uma tendência para o aumento dos números que representam estas situações, “a aumentar de facto e a aumentar quando medida a partir da que é reportada” (Dias et al., s.d., p. 9), tal como verificado nas estatísticas APAV *Pessoas Idosas Vítimas de crime e de violência 2013-2020* – período no qual foram registados 10.307 processos de apoio:

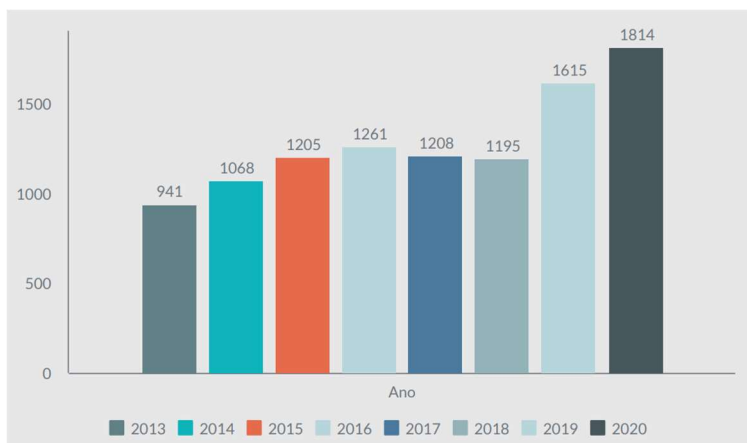


Figura 2: Estatísticas APAV  
 “Entre 2013 e 2020, a APAV registou um total de 10.307 processos de apoio a pessoas idosas, em que 8.458 foram vítimas de crime e de violência. Estes valores traduziram-se num total de 16.962 factos criminosos.”  
 (APAV, 2021, p. 1)

O *Relatório Portugal Mais Velho* (APAV, 2020, pp. 28-40) explicita seis tipos de violência (a distinção feita pela OMS considera cinco tipos, uma vez que são agrupados negligência e abandono<sup>34</sup>). Estas violências poderão ter como base, muitas vezes, preconceitos idadistas e capacitistas, não obstante, importará referir que, na presente dissertação, se considera constituir qualquer forma discriminação, por si só, um diferente tipo de violência daqueles que abaixo se expõem:

violência física: tratando-se, esta, de todas as ações realizadas tencionando “causar dor física ou ferimentos à pessoa idosa”, englobando “agressões físicas, que se traduzem em [bofetadas, beliscões,] murros, pontapés, empurrões, [puxões,] queimaduras, [atirar objetos,] entre outras (ainda que não resultem em marcas físicas), como a sub ou sobredosagem da medicação<sup>35</sup>”;

violência psicológica: que aparenta ser aquela da qual mais sofre este grupo, pressupõe todas as ações praticadas “com intenção de causar angústia, dor ou aflição à pessoa idosa, por meios verbais ou não verbais, como insultos, ameaças, incluindo ameaças de institucionalização, humilhação, comportamento controlador, confinamento, isolamento, infantilização, ausência de expressões de afeto, entre outras”;

violência sexual: que engloba todo e qualquer contacto e/ou “envolvimento sexual sem pleno consentimento” e, acrescenta-se, plena compreensão e discernimento do mesmo;

<sup>34</sup> A OMS, na sua definição, agrupa os conceitos “negligência” e “abandono”. A APAV, apesar de compreender este agrupamento, rejeita esta definição com base na semântica de ambas palavras. Na presente dissertação existe concordância com a observação e justificativa apresentada pela APAV, pelo que se considera a devida distinção entre estas formas de violência.

<sup>35</sup> Quando se verifica intenção; de outra forma será considerando negligência e não violência.

violência económico-financeira: que pressupõe “o uso ilegal ou inapropriado do património da pessoa idosa através de qualquer ato que vise o impedimento do controlo por parte da mesma e/ou que visem a exploração danosa do seu dinheiro e/ou dos seus bens”, mas propõe-se, ainda, toda a ação que vise humilhar e/ou limitar a pessoa idosa que se encontre em situação de dependência económico-financeira da pessoa agressora;

negligência: é a “recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa pelo/a seu/sua cuidador/a” incluindo “a recusa/omissão [ou descuido] de alimentação, recusa/omissão [ou descuido] de suporte material e emocional e o descuido [ou recusa/omissão] a nível dos cuidados de higiene e de saúde”, entre outros;

abandono: “passa pelo distanciamento físico e/ou emocional absoluto e definitivo que resulta na falta de prestação de cuidados e conduz a pessoa idosa à total carência de redes de apoio familiar, [de cuidados físicos, de saúde, materiais e/ou afetivos] ou outras”.

“O abandono caracteriza-se pela cessação absoluta da prestação de cuidados, sendo, portanto, mais gravoso e pressupondo a intenção de deixar a pessoa idosa sem cuidados.” (APAV, 2020, p. 32). Estamos perante um tipo de violência complexo – podendo ocorrer em casa, nas ruas, em instituições sociais (privadas ou públicas) e em hospitais – que constitui crime, tal como previsto nas alíneas a) “Expondo-a em lugar que a sujeite a uma situação de que ela, só por si, não possa defender-se”; e b) “Abandonando-a sem defesa, sempre que ao agente coubesse o dever de a guardar, vigiar ou assistir”, do Número 1, do Artigo 138.º do Código Penal<sup>36</sup> português – com agravante, quando praticado por ascendente ou descendente.

Este tipo de violência, tal como apresentado por Dias (2010),

refere-se a um comportamento destrutivo dirigido a um adulto idoso, que ocorre num contexto de confiança e cuja frequência (única ou regular) não só provoca sofrimento físico, psicológico e emocional, como representa uma séria violação dos direitos humanos. Integra vários tipos de maus-tratos, designadamente [a violência<sup>37</sup>] física (definido como a prática de injúria ou coerção física); psicológico (consiste na prática de angústia e sofrimento mental e pode ser infligido através da

---

<sup>36</sup> N. 1: “Quem colocar em perigo a vida de outra pessoa”, do Artigo 138.º: Exposição ou Abandono.

<sup>37</sup> No original: “abuso”. Opta-se, pelos motivos anteriormente referidos, pela uniformização para o termo *violência*.

agressão verbal, ameaças, infantilização, humilhação, isolamento, etc.); material/financeiro (ligado à exploração económica ou imprópria do idoso ou ao uso ilegal dos seus fundos, recursos e bens pessoais); e a negligência (activa ou passiva)” (pp. 256-257).

Não é, contudo, suficiente conhecer e apontar em que consiste e quais os casos de violência. Com o propósito de lidar de forma eficaz e, idealmente, prevenir este problema, tal como nos refere Lima (2010), “cabe a cada país a responsabilidade de desenvolver estruturas, que permitam o acesso a serviços de saúde, sociais, protecção legal e policial, entre outros” (p. 96).

### 1.2.2. Internamento hospitalar inapropriado de pessoas idosas

O processo biológico decorrente do passar do tempo, ainda que experienciado de formas individualmente distintas, como anteriormente exposto, acarreta importantes alterações físicas e, como tal, aumenta a necessidade de cuidados médico-sanitários (bem como da sua duração e especificidade), traduzindo-se isto, muitas vezes, numa maior vulnerabilidade e dependência das pessoas com mais idade.

Apesar de estarem salvaguardados os direitos da pessoa idosa quer, de forma geral, na DUDH, quer, em particular, na Constituição da República Portuguesa (CRP)<sup>38</sup>, os estudos levados a cabo pela APAH demonstram que os(as) doentes mais velhos(as) representam a maior taxa de internamentos hospitalares, o que pode ter como causas uma maior gravidade de doenças e uma maior fragilidade destas pessoas. Em adição a este facto, e tal como apresentado na 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, pela APAH (2023a), é também este grupo que representa a maior taxa de internamentos sociais ou inapropriados – “todos os dias que um doente passa no hospital [após a sua] alta clínica e não existe um motivo [clínico ou] de saúde que justifique a sua permanência em ambiente hospitalar” (para. 5). Esta situação deve-se, tal como apontado pelo ISS e ACSS (2015), ao facto de “não [disporem] de forma própria ou com apoio da família / rede de suporte informal, dos recursos necessários e capacidade para o regresso ao domicílio” (p. 18). Como tal, fica comprometida a saída do hospital pois,

pese embora existam pessoas com capacidade, recursos e suporte familiar para a procura ativa de uma solução na continuidade de cuidados no pós alta, existem cidadãos limitados na doença ou

---

<sup>38</sup> Artigo 72.º: Terceira Idade; N.º 1: “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”; e N.º 2: “A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”.

dependência, acrescido da insuficiente ou ausente rede de suporte familiar ou social (ISS, I.P. & ACSS, I.P., 2015, p. 18, p. 9).

*O Manual de Articulação – Saúde e Segurança Social – para o Planeamento das Altas Hospitalares* (2015), pelo qual se rege o ISS, I.P., define como fundamental “o regresso ao domicílio ou [a] integração em resposta social” pois “o planeamento da alta hospitalar representa um momento crucial para o sucesso da intervenção social junto do cidadão e suas famílias [ou rede de apoio]”, numa ação que deverá ser coordenada e de “cooperação entre as entidades com competências de saúde e de apoio social” (p.9).

A preparação da alta hospitalar por parte da equipa multidisciplinar, como um método de planeamento de intervenção bem estruturada, personalizada, com continuidade e sistematizada, pode levar a maior satisfação das pessoas com o suporte e relação estabelecidos e, deste modo, a maior adesão a comportamentos adequados e a maior capacidade para realizarem o autocuidado e manutenção de uma vida saudável, evitando os internamentos sucessivos por não estarem acionadas as respostas necessárias e suficientes para a continuidade de cuidados no pós alta (p.9)

Não obstante os pressupostos e princípios de intervenção deste Manual, o presidente da APAH, numa entrevista à *Just News* (19 de outubro de 2017) afirmava que “mais de 50% dos custos dos hospitais de agudos são centrados no internamento” (para. 4), sendo que de acordo com a *7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais* da APAH (2023b), cerca de 10% se trata de internamentos inapropriados.

### *Fatores que contribuem para o internamento inapropriado da pessoa idosa*

Uma das causas deste cenário é a recusa familiar (de cuidadores(as)) e/ou o abandono – causa esta que, acredito, se encontra parcamente diagnosticada, sinalizada e notificada. Fatores económico-sociais, alteração dos modelos tradicionais de família, entrada da mulher no mercado de trabalho (sendo um dos papéis principais da mulher o de cuidadora), redução das possibilidades financeiras (com aumento do custo de vida) e do tempo disponível para dispensar à vida familiar, estão na base desta recusa e/ou indisponibilidade.

Romero et al. (2010) analisaram esta situação em alguns hospitais do Rio de Janeiro, sendo um dos pontos de estudo, precisamente, a fragilidade das redes sociais de cuidado. Após seis entrevistas junto de diretores e assistentes sociais de seis hospitais, relatam que o suporte familiar foi um tema sublinhado

como importante variável condicionante da alta de idosos, principalmente para os idosos dependentes de cuidado cotidiano e de saúde. Para as famílias pobres o impacto de ter no lar uma pessoa que precisa de cuidado contínuo é ainda maior, visto que não possuem condições econômicas de contratar o serviço de um cuidador. Neste cenário, é comum o desejo da família de manter o idoso hospitalizado, pela garantia de atenção à sua saúde percebida por este familiar (p. 266).

Importa considerar, ainda, outras questões que poderão não se prender com as limitações econômicas ou outros constrangimentos quotidianos, também abordadas no referido estudo, como é o caso das histórias familiares: “os entrevistados colocaram que antecedentes de consumo de álcool, violência contra a mulher e/ou filhos e abandono da família em etapas anteriores da vida são motivos frequentes do abandono do idoso nos hospitais” (p. 267).

Além disto, a falta de formação, apoio e políticas exclusivamente direcionados aos(as) cuidadores(as) informais<sup>39</sup>, pode desempenhar um papel significativo na recusa familiar. O estudo empírico revela que família e cuidadores(as) com o devido suporte e apoio adequado, não negligenciam os(as) *seus(suas)* idosos(as), não obstante, a carência de recursos, como serviços de assistência domiciliar, suporte financeiro, formação adequada para lidar com as necessidades médicas da pessoa a seu cargo ou flexibilidade nas cargas horárias das suas profissões, associada a sentimentos de culpa, de responsabilidade e de incapacidade perante a situação e à proximidade afetiva, podem conduzir à exaustão física e emocional, dificultando a continuidade da prestação de cuidados. Cuidadores(as) poderão sentir-se assoberbados(as), sobrecarregados(as) e, finalmente, incapazes de lidar com a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa, podendo resultar na negligência parcial ou total dos cuidados e na crença de que a permanência em ambiente hospitalar poderá ser uma melhor solução – se não a única viável –, intensificando, como tal, situações de vulnerabilidade.

Por outro lado, estando a pessoa idosa capacitada para a alta médica, a ausência de uma pessoa cuidadora na própria residência – seja na prestação de cuidados físicos, seja na supervisão do autocuidado –, mas também as condições inadequadas na sua habitação – ou, mesmo, a falta de habitação – ou a residência remota ou de difícil acesso a cuidados médicos, a dependência de tratamentos ou equipamentos especiais e/ou a necessidade de

---

<sup>39</sup> Cuidadores(as) informais “serão aqueles/as que prestam cuidados não no âmbito do exercício de uma profissão, mas em razão de uma prévia relação familiar, de amizade ou de vizinhança com o/a recetor/a” (APAV, 2020, p. 88).

reabilitação acompanhada e a debilidade económico-financeira, poderão ser condicionantes à alta social.

Também a falta de apoio direcionado aos(às) cuidadores(as) informais e as questões relacionadas com o idadismo e capacitismo enfrentadas pelos(as) idosos(as), como anteriormente destacado, estão na base dos comportamentos que apartam, fisicamente, as “pessoas envelhecidas”, em decadência ou não saudáveis ou não produtivas, das “pessoas jovens”, belas, enérgicas, saudáveis e produtivas (Dias et al., s.d.; Neto, 2004; Romero et al., 2010; Vieira & Vieira, 2020; Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021). De uma forma geral, os(as) idosos(as) têm vindo a perder o seu papel de destaque no seio familiar, mas também perante a sociedade. Esta falta de envolvimento emocional, já enraizado na construção social de velhice, poderá estar na base das motivações da institucionalização e do abandono, nomeadamente aquele verificado em hospital.

Para além das questões de cariz afetivo, familiar ou de preconceito, devem ser igualmente analisadas as questões que se prendem com a presença (ou falta dela) de soluções públicas para este grupo, bem como do papel do estado na assistência à população envelhecida. Enquanto estado socialista, Portugal funciona mediante um sistema de proteção social abrangente, com programas que visam garantir o acesso universal a cuidados de saúde, educação e previdência social, entre outras políticas sociais. Não obstante, e motivado pelos padrões capitalistas, é comum assistirmos à desvalorização de determinados grupos, como é disto exemplo a terceira idade, pela sua improdutividade e/ou carga económica e/ou social que representam para o país. Manifestando-se este enquadramento, como evidenciado pelo relatório do 7º Barómetro de Internamentos Sociais da APAH (2023), na percentagem que representa, na totalidade de internamentos inapropriados contabilizados, aqueles resultantes de falta de vagas em estruturas públicas de cuidado, sendo, esta, de 67%, entre ERPI e RNCCI (p. 18). Esta situação vem reforçar a ideia de baixa qualidade, atenção e, sobretudo, preparação, no apoio prestado às pessoas idosas, espelhando o que se verifica na sociedade.

### *Impacto físico e mental do abandono, na saúde da pessoa idosa*

“A institucionalização é um acontecimento que marca a trajetória de uma vida (p. 585) [podendo] interferir na dinâmica de redes sociais e [podendo levar] a uma perceção negativa da qualidade de vida, a uma deterioração [sic] da identidade” (Goffman, 2004, como citado em Vieira & Vieira, 2020, p. 584). No caso da pessoa idosa, verifica-se um crescente receio da dependência e do medo da rejeição. Tal como referido por Vieira e Vieira, estas pessoas “não querem perder a sua dignidade.” (p. 586). Quando abordamos

o tema dos internamentos inapropriados em ambiente hospitalar, funcionando, em muitos casos, como *institucionalização* da pessoa idosa, agravam-se estas circunstâncias.

Considera-se que o hospital não configura a estrutura adequada para ser “lar” de alguém. Qualquer uma das situações anteriormente expostas representa uma violação dos direitos humanos e causa sofrimento e danos significativos às pessoas idosas, potenciando, mesmo, outras situações de risco (ONU, 1991; Neto, 2004; Trentini, et al., 2006; Romero et al., 2010; APAV, 2020; World Health Organization (WHO), 2022; APAH, 2020, 2023a).

Independentemente da motivação e natureza do abandono, importa recordar que o abandono, como já exposto, é um tipo de violência complexo que configura crime. A violência contra idosos(as) acarreta impactos diversos: além de prejudicar diretamente a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das vítimas, afeta, de forma inevitável, familiares, amigos(os), vizinhos(as) e outras pessoas que lhes sejam próximas, tendo, igualmente, consequências para toda a sociedade.

A generalidade das pessoas idosas vítimas de crime e violência reporta sentimentos de medo, tristeza, raiva, solidão, humilhação, [culpa, vergonha e baixa autoestima]. Ao mesmo tempo, estas vítimas sofrem um maior risco de depressão, isolamento e perda de autonomia e mortalidade; (...) familiares, amigos/as e outras pessoas próximas podem experienciar problemas emocionais (...) [podendo] perpetuar comportamentos violentos na família e fragilizar os laços familiares (...); [para a sociedade representa] o aumento da despesa pública relacionado com a maior necessidade de recurso a serviços de saúde, serviços sociais e de justiça por parte das vítimas, mas também outro tipo de custos, como o comprometimento de normas sociais e a quebra de laços comunitários. (APAV, s.d.).

Como referido por Vieira e Vieira (2020) “sentir a presença das pessoas que nos rodeiam e que nos são significativas [e, acrescentaria, sentir aceitação, reconhecimento e valorização por parte da *nossa* comunidade,] são necessidades humanas. (...) Quando isto não acontece passamos a viver sós; sem contextos pessoais; instala-se a solidão.” (p. 584).

O abandono que verificamos nos internamentos sociais, seja qual for a sua natureza, dos quais o nosso país apresenta já números substanciais – podendo os mesmos, pela falta de estudo existente (APAV, 2020), estar subapurados –, trazem consequências trágicas e debilitantes. Além daquelas que são evidenciadas pela APAV, destacam-se outras consequências físicas, como é o caso maior vulnerabilidade a doenças e infeções e todas aquelas que derivam da falta de atenção necessária – em alguns casos, permanente – como complicações do quadro clínico, quedas e/ou lesões, ou desnutrição e/ou desidratação; mas também psicológicas, como a perda de independência, a perda da

privacidade, o sentimento de desamparo, incerteza, confusão e desorientação; potenciando sentimentos de solidão, ansiedade, stress e a depressão (Creditor, 1993; Saint-Hubert et al. 2009), tal como é evidenciado na investigação levada a cabo na presente dissertação.

### *Panorama português*

Após a revisão de literatura sobre o abandono de pessoas idosas em centros hospitalares, nomeadamente em Portugal, é possível notar a escassez de estudos investigativos e soluções propostas que criem estratégias adequadas para lidar com essa realidade, cada vez mais comum.

Muito embora serem desconhecidos os números que constituem este cenário, a nível nacional, uma vez que

o Ministério da Saúde não recolhe dados sobre o abandono de pessoas idosas em hospitais [...] a comunicação social tem apresentado alguns números: numa reportagem datada de 08-02-2018, a TVI24<sup>40</sup> noticiou que 40% das três unidades hospitalares da Região Autónoma da Madeira estavam ocupadas por pessoas (maioritariamente idosas) que já tinham alta hospitalar, mas cujas famílias alegavam não ter condições para as receber. A mesma reportagem avançou que o Hospital Amadora-Sintra tinha 36 utentes, a maioria dos quais pessoas idosas, com alta médica a aguardar resposta da Segurança Social para serem integrados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (APAV, 2020, p. 34).

Sabe-se, ainda, que, entre março e dezembro de 2020, conforme noticiado pelo Jornal de Notícias (JN) “pelo menos 1.259 idosos que não tinham para onde ir foram colocados em lares” (Observador, 2021) permitindo libertar esse mesmo número de camas em hospitais. Já em fevereiro de 2023, foi avançado pela SIC Notícias a informação de serem 665 camas ocupadas por pessoas internadas, com alta médica, aguardando “lugar em lares ou em unidades de cuidados continuados para reabilitação” (para. 2). Este número foi atualizado no passado mês de junho, após a divulgação dos resultados do relatório do 7º Barómetro de Internamentos Sociais da APAH, apontando, agora, uma realidade na qual são indicadas 1.675 camas ocupadas por pacientes em situação de internamento social (SIC Notícias & Lusa, 2 de junho de 2023), sendo estes, na sua maioria, idosos(as) que aguardam vagas em ERPI ou na RNCCI. “Em média, estes utentes ficam 61 dias à espera de respostas, sendo que o caso mais grave foi de um idoso que permaneceu internado 495 dias sem

---

<sup>40</sup> Televisão Independente (canal televisivo português, noticioso, com transmissão entre 26 de fevereiro de 2006 e 22 de novembro de 2021).

qualquer tipo de quadro clínico que o justificasse.” (notícia JN em CNN Portugal, 2022, para. 13).

Pretende-se, através dos dados a continuação apresentados, ilustrar o panorama nacional nos últimos 7 anos:

Ano	Grupo etário	Por grupo	Total (para pessoas acima dos 65 anos)
2017	66 <sup>41</sup> a 80 anos	35%	72%
	> 80 anos	37%	
2018	66 a 80 anos	36%	77%
	> 80 anos	41%	
2019	66 a 80 anos	36%	80%
	> 80 anos	44%	
2020	66 a 80 anos	34%	80%
	> 80 anos	46%	
2021	66 a 80 anos	39%	77%
	> 80 anos	38%	
2022	66 a 80 anos	36%	76%
	> 80 anos	40%	
2023	66 a 80 anos	36%	81%
	> 80 anos	45%	

Tabela 1: Caracterização do número de internamentos inapropriados, para pessoas acima dos 65 anos, em território nacional.

Notas sobre as Edições do Barómetro de Internamentos Sociais:

Total de internamentos inapropriados, na referida data:

- 1ª Edição (dados a 02/10/2017): 4,9%
- 2ª Edição (dados a 19/02/2018): 6%
- 3ª Edição (dados a 18/02/2019): 6,7%
- 4ª Edição (dados a 18/02/2020): 8,7%
- 5ª Edição (dados a 17/03/2021): 5,4%
- 6ª Edição (dados a 16/03/2022): 6,3%
- 7ª Edição (dados a 20/03/2023): 9,4%

Fonte: 4ª e 7ª Edições do Barómetro de Internamentos Sociais (APAH, 2020, p. 14 e 2023, p. 21, respetivamente)

Os dados confirmam uma das hipóteses colocadas na presente investigação: o abandono em ambiente hospitalar, sobretudo com idade acima dos 65, é uma tendência crescente.

Tal como referido por Ricardo Vieira e Ana Vieira (2020), “esta é uma situação preocupante se pensarmos que o nosso país é um dos menos dotados em estruturas de apoio social, e, sobretudo, em cuidados de saúde para o idoso” (p. 579).

Estas informações permitem-nos concluir, portanto, que nos deparamos com um cenário que se repete a cada ano, sem o desenvolvimento e implementação de soluções que sejam mais permanentes. Mas a trama adensa-se e o panorama prevê-se mais preocupante, se considerarmos aquela que é a expectativa para no nosso país:

se hoje temos em Portugal cerca de 2 Milhões de idosos e as estatísticas mostram que em 2050 duplicarão. Numa população que vê uma redução abrupta das taxas de natalidade, 4 milhões de idosos poderá ser metade da população portuguesa em 2050 (Vieira & Vieira, 2020, p. 579).

<sup>41</sup> A referência nos documentos originais poderá ser considerada ambígua, constando “18-65 anos” e “65-80 anos” nos gráficos, contudo, na definição da caracterização destes internamentos é especificamente indicado “acima dos 65 anos”, pelo que se considera “66 a 80 anos”, neste grupo etário.

A análise da literatura e dos dados disponíveis revela uma preocupante tendência de abandono de pessoas idosas em centros hospitalares, destacando a falta de investigação e soluções eficazes para abordar essa problemática. Os números alarmantes de pacientes idosos que aguardam vaga em estruturas adequadas e o aumento previsto na população idosa em Portugal reforçam a necessidade urgente de desenvolver medidas mais permanentes e sustentáveis para garantir o cuidado e a dignidade dos idosos, que deverão passar, a montante, por planeamento onde a cidadania e a intergeracionalidade sejam incluídos.

### 1.3. CIDADANIA E SOLIDARIEDADE INTERGERACIONAL

Desempenhando um papel essencial na promoção e salvaguarda dos interesses das pessoas mais velhas, é urgente a ação multidisciplinar coordenada, de promoção à cidadania e solidariedade intergeracional, de defesa e em garantia dos direitos humanos, e objetivando a sensibilização e prevenção das situações de violência e negligência já descritas.

“O envelhecimento com qualidade depende também do suporte social, onde a educação na, e para a pessoa idosa, parece ser uma ferramenta na promoção de um envelhecimento ativo, permitindo à pessoa idosa uma adaptação e um ajustamento às alterações características dessa etapa de vida (p. 134) (...) [para tanto,] é fundamental que individualmente se compreenda a importância de uma preparação precoce para um envelhecimento ativo, isto é, muito mais que facultar as condições materiais para um envelhecimento de qualidade de vida e bem-estar, é necessário educar, para que estes possam fortalecer uma velhice longa e bem-sucedida” (Mendes, 2020, pp. 139-140).

Envolvendo a consciência e a responsabilidade e incentivando a empatia e o cuidado de cada indivíduo para com os seus pares e para com a sociedade, no geral, e para com as gerações mais velhas, particularmente, sublinha-se a necessidade de transformações a montante, promotoras de uma cultura de compreensão, respeito e proteção aos(as) idosos(as), criando uma sociedade mais inclusiva e acolhedora e focando o combate ao abandono.

Sobre este tema, Reis et al. (2019) apresentam vários argumentos importantes:

idosos que contam com uma rede de apoio social podem ser mais socialmente competentes do que aqueles que têm apenas o apoio familiar e de alguns amigos, porém, ressaltam que é necessário distinguir apoio social de interação social, já que nem todo relacionamento oferece apoio,

configurando-se apenas vínculos desagradáveis e estressantes, [além disso] um bom suporte social influencia positivamente o comportamento dos idosos em aspectos como melhoria nas atitudes com a própria saúde, redução no risco de mortalidade, boa saúde mental, dietas alimentares adequadas, reciprocidade nas relações sociais e possibilidade de escolha no provedor da assistência. (p.118-119)

Assim, potenciar o envolvimento familiar e a participação ativa na comunidade, criar, desenvolver e fortalecer laços sociais, “fornecer e receber apoio emocional; obter garantia de que são respeitados e valorizados; manter sentimento de pertencimento a uma rede de relações comuns; e fornecer suporte para aqueles idosos que sofreram perdas físicas e sociais (NERI, 2008; Reis et al., 2019), contribui de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar e, logo, para um envelhecimento saudável.

### 1.3.1. Políticas públicas e de prevenção

O panorama exposto, leva-nos a refletir sobre a necessidade de estabelecer políticas adequadas que assegurem o bem-estar destas pessoas, que se tornam vulneráveis e solitárias. O envelhecimento populacional, apesar de se configurar uma realidade evidente, como já analisado, não constitui prioridade social. Enquanto base de atuação, será crucial assegurar cooperação e complementaridade entre entidades de saúde e sociais, devendo, estas, “pautar-se por medidas centradas em aspetos económicos, mas também culturais e sociais para que a pessoa idosa tenha à sua disposição oportunidades de realização pessoal, de participação ativa na vida pessoal e comunitária” (Sousa et al., 2020, p. 36).

As políticas públicas e ações individuais devem concentrar esforços na garantia da vida em dignidade e qualidade de vida da população mais envelhecida. Isto implica a criação de ambientes inclusivos e acessíveis, a oferta serviços de saúde especializados e adaptados às necessidades deste grupo, a promoção de oportunidades de participação e envolvimento social e o combate de todas as formas de violência, abuso e negligência contra os(as) idosos(as). Neste sentido, e objetivando a salvaguarda dos direitos dos(as) idosos(as) – que são Direitos Humanos –, a PSP e a GNR

dispõem de programas especiais dedicados às pessoas idosas no contexto do policiamento de proximidade [com] três grandes objetivos: (i) garantir as condições de segurança e a tranquilidade das pessoas idosas; (ii) promover o conhecimento do trabalho das Forças de Segurança; e (iii) ajudar a prevenir e a evitar situações de risco”; “[e] em 2015, a Estratégia de Proteção ao Idoso (...) previa a criminalização do abandono de pessoas idosas em hospitais ou outros estabelecimentos dedicados à prestação de cuidados de saúde (...) *medida que*, apesar de prevista nos Projetos de Lei n.º 62/XIII

e 746/XIII/3.<sup>a</sup>, não foi concretizada até à presente data, mas nem por isso deixa de merecer discussão (APAV, 2020, p. 34).

Estas são medidas importantes, contudo, retóricas e insuficientes, nomeadamente, como apontado pela APAV (2020), quando avaliamos o “abandono de pessoas idosas nos hospitais, [onde] o Estado parece falhar a sua tarefa de tutela de direitos.” (p. 35). A cristalização de respostas não tem acompanhado os números e as consequências expostos pelas investigações neste âmbito.

Tal como referido por Lima (2010), “o desafio do envelhecimento não se restringe à compreensão do fenómeno, mas, e sobretudo, à possibilidade de participar na sua construção social, em vez de apenas o experienciar como uma realidade natural” (p. 130). Assim, é primordial permear as boas práticas, subsidiar a atuação multidisciplinar e endossar “um suporte social adequado, tanto macro (políticas públicas), quanto no núcleo familiar, [que] devem ser estruturados e viabilizados para suprir as necessidades dos idosos e para melhorar a sua qualidade de vida” (Reis et al., 2019, p.121), fortalecendo as medidas voltadas para atender a população idosa na garantia e efetivação de direitos.

Urge reunir esforços coletivos, da sociedade e das autoridades, para fornecer apoio adequado às famílias e cuidadores(as), combater o estigma associado à idade e promover a inclusão social dos(as) idosos(as). Isto requer o fortalecimento legislativo, na responsabilização familiar e estatal, e a implementação de políticas e programas que garantam a valorização destas pessoas e da sua rede de apoio; a assistência económico-social, que permita acesso a serviços de saúde e assistência pública de qualidade; a intensificação e melhoria dos programas sociais e recreativos com e para idosos(as) e a promoção da educação pública e da cidadania que contribua para a construção de relações sócio afetivas e para uma inclusão social plena.

Tal como nos apresenta Lima (2010), “a capacidade de darmos resposta (e alternativas) às necessidades da população idosa depende da nossa aptidão para lidarmos de forma criativa com os novos e os velhos desafios” (p. 91), e, “a este nível, a educação e a transmissão de informação são vitais, tanto no sector da formação (educação de profissionais), como através dos meios de comunicação (combater o estigma e eliminando estereótipos sobre a velhice)” (p. 97).

Nesta reunião de esforços coletivos que se almeja, será indispensável a participação ativa da população idosa na definição do seu projeto de vida: compreendendo as suas perspetivas sobre envelhecimento saudável e identificando elementos cruciais para alcançar tal abordagem. É essencial reconhecer que as pessoas idosas têm direitos

humanos que devem ser protegidos e respeitados. Isto inclui o direito à dignidade, à autonomia, à participação social, ao acesso a cuidados de saúde adequados, à segurança e à não discriminação.

## CAPÍTULO II – METODOLOGIA

O paradigma positivista, que teve o seu auge durante o século XIX e início do século XX, baseava-se na crença de que o conhecimento científico deveria ser objetivo, universal e assente em observações empíricas. Este paradigma defendia a ideia de que a realidade era externa e independente do observador, sendo valorizadas a objetividade, a quantificação e a experimentação. Esta preferência pelo método quantitativo resultou, “em certos casos, [em] trabalhos de investigação com um *superavit* de processos e um claro *deficit* da compreensão dos fenómenos” (Hermano Carmo, prefácio, Gonçalves et al., 2021, p. XVIII), conduzindo ao surgimento de novas abordagens, como o paradigma construtivista, que ganhou destaque a partir do final do século XX.

O paradigma construtivista enfatiza, tal como indica o próprio nome, uma construção social e subjetiva do conhecimento: o conhecimento não é simplesmente descoberto, mas construído ativamente pelos indivíduos em interação com o mundo e com outros atores sociais. Como afirmado por Denzin e Lincoln (2000), “a pesquisa qualitativa é uma atividade localizada que coloca os(as) observadores(as) no mundo, tornando o mundo visível. (...) A este nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalística do mundo...” (como citado em Gonçalves et al., 2021, p. XXIII), valorizando a diversidade de perspetivas e a compreensão de diferentes pontos de vista e reconhecendo a importância de processos interativos e dialógicos, críticos e reflexivos. No âmbito da pesquisa e investigação, o paradigma construtivista abriu espaço para abordagens qualitativas, que ajudam a uma mais profunda compreensão dos fenómenos sociais, e permitiu uma mudança epistemológica significativa na forma como é entendido o conhecimento científico.

É nesta procura por um maior e melhor entendimento da realidade social que se opta, nesta investigação, por uma abordagem qualitativa, na qual não se busca a representatividade através dos resultados estatísticos obtidos pelos números, mas sim a expressão de uma ocorrência social, assentando nos “pressupostos de pesquisa que postulam que as relações causais entre fenómenos estão no centro das análises sociológicas” (Guerra, 2006, p. 29).

## 2.1. TIPO DE ESTUDO

No âmbito desta pesquisa de mestrado, foi adotada uma abordagem predominantemente qualitativa, com caráter exploratório-descritivo. O objetivo principal é aprofundar o conhecimento relativamente ao bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas em situação de internamento social, nos hospitais portugueses, contemplando a existência e pertinência de projetos sociais em ambiente hospitalar. Assim, procurou-se perceber os desafios enfrentados pelas pessoas idosas quando hospitalizadas e os motivos para o seu internamento social, a partir da perspetiva dos profissionais hospitalares. Para além disso, privilegiou-se a compreensão da natureza dos projetos sociais existentes em ambiente hospitalar e investigaram-se as perspetivas dos profissionais hospitalares sobre a importância destas iniciativas, particularmente voltadas para pessoas idosas – sobretudo aquelas em situação de internamento social.

A escolha desta abordagem assenta na necessidade de conhecer em detalhe as experiências, perceções e contextos dos(as) profissionais hospitalares, sobre o benefício que este tipo de intervenção e projetos tem para os(as) utentes. O estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo (Carmo & Ferreira, 2008; Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021), permite-nos uma exploração mais aprofundada o fenómeno em estudo.

Embora o estudo tenha uma natureza qualitativa, a metodologia é mista, incorporando análises qualitativas e quantitativas. Esta combinação de métodos qualitativo e quantitativo permitirá uma compreensão mais abrangente do objetivo de estudo, oferecendo uma visão holística e fundamentada que possa contribuir para a pesquisa no campo.

## 2.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Dispomos de várias técnicas de recolha de dados para uma investigação qualitativa (Guerra, 2006; Carmo & Ferreira, 2008; Gonçalves et al., 2021). Assim, e tendo como propósito responder à questão de partida: *Como potenciar o bem-estar e a qualidade de vida de pessoas idosas em situação de internamento social nos hospitais portugueses?*, foi utilizado o inquérito por questionário para recolha dos dados. O questionário foi pensado e estruturado tendo por base os cinco objetivos de investigação:

- O1) Identificar, a nível nacional, a existência de projetos sociais em ambiente hospitalar;
- O2) Conhecer os projetos existentes, identificando aqueles que dão resposta a pessoas idosas em situação de internamento inapropriado ou social;

O3) Conhecer, na perspetiva dos profissionais hospitalares, os desafios enfrentados pelas pessoas idosas, quando hospitalizadas;

O4) Conhecer, na perspetiva dos profissionais hospitalares, as motivações do internamento social de pessoas idosas em hospitais e as suas consequências;

O5) Identificar as áreas a privilegiar na natureza e resposta dos projetos sociais existentes em ambiente hospitalar, na perspetiva dos profissionais hospitalares;

O questionário<sup>42</sup> era composto por questões, na sua forma, abertas, ou de resposta livre, possibilitando a “resposta personalizada, permitindo uma melhor compreensão do pensamento do respondente” (Gonçalves et al., 2021, p. 70), e fechadas.

O questionário foi aplicado *on-line* e, muito embora represente uma técnica mais acessível facilitadora, tanto na administração e difusão e flexibilização do tempo de resposta dos(as) participantes<sup>43</sup> (Batista et al., 2021), foi privilegiado o contacto direto aos hospitais e centros hospitalares, encetando o diálogo com objetivo único da divulgação, a nível interno, do *link* para resposta aos mesmos. Apesar da abordagem mais conveniente, do carácter anónimo e da não vinculação ou referência ao hospital em questão, a colaboração dos hospitais e centros hospitalares apresentou desafios adicionais, revelando-se mais complexa do que inicialmente antecipado: a burocracia densa e os procedimentos internos complexos, criaram uma série de (novos) entraves e dificuldades à divulgação dos questionários.

Perante estas circunstâncias, a investigadora continuou a envidar esforços que garantissem a participação dos profissionais hospitalares, objetivando chegar a 100 participantes. Com este objetivo em mente, revelou-se fundamental a difusão do *link* de forma informal (junto profissionais hospitalares que o divulgaram por colegas e nas redes sociais). Verificou-se, contudo, uma partilha realizada por um centro hospitalar que permitiu um aumento significativo nas respostas, válidas, no espaço de seis dias<sup>44</sup>.

## 2.3. PARTICIPANTES E AMOSTRA

Considera-se que as perspetivas dos profissionais hospitalares, enquanto recurso de informação e metodológico, cumprem os objetivos deste estudo. Como tal, o universo representativo do social (Guerra, 2006) da presente investigação compõe-se por todos(as)

---

<sup>42</sup> O questionário completo encontra-se no Anexo 1.

<sup>43</sup> Quadro 3: Prós e Contras do Questionário Eletrónico do Anexo 2.1.

<sup>44</sup> Tendo o questionário sido publicado a 29 de maio e encerrado a 10 de setembro – um período total de 105 dias.

os(as) profissionais que se encontrem em funções em ambiente hospitalar (de hospitais públicos).

Para alcançar estes(as) participantes, foram contactados 95 Hospitais públicos – dos quais 49 individualmente e remanescentes através de um contacto centralizado, por cada Centro Hospitalar que integram (21 Centros Hospitalares e 1 Unidade de Saúde) –, a Ordem dos Enfermeiros (Norte, Centro e Sul), a Associação Portuguesa dos Técnicos Auxiliares de Saúde (APTAS) e vários grupos informais de enfermeiros(as) em Portugal, na rede social *Facebook*. O questionário foi, ainda, divulgado entre vários contactos pessoais (amigos(as) e familiares profissionais hospitalares), recorrendo a *e-mail* e redes sociais (*Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp*), conduzindo-nos a uma “amostragem por bola de neve (...) [na qual] um informante [indicou] um primeiro participante, que, por sua vez, [indicou] um segundo e assim sucessivamente” (Fontanella, 2021, p. 36). Esta amostragem vem colmatar, precisamente, as dificuldades anteriormente expressas, revelando-se útil para se alcançar o número necessário de participantes para este estudo.

### 2.3.1. Caracterização dos(as) particip antes

De forma transversal, referir-mo-nos aos(às) participantes nesta pesquisa, ao longo deste trabalho, empregando o termo “participantes”, tratando-se de todas as pessoas que submeteram a sua resposta ao questionário disponibilizado *on-line*.

Assim, convidou-se à participação de todos(as) os(as) profissionais que desempenhavam funções laborais em ambiente hospitalar (em hospitais públicos), sendo este o critério de inclusão considerado. Obtiveram-se 142 respostas, tendo sido validadas 140 e excluídas duas (uma das quais por ter textos em caracteres incompreensíveis a outra por estar repetida, o que se detetou pelas respostas semelhantes e se concluiu pela repetição do endereço eletrónico que foi, de forma facultativa, disponibilizado no final do questionário). Para a sua caracterização, são considerados os seguintes indicadores: distrito onde desempenha funções, cargo ocupado ou funções desempenhadas e se lida, no seu quotidiano profissional, com pessoas idosas;

**A) distrito:** uma vez que o primeiro objetivo traçado pressupõe um conhecimento da existência de projetos sociais em ambiente hospitalar, a nível nacional, importou traçar uma questão que, mantendo anonimato e confidencialidade de participantes e unidades hospitalares, nos conferisse informação sobre o distrito onde desempenha funções:

Tabela A: Distrito onde se localiza o Hospital no qual os(as) participantes desempenham funções:

DISTRITO	Freq <sup>45</sup>	%
Faro	34	24,29%
Santarém	25	17,86%
Lisboa	25	17,86%
Porto	16	11,43%
Castelo Branco	15	10,71%
Região Autónoma dos Açores	11	7,86%
Leiria	3	2,14%
Aveiro	3	2,14%
Évora	2	1,43%
Coimbra	2	1,43%
Beja	1	0,71%
Portalegre	1	0,71%
Setúbal	1	0,71%
Viseu	1	0,71%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Como podemos verificar na Tabela A, encontram-se representados, nesta investigação, 14 dos 20 distritos portugueses, sendo Faro o distrito com maior número de participantes, seguido de Lisboa e Santarém, o que, crê-se, se poderá dever ao número de hospitais, no caso de Lisboa, e à amostragem bola de neve, em ambos casos, devido à proximidade física (da localização profissional e residencial) da investigadora. Tiveram uma menor representação os distritos de Beja, Portalegre, Setúbal e Viseu, enquanto os distritos de Braga, Bragança, Guarda, Região Autónoma da Madeira, Viana do Castelo e Vila Real, não se encontram representados.

**B) cargo ou função:** é questionado o cargo ocupado ou as funções desempenhadas, considerando que esta variável seria relevante na caracterização dos(as) participantes. Por se tratar de uma resposta aberta, as respostas foram agrupadas em dez categorias profissionais:

Tabela B: Cargo/função profissional desempenhada no Hospital:

CARGO / FUNÇÃO	Freq	%
Assistentes Operacionais	12	8,57%
Assistentes Sociais e outras funções de Serviço Social	8	5,71%
Assistentes Técnicos(as)	13	9,29%
Coordenadores(as) Técnicos(as) e outras funções de coordenação e gestão	4	2,86%
Diretores(as) de Serviço e outros cargos de direção	6	4,29%
Enfermeiros(as) (estagiários(as); gerais; especialistas e gestores(as))	50	35,71%
Médicos(as) (clínicos(as), especializados(as) e internos(as))	24	17,14%
Técnicos(as) Auxiliares de Saúde	8	5,71%
Técnicos(as) Superiores	9	6,43%
Outros (Farmacêutico(a); Técnico(a) de laboratório, Técnico(a) de comunicação, Fisioterapeuta)	5	3,57%
Respostas em branco	1	0,71%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

<sup>45</sup> Entenda-se por "Freq", em todas as Tabelas e/ou Quadros de resultados da análise, a Frequência daquela resposta pelo total de participantes (140).

A Tabela B, revela-nos uma participação maioritária por parte de enfermeiros(as), constituindo este grupo 50 dos 140 participantes, seguida de médicos(as) (24 participantes). Também se verifica a participação de assistentes técnicos, com 13 respostas, e de assistentes operacionais, com 12 questionários preenchidos. Embora com menor expressão, também participaram técnicos(as) superiores (9), técnicos(as) auxiliares de saúde (8), assistentes sociais e outras funções de serviço social (8), coordenadores(as) técnicos e outras funções de gestão (4) e outros(as) profissionais, designadamente, farmacêutico(a), técnicos(as) de laboratório, de comunicação e de fisioterapia, perfazendo, no total, 5 participantes. Um(a) das pessoas inquiridas não respondeu a esta questão.

**C) lida com pessoas idosas:** para compreender se existe influência entre o facto de “lidar” – no sentido de trabalhar com (direta ou indiretamente) e atuar junto de – ou não com pessoas idosas no exercício da sua profissão e a importância dada à existência de projetos sociais que se dirijam a estes(as) utentes, em ambiente hospitalar, questionam-se os(as) participantes se, no seu cargo/função lidam com pessoas idosas (seja de forma direta ou indireta):

Tabela C: Lida com pessoas idosas, no exercício das suas funções profissionais:

LIDA / NÃO LIDA	Freq	%
Lida	120	85,71%
Não lida	20	14,29%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Como demonstrado pela Tabela C, 85% dos(as) participantes lida, direta ou indiretamente, com pessoas idosas no desempenho das suas funções, em ambiente hospitalar, estando, portanto, bastante conhecedores(as) da realidade em estudo nesta investigação, cujos resultados veremos em detalhe no ponto 3.1.

## 2.4. TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados resultantes das respostas abertas do questionário, optou-se pela análise de conteúdo, que se configura “uma estratégia poderosa para reduzir informação, [tendo] a vantagem de ser uma técnica sistemática e replicável para comprimir muitas palavras de texto em poucas categorias de conteúdo” (Magalhães & Paúl, 2021, p. 75). Este tipo de análise permite o alcance de “uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e [de] uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo” (Guerra, 2006, p.62).

A análise foi realizada sem recorrência a programas informáticos, indo ao encontro da postura de Guerra (2006), ao afirmar que “a utilização de programas informáticos de

análise de conteúdo e o consequente tratamento informático multivariado não dispensam uma análise categorial e tipológica tradicional” (p. 12).

Entende-se, então, esta análise no paradigma compreensivo e indutivo, afastando o convencional hipotético-dedutivo, uma vez que as hipóteses não foram definidas *a priori*, mas surgindo com a análise de conteúdo realizada, e categorial – uma “análise temática, que constitui sempre a primeira fase da análise de conteúdo e é geralmente descritiva” (Guerra, 2006, p. 23). Procurou-se, pois, “a formulação de conceitos, teorias ou modelos com base num conjunto de hipóteses que [emergiram] no decurso da investigação” (Guerra, 2006, p. 23) e a sua categorização, durante a análise, perante os dados. Adicionalmente, foram destacados alguns comentários e afirmações, considerados de maior significação para o presente trabalho, sendo, estas, integradas na apresentação de resultados.

Esta análise permite-nos, então, e tal como defendido por Magalhães e Paúl (2021) “uma visão humanística sobre um problema, ou seja, permite-nos ficar com uma perspetiva sobre os comportamentos, as crenças, as opiniões, as emoções e as relações de um indivíduo” (p. 75).

Apesar da natureza qualitativa da presente investigação, acredita-se que, quando combinada com métodos quantitativos, nos ajuda “a interpretar e a compreender melhor a complexa realidade de uma determinada situação e as implicações dos dados quantitativos” (Magalhães & Paúl, 2021, p. 75). Desta forma, enquanto as questões abertas foram analisadas de forma qualitativa, as fechadas foram sujeitas a análise quantitativa, através da análise estatística simples, que consiste no “conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida sobre uma amostra ou uma população e isso sem distorção nem perda de informação (...) em busca de evidências que permitam (ou não) a generalização das conclusões” (Nascimento et al. 2021, p. 88). Esta técnica permitiu descrever e analisar informações de maneira sucinta e significativa, sendo propícia a uma melhor compreensão de padrões e tendências deste conjunto de dados. Foram, ainda, combinadas ambas técnicas na análise de algumas questões abertas, onde se manifestou relevante compreender não apenas o conteúdo, mas, ainda, a quantidade de repetições e/ou de “categoria de resposta” dada, por cada participante.

Além disto, foi ainda empregue uma abordagem de pesquisa documental *on-line* na recolha de informações relacionadas aos hospitais portugueses, “enquanto forma complementar para obtenção de informação necessária no processo de investigação” (Silva, 2021, p. 105). Esta metodologia incluiu a realização de um levantamento das

informações disponíveis nas páginas *web* de hospitais, sobre a existência de projetos sociais nos mesmos, e nas páginas de projetos sociais, sobre o seu possível funcionamento em ambiente hospitalar (englobando a pesquisa nos *websites* institucionais e perfis de redes sociais), procedendo, posteriormente, à análise comparativa dos resultados dos questionários e deste levantamento.

## 2.5. QUESTÕES ÉTICAS

As questões éticas desempenham um papel fundamental em qualquer pesquisa, incluindo nas qualitativas. A observância rigorosa das questões éticas é fundamental para a credibilidade e a validade de uma pesquisa e é crucial para garantir que os direitos e a dignidade dos participantes são respeitados, incentivando a participação aberta e honesta. Tal como nos referem Gonçalves e Gonçalves (2021),

“esta relação com os participantes deverá enquadrar-se num paradigma ético e apresenta-se como fundamental para o desenvolvimento da investigação, pois assenta no estabelecimento de uma relação de confiança entre o investigador e os participantes, baseada no respeito e na confidencialidade, mas também nas normas de educação e relacionamento interpessoal” (p. 57).

Importa, portanto, para que a pesquisa seja conduzida de maneira responsável e moralmente aceitável, “assegurar a neutralidade dos juízos e valorizar o respeito, a educação e o relacionamento” em cada contexto (Magalhães & Paúl, 2021, p. 73), mas também “pela confidencialidade, pelo envolvimento de todos os indivíduos que estejam associados ao estudo e pela definição clara dos objetivos pretendidos e dos procedimentos e desenvolver durante a investigação” (Gonçalves & Gonçalves, 2021, p. 54).

Para tanto, a proteção e salvaguarda dos(as) participantes e o seu consentimento informado, são elementares. Por se tratar de uma preocupação da presente investigação, todos(as) os(as) participantes foram informados do objetivo da pesquisa e do âmbito da sua realização, bem como do trato dado aos dados pessoais fornecidos<sup>46</sup>, tendo, para poder encetar a resposta ao questionário, declarado compreender que a sua participação era “voluntária, confidencial e anónima” e entender “os objetivos e procedimentos associados”<sup>47</sup> ao mesmo.

---

<sup>46</sup> Ao abrigo da Lei n.º 58/2019, de 08 de Agosto e do estabelecido no Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD).

<sup>47</sup> Transcrito da introdução ao questionário.

## CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo, que servirá à apresentação de resultados desta pesquisa, será explorado o conteúdo dos dados obtidos a partir dos questionários *on-line* realizados, prestando, assim, atenção à “palavra escrita” (Brandão et al., 2021). Salienta-se que, das 142 respostas obtidas, 140 foram consideradas válidas constando, na sua totalidade, na análise realizada.

A análise de conteúdo, conduzida no paradigma compreensivo e indutivo, “não define a verdade a partir de premissas, abordando-se os dados sem modelos ou categorias predefinidas”, tal como referem Brandão et al. (2021, p. 133). Desta forma, foi encetada a análise ao *corpus* de dados numa “codificação emergente” (p. 133). Por outras palavras, apenas no decorrer da análise de conteúdo foram identificados os temas do discurso e, com essa identificação, foram estes categorizados (e sub categorizados), oferecendo uma visão aprofundada sobre as percepções e experiências dos(as) participantes. Partindo desta análise, apresenta-se, num primeiro momento, as conclusões resultantes das questões abertas<sup>48</sup>.

Além disto, foi ainda realizada uma análise de conteúdo através de uma abordagem quantitativa, por se defender “epistemologicamente que alguma verdade pode ser extraída de um texto, através da mensuração e contagem de frequências e proporções de afirmações semelhantes” (Brandão et al., 2021, p. 134). Assim, foram contabilizadas as repetições de termos e tipos de respostas – agrupadas em categorias<sup>49</sup> –, através da análise pela estatística simples. Os resultados decorrentes desta análise, às questões abertas, serão apresentados, à semelhança do que é feito nas questões fechadas, através de informações quantitativas (números e percentagens), incluídas nos quadros da análise de conteúdo, conforme se pode observar no Anexo 2.2.

Ao longo deste capítulo, serão analisados e discutidos os quadros e tabelas resultantes da análise de conteúdo, identificando padrões emergentes, temas relevantes e significados subjacentes que se identificaram nas respostas dos participantes. Serão, também, exploradas as tendências quantitativas que surgem, que permitem uma visão mais abrangente da situação atual das pessoas idosas hospitalizadas – as suas necessidades e

---

<sup>48</sup> Os quadros de análise, dos quais resultaram estas conclusões, foram organizados pelas categorias definidas para a organização dos dados das respostas de cada questão. Poderão ser consultados no Anexo 2.2.

<sup>49</sup> Por “CR” deverá considerar-se “Categoria de Resposta”, em todas as tabelas e/ou quadros de resultados da investigação.

dificuldades –, abordando a temática dos projetos sociais voltados para pessoas idosas em situação de abandono ou internamento inadequado em ambiente hospitalar.

Para responder à questão *Como potenciar o bem-estar e a qualidade de vida de pessoas idosas em situação de internamento social nos hospitais portugueses?*, é importante a analisar a perspetiva dos(as) profissionais hospitalares, compreendendo desafios, possíveis causas, consequências e abordagens. Estes foram sistematizados no Quadro A, que se encontra no Anexo 2.2., onde se exhibe uma grelha com as temáticas definidas a partir das questões abertas, bem como as categorias e subcategorias emergentes da análise. Para compreensão dos dados obtidos, apresenta-se, em seguida, a análise de cada temática abordada, individualmente.

### 3.1. DESAFIOS, RAZÕES, CONSEQUÊNCIAS, SOLUÇÕES, CONTRIBUTOS

#### Principais desafios enfrentados por pessoas idosas, durante a sua hospitalização:

Questionou-se aos(às) profissionais hospitalares quais os desafios que consideram serem enfrentados pelas pessoas idosas, durante a sua hospitalização.

Os resultados obtidos<sup>50</sup> permitem-nos entender que, de forma geral, são identificados dois grandes grupos de desafios enfrentados por estas pessoas: aqueles que lhes são ou se lhes tornam intrínsecos, mencionados 152 vezes (representando 54,9% do total de categorias de respostas dadas), e aqueles externos, mencionados 125 vezes (45,1% do total de categorias de respostas).

Segundo os(as) inquiridos(as), na categoria daqueles “internos”, o primeiro desafio diz respeito ao isolamento e solidão. Com efeito, os participantes referem “isolamento” e “solidão”, “idosos sozinhos” (P31<sup>51</sup>, P116), a “falta de comunicação” (P4) e a falta de “tempo para com estas pessoas” (P12), como elementos importantes a considerar neste âmbito.

Para além do isolamento e solidão, os participantes consideram que o “desconhecimento, medo, confusão, compreensão/assimilação” é um desafio muito sentido. Mais concretamente, dentro desta subcategoria é indicado o “medo da situação”, ou seja, o medo que os utentes têm da doença ou novas doenças, de agravamento, de

---

<sup>50</sup> Apresentados no Quadro B, do Anexo 2.2, e na Tabela E, do Anexo 3.2.

<sup>51</sup> Refere-se “P(nº)” como identificação do(a) participante, que respondeu conforme transcrito na “Unidade de Registo”, na análise de conteúdo realizada (como poderá ser consultado no Anexo 2.2.)

recaída/reincidência, da morte: a “noção de aproximação do fim de vida” (P97); a “aceitação da morte” (P106). Ainda dentro desta subcategoria, identifica-se a “compreensão e/ou conhecimento e/ou assimilação” da doença e quanto à situação em que se encontram: “aprender a lidar com a condição” (P19); “dificuldade em entender a informação passada pelo médico” (P22); “desconhecimento da situação clínica” (P32). Por último, a “confusão” e “[desorientação] por estarem num espaço distinto” (P76), identificando-se a “síndrome confusional” (P89).

A “perda de autonomia e maior dependência” é, também, um desafio para estas pessoas, nomeadamente sendo identificado pelos(as) participantes: a “perda da independência física, para realizar de for autónoma as atividades de vida diária” (P28); o “luto pela perda de autonomia” (P39); a “retirada da autonomia nas escolhas” (P75); o “défice cognitivo para poder transmitir as suas dificuldades ao profissional de saúde” (P78); e “fazerem ouvir a sua voz” (P100). Assim como a “perda de identidade e privacidade” com a “mudança do ambiente” (P30, P108, P111, P121) e “confinamento ao hospital” (P97), com a “alteração de rotinas” (P11) e a “ausência dos seus pertences, da sua casa” (P136).

As “complicações, infeções e novas patologias” são o quinto grande desafio, interno, identificado, com especial ênfase na “ansiedade” (P22), e mencionando-se as “pluripatologias” (P97); a “iatrogenia”<sup>52</sup> (P35); as “infeções nosocomiais”<sup>53</sup> (P57); o “*delirium*”<sup>54</sup> (P83); e a “depressão” (P85).

Por último, identificam-se os desafios “económico-financeiros”, nomeadamente a “pobreza” (P130) e a incapacidade destes doentes fazerem face às despesas decorrentes da hospitalização e/ou tratamentos (P126).

Estes aspetos, aqui identificados como “desafios”, vêm ao encontro do defendido por Creditor (1993), aponta a maioria destes aspetos como “complicações não relacionadas com o problema que causou a admissão [hospitalar] ou com o tratamento específico para

---

<sup>52</sup> Iatrogenia refere-se aos efeitos adversos ou complicações resultantes de tratamento médico “[sendo] mais comuns e [costumando] ser mais graves em pacientes idosos do que em jovens. Essas complicações incluem efeitos adversos do fármaco (p. ex., interações), quedas, infeções hospitalares, úlceras de pressão, delirium e complicações relacionadas à cirurgia” (definição obtida do Manual MSD, Merck & Co, Inc., Rahway, NJ, EUA, em <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional>).

<sup>53</sup> “Infeções nosocomiais podem ser provocadas por bactérias ou por fungos. As infeções fúngicas e bacterianas podem ser perigosas e letais” (definição obtida do Manual MSD, Merck & Co, Inc., Rahway, NJ, EUA, em <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional>).

<sup>54</sup> *Delirium*: “Um distúrbio agudo, transitório e geralmente reversível, flutuante da atenção, da cognição e do nível de consciência” (definição obtida do Manual MSD, Merck & Co, Inc., Rahway, NJ, EUA, em <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional>).

o mesmo, por razões que são explicáveis e evitáveis” (p.219), constituindo-se como “efeitos negativos da hospitalização” (p. 222), e Saint-Hubert et al. (2009), que os reconhecem como “riscos de resultados adversos para a saúde (...) com uma evolução ainda mais negativa do paciente idoso, fragilizado, durante e após a hospitalização” (p. 187).

A segunda categoria identificada é composta pelos desafios que se consideram “externos” a estas pessoas. Nomeadamente, a “falta de apoio e capacidade pós alta” que garanta o “regresso a casa/ao domicílio/ao lar” (P25, P36, P101, P123, P134) de forma segura (P76), da qual se diferencia a falta de apoio “social” (P23): “suporte formal de apoio que lhes permita uma reintegração social digna do pós alta hospitalar” (P61); a falta de apoio e “retaguarda familiar” (P56); e, ainda, a falta de apoio “económico-financeiro”, traduzida nas “dificuldades financeiras para dar resposta quando tiverem alta” (P22).

O segundo desafio desta categoria diz respeito ao “profissionalismo e recursos em hospital”, da qual se apontam três grupos: o “trato desadequado por parte de profissionais e equipas”, mais concretamente referido como: “dignidade no cuidar” (P22); “infantilização” (P75); “incompreensão por parte das equipas” (P77); “violência” (P95); falta de “empatia” (P103); “a despersonalização da pessoa e *bullying*” (P125); “falta de humanidade” (P131); bem como a “falta de profissionais e/ou capacidade de resposta”, sendo especificamente referido pelo(a) participante 133: “falta de apoio suficiente devido aos problemas causados por excesso de utentes e falta dos profissionais de saúde”; e, por último, a “falta de espaços e/ou espaços desadequados”, nomeadamente “estarem num espaço descaracterizado” (P13), com “camas e camas em corredores cheias de idosos sozinhos” (P31), mas, ainda, a “falta de um espaço ao ar livre [onde] pudessem caminhar e apanhar ar” (P127).

A “falta de apoio familiar” durante a hospitalização é referida 28 vezes, com especial referência à “falta de carinho” (P41), constituindo a terceira categoria.

A “falta de apoio social” configura-se como quarta categoria, sendo mencionado 20 vezes, especificando-se uma “ausência e insuficiência de respostas sociais” (P95) e a falta de “resposta das estruturas sociais quando necessário” (P139).

O “abandono”, nomeadamente o “abandono familiar” (P23, P108), é referido 17 vezes, considerando-se, assim, o quinto desafio externo.

O sexto desafio diz respeito à falta de “ocupação e motivação e/ou apoio espiritual, emocional e mental”. Com efeito, são referidos: a “motivação para a reabilitação física e cognitiva” (P37); o “apoio espiritual” (P14, P108); e “falta de cuidados emocionais” (P127).

Na categoria de desafios “externos”, são mencionados desafios relacionados com a família 38 vezes (incluindo o pós alta, a falta de apoio durante a hospitalização e o abandono); já aqueles relacionados com o suporte social são mencionados 34 vezes (incluindo o pós alta, a falta de apoio durante a hospitalização, a falta profissionais/capacidade de resposta e a falta de espaço ou espaços adequados, em hospital).

Em Portugal, alguns destes desafios são fatores de sinalização à intervenção do ISS (2015), nomeadamente: “situação de risco social, familiar e ambiental/habitacional; situação de vulnerabilidade económica; manifesta incapacidade para gerir a sua vida e os seus bens; situação de potencial vítima de negligência e ou maus-tratos [sic]” (p. 12).

### **Principais razões para o abandono e/ou internamento social da pessoa idosa:**

Neste tema, foram analisadas as razões que, na perspetiva dos(as) profissionais hospitalares, são aquelas que se encontram na base dos internamentos sociais de pessoas idosas em hospitais.

Entendemos, pois, pelos resultados obtidos<sup>55</sup>, que são cinco as grandes principais causas que estarão na base deste tipo de internamentos: a falta de retaguarda familiar, a falta de apoio ou respostas sociais, a falta de disponibilidade ou recursos, o nível de dependência que estas pessoas apresentam e, por fim, a alteração dos modelos e valores sociais e familiares, bem como a falta de educação e sensibilização para o envelhecimento.

A primeira categoria de razões, diretamente associadas à falta de retaguarda familiar e/ou de rede cuidadora (seja por falta de interesse ou de condições, recursos e disponibilidade), é referida por 95 participantes, que indicam, entre outras, a “falta de responsabilidade por parte dos familiares [e] famílias muito desestruturadas” (P22). Outras dizem respeito à “desresponsabilização dos familiares” (R38), referindo os(as) participantes que estes(as) “não querem ter o trabalho nem o gasto financeiro” (P41) ou que se verifica “falta de paciência” (P66) da sua parte, sendo apontada a “violência e maus-tratos na relação utente-familiares” (P95). Contudo, nesta categoria, têm maior peso as motivações relacionadas com a falta de “disponibilidade, condições e/ou recursos” da família e/ou rede cuidadora para garantir o suporte necessário a estas pessoas. Efetivamente, observamos serem indicadas a “falta de meios da família para os receber” (P80). Mais especificamente, encontramos a referência às condições de habitabilidade: “famílias que não têm condições para ter os idosos no domicílio” (P28); “falta de condições habitacionais, por parte dos familiares” (P118); às condições económico-financeiras: “famílias com carências sociais e

---

<sup>55</sup> Apresentados no Quadro C, do Anexo 2.2, e na Tabela D, do Anexo 3.2.

económicas” (P36); e, por último, às limitações de tempo relacionadas com horários e profissões: “falta de tempo dos cuidadores” (P9); “nestas famílias todos trabalham e precisam de continuar a trabalhar” (P29).

As razões relacionadas com a “falta de apoio/resposta social” representam a segunda categoria, sendo mencionadas as “burocracias e falta de rendimento social” (P19) e a “ausência de respostas adequadas, dignas e eficazes” (P95). Identificam-se, nesta categoria, duas importantes subcategorias, a primeira relacionada com a falta de infraestrutura, referindo os(as) participantes a “falta de vagas nos lares ou centros de reabilitação” (P57), a “falta de políticas direcionadas aos idosos que viabilizem infraestruturas” (P61) e a “falta de respostas sociais na comunidade, nomeadamente RRCCI” (P72); a segunda relacionada com a “falta de apoio e/ou formação aos cuidadores informais e/ou família”, sendo referidas as “leis que não protegem nem apoiam devidamente os cuidadores informais” (P39) e a necessidade de garantir “apoios financeiros e estruturais para os cuidadores” (P15), bem como o “conhecimento no que toca a cuidados” (P40).

A terceira categoria de razões enumeradas diz respeito à “falta de disponibilidade, condições e/ou recursos” (não se especificando a sua origem ou natureza), dos quais se identificam três subcategorias: as “condições de habitabilidade”, nomeadamente estas pessoas “residirem em más condições habitacionais” (P99) e/ou as “habitações reduzidas” (P124); as “económico-financeiras”, nomeadamente a “falta de rendimento” (P5), a “pobreza económica” (P30) e os “valores inoportáveis em lares” (P39); por último, a “falta de tempo” (P5). Será importante, ainda, observarmos que, quando consideradas as razões relacionadas com a “falta de condições, recursos e disponibilidade”, de forma geral, incluindo aquelas especificamente associadas à família, estas são mencionadas por 105 participantes.

O nível de dependência destas pessoas é apontado como a quarta categoria de razões ao abandono e/ou internamento social da pessoa idosa. Com efeito, os(as) participantes referem o “cuidar de uma pessoa dependente” (P29) e que “idoso requer vigilância 24 horas” (P110).

A última categoria diz respeito à “alteração de valores sociais e familiares e falta de educação e/ou sensibilização para e a velhice”, mais especificamente, menção à “cultura do desapego” (P124) e ao “desapego emocional” (P16), à “deficitária cultura do idoso na sociedade” (P24) e à “falta de sensibilização da população geral” (P122).

Estes aspetos vêm ao encontro do plasmado no “Relatório Portugal mais velho” (APAV, 2020), mas também expõem uma falta de preparação social para receber, cuidar

e integrar estas pessoas na sociedade, podendo isto estar relacionado com as representações sociais sobre velhice e envelhecimento (Simões, 1985, 1990; Neto, 2004; Dias et al, 2014; Cabral, 2018, Dias et al., s.d.).

Considerando as principais conclusões da “7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais” (APAH, 2023b), contudo, observamos discrepância entre os resultados, uma vez que a APAH conclui que a “falta de resposta da RNCCI [representa] o principal motivo do número de Internamentos Inapropriados” (p. 25), enquanto a presente investigação conclui ser a “falta de apoio e/ou retaguarda familiar e/ou de rede cuidadora” a categoria de razões maioritariamente apontadas para o abandono e/ou internamento social de pessoas idosas (representando 38,15% da totalidade de razões mencionadas), seguida pela “falta de apoio / resposta social” (num total de 24,5%, sendo 5,22% indicado especificamente como falta de infraestruturas de resposta, incluindo vagas em RNCCI).

#### **Consequências, para a saúde, do internamento social e/ou da falta de visitas:**

Nesta questão foi pedido aos(às) profissionais hospitalares que clarificassem se o internamento social e/ou a falta de visitas pode afetar a saúde das pessoas nessa situação, especificando de que forma. Dos(as) 140 participantes, quatro respondem de uma forma não considerada válida para a presente análise, um(a) responde de forma negativa e 135 de forma positiva – dos(as) quais 122 se prestam a justificar, conforme analisado em seguida.

Os resultados obtidos<sup>56</sup> mostram que a situação de internamento social e/ou de internamento sem visitas poderá ter cinco grandes consequências para a saúde das pessoas que se encontram nessa situação: na saúde mental e estabilidade emocional, que é mencionada 123 vezes (representando 68% do total de categorias de respostas dadas), no agravamento do quadro clínico e recuperação, na saúde física e motora, na capacidade cognitiva e na não adesão a ou recusa de tratamentos.

Como referido por Galvão e Gomes (2021) “os cuidados de saúde não estão direcionados para promoção da felicidade e da afetividade, mas sim direcionados para o tratamento dos sintomas físicos” (p. 165), o que encontra eco na consequência mais apontada pelos(as) participantes, que se refere à saúde mental e emocional ou afetiva, tratando-se, como tal, da primeira categoria. Os(as) participantes referem afetar “emocionalmente” (P11, P42, P48 e P140) e ter “um forte impacto na saúde mental” (P86), mas são apresentados, ainda, argumentos relacionados com a importância dos laços

---

<sup>56</sup> Apresentados no Quadro D, do Anexo 2.2, e na Tabela F, do Anexo 3.2.

afetivos e das relações, para a estabilidade mental e emocional: “qualquer pessoa que sinta que não é importante para ninguém fica perturbada [sic]” (P126); “necessidade de partilhar afetos” (P135). Mais especificamente, identificam-se quadros depressivos, sendo apontada a “postura derrotista e autodestrutiva” (P8), o “agravamento de *delirium* [e] agravamento de patologia depressivo-ansiosa” (P83) e a “[desistência] de viver” (P20, P56 e P120); identifica-se também a solidão: “sensação de abandono e solidão pode facilmente levar a depressão” (P77); “a solidão mata mais que a própria doença” (P131); e, por último, a ansiedade: “nota-se no agravamento da demência, tristeza, ansiedade” (P29).

Identificada, pelos(as) participantes, como a segunda categoria, encontramos o agravamento de quadros clínicos ou da doença (P12, P24, P54, P85), “piorando o estado” em que já se encontram (P41); a propensão a novas doenças e/ou infeções, com “risco de infeções, pelo aumento do uso de antibióticos” (P29), e “de infecção cruzada” (P23) ou de “intercorrências nosocomiais” (P92); e a dificuldade na recuperação da doença (P54).

A terceira categoria refere-se às consequências para a saúde física e motora, para a qual se aponta a diminuição de apetite (P122) e a “desnutrição” (P33), mas também a “deterioração motora” (P2), “pela permanência em ambiente restritivo” (P100) e “[confinamento] a uma cama do hospital” (P101).

A capacidade cognitiva, com referência à memória, compreensão e orientação e, ainda, à demência, configura a quarta categoria: “é um fator que origina episódios de desorientação no tempo e espaço” (P28); “aumenta o risco de desorientação e alienação” (P39); “perda de estímulo cognitivo (P87); “demência galopante” (P107).

A importância das ligações interpessoais para a saúde e bem-estar da pessoa idosa é um aspeto amplamente defendido por Neto (2004), Trentini (2006), Lima (2018), Mendes (2020), Sousa (2018, 2021) e Sousa et al. (2021), reforçando os resultados obtidos nas primeira, segunda, terceira e quarta categorias. Tal como apontam Baron e Byrne (2005), o isolamento e a solidão que experienciam “vem acompanhado de depressão, ansiedade, infelicidade e descontentamento associado ao pessimismo, à auto culpabilização e à timidez” (Baron & Byrne, 2005, p. 322).

A quinta categoria diz respeito à influência à adesão terapêutica (P75) o e/ou à recusa de tratamentos, identificando-se a “perda de vontade para ser tratado” (P65) e os “impactos diretos no potencial de recuperação do utente e sua colaboração no seu processo de reabilitação” (P95).

Na sexta categoria incluem-se os(as) cinco participantes que mencionam que o internamento social e/ou a falta de visitas, em ambiente hospitalar, afeta a saúde das

peessoas idosas de uma forma geral (P60, P70, P131, P136), “[influenciando] todo o resto do organismo” (P80).

De uma forma geral, estas consequências encontram eco também nos estudos de Creditor (1993) e Saint-Hubert et al. (2009), bem como são suportadas por Reis et al. (2019) ao afirmarem que as “relações sociais satisfatórias parecem promover melhores condições de saúde” (p. 116).

### **Soluções de prevenção aos casos de internamento social:**

Perante os resultados<sup>57</sup> deste tema, foram identificadas, na perspetiva dos(as) profissionais hospitalares, seis categorias de soluções de prevenção às situações de internamento social de pessoas idosas, em ambiente hospitalar.

“Mais apoio e/ou resposta social” constitui-se a primeira categoria que, de forma generalizada, é referida 158 vezes (num total de 80,6% das categorias de respostas). Mais especificamente, é apontada a necessidade e um bom funcionamento do sistema de saúde (entende-se o SNS) (P47), e, ainda, a necessidade de “mais apoios sociais por parte do estado” (P73). Identifica-se a urgência de mais infraestrutura, em concreto: “mais lares sociais” (P18); “ERPI do estado, reforço da rede nacional de cuidados integrados” (P29); “criação de mais unidades de cariz social para receber este tipo de casos” (P97); “mais infraestruturas/ unidades e/ou vagas em RNCCI, ERPI, UCC, centros de dia” (P54). Identifica-se, também, a importância de uma “melhor sinalização e articulação entre Hospital e ISS”, sendo referido pelo(a) participante 132 a importância de “mais instituições com protocolo hospitalar” (P132). Mais apoio direcionado à pessoa idosa, conclui-se, configura uma importante solução, nomeadamente o apoio “domiciliário”, “[aumentando] a rede de apoio à hospitalização domiciliária” (P80) e garantindo “serviços de apoio domiciliário em horário permanente” (P100); e o apoio “económico-financeiro”, através de “reformas mais equilibradas” (P8) e da “[adequação dos] preços das instituições à capacidade económica dos idosos” (P76). Também um apoio direcionado à família e/ou rede cuidadora é significativamente referido, com especial ênfase à formação e “capacitação dos cuidadores informais” (P15, “[dando] treino aos cuidadores” (P39); mas também ao seu apoio económico: “estado deveria eventualmente adjudicar subsídios para promover o acolhimento destes doentes na sua família” (P97); “alteração do estatuto do cuidador mudando o subsídio para remuneração adequada” (P122); e, ainda, à sua

---

<sup>57</sup> Apresentados no Quadro E, do Anexo 2.2, e na Tabela G, do Anexo 3.2.

“assistência e descanso” através, como sugere o P100, do “internamento temporário dos utentes de forma a permitir o descanso do cuidador”.

Estes resultados vêm reforçar aquilo que é observado no tema anterior, “Principais razões para o abandono e/ou internamento social da pessoa idosa”, concluindo que a intervenção social pública é essencial na resposta a estas situações. Por outro lado, e refletindo sobre as principais conclusões da “7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais” (APAH, 2023b), que nos indica ser a falta de resposta da RNCCI a principal razão dos internamentos inapropriados contabilizados, entende-se, perante este resultado, que passa, particularmente, por uma resposta social mais adequada a prevenção para esta realidade.

A segunda categoria refere-se, de forma muito específica, à “responsabilização da família”, nomeadamente a legal (P85), mas, sobretudo, criando “impedimentos ao acesso a bens e reformas” destas pessoas: “confiscar os bens dos idosos (muitas vezes os familiares ficam com eles, mas não tomam conta dos idosos)” (P33); “corte das reformas dos idosos quando as famílias os abandonam” (P40); “famílias não devem tirar benefícios de trabalho efectuado por terceiros” (P53).

A “sinalização prévia, pelo hospital, ao ISS ou à família/cuidadores(as)” compõe a terceira categoria. Com efeito, os(as) participantes referem: “sinalizar ao ISS na recolha de informação médica” (R19); “envolver os familiares desde a admissão e sinalizar logo todas as situações de risco” (R39); “preparação da alta junto da família logo no dia de internamento” (R98).

A quarta categoria aponta para o “apoio da comunidade”, através de “cuidados primários de proximidade e a comunidade local” (R99).

Já a quinta categoria faz referência a uma atuação preventiva, de “sensibilização e educação”, considerando os(as) participantes ser importante uma “mudança social, educacional e cultural profunda” (R24), “mais cidadania nas camadas mais jovens” (R103) e “medidas de sensibilização ao potencial problema” (R110).

Por último, os(as) participantes aludem à aplicação de “coimas” ou penalização em termos de IRS” (R45) e de “taxas moderadores de internamentos sociais” (R75).

### **Contributos da família e comunidade, na prevenção aos casos de internamento social:**

São analisados, neste tema, os possíveis contributos da família, rede cuidadora e comunidade, na perspetiva dos(as) profissionais hospitalares, para a prevenção de

situações de internamento social de pessoas idosas, em ambiente hospitalar. Os resultados<sup>58</sup> dividem-se em sete categorias principais.

A primeira categoria propõe um “acompanhamento” direto à pessoa idosa, tendo esta categoria um total de 56 menções. Efetivamente, e de forma representativa (20 vezes), é referida a necessidade de criação de “associações, IPSS” (P1) e de “grupos de voluntários que visitem regularmente estes idosos” (P22) – e outras formas de voluntariado (P52, P82, P94, P103) –, sendo referido pelo(a) participante 182 a criação de uma “comissão de proteção aos idosos” (P182). Menciona-se, também, a “[promoção de] uma rede de apoio aos idosos que vivem sozinhos” (P80) e o “[desenvolvimento de] programas de retaguarda” (P86). O acompanhamento pela família é também especificado: “família terá de estar disponível para aprender a cuidar” (P6); “a família tem de ter um papel activo na vida do familiar idoso” (P114); bem como o acompanhamento domiciliário: “acolhimento emocional e apoio técnico, digno, de preferência na própria residência” (P21); “equipas de apoio/visita de idosos ao domicílio” (P109). A categoria compõe-se, por fim, pela sugestão de implementação de “soluções formativas e de capacitação para cuidados”, das quais: “soluções adequadas quer em termos de número quer em termos de capacitação” (P32) e “associações ou segurança social e ministério da saúde capacitarem as famílias” (P113).

O “planeamento atempado da velhice” representa a segunda categoria. Com efeito, é apontada a importância de “preparar as situações de dependência com antecipação” (P115), podendo, esta, ser alcançada através de “mais e melhor sensibilização e educação em cidadania” (mencionada 20 vezes), sendo “necessário e urgente a mudança de mentalidade” (P131), referindo-se, para tanto: uma “mudança da estrutura familiar algo que culturalmente tem se vindo a instituir” (P62); “ações de sensibilização” (P75, P137); e, ainda, a “antecipação no internamento/admissão hospitalar na preparação para alta”, como apontam o P48 – “identificar logo essa necessidade aquando admissão” – e o P192 – “preparação para a alta”.

A terceira categoria, mencionada, de forma geral, 30 vezes, é constituída por respostas que referem que esta deverá ser uma “obrigação” do estado (P53) (como tal, não da família ou comunidade), reforçando os resultados anteriormente apresentados, nomeadamente nos temas “Principais razões para o abandono e/ou internamento social da pessoa idosa” e “Soluções de prevenção aos casos de internamento social”. Esta categoria encontra-se dividida em três subcategorias, destacando-se a necessidade de mais

---

<sup>58</sup> Apresentados no Quadro F, do Anexo 2.2, e na Tabela H, do Anexo 3.2.

recursos: “mais assistentes sociais” (P18); “melhorar a rede de apoio de cuidados domiciliários, porque a própria oferta é insuficiente” (P28); “lares sociais e centros de dia estatais” (P84); de “apoio domiciliário”: “melhorar a rede de apoio de cuidados domiciliários” (P28); e da “alteração de leis e responsabilização de familiares”: “responsabilização a quem abandona familiares nos hospitais” (P40); “apoiando idosos com legislação que os proteja” (P140).

Os(as) participantes identificam, também, ser necessária uma maior “autonomia e disponibilidade na procura de apoio”. Com efeito, é referido: “pedir ajuda” (P19, P59); “colaborar mais na procura e resposta de soluções” (P27); “disponibilidade para procurar respostas” (P95); mas, mais especificamente, através da pressão ao estado e governantes: “pressão para com o governo na implementação da lei” (P8); “divulgar, falar, alertar, exigir respostas e apoio aos governantes” (P107).

O “apoio financeiro” constitui a quinta categoria deste tema, na qual se sugere: “pressão para com o governo na implementação da lei” (P8); “divulgar, falar, alertar, exigir respostas e apoio aos governantes” (P107).

A sexta categoria compõe-se por soluções de “acompanhamento e apoio à família e/ou rede cuidadora”, destacando-se: “capacitem as famílias” (P113); “haver uma rede de suporte aos familiares” (P123); “instituições de apoio ao cuidador” (P126)

Por último, é dada importância à cooperação e trabalho conjunto, sendo mesmo afirmado pelo(a) participante 13 a relevância de “maior empatia e cooperação, mais atividades multigeracionais”.

Estes contributos, nomeadamente os esforços encetados na cooperação da comunidade e sociedade, vêm ao encontro do defendido na literatura (ONU, 1991; Parente et al., 2006; Pimentel et al., 2016; Sousa, 2018, 2021; Sousa et al., 2020; Mendes, 2020) quando se discute o acompanhamento e a integração da pessoa idosa, particularmente através da importância da animação sociocultural e da educação e aprendizagem intergeracional, no enalço do envelhecimento ativo e saudável.

Além do exposto, uma importante temática da presente investigação, como veremos em seguida, diz respeito à importância da existência de projetos sociais em ambiente hospitalar.

## 3.2. EXISTÊNCIA DE PROJETOS SOCIAIS EM AMBIENTE HOSPITALAR

### Existência de projetos de cariz social, em ambiente hospitalar, direcionados a utentes:

Questionou-se aos(às) participantes sobre a existência de projetos de cariz social, direcionados a utentes, no hospital onde exerciam funções no momento da sua resposta. Esta questão, de resposta fechada, apresentava três opções de resposta, conforme apresentado na Tabela I, no Anexo 3.2., tendo 46 participantes afirmado existir este tipo de projetos.

Apurou-se<sup>59</sup>, ainda, que existem projetos sociais em hospitais de 10 distritos dos 14 representados no presente estudo. Dos quatro onde não foram contabilizadas respostas positivas, verifica-se que três indicam “não sei” e uma indica “não”.

Aos(às) 46 participantes que responderam de forma positiva, foram colocadas duas questões adicionais:

- Áreas/utentes a que estes projetos se direcionam<sup>60</sup>: para um conhecimento da tipologia de projetos existentes, questiona-se quais as áreas/utentes a que estes projetos se direcionam. Conclui-se que, das 45 respostas validadas, 42 participantes mencionam uma ou mais áreas e três afirmam “não saber”. Deste resultado, apura-se que a gerontologia é a área com maior número de projetos implementados, o que poderá representar algum viés face à realidade, quando é feita uma relação destes números e a pesquisa documental *on-line* levada a cabo, sobre os projetos sociais no país, implementados em ambiente hospitalar. Do levantamento resultante desta pesquisa, contabilizaram-se 25 projetos, dos quais 10 (40%) direcionados a recém-nascidos, crianças e jovens – identificando-se dois especificamente direcionados menores doentes oncológicos – e cinco direcionados a pessoas idosas ou intergeracionalidade (20%) (outros projetos incluem oncologia, cuidados paliativos e saúde mental). Além disso, sendo anónimo o hospital onde exercem funções os(as) participantes, reconhece-se poderem existir repetições entre os projetos contabilizados pelo número de respostas e aqueles contabilizados neste levantamento.

- Formato na implementação<sup>61</sup>: no mesmo propósito de conhecimento da tipologia de projetos existentes, questiona-se se estes são implementados pelo próprio hospital ou alguma entidade externa (instituição, associação, empresa) ou ambas situações. Observa-

---

<sup>59</sup> Apresentado na Tabela J, do Anexo 3.2.

<sup>60</sup> Apresentados no na Tabela K, do Anexo 3.2.

<sup>61</sup> Apresentados no na Tabela L, do Anexo 3.2.

se que é privilegiada a parceria, entre hospital e entidades externas, na implementação deste tipo de projetos, representando 46% das respostas positivas obtidas.

### **Importância da existência de projetos de cariz social, em ambiente hospitalar, direcionados a utentes:**

Para avaliar qual o grau de importância da existência de projetos de cariz social, na perspetiva dos(as) participantes, foi respondida uma questão com resposta em escala de Likert. Os resultados<sup>62</sup> revelam que 98,5% dos(as) participantes atribuí níveis 4 a 5 de importância, quando nos referimos à existência de projetos sociais em ambiente hospitalar, sendo que 85,7% o considera “Muito Importante”.

Esta é uma ideia que encontra respaldo na literatura, quando considerada a influência das relações interpessoais no bem-estar e qualidade de vida das pessoas (Lima, 2018), nomeadamente das pessoas idosas (Trentini et al., 2016; Mendes, 2020). Tal como apresentam Reis et al. (2019), “o apoio social auxilia na visão que o idoso tem em relação à satisfação de sua vida, já que esta pode ser influenciada pelo modo como as pessoas se sentem com os relacionamentos interpessoais” (p. 116).

### **Áreas a privilegiar no direcionamento dos projetos sociais:**

Neste tema, foi analisada a perceção por parte dos(as) profissionais hospitalares, sobre as áreas e/ou utentes que necessitam de mais apoio por parte de projetos de cariz social, em funcionamento em ambiente hospitalar. Foram estabelecidas 10 categorias, apresentadas no Quadro G, do Anexo 2. 2., e na Tabela N, do anexo 3.2.

Assim, os dados recolhidos permitem perceber que as pessoas idosas surgem como aquelas a que a urgência de resposta é superior, tendo esta categoria sido mencionada 103 vezes, por 73,57% dos(as) participantes, especificando-se, por exemplo, os(as) doentes com “doença crónica ou incapacitante” (P53) e os(as) que estão “em situação de dependência ou isolamento” (P95). Seguem-se-lhe os(as) doentes oncológicos e pessoas com deficiência, representando 13,5% e 12,6% das respostas dadas, respetivamente.

Admite-se que o resultado respeitante às “pessoas idosas” ou “gerontologia” possa refletir parcialidade, quando considerado o tema global do questionário. Por outro lado, ao refletirmos sobre as respostas obtidas, salienta-se, ainda, que todas as unidades de registo que acrescentam informação para além da área/utentes, referem-se a situações de fragilização interseccional, causadas por outras vulnerabilidades que se somam à doença

---

<sup>62</sup> Apresentados no na Tabela M, do Anexo 3.2.

ou motivo da hospitalização. No caso das pessoas idosas, somando-se à idade, destacam-se aquelas causadas por doença crônica, incapacidade, dependência ou demência, fornecendo o subcapítulo “Preconceito e violência dirigidos à pessoa idosa”, deste trabalho (Simões, 1985, 1990; Parente, 2006; Myers, 2014; Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021), um significativo suporte empírico a esta hipótese, com destaque para o idadismo (Neto, 2004; Lima, 2010; APAV, 2020; Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021) o capacitismo (Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021) e a violência (Gonçalves, 2006; Dias, 2010; Lima, 2010; APAV, 2020) – que pode verificar-se em forma de abandono – e as suas consequências (Dias et al., 2014; Myers, 2014; Sousa & Baptista, 2015; Lima, 2018, Sousa, 2018, 2021; APAV, 2020; WHO, 2022).

Tal como referido por Lima (2018) as relações sociais que estabelecemos e o sentimento de pertença (a determinado grupo), têm peso na construção da nossa identidade, mas, sobretudo, na nossa saúde e bem-estar. Contudo,

nem todos os grupos têm o mesmo prestígio e, por isso, a pertença a grupos discriminados não tem o mesmo impacto positivo na saúde que tem a pertença a grupos socialmente valorizados. [Pelo contrário]: pertencer a grupos discriminados, ser alvo de preconceito, estigma e de estereótipos negativos tem mesmo impactos negativos na saúde (Lima, 2018, p.95).

Isto vem ampliar e consubstanciar a ideia de uma “fragilização interseccional” referida.

### **Importância das visitas diárias às pessoas idosas em situação de internamento prolongado e/ou de internamento social, em ambiente hospitalar:**

Questionou-se qual o grau de importância que os(as) participantes estabelecem à existência de visitas diárias às pessoas idosas em situação de internamento prolongado ou de internamento social. Considera-se importante o entendimento sobre este tema, na perspetiva daqueles(as) que exercem funções diretamente nesse ambiente, para a investigação, mas também para o desenho de um possível projeto de intervenção junto deste grupo.

Os resultados<sup>63</sup> vêm revelar que 95,7% dos(as) participantes atribuí níveis de importância 4 e 5, à existência de visitas diárias, sendo que 80,7% o considera “Muito Importante”. Este resultado não só dá suporte ao tema anteriormente analisado: “Consequências, para a saúde, do internamento social e/ou da falta de visitas”, como

---

<sup>63</sup> Apresentados no na Tabela O, do Anexo 3.2.

encontra sentido em Lima (2018), ao demonstrar que a nossa saúde depende das relações que mantemos com outras pessoas e que “a interação social não nos traz "apenas" felicidade (ou desespero): (...) ter boas relações com os outros contribui para estarmos menos suscetíveis a doenças e para uma maior esperança de vida” (p. 70).

Ao analisarmos a Tabela P, do Anexo 3.2., na qual se estabelece uma relação entre “lidar” ou não com pessoas idosas, nas suas funções profissionais (observado na Tabela C da *Caracterização dos(as) participantes*), e o grau de importância dado à existência de visitas diárias àquelas em situação de internamento prolongado ou internamento inapropriado, é possível identificar alguma influência nas respostas dadas pelos(as) profissionais que “lidam” com pessoas idosas no exercício das suas funções e aqueles que “não lidam”, nomeadamente nos níveis de importância “3” e “5”, sendo, nestes casos, inferior em 6,66% e superior em 12,5%, entre ambas situações, respetivamente. Permitindo-nos, isto, concluir que os(as) profissionais que “não lidam” com pessoas idosas estabelecem um nível inferior de importância à existência de visitas diárias às mesmas.

#### **Importância de um projeto social dedicado a pessoas idosas:**

O grau de importância que os(as) participantes conferem à importância da existência de programas ou projetos de cariz social, em ambiente hospitalar, exclusivamente dedicados a pessoas idosas em situação de abandono (quer se encontrem em internamento prolongado quer em internamento inapropriado), foi outra das questões respondidas. Considerou-se importante o entendimento sobre este tema, na perspetiva daqueles(as) que exercem funções diretamente nesse ambiente, para a investigação, mas também para o desenho de um possível projeto de intervenção junto deste grupo.

Como demonstrado pelos resultados<sup>64</sup>, 95% dos(as) participantes atribui níveis de importância 4 a 5 à existência de programas ou projetos de cariz social, dedicados a exclusivamente a pessoas idosas, nas condições já expostas, sendo que 85% o considera “Muito Importante”.

Ao analisarmos a Tabela R, do Anexo 3.2., não fica estabelecida qualquer relação entre os níveis de importância das respostas dadas pelos(as) profissionais que “lidam” com pessoas idosas no exercício das suas funções e aqueles(as) que “não lidam”. Na verdade, percebe-se alguma coesão entre ambas situações.

---

<sup>64</sup> Apresentados na Tabela Q, do Anexo 3.2.

No caso específico de implementação de projetos junto de pessoas idosas institucionalizadas (sendo aplicado, neste contexto, a institucionalização por “internamento inapropriado”, em hospital), analisemos o que defende Sousa (2018): “as características dos indivíduos são (en)formadas pelas relações sociais, pela pertença ao(s) grupo(s)”, (p.5), assim, para evitar a dependência, a padronização e a objetificação, e para promover o “sentimento de identidade”,

“deve ser estimulado o fomento das relações afetivas gratificantes e a criação de relacionamentos satisfatórios que conduzam à diminuição da solidão (...) estimular a criação de novas vinculações, fomentar novas amizades através da criação de uma rede de relacionamentos e de novas experiências (Sousa, 2018, p. 9).

Os resultados encadeados neste tópico, “Existência de projetos sociais em ambiente hospitalar”, indicam, pois, uma forte valorização dos projetos sociais em ambiente hospitalar por parte dos(as) profissionais hospitalares, o que vem trazer novo destaque importância das relações interpessoais, especialmente para pessoas idosas institucionalizadas. Estas descobertas corroboram a literatura existente, enfatizando a necessidade de promover relações afetivas gratificantes e criar oportunidades para o desenvolvimento de novas conexões e experiências, visando o bem-estar e a identidade dos pacientes em contexto hospitalar. Conclui-se, portanto, ser essencial a implementação de projetos sociais neste cenário, na resposta e acatamento às necessidades, cognitivas, emocionais e sociais destes(as) pacientes, além de contribuir para uma melhor qualidade de vida.

### **3.3. EXISTÊNCIA DE PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO SOCIAL**

Questionou-se aos(às) participantes, por fim, se tinham conhecimento da existência de pessoas idosas em situação de internamento social, no hospital onde exerciam funções. Esta questão, de resposta fechada, apresentava três opções de resposta: “Existem”, “Não existem” e “Não sei”.

Como podemos verificar pelos resultados <sup>65</sup> desta questão, 77,9% dos(as) participantes confirma a existência de casos de a pessoas idosas em situação de

---

<sup>65</sup> Apresentados no na Tabela S, do Anexo 3.2.

internamento social no hospital onde exercem funções, corroborando os dados apresentados pela APAH (2023b).

Importou também, na presente investigação, identificar os distritos que apresentavam uma maior incidência. Assim, das 109 respostas positivas, verifica-se a incidência registada, por distrito, na Tabela T, do Anexo 3.2. – um resultado que se admite, contudo, desequilibrado, por falta de representação de todos os distritos e, de entre os distritos representados, pela assimetria de número de participantes em cada um deles.

Constata-se, pelos resultados apurados, que pelo menos um(a) participante atesta a existência deste tipo de casos e, desconsiderando os distritos em que temos apenas um(a) a dois participantes, a percentagem de incidência nunca é inferior a 63,6% o que nos permite, de forma bastante firme, confirmar que estes casos se manifestam em todos os distritos representados nesta investigação.

É importante, por outro lado, analisar que temos quatro respostas negativas (“Não existem”), nos distritos de Évora, Faro, Porto e Santarém. Parece relevante este dado, quando considerado que nos chega por parte de três diferentes categorias profissionais, daquelas estabelecidas na Tabela B: enfermeiros(as), um(a) médico(a) e um(a) coordenador(a) técnico(a). No caso de Évora podendo, mesmo, colocar em questão a afirmação positiva, uma vez que representam 50/50 das respostas obtidas nesta questão.

Conclui-se, perante a literatura e os resultados obtidos na presente investigação, que as razões, soluções e contributos passam por duas importantes categorias: a retaguarda familiar e/ou de cuidadores(as) e a falta de apoio ou respostas sociais. Não obstante, os internamentos inapropriados e/ou sociais são classificados nos estudos referidos (APAH, 2020, 2023a, 2023b), como todo o tempo de permanência hospitalar para além da duração necessária ou após a alta médica. Parece importante, portanto, a conceptualização de uma distinção entre aqueles decorrentes de abandono familiar e/ou de cuidadores e/ou da rede afetiva de suporte e aqueles decorrentes da falta de resposta das estruturas públicas, bem como a abertura de espaço para analisar o abandono afetivo que se verifica quer no acompanhamento ao hospital, quer durante o tempo de internamento e/ou tratamentos. Desta forma, e por falta de uma definição técnica na literatura, propõe-se que sejam consideradas as seguintes definições:

A) *Pessoas idosas em situação de abandono sócioafetivo em ambiente hospitalar*

Todas aquelas que:

- 1) Têm idade superior a 65 anos;
- 2) Se encontram em situação de internamento hospitalar:

- a) há, pelo menos, 5 dias (independentemente do grau de cuidados médico-sanitários que necessita);
- b) sendo ou não acompanhadas no momento do internamento, por familiares ou cuidadores(as), se verifica omissão de cuidado, atenção e/ou acompanhamento, desde então;
- 3) Cujos familiares e/ou cuidadores(as) se mostram indisponíveis ou os contactos disponibilizados não são os corretos (ou são falseados), seja por apatia ou por impossibilidade na prestação de cuidados;
- 4) Existe uma declarada rejeição da pessoa idosa e do seu acompanhamento, durante o internamento e/ou tratamento, por parte da família, cuidadores(as) ou da rede de suporte.

*B) Pessoas idosas em situação de internamento sócioafetivo inapropriado em ambiente hospitalar*

Todas aquelas que:

- 1) Têm idade superior a 65 anos;
- 2) Cujos familiares e/ou cuidadores(as) se mostram indisponíveis ou os contactos disponibilizados não são os corretos (ou são falseados), seja por apatia ou por impossibilidade na prestação de cuidados;
- 3) Após alta clínica, não se verificou alta social (não existindo quem acolhesse a pessoa na saída do hospital), prolongando o período de internamento no hospital.

*C) Pessoas idosas em situação de internamento inapropriado, por falta de resposta social pública, em ambiente hospitalar*

Todas aquelas que:

- 1) Têm idade superior a 65 anos;
- 2) Permanecem, após alta clínica, internadas no hospital a aguardar vagas e/ou colocação em qualquer estrutura de reposta estatal (como as ERPI ou aquelas pertencentes à RNCCI).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de envelhecermos cada vez mais tarde e com melhores condições de vida e de saúde, a pessoa idosa, enquanto não produtora e não contribuidora assídua na engrenagem da sociedade capitalista, é deixada de lado (Cabral, 2016), podendo ser vítima, como vimos na primeira parte deste trabalho, de preconceitos interseccionais, que vêm acentuar contextos de fragilidade. Exemplos disto são as situações de abandono e/ou internamento social que se verificam nos hospitais (APAV, 2020; APAH, 2023b), que o presente estudo se propôs a investigar.

Com esta ideia em mente, e por se tratar de um tema de crescente preocupação no contexto português e mundial, o estudo que aqui se apresenta procurou responder à seguinte questão: *Como potenciar o bem-estar e a qualidade de vida de pessoas idosas em situação de internamento social nos hospitais portugueses?*. Neste sentido a presente pesquisa centrou-se em conhecer os desafios, as razões e as consequências por trás do internamento inapropriado de pessoas idosas, em ambiente hospitalar, intentando que os resultados da sua análise pudessem alavancar soluções e estratégias eficazes e duradouras, que contribuam para o bem-estar e qualidade de vida destas pessoas.

Além disso, objetiva-se identificar áreas-chave que exigem priorização neste domínio, enfatizando importância e urgência de intervenções eficazes, reformas nas políticas públicas e uma mudança de paradigma em relação à valorização e inclusão dos(as) idosos(as) na sociedade, intentando gerar um impacto social significativo, mas não só: é ainda intencional a abordagem deste tema, de forma académica, na tentativa de contribuir com conhecimento e informação para estudantes, profissionais hospitalares e legisladores(as). Para tanto, foram elencados cinco objetivos, que em seguida se detalham:

**1) Identificar, a nível nacional, a existência de projetos sociais em ambiente hospitalar:**

Dos resultados obtidos, identifica-se a existência de projetos de cariz social em 10 dos 14 distritos representados; em três (Leiria, Viseu e Beja) prevalece a resposta “não sei”; e em Portalegre identifica-se “não existir”. Não obstante os dados expostos, a pesquisa documental *on-line* revela que, dos 25 projetos sociais identificados, cinco decorrem no distrito de Leiria, um no distrito de Viseu e um no distrito de Beja. Já quando considerados os seis distritos não representados neste estudo, encontram-se projetos sociais implementados em Braga, Bragança e na Região Autónoma da Madeira. Conclui-se, então,

que é possível encontrar projetos de cariz social em ambiente hospitalar em, pelo menos, 16 dos 20 distritos portugueses.

**2) Conhecer os projetos existentes, identificando aqueles que dão resposta a pessoas idosas em situação de internamento inapropriado ou social:**

Foi possível apurar que a gerontologia é a área à qual se direcionam a maioria dos projetos implementados. Reconhece-se, contudo, que este poderá não se configurar um reflexo fiel da realidade, ao serem cruzados estes dados e aqueles obtidos do levantamento resultante da pesquisa documental *on-line*, no qual se constatou que 40% dos projetos de cariz social, identificados em ambiente hospitalar, se direcionam a recém-nascidos, crianças e jovens e 20% a pessoas idosas e/ou à intergeracionalidade.

Já quanto ao formato da implementação destes projetos, podemos observar que é privilegiada a parceria entre hospital e entidade externa (instituição, associação, empresa), indo este resultado ao encontro do apurado na pesquisa documental *on-line* realizada.

**3) Conhecer, na perspetiva dos profissionais hospitalares, os desafios enfrentados pelas pessoas idosas, quando hospitalizadas:**

No que respeita aos desafios enfrentados pelas pessoas idosas, durante a sua hospitalização, será importante salientar que 99,29% dos(as) participantes apontou pelo menos um desafio (dos quais 55,7% apontou dois ou mais).

Entendeu-se que são dois os grandes desafios com que uma pessoa idosa se depara quando hospitalizada: os internos e os externos; encontrando-se, estes, representados de uma forma equilibrada com 54,9% e 45,1% do total de categorias de respostas dadas, respetivamente, salientando-se, de qualquer forma, uma maior incidência naqueles identificados como “internos”.

Considerou-se, pelos “internos” todas aquelas experiências que são pessoais e vivenciadas na primeira pessoa, como o isolamento e a solidão; o desconhecimento, o medo, a confusão e a dificuldade na compreensão e na assimilação; a perda da autonomia, da identidade e da privacidade; a propensão a novas patologias e infeções; e, por último a (falta de) capacidade financeira. De uma forma clara, encontramos o “isolamento e a solidão” a liderar os resultados obtidos nesta categoria, representando 43,2% do seu total o que, como se pôde constatar anteriormente, por si só, poderá constituir um significativo prejuízo à saúde destas pessoas e alavancar, como tal, a predisposição ao surgimento de novas patologias (outro dos desafios internos apontados). Em Lima (2018) encontramos

um sólido suporte sobre as consequências, diretas, que representam a solidão e a falta de ligações sociais, saudáveis, para a nossa saúde e bem-estar.

A segunda categoria, abrangendo os desafios “externos”, identificados como aqueles que afetam diretamente as pessoas idosas durante a sua hospitalização, não lhes sendo intrínsecos na vivência. Diferenciaram-se, nesta categoria, a falta de apoio e capacidade pós alta, a falta de profissionais e recursos em ambiente hospitalar, a falta de apoio familiar, a falta de apoio social, o abandono e a falta de ocupação e motivação e/ou apoio espiritual, emocional e mental. Estabeleceu-se que a falta de apoio, seja familiar ou social, toma conta dos desafios “externos” (49,6% da totalidade desta categoria, incluindo a falta de apoio no pós alta e o abandono).

Reconhece-se, ainda, que ambas categorias se encontram ligadas entre si, numa relação de causa-efeito, estando alguns dos desafios externos na base de alguns dos internos. Como consequência do abandono, da falta de apoio (seja familiar ou social, durante a hospitalização ou no momento de alta), a falta de acompanhamento e recursos adequados no hospital, surgem o isolamento e a solidão; como consequência, também, da falta de acompanhamento e recursos adequados no hospital, bem como da falta de motivação e/ou apoio espiritual, emocional e mental, poderemos assistir a uma maior propensão a novas doenças e/ou infeções. Este aspeto, de concatenação das consequências da hospitalização, é apontado por Creditor (1993) e Saint-Hubert et al. (2009), também analisado por Mendes (2020) na influência à qualidade de vida deste grupo.

Com efeito, são desafios que, como apontado por Creditor (1993), poderão nem estar relacionados com a causa que levou à hospitalização, considerando-se, portanto, “efeitos negativos da hospitalização” (p. 222) e que, em Portugal, se constituem, em grande parte, como sinalizadores à intervenção do ISS.

#### **4) Conhecer, na perspetiva dos profissionais hospitalares, as motivações do internamento social de pessoas idosas em hospitais e as suas consequências**

Com este estudo procurou conhecer-se quais as razões que estarão na base do internamento social de pessoas idosas em ambiente hospitalar. Compreendeu-se, pois, a falta de apoio familiar, a falta de apoio ou respostas sociais, a falta de disponibilidade e/ou recursos, o nível de dependência destas pessoas e, por fim, a alteração de valores sociais e familiares são apontados como as cinco principais motivações. Estas encontram eco nas conclusões do “Relatório Portugal mais velho” (APAV, 2020), ao apontar o abandono em

hospital como uma forma de violência dirigida à pessoa idosa e ao declarar que não existe recolha de dados sobre esta forma de abandono, pelo Ministério da Saúde, em Portugal.

Entende-se, pois, que esta falta de apoio, que ocupa as duas principais categorias neste ponto apuradas, bem como as razões respeitantes à alteração de valores, poderá ter relação direta com os estereótipos e os mitos relacionados com idosos(as) (Simões, 1985, 1990), mas, ainda, com as representações sociais contruídas em torno deste grupo (Neto, 2004; Dias et al, 2014; Cabral, 2018, Dias et al., s.d.).

Aponta-se, ainda, uma conclusão de relevância, na qual se estabelece discrepância entre os dados obtidos neste estudo e aqueles apresentados na “7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais” (APAH, 2023b): no primeiro, a “falta de apoio e/ou retaguarda familiar e/ou de rede cuidadora” surge como a categoria de razões maioritariamente apontadas para o abandono e/ou internamento social de pessoas idosas, enquanto na segunda, é apontada a falta de resposta social, nomeadamente da RNCCI, como o fator predominante a justificar a quantidade de internamentos inapropriados.

#### **5) Identificar as áreas a privilegiar na natureza e resposta dos projetos sociais existentes em ambiente hospitalar, na perspetiva dos profissionais hospitalares**

A pesquisa abordou diversos aspetos relacionados à existência de projetos sociais em ambiente hospitalar e à sua importância, com foco na perspetiva dos(as) profissionais hospitalares. Ao avaliar a importância da existência de projetos sociais, em hospitais, constata-se que a grande maioria dos(as) participantes (98,5%) considera ser “importante” ou “muito importante”. Interessou, por isso, e calibrando a bússola para o futuro, identificar quais as áreas a privilegiar, na implementação de projetos sociais, em ambiente hospitalar, na perspetiva dos(as) profissionais hospitalares, especialmente no contexto de pessoas idosas em situação de internamento social ou inapropriado.

Efetivamente, os dados recolhidos apontam, de forma significativa, para “as pessoas idosas” ou “gerontologia” (ainda que se reconheça poder existir alguma parcialidade neste resultado). Adicionalmente, importa referir que as unidades de registo apuradas neste tema dão conta da importância de atentarmos à sobreposição de diferentes situações de vulnerabilidade e/ou de fragilização que vão para além da doença e/ou motivo da hospitalização. Como constatámos anteriormente, esta fragilização interseccional poderá ser causada pela adição de vulnerabilidades: além dos preconceitos associados a este grupo – pela à idade, por algum tipo de incapacidade e na violência que lhe é dirigida (Simões, 1985, 1990; Neto, 2004; Gonçalves, 2006; Dias, 2010; Lima, 2010; APAV, 2020; Conselho Regional de Psicologia da Bahia, 2021) –, deve-se atentar ainda,

especificamente, a pessoas idosas “com doença crónica ou incapacitante” (P37) e/ou “em situação de dependência e isolamento” (P95), podendo, estas situações, estar ou não associadas a “contextos de demência” (P99).

Parece, portanto, inevitável a questão: estabelecida uma correlação direta, positiva, entre as ligações sociais que mantemos e a nossa saúde, e demonstrado o benefício do inter-relacionamento, saudável, na nossa qualidade de vida (Lima, 2018; Pereira, 2012), nomeadamente para as pessoas idosas (Reis et al. 2019; Sousa, 2018, 2021; Sousa et al., 2020; Mendes, 2020), é possível atenuar alguma destas vulnerabilidades, sentidas por este grupo, quando em situação de abandono e/ou internamento inapropriado, em ambiente hospitalar?

Isto catapultava-nos para o elevado nível de importância que é dado às visitas diárias às pessoas idosas, em situação de internamento prolongado e/ou de internamento inapropriado, em ambiente hospitalar, bem como para o nível de importância atribuída à existência de um projeto social dirigido a este grupo específico (sendo estabelecido por 95,7% e 95% dos(as) participantes, respetivamente, como “importante” ou “muito importante”). Estes resultados apoiam a ideia de que as relações interpessoais desempenham um papel crucial na qualidade de vida, vindo corroborar a afirmação de Lima (2018): “a relação com os outros afeta a nossa saúde” (p.70).

## **DESAFIOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Um dos desafios encontrados para a realização deste estudo foi a escassez de literatura científica encontrada, que incidisse especificamente sobre a questão do abandono e internamento social de pessoas idosas em hospitais. Por isso, sentiu-se a necessidade de contribuir com mais pesquisas e estudos aprofundados que incidam sobre esta realidade. Considera-se, portanto, o presente estudo como um contributo para a construção de conhecimento.

Outro desafio enfrentado foi o denso e complexo processo burocrático que uma investigação em ambiente hospitalar acarreta. A obtenção de autorizações para estabelecer a comunicação com hospitais e os(as) seus(as) profissionais, bem como a sua colaboração, exigiram esforços significativos para superar barreiras burocráticas e garantir a qualidade e confiabilidade das informações obtidas.

Observaram-se também limitações à análise dos dados, nomeadamente, e em primeiro lugar, a falta de representação de todos os distritos do país, que permitiria

conclusões mais abrangentes, mas, ainda, a falta de equilíbrio (de número de participantes) entre os 14 que se encontram representados.

Por outro lado, revelou-se importante um possível aprofundar de questões emergentes de algumas respostas dadas pelos(as) participantes, na medida em que se considera que isto permitiria chegar a conclusões mais robustas. Além disso, tal como se referiu na apresentação e discussão dos resultados, reconhece-se poder existir parcialidade nos resultados auferidos sobre as “áreas a privilegiar no direcionamento dos projetos sociais” e sobre as áreas a que se direcionam os projetos sociais existentes em ambiente hospitalar.

Por último, e mais importante, seria do interesse da investigadora, para complementar o estudo, recolher e analisar as perspetivas de pessoas idosas em situação de abandono e/ou internamento social ou inapropriado, em ambiente hospitalar.

Para futuras pesquisas, seria essencial continuar a explorar e a aprofundar esta questão, envolvendo diferentes perspetivas, incluindo a de pessoas idosas e das suas famílias/cuidadores(as) e de assistentes sociais responsáveis pelo acompanhamento dos processos de sinalização e/ou da articulação entre hospital e ISS. A complexidade do problema exige uma abordagem interdisciplinar e uma colaboração estreita entre investigadores(as), profissionais que exerçam funções em hospitais e legisladores(as).

Apesar destes desafios e limitações, foi possível identificar questões cruciais relacionadas ao internamento social de pessoas idosas, em hospitais. É imperativo contrariar tendências, que poderão ser reflexivas de preconceito, e lutar contra estigmas, num trabalho conjunto para garantir uma melhor qualidade de vida e, como tal, alcançar um envelhecimento saudável, nomeadamente para as pessoas idosas hospitalizadas, e promover uma sociedade mais justa e solidária, onde a velhice seja encarada com dignidade, respeito e compreensão.

Desta forma, pretende-se não apenas destacar os desafios durante a pesquisa e as limitações ao presente estudo, mas destacar, também, a importância desta realidade social significativa, que requer atenção, sensibilização e ação. Os resultados evidenciaram a necessidade de ações integradas, onde se privilegiem parcerias entre unidades hospitalares, instituições públicas de cuidados integrados, mas, ainda, a sensibilização e educação sociais, em cidadania, a capacitação, formação e apoio adequados à família e cuidadores(as), bem como a implementação de projetos sociais dedicados exclusivamente a pessoas idosas, em situação de abandono e/ou internamento inapropriado, em ambiente hospitalar.

Assim, no futuro, considera-se pertinente, não só prosseguir a investigação, como considerar a implementação de um projeto de intervenção, em ambiente hospitalar, que se direcione a este grupo.

## O PROJETO AURORA COMO RECOMENDAÇÃO

Assistimos, muitas vezes, a cenários em que idosos e idosas se encontram, já enquanto participantes ativos, em situações de coabitação com a solidão. Embora ainda haja muito a ser feito para combater efetivamente o preconceito e a violência direcionados a este grupo, e embora nos deparemos com desafios a serem superados, o reconhecimento crescente destas situações enquanto problema social é um passo importante na direção certa. A consciencialização e a intervenção social são fundamentais para proteger os direitos e o bem-estar da pessoa idosa.

Considera-se, pois, que as conclusões obtidas no presente estudo poderão estabelecer-se como linhas orientadoras para instituir mecanismos práticos direcionados ao apoio e à melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas em situação de abandono e/ou internamento social, em ambiente hospitalar e, como tal, para o seu envelhecimento saudável. Assim, ponderando e cruzando os resultados obtidos, nomeadamente aqueles dos pontos (3.2.) “Existência de projetos sociais em ambiente hospitalar” e (3.3.) Existência de pessoas idosas em situação de internamento social”, propõe-se que seja considerada a implementação de um projeto social direcionado a pessoas idosas em situação de abandono e/ou internamento social, em ambiente hospitalar, a nível nacional: o Projeto Aurora. Trata-se de um projeto interventivo que poderá conferir um espaço privilegiado para a formação em cidadania responsável, para e no envelhecimento.

Este projeto pretende a criação de uma rede voluntária, composta por pessoas que se disponibilizam a para passar tempo e interagir com as pessoas idosas em situação de abandono e/ou internamento social, no horário de visita hospitalar, tendo como objetivos principais:

- 1) Potenciar a autoestima e relacionamentos das pessoas idosas em situação de abandono e/ou internamento social, em ambiente hospitalar;
- 2) Mitigar sentimentos de abandono e solidão, característicos da população-alvo:
  - Estimulando uma convivência e interação, de forma regular, através da partilha de tempo e experiências e saberes individuais;
  - Ampliando a rede de relacionamentos (das pessoas intervencionadas bem como das pessoas voluntárias); e

- Desenvolvendo e mantendo laços de amizade e ligações entre pessoas idosas e as pessoas voluntárias (que irão garantir visitas regulares);

Ambicionando-se inclusive das dificuldades sobre as quais pretende intervir, na perspetiva de prevenção destas situações e de transformação social, o Projeto pressupõe, ainda, o propósito de melhoria de qualidade de vida no processo de envelhecimento, enquanto “[medida] que [visa] ajudar as pessoas mais velhas a manter uma vida saudável” (Pimentel et al., 2016, p. 19).

Parafrazeando Giddens (1999), pretende-se “enfatizar a criação de uma sociedade positiva, onde a pessoa idosa é, como qualquer outro cidadão, «um recurso» e não um problema. Uma sociedade que separa os idosos da maioria, encerra-os num gueto chamado reforma, não pode considerar-se inclusiva” (como citado em Cabral, 2016, p. 29).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares [APAH] (2020), *4ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais* [https://apah.pt/wp-content/uploads/2020/06/APAH\\_4%C2%AA-Edi%C3%A7%C3%A3o-BIS\\_Resultados\\_vf-com-metodologia.pdf](https://apah.pt/wp-content/uploads/2020/06/APAH_4%C2%AA-Edi%C3%A7%C3%A3o-BIS_Resultados_vf-com-metodologia.pdf)
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares [APAH] (2023a, 2 de junho), *Internamentos Sociais no SNS sobem 60%* <https://apah.pt/noticia/internamentos-sociais-no-sns-sobem-60-e-deverao-custar-mais-de-226-milhoes-de-euros/>
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares [APAH] (2023b), *7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais* [https://apah.pt/wp-content/uploads/2023/06/APAH\\_7a-Edicao-BIS\\_Resultados-1.pdf](https://apah.pt/wp-content/uploads/2023/06/APAH_7a-Edicao-BIS_Resultados-1.pdf)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (s.d.), *Folha Informativa Violência Contra Pessoas Idosas* [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/FI\\_VCPI\\_2020.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/FI_VCPI_2020.pdf)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2020), *Relatório Portugal mais velho*, com financiamento da Fundação Calouste Gulbenkian <https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/RelatorioPortugalMaisVelho.pdf>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2021), *Pessoas Idosas Vítimas de crime e de violência 2013-2020*, Estatísticas APAV [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Pessoas\\_Idosas\\_Vitimas\\_Crime\\_Violencia\\_2013-2020.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_Vitimas_Crime_Violencia_2013-2020.pdf)
- Baron, R. A. & Byrne, D. (2005), *Psicologia Social* (10ª ed.), Pearson Educación (pp. 307-355; 397-442; 481-495)
- Batista, B. F., Rodrigues, D., Moreira, E. & Silva, F. (2021), “Técnicas de Recolha de Dados em Investigação: inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista?”, em Sá, P., Costa, A. P., Moreira, A. [coords], *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados (Volume 2)*, UA Editora [https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30772/3/Metodologias%20investigacao\\_Vol2\\_Digital.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30772/3/Metodologias%20investigacao_Vol2_Digital.pdf)
- Brandão, C., Ribeiro, J. & Costa, A. P. (2021), “Análise de Dados”, em Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P. & Marques, C. G. [coords] *Manual de Investigação Qualitativa – Conceção, Análise e Aplicações*, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (pp. 127-158)
- Cable News Network [CNN] Portugal (2022, 17 de setembro), *Vulneráveis, sem retaguarda familiar e um constrangimento para o SNS. Em todos os hospitais, idosos internados desesperam por vaga em lar* <https://cnnportugal.iol.pt/sns/idosos/vulneraveis-sem-retaguarda-familiar-e->

[um-constrangimento-para-o-sns-em-todos-os-hospitais-idosos-internados-desesperam-por-vaga-em-lar/20220917/63258bfd0cf2ea4f0a5ccc9c](https://www.cnnportugal.pt/um-constrangimento-para-o-sns-em-todos-os-hospitais-idosos-internados-desesperam-por-vaga-em-lar/20220917/63258bfd0cf2ea4f0a5ccc9c)

- Cable News Network [CNN] Portugal (2023, 15 de janeiro), *Domingo de Manhã* Entrevista a Lino Maia, guiada por José Gabriel Quaresma <https://cnnportugal.iol.pt/videos/ipss-disponibilizam-programa-para-acolher-doentes-em-internamento-social-nos-hospitais/63c3be8f0cf2665294d0e1d8>
- Cabral, M. L. L. (2016), *Envelhecimento: Perspectivas, Representações e Solidariedade Intergeracional*, Mais Leituras, Legis Editora
- Canário, R. & Cabrito, B. [orgs.] (2008), *Educação e Formação de Adultos. Mutações e Convergências*, Educa
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (2008), *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem* (2ª ed.), Universidade Aberta
- Comunidade Cultura e Arte & Lusa (2023a, 22 de fevereiro), *População de Portugal é a que mais está a envelhecer na União Europeia, revela Eurostat* <https://comunidadeculturaearte.com/populacao-de-portugal-e-a-que-mais-esta-a-envelhecer-na-uniao-europeia-revela-eurostat/>
- Comunidade Cultura e Arte & Lusa (2023b, 24 de maio), *Estimativas apontam para rácio de dependência de idosos de 63% em Portugal em 2050, o mais alto da UE* <https://comunidadeculturaearte.com/estimativas-apontam-para-racio-de-dependencia-de-idosos-de-63-em-portugal-em-2050-o-mais-alto-da-ue/>
- Conselho Regional de Psicologia da Bahia (2021), *Cartilha – Ageísmo e a Prática Profissional da/o Psicóloga/o*, 3ª Região (CRP-03), Comissão de Saúde – GT Psicologia, Envelhecimento e Velhice
- Creditor, M. C. (1993) Hazards of hospitalization of the elderly, em *Annals of Internal Medicine*, Volum 119, Number 3, Feb 1 (pp. 219-23) <http://www.drsharonsee.com/uploads/5/9/6/6/59668435/hazardshospitaliz.pdf>
- Decreto de Aprovação da Constituição – CRP – Artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa (1976), Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 (em vigor) <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49472575>
- Decreto-Lei n.º 48/95 do Código Penal (1995), Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15 (em vigor) <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-58974728>
- Dias, M. A. F., Paúl, C. & Watanabe, H. A. W. (2014), *Representações sociais de velhice e suas relações com declínio e finitude em comentários e críticas publicados na mídia*. Revista Kairós Gerontologia, 17(1), pp.125-143

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/20286/15062/51606>

Dias, M. I., Lopes, A. & Lemos, R. (s.d.) *Violência contra pessoas idosas: um olhar sobre o fenómeno em Portugal*, artigo enquadrado no âmbito do projeto “O abuso de idosos: determinantes sociais, económicas e de saúde”, financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., na sua componente Orçamento de Estado (FCT PTDC/IVC-SOC/6782/2014), e pelo orçamento do programa COMPETE – Programa Operacional e Competitividade na sua componente FEDER (POCI-01-0145- FEDER-016670)

Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021), “Envelhecimento: um processo adaptativo multifactorial”, em Parente, J., *Olhares sobre o Envelhecimento. Estudos Interdisciplinares. Volume I*, Centro de Desenvolvimento Académico Universidade da Madeira (pp. 159-168) <http://cda.uma.pt/publications/pub21-001-olhares-v1/Ebook-21-V01-Completo.pdf>

Garcia, C. (2022), *A Última Solidão - Histórias de amor e mágoa dos velhos em Portugal* (4ª ed.), Avenida da Liberdade Editores

Gonçalves, C. F. (2006), “Idosos: abuso e violência” em *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 22 N.º 6 (pp. 739-745) <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10306/10042>

Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P. & Marques, C. G. [coords] *Manual de Investigação Qualitativa – Conceção, Análise e Aplicações*, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação

Governo de Portugal (2012), *Programa de Ação do AEEASG'2012* <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7343&langId=pt>

Guerra, I. C. (2002), *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção: o planeamento em Ciência Sociais*, Princípia

Guerra, I. C. (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*, Princípia

Expresso (2023, 11 de julho), *Há quase três mil pessoas com mais de 100 anos a viver em Portugal: são mais 77% do que há uma década* <https://expresso.pt/sociedade/2023-07-10-Ha-quase-tres-mil-pessoas-com-mais-de-100-anos-a-viver-em-Portugal-sao-mais-77-do-que-ha-uma-decada-ac0df861>

Expresso & Lusa (2022, 3 de novembro), *GNR sinaliza 44.500 idosos a viver sozinhos ou em situação de vulnerabilidade* <https://expresso.pt/sociedade/2022-11-03-GNR-sinaliza-44.500-idosos-a-viver-sozinhos-ou-em-situacao-de-vulnerabilidade-dae1918e>

Expresso & Lusa (2023, 2 de maio), *Solidão tem tantos riscos como fumar e é a nova epidemia de saúde pública nos EUA* <https://expresso.pt/sociedade/2023-05-02-Solidao-tem-tantos-riscos-come-fumar-e-e-a-nova-epidemia-de-saude-publica-nos-EUA-3acf1a31>

- Fontanella, B. J. B. (2021), "Participantes em Investigação Qualitativa" em Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P. & Marques, C. G. [coords] *Manual de Investigação Qualitativa – Conceção, Análise e Aplicações*, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (pp. 25-40)
- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (s.d.), *Infografia: Desafios de um país cada vez mais idoso* <https://www.ffms.pt/pt-pt/infografia/infografia-desafios-de-um-pais-cada-vez-mais-idoso>
- Instituto da Segurança Social, I. P. [ISS] & Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. [ACSS] (2015) *Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social – para o Planeamento das Altas Hospitalares* [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Manual-de-Articulacao\\_Saude\\_SSocial\\_15-de-julho.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Manual-de-Articulacao_Saude_SSocial_15-de-julho.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020) *Estimativa provisória da Esperança de Vida aos 65 anos para 2020-2022* [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022), *Estimativa provisória da Esperança de Vida aos 65 anos para 2020-2022* [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=586586225&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=586586225&att_display=n&att_download=y)
- Just News (2017, 19 de outubro), *Mais de 50% dos custos dos hospitais de agudos são centrados no internamento* <https://justnews.pt/noticias/mais-de-50-dos-custos-dos-hospitais-de-agudos-sao-centrados-no-internamento>
- Lima, M. P. (2010), *Envelhecimento(s)*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0355-1>
- Lima, M. L. P. (2018), *Nós e os outros, o poder dos laços sociais*, Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS)
- Magalhães, J. & Paul, V. (2021), "Entrevista" em Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P. & Marques, C. G. [coords] *Manual de Investigação Qualitativa – Conceção, Análise e Aplicações*, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (pp. 63-85)
- Mendes, J. (2020), "Envelhecimento(s), qualidade de vida e bem-estar", em Tallys Newton Fernandes de Matos, T. N. F. [org] *A psicologia em suas diversas áreas de atuação 3* [recurso eletrónico], Atena Editora (pp. 132-144)
- Myers D. G. (2014), *Preconceito in Psicologia social* (10ª ed.), AMGH (pp. 246-278)
- Nascimento, A., Venturine, C., Demba, J. & Alves, A. T. A. R. B. A. (2021), "Testes Estatísticos: uma ferramenta importante em pesquisas quantitativas", em Sá, P., Costa, A. P. & Moreira, A.

- [coords], *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados (Volume 2)* UA Editora  
[https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30772/3/Metodologias%20investigacao\\_Vol2\\_Digital.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30772/3/Metodologias%20investigacao_Vol2_Digital.pdf)
- Neto, F. (2004), *Idadismo*, em M. E. O. Lima & M. E. Pereira [orgs] *Estereótipos, preconceitos e discriminação – perspectivas teóricas e metodológicas*, Editora da UFBA (pp. 279-299)
- Nunes, A. M. (2017), “Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde” em *Revista Kairós – Gerontologia*, 20(4) (pp. 49-71)
- Organização das Nações Unidas [ONU] (1991), *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*, Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas (16 de dezembro), disponibilizado pelo Gabinete de Documentação e Direito Comparado, Procuradoria-Geral da República, Ministério Público, Portugal  
<https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015), *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6)
- Observador (2021, 20 de janeiro), *Lares acolheram mais de mil idosos abandonados em hospitais*  
<https://observador.pt/2021/01/20/lares-acolheram-mais-de-mil-idosos-abandonados-em-hospitais/>
- Papalia, D. E. & Martorel, G. (2022), *Desenvolvimento Humano* (14<sup>a</sup> ed.), Porto Alegre, AMGH Editora
- Parente, M. A. M. P. [& cols.] (2006), “Envelhecimento: um processo adaptativo multifactorial”, em Parente, M. A. M. P. [Org.], *Cognição e Envelhecimento*, Artmed Editora (pp. 15-18)
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S. & Santos, A. (2012), *Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação*, em *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v.26, n.2 abr./jun (p.241-50)
- Pimentel, L., Lopes, S. M. & Faria, S. (2016), *Envelhecendo e Aprendendo. A aprendizagem ao Longo da Vida no Processo de Envelhecimento Ativo*, Coisas de Ler Edições
- PORDATA & Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2021), *Censos de Portugal em 2021: resultados por tema e por concelho* <https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-portugal-361>
- PORDATA & Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022), *Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos*  
<https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela>
- Reis, Luana A., Santana, E. S., Oliveira, A. S., Reis, Luciana A. (2019), “Suporte social e longevidade: reflexões acerca das definições, tipos, redes de apoio e implicações”, em Reis, Luana A. & Reis, Luciana A. [orgs.] *Envelhecimento e longevidade: novas perspectivas e desafios*, Brasília, Technopolitik (pp. 121-128)

- Romero, D. E., Marques, A., Barbosa, A. C. & Sabino, R. (2010), "Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado", em Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?*, (pp. 249-278)  
<https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8915/1/Interna%c3%a7%c3%b5es.pdf>
- Saint-Hubert, M., Schoevaerdt, D., Poulains, G., Cornette, P. & Swine, C. (2009), *Risk Factors Predicting Later Functional Decline in Older Hospitalized Patients*, em *Acta Clinica Belgica, International Journal of Clinical and Laboratory Medicine*, 64:3 (pp. 187-194)  
<https://doi.org/10.1179/acb.2009.034>
- Sen, A. (2018) *Escolha coletiva e bem-estar social*, Coimbra, Edições Almedina
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2017), *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*, Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016) <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Silva, C. G. (2021), "Investigação Documental", em Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P. & Marques, C. G. [coords] *Manual de Investigação Qualitativa – Conceção, Análise e Aplicações*, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação (pp. 103-123)
- Simões, A. (1985), "Estereótipos relacionados com os idosos", em *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 19 (pp. 207-234)
- Simões, A. (1990), "Alguns mitos respeitantes ao idoso", em *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24 (pp. 109-121)
- Simões, A. (1991), "Aspectos do desenvolvimento cognitivo do idoso", em *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 25 (2) (pp. 177-185)
- Simões, A. (2002), "Um novo olhar sobre os idosos", em *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36 (nº 1, 2 e 3) (pp. 559-569)
- Soares, T. (2022), *A velhice nunca vem só: idosos portugueses são dos que têm menos saúde e qualidade de vida a nível europeu*, em *A revista do Expresso* (7 de julho)  
<https://expresso.pt/revista/2022-07-07-A-velhice-nunca-vem-so-idosos-portugueses-sao-dos-que-tem-menos-saude-e-qualidade-de-vida-a-nivel-europeu-cc944c87>
- Sociedade Independente de Comunicação [SIC Notícias] (2023, 26 de fevereiro), *Internamentos sociais: mais de 660 pessoas internadas sem estarem doentes*  
<https://sicnoticias.pt/pais/2023-02-26-Internamentos-sociais-mais-de-660-pessoas-estao-internadas-sem-estarem-doentes-467fa8ba>
- Sociedade Independente de Comunicação [SIC Notícias] (2023, 2 de junho), *Internamentos sociais: "Os cuidadores informais carecem de apoios"*  
<https://sicnoticias.pt/pais/2023-06-02-Internamentos-sociais-Os-cuidadores-informais-carecem-de-apoios-7050b239>

- Sociedade Independente de Comunicação [SIC Notícias] & Lusa (2023, 2 de junho), *Internamentos sociais aumentam 60%, mais de 1.600 camas ocupadas nos hospitais* <https://sicnoticias.pt/pais/2023-06-02-Internamentos-sociais-aumentam-60-mais-de-1.600-camas-ocupadas-nos-hospitais-9dba46c8>
- Sousa, J. (2018), “Institucionalização de pessoas idosas e adaptação ao quotidiano institucional: qual o papel da animação sociocultural?”, em *Quaderns d’animació i Educació Social*, Julho, n.º 28
- Sousa, J. (2021), “A animação artística na construção de um envelhecimento mais ativo e criativo”, em Sousa, J., Santos, M. J., Lopes, M. S. P., Brites, L. [orgs] *Emoções, Artes e Intervenção – Perspetivas Multidisciplinares* [recurso eletrónico], Edições Almedina (pp. 144-152)
- Sousa, J. & Baptista, M. M. (2015), “Género e perda emocional profunda na velhice”, em *Revista Lusófona de Estudos Culturais*, vol. 3, n. 1 (pp. 191 – 212)
- Sousa, J. G., Fontes, A. & Mesquita, M. (2020), “A animação artística em contextos de institucionalização de pessoas idosas”, em Magueta, J. G., Sousa, J., Milhano, S. & Lopes, M. S. P., *2.º Caderno de Intervenção Cultural e Educação Artística - Pensar a ação em investigação e intervenção artística*, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria (pp. 31-43)
- Trentini, C. M., Xavier F. M. F. & Fleck, M. P. A. (2006), “Qualidade de vida em idosos”, em Parente, M. A. M. P. [Org.] (2006), *Congnição e Envelhecimento*, Porto Alegre, Artmed Editora (pp. 19-29)
- United Nations [UN] (2023), *World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World*, Department of Economic and Social Affairs <https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>
- Vieira, R. & Vieira, A. (2020), “Envelhecimento, trajetórias sociais e mediação Intercultural: vidas revividas e sentidas”, em *O Envelhecimento como um todo, Livro de atas do Agein Congress 2020* (1ª ed.), Thomson Reuters, Editorial Aranzadi (pp. 575-590)
- World Health Organization (2002), *Active ageing: a policy framework* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization (2022), *Abuse of older people* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

# ANEXOS

## ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

Questionário: Guião de Questionário, com indicação do tipo de pergunta e objetivos:

Questões	Forma da pergunta	Objetivos
Q1. Qual o distrito onde se localiza o Hospital onde exerce funções?	Fechada - com resposta única, de entre 20 opções	O1
Q2. Que cargo ocupa / função que desempenha neste Hospital?	Aberta	
Q3. Lida, no seu cargo ou funções, direta ou indiretamente com pessoas idosas?	Aberta	
Q4. Considera importante a existência de projetos de cariz social, no funcionamento e resposta de um hospital aos(às) seus(suas) utentes?	Fechada, matriz - com resposta em escala de likert	O5
Q5. A que áreas/utentes lhe parece mais urgente dar resposta?	Aberta	O5
Q6. Existem, no Hospital onde trabalha, projetos de cariz social, direcionados a apoio de utentes?	Fechada - com resposta única, de entre 3 opções	O1
<b>(se tiver respondido positivamente à Q6)</b>		
Q6.1. A que áreas/utentes se direcionam os projetos existentes no Hospital onde trabalha?	Aberta	O2
Q6.2. Sabe se esses projetos são desenvolvidos/ implementados pelo próprio Hospital ou por alguma instituição/associação/empresa externa?	Fechada - com resposta única	O2
Q6.2.1. No caso de resposta afirmativa para instituição/ associação/ empresa externa: sabe o nome dessa entidade?	Aberta, resposta facultativa	O2
Q7. Quais lhe parece serem os principais desafios que as pessoas idosas enfrentam, quando hospitalizadas?	Aberta	O3
Q8. Quais lhe parecem ser as principais razões para o abandono e/ou internamento social de pessoas idosas em hospitais?	Aberta	O4
Q9. Acredita que o internamento social e/ou a falta de visitas pode afetar a saúde destas pessoas? Se acredita que sim, de que forma?	Aberta	O4
Q10. Sabe da existência de pessoas idosas em situação de internamento social (com alta médica, mas sem alguém que as vá buscar ou local para onde ir), no Hospital onde trabalha?	Fechada - com resposta única, de entre 3 opções	O4
Q11. O que poderia ser feito para prevenir as situações de internamento social hospitalar, de pessoas idosas?	Aberta	O5
Q12. De que forma família e comunidade poderão contribuir na prevenção destas situações?	Aberta	O5
Q13. Considera importante que as pessoas idosas hospitalizadas, em internamento prolongado e/ou situação de internamento social, recebam visitas diárias?	Fechada, matriz - com resposta em escala de likert	O5
Q14. Considera importante a existência de programas ou projetos sociais em hospitais, dedicados exclusivamente à questão do abandono de pessoas idosas?	Fechada, matriz - com resposta em escala de likert	O5
Q15. Gostaria de ver implementado, no Hospital onde trabalha, um programa dirigido a pessoas idosas em situação de internamento social?	Fechada - com resposta única, de entre 4 opções	O5
Q16. Gostaria de receber uma proposta de projeto para o Hospital onde trabalha? (Q16.1. Se respondeu sim, deixe um contacto)	Fechada - dicotómica	O5
Q17. Caso tenha algum comentário ou tópico de discussão que gostasse de acrescentar, por favor indique:	Aberta, resposta facultativa	

## ANEXO 2 – QUADROS

### 2.1. Quadros – Capítulo I

Quadro 1: Principais desenvolvimentos típicos em oito períodos do desenvolvimento humano (Fonte: Papalia e Martorell, 2022; nota: linguagem adaptada do português do Brasil para o português de Portugal)

Faixa etária	Desenvolvimento físico	Desenvolvimento cognitivo	Desenvolvimento psicossocial
<i>Período Pré-Natal (da concepção ao nascimento)</i>	Ocorre a concepção por fertilização normal ou por outros meios. Desde o começo, a dotação genética interage com as influências ambientais. Formam-se as estruturas e os órgãos corporais básicos: inicia-se o surto de crescimento do cérebro. O crescimento físico é o mais acelerado do ciclo de vida. É grande a vulnerabilidade às influências ambientais.	Desenvolvem-se as capacidades de aprender e lembrar, bem como as de responder aos estímulos sensoriais.	O feto responde à voz da mãe e desenvolve preferência por ela.
<i>Primeira Infância (do nascimento aos 3 anos)</i>	No nascimento, todos os sentidos e sistemas corporais funcionam em graus variados. O cérebro aumenta em complexidade e é altamente sensível à influência ambiental. O crescimento físico e o desenvolvimento das habilidades motoras são rápidos.	As capacidades de aprender e lembrar estão presentes, mesmo nas primeiras semanas. O uso de símbolos e a capacidade de resolver problemas desenvolvem-se por volta do final do segundo ano de vida. A compreensão e o uso da linguagem desenvolvem-se rapidamente.	Formam-se os vínculos afetivos com os pais e com outras pessoas. A autoconsciência desenvolve-se. Ocorre a passagem da dependência para a autonomia. Aumenta o interesse por outras crianças.
<i>Segunda Infância (3 a 6 anos)</i>	O crescimento é constante; a aparência torna-se mais esguia e as proporções mais parecidas com as de um adulto. O apetite diminui e são comuns os distúrbios do sono. Surge a preferência pelo uso de uma das mãos; aprimoram-se as habilidades motoras finas e gerais e aumenta a força física.	O pensamento é um tanto egocêntrico, mas aumenta a compreensão do ponto de vista dos outros. A imaturidade cognitiva resulta nalgumas ideias ilógicas sobre o mundo. Aprimoram-se a memória e a linguagem. A inteligência torna-se mais previsível. É comum a experiência do maternal e do jardim de infância.	O autoconceito e a compreensão das emoções tornam-se mais complexos; a autoestima é global. Aumentam a independência, a iniciativa e o autocontrolo. Desenvolve-se a identidade de género. O brincar torna-se mais imaginativo, mais elaborado e, geralmente, mais social. Altruísmo, agressão e temor são comuns. A família ainda é o foco da vida social, mas outras crianças tornam-se mais importantes.
<i>Terceira Infância (6 a 11 anos)</i>	O crescimento torna-se mais lento. A força física e as habilidades atléticas aumentam. São comuns as doenças respiratórias, mas de um modo geral a saúde é melhor do que em qualquer outra fase do ciclo de vida.	Diminui o egocentrismo. As crianças começam a pensar com lógica, porém concretamente. As habilidades de memória e linguagem aumentam. Ganhos cognitivos permitem à criança beneficiar da instrução formal na escola. Algumas crianças demonstram necessidades educacionais e talentos especiais.	O autoconceito torna-se mais complexo, afetando a autoestima. A correção reflete um deslocamento gradual no controlo dos pais para a criança. Os colegas assumem importância fundamental.

<p><i>Adolescência (11 a aprox. 20 anos)</i></p>	<p>O crescimento físico e outras mudanças são rápidos e profundos. Ocorre a maturidade reprodutiva. Os principais riscos para a saúde emergem de questões comportamentais, como transtornos alimentares e abuso de drogas.</p>	<p>Desenvolve-se a capacidade de pensar em termos abstratos e de usar o raciocínio científico. O pensamento imaturo persiste em algumas atitudes e comportamentos. A educação concentra-se na preparação para a faculdade ou para a profissão.</p>	<p>A busca pela identidade, incluindo a identidade sexual, torna-se central. O relacionamento com os pais geralmente é bom. Os amigos podem exercer influência positiva ou negativa.</p>
<p><i>Adulterez Emergente (20 a 40 anos)</i></p>	<p>A condição física atinge o auge, depois declina levemente. Opções de estilo de vida influenciam a saúde.</p>	<p>O pensamento e os julgamentos morais tornam-se mais complexos. São feitas as escolhas educacionais e vocacionais, às vezes após um período exploratório.</p>	<p>Traços e estilos de personalidade tornam-se relativamente estáveis, mas as mudanças na personalidade podem ser influenciadas pelas fases e acontecimentos da vida. São tomadas decisões sobre relacionamentos íntimos e estilos de vida pessoais, mas estes podem não ser duradouros. A maioria das pessoas casa-se e tem filhos.</p>
<p><i>Vida Adulta Intermediária (40 a 65 anos)</i></p>	<p>Pode ocorrer uma lenta deterioração das habilidades sensoriais, da saúde, do vigor e da força física, mas são grandes as diferenças individuais. As mulheres entram na menopausa.</p>	<p>As capacidades mentais atingem o auge; a especialização e as habilidades relativas à solução de problemas práticos são acentuadas. A produção criativa pode declinar, mas melhora em qualidade. Para alguns, o sucesso na carreira e o sucesso financeiro atingem seu máximo; para outros, poderá ocorrer esgotamento ou mudança de carreira.</p>	<p>O senso de identidade continua a desenvolver-se; pode ocorrer uma transição para a meia-idade. A dupla responsabilidade pelo cuidado dos filhos e dos pais idosos pode causar estresse. A saída dos filhos deixa o ninho vazio.</p>
<p><i>Vida Adulta Tardia (65 anos em diante)</i></p>	<p>A maioria das pessoas é saudável e ativa, embora geralmente haja um declínio da saúde e das capacidades físicas. O tempo de reação mais lento afeta alguns aspectos funcionais.</p>	<p>A maioria das pessoas está mentalmente alerta. Embora inteligência e memória possam se deteriorar em algumas áreas, a maioria das pessoas encontra meios de compensação.</p>	<p>A reforma pode oferecer novas opções para o aproveitamento do tempo. As pessoas desenvolvem estratégias mais flexíveis para enfrentar perdas pessoais e a morte iminente. O relacionamento com a família e com amigos íntimos pode proporcionar um importante apoio. A busca de significado para a vida assume uma importância fundamental.</p>

Quadro 2: Visão, missão, valores e princípios subjacentes à Estratégia Portuguesa para a promoção do envelhecimento ativo e saudável (Nunes, 2017, p. 64)

Visão	Ter uma sociedade, cujo processo de envelhecimento ao longo do ciclo de vida venha a conferir elevados níveis de saúde, bem-estar, qualidade de vida e realização pessoal à população idosa e na qual todos vivenciem um envelhecimento ativo digno e saudável.
Missão	Promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação, no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem.
Valores e princípios	A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável assume os valores preconizados pelas Nações Unidas como a independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade; A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável assume os valores defendidos pela Organização Mundial de Saúde e pelo Plano Nacional de Saúde (promoção dos direitos humanos, equidade, igualdade e não discriminação (nomeadamente baseada na idade), igualdade de género, solidariedade intergeracional) A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável assume valores base dos serviços de segurança social: universalidade no acesso, a solidariedade, a diferenciação positiva, a subsidiariedade, a inserção social, a responsabilidade pública, a complementaridade, a eficácia e a informação como garantia de Justiça Social.

Fonte: Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017)

Quadro 3: Prós e Contras do Questionário Eletrónico (Batista et al., 2021, pp. 29-30: *Tabela 4. Quadro-síntese quanto o tipo de aplicação dos instrumentos de inquirição: prós e contras*)

<b>Tipo de aplicação</b>	<b>Prós</b>	<b>Contras</b>
<b>Questionário eletrónico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fácil administração.</li> <li>- Rápido.</li> <li>- Pode atingir a globalidade.</li> <li>- Mais inclusivo: o respondente responde quando lhe convier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alguma literacia digital necessária.</li> <li>- É preciso ter acesso à internet.</li> <li>- Exige motivação em responder.</li> </ul>

## 2.2. Quadros – Capítulo III

Quadro A: Sistematização das temáticas da investigação

Tema	Categoria	Subcategoria		
		1º nível	2º nível	
A. Principais desafios enfrentados por pessoas idosas, aquando da sua hospitalização (Q7)	A.1. Internos ou pessoais	A.1.1. Isolamento e Solidão		
		A.1.2. Desconhecimento, medo, confusão, compreensão/ assimilação	A.1.2.1. Medo da situação	
			A.1.2.2. Compreensão e/ou conhecimento e/ou assimilação	
			A.1.2.3. Confusão, desorientação	
		A.1.3. Perda de autonomia, maior dependência		
		A.1.4. Perda de identidade e privacidade		
	A.1.5. Complicações, infeções, novas patologias			
	A.2. Externos	A.2.1. Apoio e capacidade pós alta	B.1.6. Económico-financeiros	
			A.2.2. Profissionalismo e recursos em hospital	A.2.1. (de forma geral)
				A.2.1.1. Social
		A.2.1.2. Familiar		
		A.2.1.3. Económico-financeira		
		A.2.2.1. Trato desadequado por parte de profissionais e equipas		
		A.2.2.2. Falta de profissionais e/ou capacidade de resposta		
A.2.2.3. Falta de espaços e/ou espaços desadequados				
A.2.3. Falta de apoio familiar				
A.2.4. Falta de apoio social				
A.2.5. Abandono	A.2.5. (de forma geral)			
A.2.5.1. Familiar				
A.2.6. Ocupação e motivação e/ou apoio espiritual, emocional e mental				
B. Principais razões para o abandono e/ou internamento social (Q8)	B.1. Falta de apoio/retaguarda familiar e/ou de rede cuidadora	B.1. (de forma geral)		
		B.1.1. Falta de interesse, preocupação e/ou responsabilidade		
	B.2. Falta de apoio / resposta social	B.1.2. Falta de disponibilidade, condições e/ou recursos	B.1.2. (de forma geral)	
			B.1.2.1. Condições de habitabilidade	
			B.1.2.2. Económico-financeiras	
	B.3. Falta de disponibilidade, condições e/ou recursos		B.1.2.3. Tempo disponível (horários e profissões inflexíveis)	
		B.2. (de forma geral)		
		B.2.1. Falta de unidades, instituições, programas de reabilitação ou vagas em RNCCI		
	B.2.4. Nível de dependência destas pessoas	B.2.2. Falta de apoio e/ou formação aos(às) cuidadores(as) informais e/ou família		
		B.2.3. (de forma geral)		
B.2.3.1. Condições de habitabilidade				
B.2.3.2. Económico-financeiras				
B.2.5. Alteração de valores sociais e familiares e falta de educação e/ou sensibilização para e a velhice	B.2.3.3. Tempo disponível (horários e profissões inflexíveis)			
C. Consequências da falta de visitas para a saúde (Q9)	C.1. Afeta a saúde mental, psicológica e/ou emocional/afetiva	C.1. (de forma geral)		
		C.1.1. Depressão, desmotivação, desistência		
		C.1.2. Solidão		
	C.2. Agravamento de quadros clínicos, propensão a novas doenças e infeções, dificuldade na recuperação e/ou pior resposta a tratamentos	C.1.3. Ansiedade		
C.3. Afeta a saúde física e/ou motora				

	C.4. Afeta a saúde cognitiva (memória, atenção, percepção, orientação, demência)		
	C.5. Não adesão, colaboração e/ou recusa de tratamentos		
	C.6. Afeta de forma geral / a todos os níveis		
D. Soluções de prevenção aos casos de internamento social (Q11)	D.1. Mais apoio e/ou resposta social	D.1. (de forma geral)	
		D.1.1. Mais infraestruturas, unidades e/ou vagas em RNCCI, ERPI, UCC, centros de dia	
		D.1.2. Melhor sinalização e articulação entre Hospital e ISS	
		D.1.3. Mais apoio à pessoa idosa	D.1.3. (de forma geral)
			D.1.3.1. Domiciliário
			D.1.3.2. Económico-financeiro (reformas, subsídios e outros)
	D.1.4. Mais apoio à família e/ou rede cuidadora		D.1.4. (de forma geral)
			D.1.4.1. Formação
			D.1.4.2. Económico-financeiro
	D.2. Responsabilização da família	D.2. (de forma geral)	
		D.2.1. Impedimentos ao acesso a bens e reformas	
	D.3. Sinalização prévia pelo hospital ao ISS ou à família/ cuidadores(as)		
	D.4. Apoio da comunidade		
D.5. Sensibilização e educação em cidadania, para a velhice			
D.6. Aplicação de taxas / coimas			
E. Contributos da família e comunidade na prevenção aos casos de internamento social (Q12)	E.1. Acompanhamento à pessoa idosa	E.1. (de forma geral)	
		E.1.1. Criação de mais associações, grupos voluntários, IPSS	
		E.1.2. Por parte da família	
		E.1.3. Soluções formativas e de capacitação para cuidados	
	E.2. Planeamento atempado da velhice: mais prevenção e preparação	E.1.4. No domicílio	
		E.2. (de forma geral)	
		E.2.1. Mais e melhor sensibilização e educação em cidadania	
	E.3. Deve ser uma responsabilidade do estado	E.2.2. Antecipação no internamento/admissão hospitalar e melhor preparação para alta	
		E.3. (de forma geral)	
		E.3.1. Disponibilizando mais recursos (infraestrutura e profissionais)	
		E.3.2. Apoio domiciliário	
	E.4. Mais autonomia e disponibilidade na procura de apoio	E.3.3. Alteração de leis e responsabilização de familiares	
		E.4. (de forma geral)	
E.5. Mais apoio económico-financeiro	E.4.1. Maior pressão ao estado/governantes		
	E.6. Acompanhamento à família e/ou rede cuidadora		
	E.7. Necessário um esforço e trabalho conjunto e em cooperação		

Quadro B: Principais desafios enfrentados pelas pessoas idosas, aquando da sua hospitalização:

Desafios	Subcategoria		Freq CR	%CR	Unidades de Registo
	1º nível	2º nível			
A.1. Internos ou pessoais	A.1.1. Isolamento e Solidão		54	19,49%	"falta um pouco mais de tempo junto com eles" (P12) "idosos sozinhos" (P31, P116) "falta de comunicação" (P4, P15)
	A.1.2. Desconhecimento, medo, confusão, compreensão/assimilação	A.1.2.1. Medo da situação	14	5,05%	"noção de aproximação do fim de vida" (P97) "aceitação da morte" (P106)
		A.1.2.2. Compreensão e/ou conhecimento e/ou assimilação	10	3,61%	"aprender a lidar com a condição" (P19) "dificuldade em entender a informação passada pelo médico" (P22) "desconhecimento da situação clínica" (P32)
		A.1.2.3. Confusão, desorientação	9	3,25%	"ficarem mais desorientadas por estarem num espaço distinto" (P76) "síndrome confusional" (P89) "orientação no espaço" (P109)
	A.1.3. Perda de autonomia, maior dependência		27	9,75%	"luto pela perda de autonomia" (P39) "retirada da autonomia nas escolhas" (P75) "défice cognitivo para poder transmitir as suas dificuldades ao profissional de saúde" (P78) "fazerem ouvir a sua voz" (P100)
	A.1.4. Perda de identidade e privacidade		25	9,03%	"mudança do ambiente" (P30, P108, P111, P121) "alteração de rotinas" (P11) "confinamento ao hospital" (P97) "ausência dos seus pertences, da sua casa" (P136)
	A.1.5. Complicações, infeções, novas patologias		8	2,89%	"ansiedade" (P22) "iatrogenia" (P35) "infeções nosocomiais" (P57) "delirium" (P83) "depressão" (P85) "pluripatologias" (P97)
A.1.6. Económico-financeiros		5	1,81%	"não dispõem de muitos rendimentos para pagar serviços" (P126) "pobreza" (P130)	
A.2. Externos	A.2.1. Apoio e capacidade pós alta	A.2.1. (de forma geral)	16	5,78%	"o regresso a casa/domicílio/lar" (P25, P36, P101, P123, P134) "rede de apoio suficiente para uma alta segura" (P76)
		A.2.1.1. Social	4	1,44%	"apoio social para a alta" (P23) "suporte formal de apoio que lhes permita uma reintegração social digna do pós alta hospitalar" (P61)
		A.2.1.2. Familiar	4	1,44%	"quando tiverem alta, pois muitos deles não têm retaguarda familiar" (P56)
		A.2.1.3. Económico-financeira	4	1,44%	"dificuldades financeiras para dar resposta quando tiverem alta" (P22) "questões monetárias aquando da alta" (P40)
	A.2.2. Profissionalismo e recursos em hospital	A.2.2.1. Trato desadequado por parte de profissionais e equipas	15	5,42%	"dignidade no cuidar" (P22) "infantilização" (P75) "incompreensão por parte das equipas" (P77) "violência" (P95) "empatia" (P103) "a despersonalização da pessoa e bullying" (P125) "falta de humanidade" (P131)
		A.2.2.2. Falta de profissionais e/ou capacidade de resposta	7	2,53%	"falta de profissionais para uma resposta adequada" (P27) "falta de apoio suficiente devido aos problemas causados por excesso de utentes e falta dos profissionais de saúde" (P133)
		A.2.2.3. Falta de espaços e/ou espaços desadequados	3	1,08%	"estarem num espaço descaracterizado" (P13) "camas e camas em corredores cheias de idosos sozinhos" (P31) "falta de um espaço ao ar livre que pudessem caminhar e apanhar ar" (P127)
A.2.3. Falta de apoio familiar		28	10,11%	"falta de carinho dos familiares" (P41)	

A.2.4. Falta de apoio social		20	7,22%	"ausência e insuficiência de respostas sociais" (P95) "resposta das estruturas sociais quando necessário" (P139)
A.2.5. Abandono	A.2.5. (de forma geral)	11	3,97%	"sentimento de abandono" (P3)
	A.2.5.1. Familiar	6	2,17%	"abandono familiar" (P23, P108)
A.2.6. Ocupação e motivação e/ou apoio espiritual, emocional e mental		7	2,53%	"apoio espiritual" (P14, P108) "motivação para a reabilitação física e cognitiva" (P37) "longa permanência" (P81, P97) "falta de cuidados emocionais" (P127)
<b>TOTAL CR</b>		<b>277</b>	<b>100%</b>	

**Quadro C: Principais razões do abandono e/ou internamento social de pessoas idosas, em hospital:**

Razões	Subcategoria		Freq CR	%CR	Unidades de Registo	
	1º nível	2º nível				
B.1. Falta de apoio/retaguarda familiar e/ou de rede cuidadora	B.1. (de forma geral)		24	9,64%	"falta de responsabilidade por parte dos familiares, famílias muito desestruturadas" (P22) "não terem retaguarda familiar" (P56)	
	B.1.1. Falta de interesse, preocupação e/ou responsabilidade		11	4,42%	"desresponsabilização dos familiares" (R38) "os familiares não querem ter o trabalho nem o gasto financeiro" (P41) "falta de paciência" (P66) "violência e maus-tratos na relação utente-familiares" (P95)	
	B.1.2. Falta de disponibilidade, condições e/ou recursos	B.1.2. (de forma geral)		16	6,43%	"falta de meios da família para os receber" (P80) "ausência de capacidade da família em responder às necessidades dos utentes" (P95)
		B.1.2.1. Condições de habitabilidade		4	1,61%	"famílias que não têm condições para ter os idosos no domicílio" (P28) "falta de condições habitacionais, por parte dos familiares" (P118)
		B.1.2.2. Económico-financeiras		20	8,03%	"famílias com carências sociais e económicas" (P36) "dificuldade das famílias darem apoio por falta de meios financeiros" (P73)
		B.1.2.3. Tempo disponível (horários e profissões inflexíveis)		20	8,03%	"falta de tempo dos cuidadores para cuidarem dos seus familiares" (P9) "nestas famílias todos trabalham e precisam de continuar a trabalhar" (P29) "impossibilidade de deixar o trabalho para cumprir papel de cuidador, muitas vezes com presença de outras pessoas dependentes no mesmo agregado familiar" (P97)
B.2. Falta de apoio / resposta social	B.2. (de forma geral)		29	11,65%	"burocracias e falta de rendimento social" (P19) "resposta social é insuficiente" (P28) "ausência de respostas adequadas, dignas e eficazes" (P95)	
	B.2.1. Falta de unidades, instituições, programas de reabilitação ou vagas em RNCCI		13	5,22%	"falta de vagas nos lares ou centros de reabilitação" (P57) "falta de políticas direcionadas aos idosos que viabilizem infraestruturas" (P61) "falta de respostas sociais na comunidade, nomeadamente RRCCI" (P72)	
	B.2.2. Falta de apoio e/ou formação aos(às) cuidadores(as) informais e/ou família		19	7,63%	"apoios financeiros e estruturais para os cuidadores" (P15) "leis que não protegem nem apoiam devidamente os cuidadores informais" (P39) "falta de conhecimento no que toca a cuidados" (P40) "falta de apoio ao cuidador, levando à exaustão" (P78)	
B.3. Falta de disponibilidade, condições e/ou recursos	B.2.3. (de forma geral)		3	1,20%		
	B.2.3.1. Condições de habitabilidade		4	1,61%	"residirem em más condições habitacionais" (P99) "habitações reduzidas" (P124)	
	B.2.3.2. Económico-financeiras		35	14,06%	"falta de rendimento" (P5) "pobreza económica" (P30) "valores in comportáveis em lares" (P39) "más condições económicas no país" (P84)	
	B.2.3.3. Tempo disponível (horários e profissões inflexíveis)		3	1,20%	"falta de tempo" (P5) "razões profissionais" (P89)	
B.2.4. Nível de dependência destas pessoas			24	9,64%	"cuidar de uma pessoa dependente" (P29)	

			"idoso requer vigilância 24hs" (P110)
B.2.5. Alteração de valores sociais e familiares e falta de educação e/ou sensibilização para a velhice	24		"idosos deixam de ser prioridade" (P14) "desapego emocional" (P16) "deficitária cultura do idoso na sociedade" (P24) "falta de sensibilização da população geral" (P122) "cultura do desapego" (P124)
<b>TOTAL CR</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>	

Quadro D: Consequências, para a saúde, do internamento social e/ou da falta de visitas:

Razões	Subcategoria	Freq CR	%CR	Unidades de Registo
C.1. Afeta a saúde mental, psicológica e/ou emocional/afetiva	C.1. (de forma geral)	58	32,04%	"emocionalmente" (P11, P42, P48, P140) "tem um forte impacto na saúde mental" (P86) "qualquer pessoa que sinta que não é importante para ninguém fica perturbado" (P126) "necessidade de partilhar afetos" (P135)
	C.1.1. Depressão, desmotivação, desistência	47	25,97%	"acabam por ter uma postura derrotista e autodestrutiva" (P8) "agravamento de <i>delirium</i> , agravamento de patologia depressivo-ansiosa" (P83) "desistem de viver" (P20, P56, P120)
	C.1.2. Solidão	13	7,18%	"pode-se morrer de saudade ou de solidão" (P17) "sensação de abandono e solidão pode facilmente levar a depressão" (P77) "a solidão mata mais que a própria doença" (P131)
	C.1.3. Ansiedade	5	2,76%	"nota-se no agravamento da demência, tristeza, ansiedade" (P29)
C.2. Agravamento de quadros clínicos, propensão a novas doenças e infeções, dificuldade na recuperação e/ou pior resposta a tratamentos		18	9,94%	"risco de infeção cruzada" (P23) "risco de infeções, pelo aumento do uso de antibióticos, com um risco muito grande de complicações" (P29) "piorar o estado que já se encontram" (P41) "na recuperação da situação de doença" (P54) "intercorrências nosocomiais" (P92)
C.3. Afeta a saúde física e/ou motora		13	7,18%	"deterioração motora" (P2) "desnutrição" (P33) "aumento da dependência nas atividades de vida diária" (P40) "falta de estímulo motor pela permanência em ambiente restritivo" (P100) "agrava a saúde física (confinados a uma cama do hospital)" (P101) "diminui o apetite" (P122)
C.4. Afeta a saúde cognitiva (memória, atenção, perceção, orientação, demência)		14	7,73%	"é um fator que origina episódios de desorientação no tempo e espaço" (P28) "aumenta o risco de desorientação e alienação" (P39) "compreender o que está a acontecer" (P83) "perda de estímulo cognitivo" (P87) "demência galopante" (P107)
C.5. Não adesão, colaboração e/ou recusa de tratamentos		8	4,42%	"perda de vontade para ser tratar" (P65) "influencia a adesão terapêutica" (P75) "impactos diretos no potencial de recuperação do utente e sua colaboração no seu processo de reabilitação" (P95)
C.6. Afeta de forma geral / a todos os níveis		5	2,76%	"pode vir a refletir no seu estado geral" (P61) "influencia todo o resto do organismo" (P80)
<b>TOTAL CR</b>		<b>181</b>	<b>100%</b>	

Quadro E: Soluções preventivas ao internamento social de pessoas idosas, em ambiente hospitalar:

Razões	Subcategoria		Freq CR	%CR	Unidades de Registo	
	1º nível	2º nível				
D.1. Mais apoio e/ou resposta social	D.1. (de forma geral)		19	9,69%	"o sistema de saúde funcionar bem" (P47) "mais apoios sociais por parte do estado" (P73)	
	D.1.1. Mais infraestruturas, unidades e/ou vagas em RNCCI, ERPI, UCC, centros de dia		61	31,12%	"mais lares sociais" (P18) "ERPI do estado, reforço da rede nacional de cuidados integrados - de curta, média e longa duração" (P29) "criação de mais unidades de cariz social para receber este tipo de casos" (P97) "mais lares subsidiados, mais intervenção comunitária" (P124)	
	D.1.2. Melhor sinalização e articulação entre Hospital e ISS		7	3,57%	"maior articulação entre hospitais e instituições" (P27) "mais instituições com protocolo hospitalar" (P132)	
	D.1.3. Mais apoio à pessoa idosa	D.1.3. (de forma geral)		3	1,53%	"mais acompanhamento por parte do serviço social ao utente" (P123)
		D.1.3.1. Domiciliário		19	9,69%	"aumentar a rede de apoio à hospitalização domiciliária" (P80) "serviços de apoio domiciliário em horário permanente" (P100)
		D.1.3.2. Económico-financeiro (reformas, subsídios e outros)		16	8,16%	"reformas mais equilibradas" (P8) "adequar os preços das instituições à capacidade económica dos idosos" (P76)
	D.1.4. Mais apoio à família e/ou rede cuidadora	D.1.4. (de forma geral)		16	8,16%	"mais apoio social aos cuidadores" (P5)
		D.1.4.1. Formação		7	3,57%	"Capacitação dos cuidadores informais" (P15) "dar treino aos cuidadores" (P39) "formação de pessoas que possam acompanhar os idosos" (P127)
		D.1.4.2. Económico-financeiro		6	3,06%	"estado deveria eventualmente adjudicar subsídios para promover o acolhimento destes doentes na sua família" (P97) "alteração do estatuto do cuidador mudando o subsídio para remuneração adequada" (P122)
		D.1.4.3. Assistência e descanso		4	2,04%	"unidade de longa duração para internamentos para descanso do cuidador" (P29) "internamento temporário dos utentes de forma a permitir o descanso do cuidador" (P100)
D.2. Responsabilização da família	D.2. (de forma geral)		7	3,57%	"responsabilização legal da família" (P85) "responsabilidade familiar de apoio ao familiar" (P93)	
	D.2.1. Impedimentos ao acesso a bens e reformas		5	2,55%	"confiscar os bens dos idosos (muitas vezes os familiares ficam com eles, mas não tomam conta dos idosos)" (P33) "corte das reformas dos idosos quando as famílias os abandonam" (P40) "famílias não devem tirar benefícios de trabalho efectuado por terceiros" (P53)	
D.3. Sinalização prévia pelo hospital ao ISS ou à família/ cuidadores(as)			9	4,59%	"sinalizar ao ISS na recolha de informação médica" (P19) "envolver os familiares desde a admissão e sinalizar logo todas as situações de risco" (P39) "preparação da alta junto da família logo no dia de internamento" (P98)	
D.4. Apoio da comunidade			8	4,08%	"cuidados primários de proximidade e a comunidade local" (P99)	
D.5. Sensibilização e educação em cidadania, para a velhice			6	3,06%	"mudança Social, educacional e cultural profunda" (P24) "mais cidadania nas camadas mais jovens" (P103) "medidas de sensibilização ao potencial problema" (P110)	
D.6. Aplicação de taxas / coimas			3	1,53%	"coimas" ou penalização em termos de IRS" (P45) "taxas moderadores de internamentos sociais" (P75)	
<b>TOTAL CR</b>			<b>196</b>	<b>100%</b>		

Quadro F: Contributos de família e comunidade na prevenção às situações de internamento social de pessoas idosas em ambiente hospitalar:

Contributos	Subcategoria	Freq CR	%CR	Unidades de Registo
E.1. Acompanhamento à pessoa idosa	E.1. (de forma geral)	13	8,02%	"apoioando o idoso" (P16)
	E.1.1. Criação de mais associações, grupos voluntários, IPSS	20	12,35%	
	E.1.2. Por parte da família	9	5,56%	"família terá de estar disponível para aprender a cuidar" (P6) "a família tem de ter um papel activo na vida do familiar idoso" (P114)
	E.1.2. Por parte da família	8	4,94%	"soluções adequadas quer em termos de número quer em termos de capacitação" (P32) "associações ou segurança social e ministério da saúde capacitarem as famílias" (P113)
	E.1.4. No domicílio	6	3,70%	"acolhimento emocional e apoio técnico, digno, de preferência na própria residência" (P21) "equipas de apoio/visita de idosos ao domicilio" (P109)
E.2. Planeamento atempado da velhice: mais prevenção e preparação	E.2. (de forma geral)	9	5,56%	"plano atempado para velhice" (P35) "preparar as situações de dependência com antecipação" (P115)
	E.2.1. Mais e melhor sensibilização e educação em cidadania	20	12,35%	"mudança da estrutura familiar algo que culturalmente tem se vindo a instituir" (P62) "ações de sensibilização" (P75, P137) "é necessário e urgente a mudança de mentalidade" (P131)
	E.2.2. Antecipação no internamento/admissão hospitalar e melhor preparação para alta	5	3,09%	"antecipação durante o internamento das necessidades dos utentes no pós alta" (P32) "identificar logo essa necessidade aquando admissão" (P48) "preparação para a alta" (P192)
E.3. Deve ser uma responsabilidade do estado	E.3. (de forma geral)	11	6,79%	"o Estado tem obrigação de dar resposta" (P53) "maior suporte do governo e autarquias" (P135)
	E.3.1. Disponibilizando mais recursos (infraestrutura e profissionais)	11	6,79%	"mais assistentes sociais" (P18) "melhorar a rede de apoio de cuidados domiciliários, porque a própria oferta é insuficiente" (P28) "lares sociais e centros de dia estatais" (P84)
	E.3.2. Apoio domiciliário	3	1,85%	"melhorar a rede de apoio de cuidados domiciliários" (P28)
	E.3.3. Alteração de leis e responsabilização de familiares	5	3,09%	"responsabilização a quem abandona familiares nos hospitais" (P40) "apoioando idosos com legislação que os proteja" (P140)
E.4. Mais autonomia e disponibilidade na procura de apoio	E.4. (de forma geral)	14	8,64%	"pedir ajuda" (P19, P59) "colaborar mais na procura e resposta de soluções" (P27) "disponibilidade para procurar respostas" (P95)
	E.4.1. Maior pressão ao estado/governantes	3	1,85%	"pressão para com o governo na implementação da lei" (P8) "divulgar, falar, alertar, exigir respostas e apoio aos governantes" (P107)
E.5. Mais apoio económico-financeiro		12	7,41%	"lares com preço acessível" (P2) "mais apoios monetários e financeiros privados" (P8) "um apoio mais robusto em especial financeiro" (P104) "apoio económico às famílias carenciadas" (P121)
E.6. Acompanhamento à família e/ou rede cuidadora		8	4,94%	"capitarem as famílias" (P113) "haver uma rede de suporte aos familiares" (P123) "instituições de apoio ao cuidador" (P126)
E.6. Acompanhamento à família e/ou rede cuidadora		5	3,09%	"maior empatia e cooperação, mais atividades multigeracionais" (P13)
<b>TOTAL CR</b>		<b>162</b>	<b>100%</b>	

Quadro G: Áreas / utentes a privilegiar na resposta dos projetos sociais, em ambiente hospitalar:

Áreas / utentes a privilegiar	FreqCR <sup>66</sup>	%CR	Unidades de Registo
A.1. Gerontologia - pessoas idosas	103	47,91%	"com doença crónica ou incapacitante" (P37) "em situação de dependência e isolamento" (P95) "em situação de dependência, associada ou não a contextos de demência" (P99)
A.2. Pessoas com deficiência	29	13,49%	(menção direta: pessoas com deficiência)
A.3. Oncologia - pessoas com cancro	27	12,56%	
A.4. Pediatria - crianças e jovens	13	6,05%	"crianças e jovens em risco" (P95) "crianças com problemas sociais/familiares" (P95)
A.5. Obstetrícia - pessoas grávidas e recém-nascidos	6	2,79%	"mães em risco" (P37)
A.6. Psicologia e psiquiatria	5	2,33%	
A.7. Pessoas com dificuldades económico-financeiras	4	1,86%	
A.8. Pessoas sob cuidados paliativos	3	1,4%	
A.9. Todas as áreas / pessoas	20	9,3%	"todas as áreas carecem de resposta urgente" (P117)
A.10. Outros	5	2,33%	"urgência" (R7) "cuidadores informais" (R16) "hospital de dia de diálise" (R58) "evacuados ao abrigo de acordos de saúde dos países PALOP" (R95) "sem abrigo" (R102)
<b>TOTAL CR</b>	<b>215</b>	<b>100%</b>	

<sup>66</sup> Entenda-se por "FreqCR", em todas as Tabelas e/ou Quadros de resultados da análise, a Frequência daquela Categoria de Resposta dada, sendo "%CR" a Frequência de respostas, pelo número total de Categoria de Resposta dada.

## ANEXO 3 – TABELAS

### 3.1. Tabelas – Capítulo I

Tabela 2: Síntese dos principais resultados, Portugal e NUTS II, 2018 (estimativa) e 2080 (projeção) (INE, 2020)

Portugal e NUTS II	Cenários de projeção	População total		População 0-14 anos		População 15-64 anos		População 65 e mais anos		Índice de envelhecimento		Índice de sustentabilidade potencial	
		2018	2080	2018	2080	2018	2080	2018	2080	2018	2080	2018	2080
n°													
Portugal	Baixo	10 276 617	6 057 479	1 407 566	651 215	6 624 826	2 993 225	2 244 225	2 413 039	159,4	371	295,2	124
	Central		8 216 015		1 007 772		4 182 206		3 026 037		300		138
	Alto		10 555 447		1 480 200		5 484 499		3 590 748		243		153
	Sem Migrações		6 905 483		793 690		3 460 908		2 650 885		334		131

Tabela 3: Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos (PORDATA & INE, 7 de abril de 2022, consultado a 27 de agosto de 2023)

Agregado doméstico privado (até 2010); Alojamento (a partir de 2011) - Milhares

Anos	Agregados domésticos unipessoais	
	Total	De indivíduos com 65+ anos
2021	± 655,0	± 446,9

### 3.2. Tabelas – Capítulo III

Tabela D: Categorias dos desafios enfrentados por pessoas idosas quando do seu internamento, mencionadas por participante:

Categorias de desafios, por participante	Freq	%
Participantes que não sabem	1	0,71%
Participantes que mencionam 1 desafio	61	43,57%
Participantes que mencionam 2 desafios	37	26,43%
Participantes que mencionam 3 desafios	27	19,29%
Participantes que mencionam 4 desafios	10	7,14%
Participantes que mencionam 5 ou mais desafios	4	2,86%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela E: Categorias das razões para pessoas idosas quando do seu internamento, mencionadas por participante:

<b>Categorias de desafios, por participante</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
Participantes que não sabem	2	1,43%
Participantes que mencionam 1 razão	65	46,43%
Participantes que mencionam 2 razões	43	30,71%
Participantes que mencionam 3 razões	21	15,00%
Participantes que mencionam 4 razões	6	4,29%
Participantes que mencionam 5 ou mais razões	0	0%
Respostas não válidas	3	2,14%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela F: Categorias das consequências, para a saúde, dos internamentos sociais e/ou falta de visitas, mencionadas por participante:

<b>Categorias de consequências, por participante</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
Participantes que não justificam	14	10%
Participantes que mencionam 1 consequência	76	54,29%
Participantes que mencionam 2 consequências	36	25,71%
Participantes que mencionam 3 consequências	7	5%
Participantes que mencionam 4 consequências	3	2,14%
Participantes que mencionam 5 ou mais consequências	0	0%
Respostas não válidas	4	2,86%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela G: Categorias de soluções de prevenção dos casos de internamento social, mencionadas por participante:

<b>Categorias de soluções, por participante</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
Participante afirma "nada"	1	0,71%
Participantes que não sabem	4	2,86%
Participantes que mencionam 1 solução	87	62,14%
Participantes que mencionam 2 soluções	32	22,86%
Participantes que mencionam 3 soluções	12	8,57%
Participantes que mencionam 4 soluções	1	0,71%
Participantes que mencionam 5 ou mais soluções	1	0,71%
Respostas não válidas	2	1,43%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela H: Categorias dos contributos da família e comunidade, na prevenção dos casos de internamento social, mencionadas por participante:

<b>Categorias de soluções, por participante</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
Participantes que não sabem	10	7,14%
Participantes que mencionam 1 contributo	98	70%
Participantes que mencionam 2 contributos	22	15,71%
Participantes que mencionam 3 contributos	5	3,57%
Participantes que mencionam 4 contributos	0	0,00%
Participantes que mencionam 5 ou mais contributos	1	0,71%
Respostas não válidas	4	2,86%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela I: Existência de projetos de cariz social, direcionados a utentes hospitalares, nos hospitais onde os(as) participantes exercem funções:

EXISTÊNCIA DE PROJETOS	Freq	%
SIM	46	32,86%
NÃO	32	22,86%
NÃO SEI	62	44,29%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela J: Relação entre dos projetos de cariz social existentes nos hospitais onde os(as) participantes exercem funções, por distrito:

DISTRITO	SIM	NÃO SEI	NÃO
	Aveiro	1	0
Beja	0	1	0
Castelo Branco	3	7	5
Coimbra	2	0	0
Évora	1	0	1
Faro	13	16	5
Leiria	0	3	0
Lisboa	7	13	5
Porto	3	8	5
Portalegre	0	0	1
Região Autónoma dos Açores	4	3	4
Santarém	11	10	4
Setúbal	1	0	0
Viseu	0	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>62</b>	<b>32</b>

Tabela K: Áreas / utentes a quem se direcionam os projetos sociais existentes:

Áreas / utentes a quem se direcionam	Freq	%
Gerontologia - pessoas idosas	9	15,25%
Pessoas com deficiência	6	10,17%
Oncologia - pessoas com cancro	8	13,56%
Pediatria - crianças e jovens	7	11,86%
Psicologia e psiquiatria	5	5,08%
Obstetrícia - pessoas grávidas e recém-nascidos	3	8,47%
Pessoas com dificuldades económico-financeiras	3	5,08%
Pessoas internadas	2	1,69%
Consultas externas	2	3,39%
Pessoas sob cuidados paliativos	1	3,39%
Todas as áreas / pessoas	7	11,86%
Outros (pessoas em situação de urgência, ginecologia, pessoas sozinhas e/ou rejeitadas; apoio domiciliário e AVC)	6	10,17%
<b>TOTAL CR</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

Tabela L: Formato dos projetos implementados: pelo hospital, entidade externa ou ambos:

IMPLEMENTAÇÃO	Freq	%
Próprio Hospital	12	26%
Entidade externa	1	2%
Ambas situações se aplicam	21	46%
Não sei	12	26%
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Tabela M: Importância da existência de projetos sociais em ambiente hospitalar:

IMPORTÂNCIA	Freq	%
1	0	0%
2	0	0%
3	2	1,43%
4	18	12,86%
5	120	85,71%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela N: Categoria de áreas a privilegiar na resposta dos projetos de cariz social implementados em ambiente hospitalar, mencionadas por participante:

Categoria de áreas, por participante	Freq	%
Participantes que mencionam "todas" ou "geral"	19	13,57%
Participantes que mencionam 1 área	71	50,71%
Participantes que mencionam 2 áreas	31	22,14%
Participantes que mencionam 3 áreas	14	10,00%
Participantes que mencionam 4 áreas	4	2,86%
Participantes que mencionam 5 ou mais áreas	1	0,71%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela O: Importância dada à existência de visitas diárias, a pessoas idosas, em situação de internamento prolongado ou abandono, em ambiente hospitalar:

IMPORTÂNCIA <sup>67</sup>	Freq	%
1	0	0%
2	0	0%
3	6	4,29%
4	21	15,00%
5	113	80,71%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

<sup>67</sup> Para todas as respostas classificadas em "Importância", na presente investigação, foi considerada uma medida em graus, entre 1 e 5, numa escala de Likert, onde "1 = Nada Importante" e "5 = a Muito Importante".

Tabela P: Relação entre “lidar” ou não com pessoas idosas, nas suas funções profissionais, e o grau de importância dado à existência de visitas diárias àquelas em situação de internamento prolongado ou abandono:

IMPORTÂNCIA	Lida		Não lida	
	Freq	%	Freq	%
1	0	0%	0	0%
2	0	0%	0	0%
3	4	3,33%	2	10%
4	17	14,17%	4	20%
5	99	82,50%	14	70%
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Tabela Q: Importância da existência de programas ou projetos de cariz social, dedicado a pessoas idosas em situação de internamento prolongado ou abandono, em ambiente hospitalar:

IMPORTÂNCIA	Freq	%
1	0	0%
2	0	0%
3	7	5%
4	14	10%
5	119	85%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela R: Relação entre “lidar” ou não com pessoas idosas, nas suas funções profissionais, e o grau de importância dado à existência de programas ou projetos de cariz social direcionados àquelas em situação de abandono:

IMPORTÂNCIA	Lida		Não lida	
	Freq	%	Freq	%
1	0	0%	0	0%
2	0	0%	0	0%
3	6	5,00%	1	5,56%
4	11	9,17%	2	11,11%
5	103	85,83%	15	83,33%
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Tabela S: Existência de pessoas idosas em situação de abandono, em ambiente hospitalar, considerando o hospital onde exerciam funções os(as) participantes, no momento da sua resposta:

EXISTÊNCIA DE CASOS	Freq	%
EXISTEM	109	77,86%
NÃO EXISTEM	4	2,86%
NÃO SEI	27	19,29%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Tabela T: existência de pessoas idosas em situação de abandono, em ambiente hospitalar, por distrito:

DISTRITO	Freq	Incid <sup>68</sup>	Incid% <sup>69</sup>
Aveiro	3	2	66,67%
Beja	1	1	100%
Castelo Branco	15	12	80%
Coimbra	2	1	50%
Évora	2	1	50%
Faro	34	25	73,53%
Leiria	3	3	100%
Lisboa	25	21	84%
Portalegre	1	1	100%
Porto	16	15	93,75%
Região Autónoma dos Açores	11	7	63,64%
Santarém	25	18	72%
Setúbal	1	1	100%
Viseu	1	1	100%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>109</b>	<b>77,86%</b>

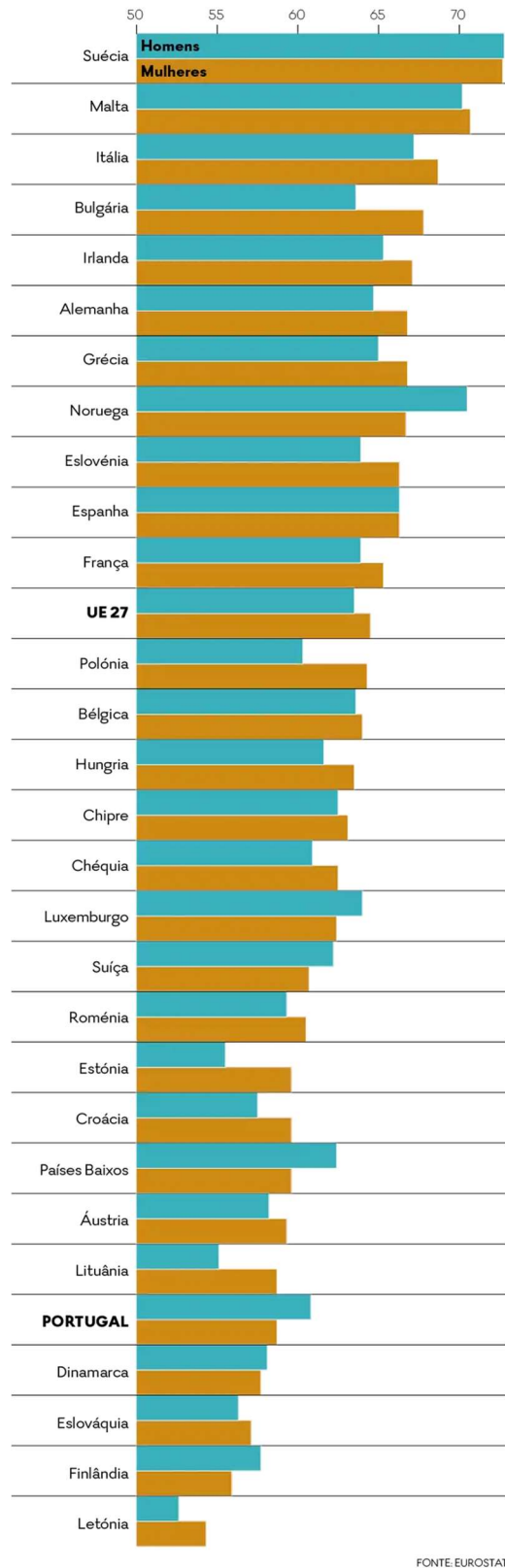
---

<sup>68</sup> Calcula-se a incidência de casos (portanto, a resposta positiva por parte dos(as) participantes daquele distrito).

<sup>69</sup> Calcula-se a percentagem da incidência sobre o número total de participantes, por distrito representado.

## Anexo 4 – GRÁFICOS

Gráfico 1: Envelhecimento saudável na UE – Anos de vida sem incapacidade, em 2020 (Soares, 2022)



## ANEXO 5 – ILUSTRAÇÕES E IMAGENS

Ilustração 1: Fluxograma Geral de Procedimentos [no Planeamento de Altas Hospitalares] (ISS & ACSS, 2015, p. 21)

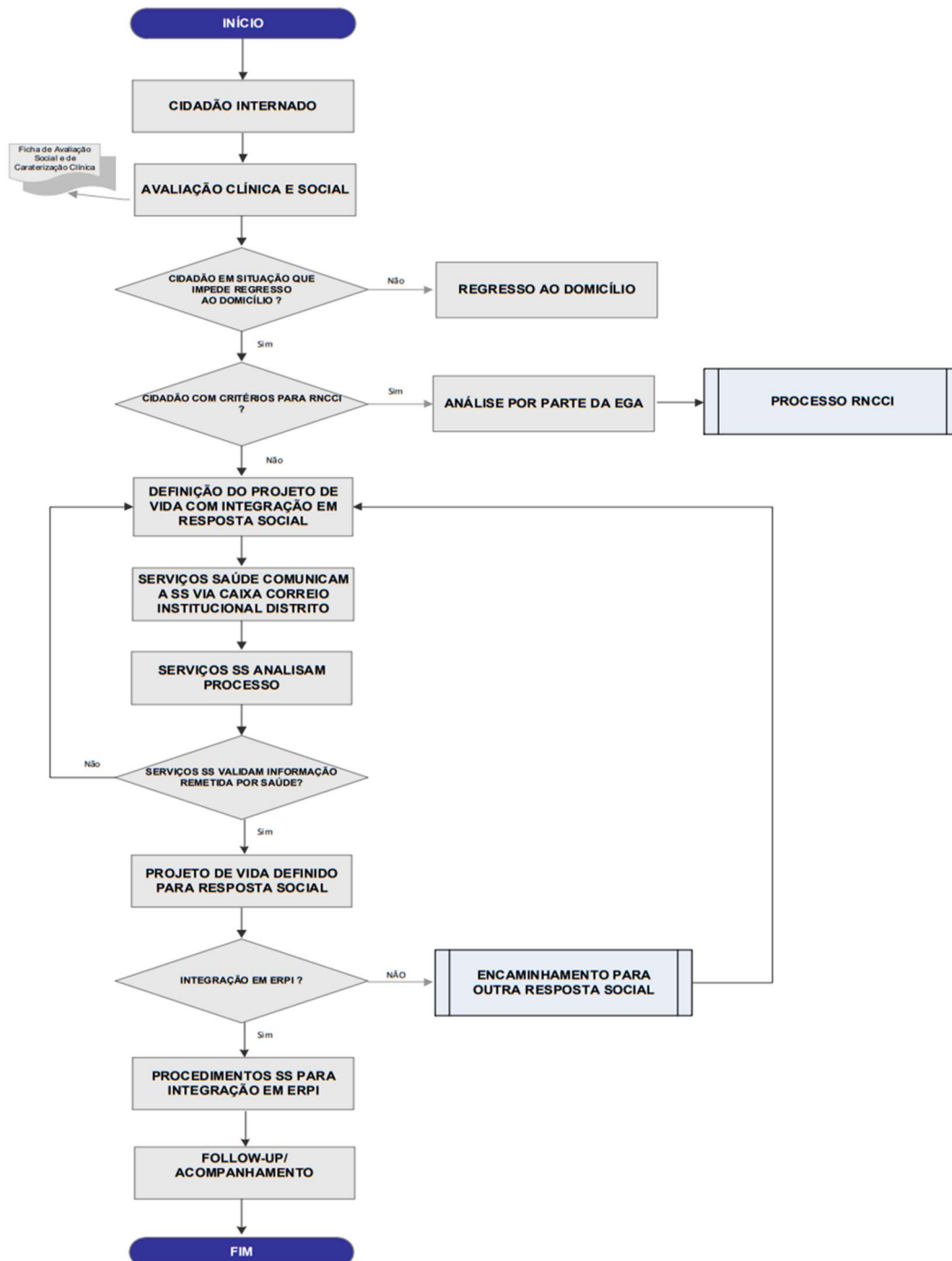


Ilustração 2: “Um quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida” (OMS, 2015, p. 15)

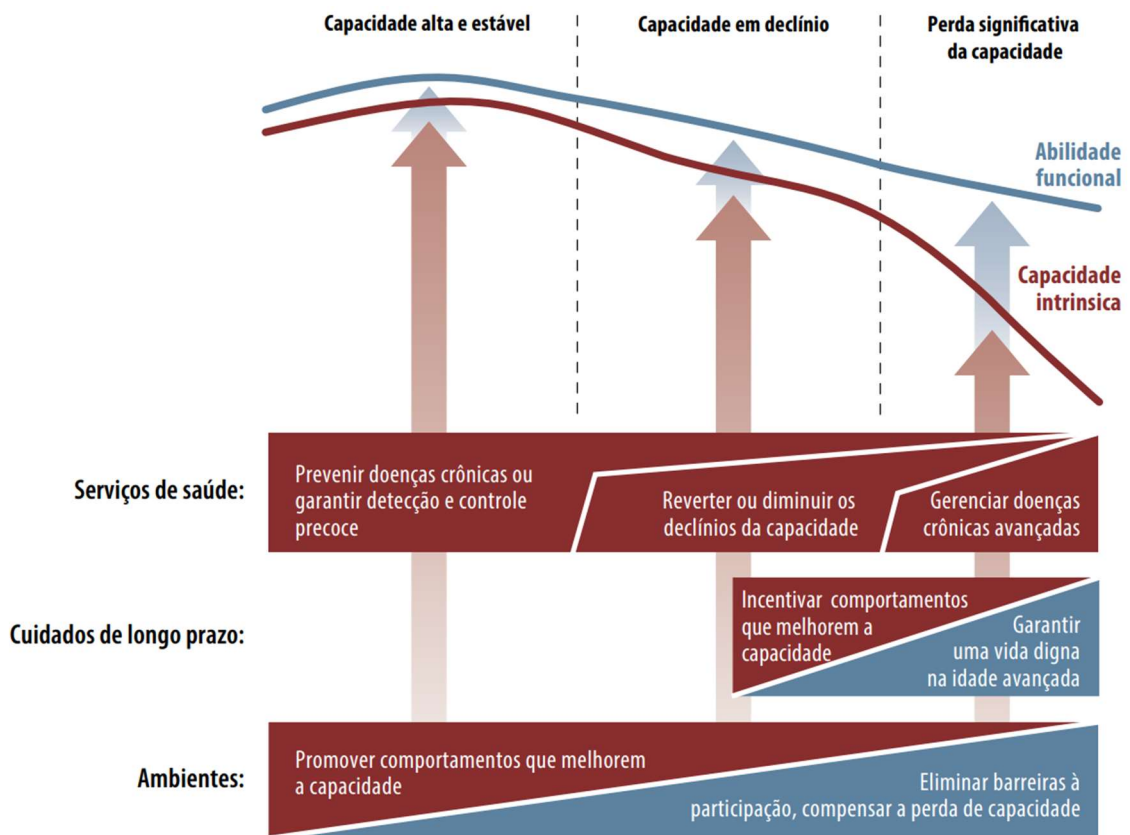


Ilustração 3: “Este país é para velhos”, Caricatura de Cristiano Salgado (Expresso, Instagram @jornalexpresso, 27 de agosto de 2023)

