

ENVELHECIMENTO: Perspetivas

Henrique Oliveira
Margarida Goes

EDITORIAL IPBEJA

Ficha Técnica

Título: Envelhecimento: Perspectivas

Autores:

Henrique Oliveira (hjmo@ipbeja.pt, hjmo@lx.it.pt)

Margarida Goes (mgoes@uevora.pt)

Instituição:

Instituto Politécnico de Beja

Rua Pedro Soares

Apartado 6155

7800-295 Beja - Portugal

Telefone: +351 284 314 400

Fax: +351 284 326 824

<http://www.ipbeja.pt>

Editor: Instituto Politécnico de Beja

ISBN: 978-989-8008-85-5

Data: Fevereiro de 2023

ÍNDICE

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	1
1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: MUNDIAL, EUROPEU E EM PORTUGAL.....	1
1.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO NA RBA.....	10
1.3. O CONTEXTO DA RURALIDADE DA RBA	13
2. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL HUMANO.....	16
2.1. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL HUMANO: QUANTOS ANOS TEM A IDADE?.....	16
2.2. PRINCIPAIS TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	18
2.3. APLICAÇÕES DAS TEORIAS DO ENVELHECIMENTO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM	23
2.4. DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PORTUGAL E RBA	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

Envelhecimento: Perspetivas

As estimativas e projeções demográficas divulgadas por várias organizações / instituições, quer nacionais, quer internacionais, como por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU), o Banco Mundial (BM), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Comissão Europeia (CE), o Instituto Nacional de Estatística (INE), a PORDATA, entre outras, têm mostrado um aumento do envelhecimento contemporâneo, que influencia o desenvolvimento da sociedade e o planeamento da assistência à saúde.

A análise do fenómeno do envelhecimento é apresentada neste capítulo segundo duas perspetivas: (i) a demográfica ou coletiva (secção 1) e; (ii) a individual (secção 2), cujo contexto norteará.

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

1.1. Envelhecimento demográfico: Mundial, Europeu e em Portugal

Em termos demográficos, a classificação de uma população, como jovem ou envelhecida, depende da proporção de pessoas nas faixas etárias extremas, pelo que se nos referirmos particularmente ao envelhecimento demográfico, interessa observar a proporção de pessoas com 65 ou mais anos de idade (idosos) comparativamente à população jovem (pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos), a nível coletivo, isto é, relativo ao total

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

populacional, quer seja ele mundial, europeu ou nacional ([Serviço Nacional de Saúde, 2017](#)). Por exemplo, estimativas do [Banco Mundial \(2019a\)](#) indicam que, no Mundo, a proporção de idosos tem vindo consecutivamente a aumentar desde 1960 a 2018 (o número absoluto de idosos está a aumentar mais que o número absoluto de jovens em simultâneo com a diminuição do número absoluto de jovens). Em relação à Europa dos 28 (EU28), os mesmos indicadores mostram um comportamento semelhante ao retratado a nível mundial [consultar Gráfico 1—1:(a)]. Ao nível das projeções entre 2020 e 2050 oriundas do [Banco Mundial \(2019b\)](#) referentes aos mesmos indicadores, tanto a nível mundial, como da EU28, ambas sugerem um padrão algo semelhante ao já descrito para as estimativas, [consultar Gráfico 1—1:(b)].

Este fenómeno do envelhecimento populacional está inserido no fenómeno da transição demográfica, composto por uma transição na mortalidade e uma transição na fertilidade (comportamento reprodutivo), resultando consequentemente numa estrutura etária transformada, frequentemente visualizável em pirâmides etárias com níveis elevados de população mais idosa e sobreponível com menores níveis de população jovem que, na sua totalidade, se está a tornar cada vez mais urbana ([Meade e Emch, 2010](#)).

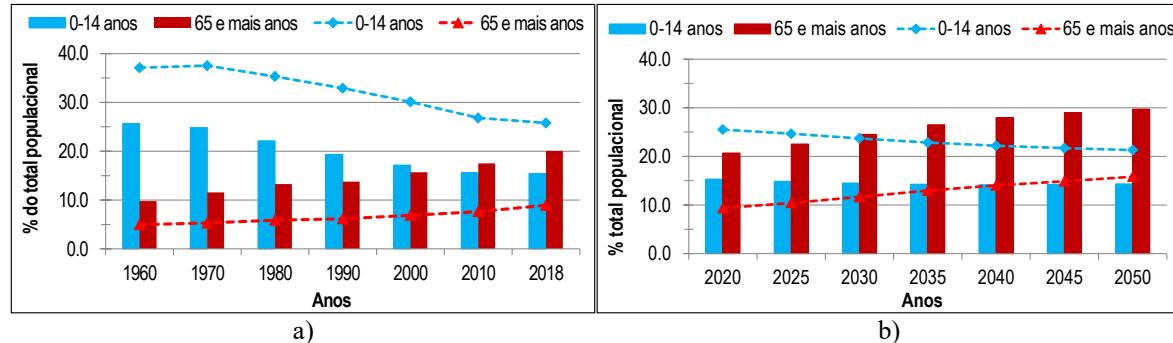


Gráfico 1—1: Proporção de idosos e jovens em relação ao total mundial (linhas) e EU28 (barras): a) estimativas; b) projeções. Todos os valores foram obtidos a partir de [Banco Mundial \(2019a\)](#) e [Banco Mundial \(2019b\)](#).

1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: MUNDIAL, EUROPEU E EM PORTUGAL

Todavia, tem sido vulgar associar a um maior envelhecimento, dois importantes indicadores, nomeadamente: (i) o índice sintético de fecundidade (ISF)¹ e; (ii) a esperança de vida à nascença (EVN)².

Estimativas mundiais referentes ao ISF [consultar Gráfico 1—2:(a)], têm exibido uma diminuição do seu valor. A nível da EU28 a tendência da diminuição não é tão acentuada como a nível mundial. Relativamente à EVN, quer para os homens, quer para as mulheres, as estimativas a nível mundial revelam um aumento contínuo deste indicador entre 1960 e 2017 (último ano com dados disponíveis), registo este que é sempre superior para as mulheres comparativamente aos homens, em virtude de uma maior EVN (em média 4.2 anos mais). A nível da EU28 o padrão das estimativas é semelhante ao mundial, mas a diferença entre homens e mulheres é ligeiramente superior, em média 6.1 anos mais para as mulheres [consultar Gráfico 1—2:(a)] ([Banco Mundial, 2019a](#)). Consequentemente, a tendência para uma diminuição contínua do ISF, em paralelo com um aumento contínuo da EVN, tem acentuado o envelhecimento demográfico, quer mundial, quer europeu e, consequentemente, intensificado o fenómeno da transição demográfica.

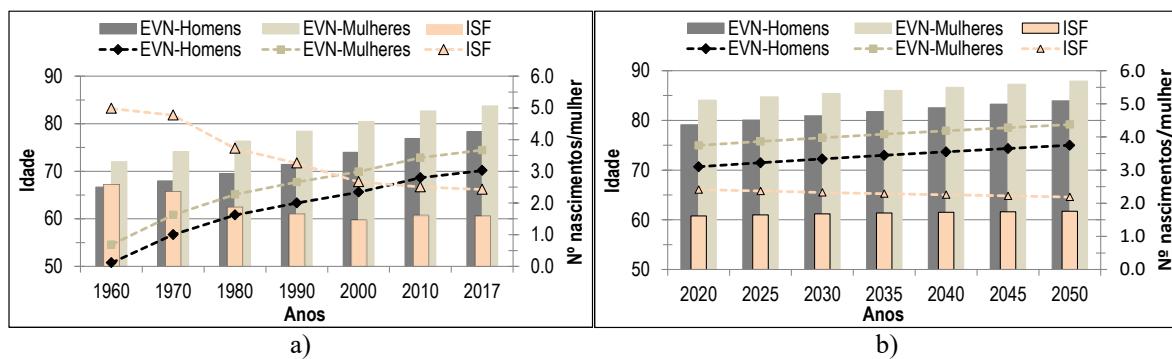


Gráfico 1—2: EVN para homens e mulheres (eixo vertical à esquerda) e ISF (eixo vertical à direita) a nível mundial (linhas) e EU28 (barras): a) estimativas; b) Projeções. Todos os valores foram obtidos a partir de [Banco Mundial \(2019a\)](#) e [Banco Mundial \(2019b\)](#).

Relativamente às projeções entre 2020 e 2050 provenientes do [Banco Mundial \(2019b\)](#) [consultar linha no Gráfico 1—2:(b)], os resultados enunciam uma ligeira diminuição do ISF (−0.2 nascimentos) a nível mundial. Contudo, a nível da EU28, o padrão das projeções do

¹ Número médio de crianças que terão nascido vivas por mulher em idade fértil sujeita às taxas de fecundidade por idades observadas num momento (ano) de referência (15-49 anos). O índice sintético de fecundidade é usado para indicar a fecundidade ao nível da substituição de gerações; em países mais desenvolvidos, o valor de 2,1 é considerado como sendo o nível de substituição de gerações ([INE, 2019a](#)).

² Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento ([INE, 2019a](#)).

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

ISF revela um aumento suave do seu valor (+0.2 nascimentos). No que diz respeito à EVN, as projeções a nível mundial sugerem que o valor deste indicador vai continuar a aumentar de modo contínuo, com as mulheres a viverem mais tempo que os homens, em média aproximadamente 4.2 anos. Ao nível da EU28, a tendência revelada pelas projeções é semelhante à referente a nível mundial, com as mulheres a viverem mais tempo que os homens, em média aproximadamente mais 4.3 anos. Mais uma vez, tais projeções (mundial e EU28) continuam a expressar o acentuar do envelhecimento da população mundial e europeia, durante pelo menos as próximas três décadas.

Uma das razões que, de acordo com alguns autores, também contribui para o envelhecimento demográfico, são os fenómenos migratórios ([Meade e Emch, 2010](#)). Segundo estimativas disponibilizadas pelas [Nações Unidas \(2019\)](#), em termos das grandes regiões do Mundo, a América do Norte e a Europa apresentam os maiores valores em termos de saldos migratórios positivos, com a Ásia e a América Latina a destacarem-se pelos saldos negativos (maiores na Ásia que para a América Latina).

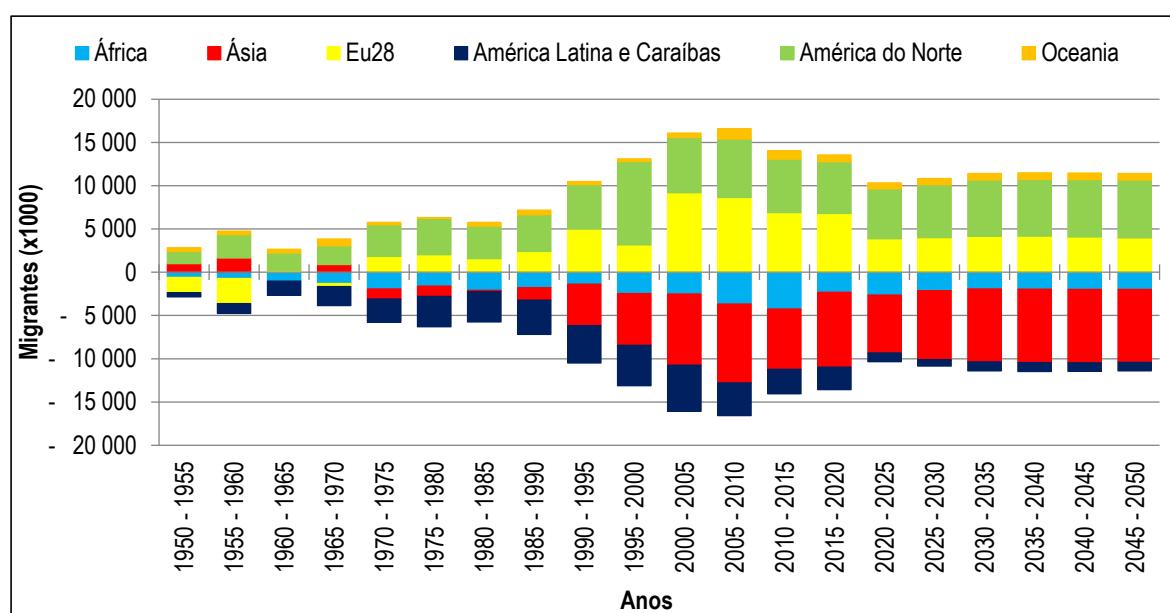


Gráfico 1—3: Saldo migratório, total de ambos os sexos (valores de migrantes em “milhares”). Estimativas/projeções disponibilizadas pelas [Nações Unidas \(2019\)](#).

É de realçar que, na globalidade dos dados, o maior saldo (quer negativo, quer positivo) foi obtido em 2005-2010, cenário este que serve de referência para valores mais baixos, quer antes, quer após o período de tempo mencionado (consultar Gráfico 1—3).

1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: MUNDIAL, EUROPEU E EM PORTUGAL

Portugal é um dos países da União Europeia (EU28) que apresenta uma acentuada variação na proporção de pessoas nos grupos etários dos jovens e dos idosos, entre 1960 a 2017 [consultar Gráfico 1—4:(a)]. Dos 28, é o vigésimo sexto país em termos da proporção de pessoas jovens (13.9%) e o terceiro em termos da proporção de idosos (21.3%, *ex aequo* com a Alemanha), ocupando, deste modo, lugares extremos relativamente aos dois tópicos mencionados, de acordo com estimativas referentes ao ano de 2017. Quanto às tendências, as estimativas referentes à proporção de pessoas nos grandes grupos etários revelam uma tendência decrescente da proporção dos jovens (variando -8.0%), um aumento da proporção de idosos (próximo dos 7.0%), e variações positivas e negativas relativamente à proporção dos ativos [consultar Gráfico 1—4:(a)] ([PORDATA, 2017a, 2017b](#)).

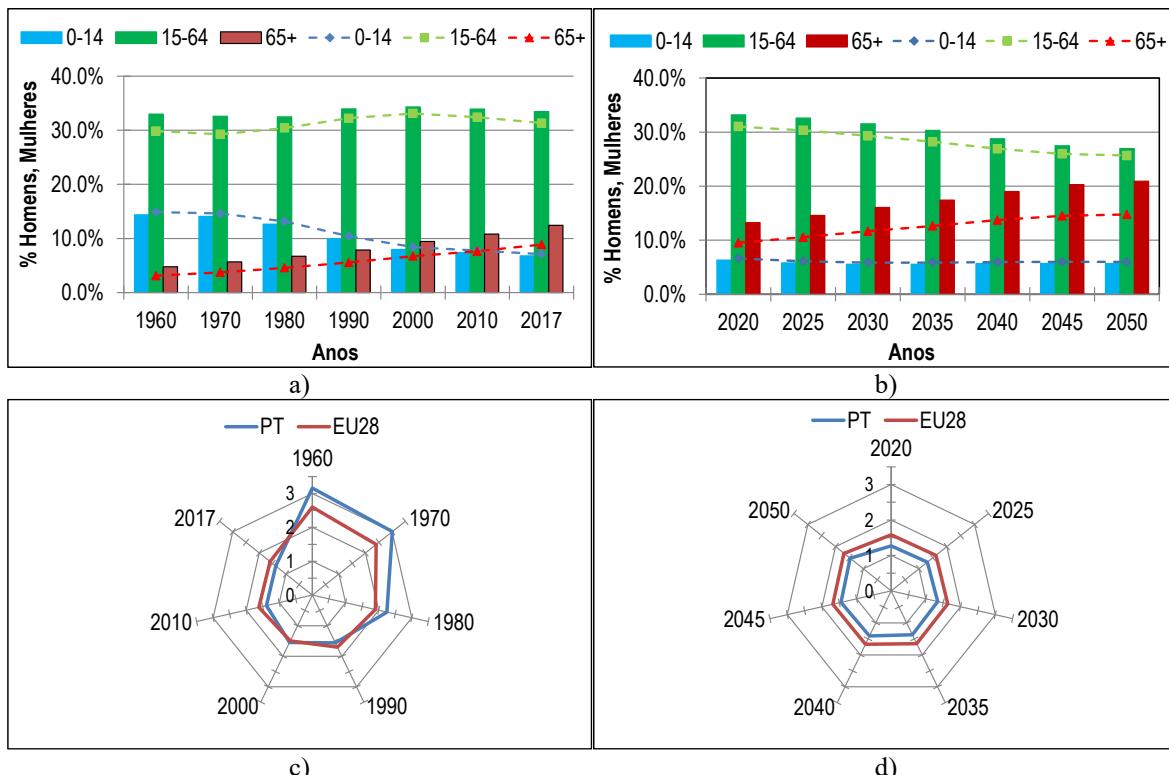


Gráfico 1—4: % de Homens (linhas) e Mulheres (barras) segundo total populacional em Portugal: a) Estimativas e; b) projeções. Valores de ISF: c) Estimativas e; d) Projeções. Todos os dados são provenientes de [PORDATA \(2017a, 2017b, 2017c\)](#), do [INE \(2017a, 2017b\)](#) e do [Banco Mundial \(2019a\)](#)

Já ao nível das projeções (cenário central), até 2050, perspetiva-se uma proporção quase constante de jovens (variando -0.8%), uma proporção descendente dos ativos (variando -6.0%), e uma proporção ascendente no caso dos idosos (variando 7.0%), mas ambas (ativos e idosos) a tenderem possivelmente para valores de constantes [consultar Gráfico 1—4:(b)], ([INE, 2017a](#)). No Gráfico 1—4:(c,d) são apresentadas estimativas

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

([PORDATA, 2017c](#)) e projeções ([INE, 2017b](#); [Banco Mundial, 2019a](#)) relativas ao ISF. A tendência observada deste índice revela que foi praticamente decrescente em Portugal, entre 1960 e 2017, mas as projeções até 2050 enunciam um valor quase constante, aproximadamente de 1.64³.

Em relação à EVN, Portugal regista um estimado crescimento entre 1960 e 2017, conforme visível no Gráfico 1—5:(a) ([PORDATA, 2017d](#)), e as respectivas projeções até 2050 mantêm o mesmo traçado, embora exibindo uma variação suave [consultar Gráfico 1—5:(b)] ([INE, 2017c](#)). Em média as mulheres viveram mais 6.5 anos que os homens, entre 1960-2017, mas espera-se que vivam em média cerca de 6.0 anos mais no período de 2020-2050.

Para além da EVN, e introduzindo agora o conceito “saúde”, interessa apresentar outro indicador importante que se associa ao anterior e que se designa por “Esperança de vida saudável à nascença” (EVSN), cujo significado consiste no número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver com “saúde total”, levando em consideração os anos vividos com menos do que a saúde total devido a incapacidade e/ou doença, cujos dados se analisam de seguida, em comparação com a EVN. A comparação das estimativas de EVN e EVSN⁴ provenientes da [OMS \(2018\)](#), revelam que em média a perda de anos de vida saudável para os homens varia entre 7.5 e 8.3, enquanto que nas mulheres tal perda é superior, pois varia entre 9.8 e 10.6 [consultar Gráfico 1—5:(c)].

Por outro lado, sendo objeto de estudo deste documento as pessoas com 65 ou mais anos de idade, interessa ainda mencionar mais dois importantes indicadores, nomeadamente: (i) o primeiro, que se designa por “Esperança de vida” (EV) a partir dos 65 anos (EV65⁴) e que se refere ao número médio de anos que um indivíduo, ao atingir os 65, pode esperar ainda viver se submetido, até ao final da sua vida, às taxas de mortalidade observadas no momento de referência ([PORDATA, 2017e](#)); (ii) o segundo, que se designa por “Esperança de Vida Saudável a partir dos 65” (EVS65⁴) e que se refere ao número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável, em que uma condição saudável é definida pela ausência de limitações funcionais/incapacidade, pelo que o

³ As projeções para o ISF continuam abaixo do valor de referência da taxa de reposição populacional, que é de 2.1.

⁴ Não estão disponíveis nas bases de dados nacionais e internacionais, dados diretamente relacionados com as projeções deste indicador para Portugal. Alguma discussão sobre este tema pode ser obtida a partir das seguintes referências: ([Kontis et al., 2017](#); [OMS, 2019b](#)).

1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: MUNDIAL, EUROPEU E EM PORTUGAL

indicador é também designado como esperança de vida sem incapacidade física ([PORDATA, 2016](#)). De acordo com os valores apresentados no Gráfico 1—5:(d), as projeções enunciam que os homens exibem uma perda de anos de vida com saúde entre 7.0 e 11.0, enquanto para as mulheres os valores são superiores, entre 10.3 e 16.3.

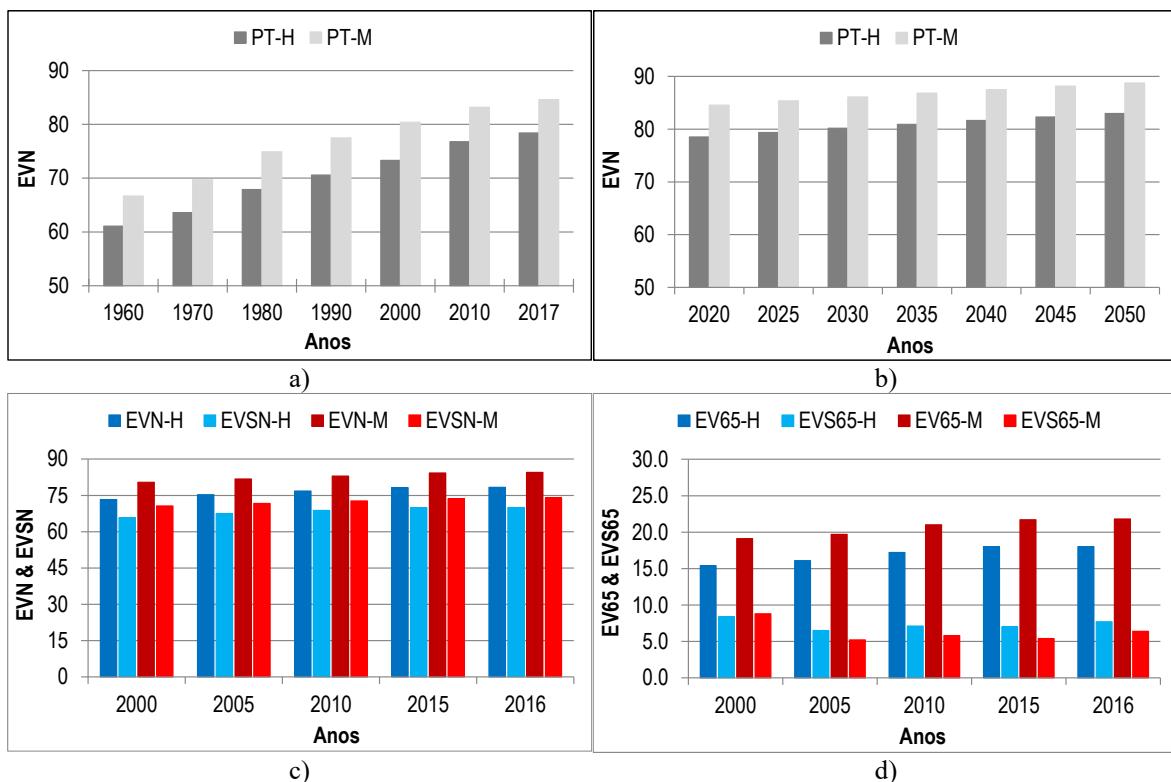


Gráfico 1—5: (a) estimativas de EVN; (b) projeções de EVN; (c) estimativas de EVN & EVSN (d); estimativas de EV65 & EVS65. Todos os valores foram obtidos a partir da [PORDATA \(2017d\)](#), do [INE \(2017c\)](#), da [Organização Mundial de Saúde \(2018\)](#) e da [PORDATA \(2016, 2017e\)](#).

Muito recentemente, a OCDE criou um novo indicador designado por “*Self-rated health and disability at age 65 and over*”. Os dados deste indicador foram obtidos a partir que uma questão feita aos entrevistados, designadamente: “Como está a sua saúde em geral? Muito boa, Boa, Razoável, Ruim ou Muito Ruim?”⁵ ([OECD, 2019](#)). Este indicador, embora subjetivo, pois pode ser afetado por fatores culturais, para além das diferentes categorias atribuídas às respostas nos vários países envolvidos na pesquisa, permitiu à OCDE obter a visão do próprio sobre o estado da sua saúde. De acordo com os dados obtidos para Portugal, cerca de 85.7% dos inquiridos auto-classificaram a sua saúde no grupo de respostas “Razoável, Ruim ou Muito Ruim” (33^a posição no ranking dos 35 países envolvidos no

⁵ Tradução para português do Original: “How is your health in general: very good, good, fair, poor and very poor?” ([OECD, 2019](#))

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

estudo, total, ambos os sexos)⁶, consultar Gráfico 1—6. No mesmo relatório, relata-se que 20.6% dos adultos com 65 anos ou mais dizem apresentar limitações severas nas suas atividades de vida diária, enquanto 42.4% apresentam limitações menos severas (Portugal assume o 22º lugar no ranking dos 26 países envolvidos).

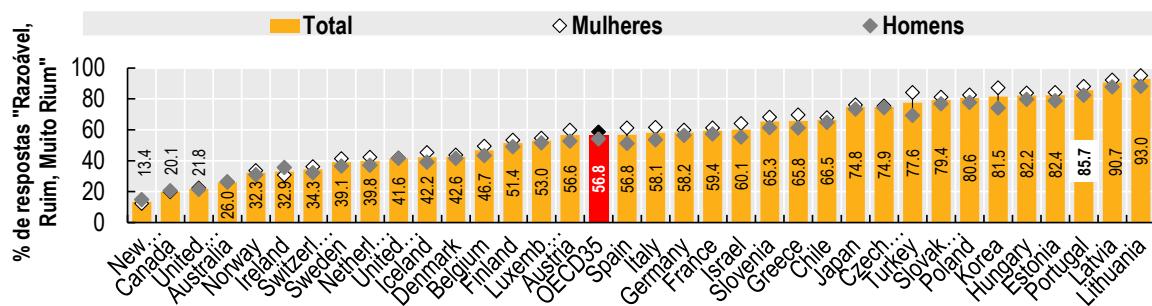


Gráfico 1—6: Adaptação/reprodução da Figura 11.6, Capítulo 11, página 223 do relatório da [OECD \(2019\)](#). % das respostas totais no grupo de categorias “Razoável, Ruim, Muito Ruim”.

No que diz respeito aos saldos migratórios associados ao território nacional, foram negativos entre 2011 e 2016, anos da acentuada crise económica no País⁷, recuperando para saldos positivos a partir de 2017 ([PORDATA, 2018a](#)). O Gráfico 1—7 permite comparar os saldos migratórios ocorridos em território nacional e europeu. Da análise dos valores, observa-se que a Europa não registou saldos migratórios negativos no período de 2001 a 2018, ao contrário de Portugal.

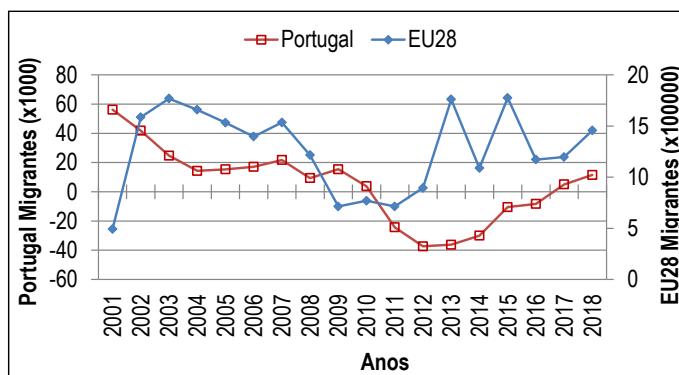


Gráfico 1—7: Saldos migratórios envolvendo de Portugal na Europa ([PORDATA, 2018a](#)).

⁶ Resultados por sexo: 82.3% para os Homens e 88.1% para as Mulheres ([OECD, 2019](#)).

⁷ Saída em maior número de jovens e ativos para outras regiões do Mundo.

1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: MUNDIAL, EUROPEU E EM PORTUGAL

Portugal apresenta-se em diversas posições no ranking dos países da EU28, referente a estimativas mais recentes, em termos do ISF, EVN, EVSN, EV65 e EVS65, cujos valores estão listados na Tabela 1—1.

Tabela 1—1: Valores nacionais de diversos indicadores, em comparação com dados da EU28.

INDICADORES	ANO DE REFERÊNCIA	RANKING	VALOR EM PORTUGAL	VALOR PARA EU28	INTERVALO EU28
ISF ⁸	2017	23º	1.38	1.59	[1.26 ; 1.90]
EVN ⁹	2017	17º (H) 5º (M)	78.4 (H) 84.6 (M)	78.3 (H) 83.5 (M)	[69.8 ; 80.8] (H) [78.4 ; 86.1] (M)
EVSN ¹⁰	2016	16º (H) 5º (M)	70.0 (H) 74.0 (M)	63.5 (H) 64.2 (M)	[61.9 ; 72.2] (H) [69.2 ; 75.4] (M)
EV65 ¹¹	2017	15º (H) 6º (M)	18.3 (H) 22.1 (M)	18.1 (H) 21.4 (M)	[14.1 ; 19.6] (H) [17.8 ; 23.6] (M)
EVS65 ¹²	2016	21º (H) 23º (M)	7.7 (H) 6.4 (M)	9.8 (H) 10.1 (M)	[4.4 ; 15.1] (H) [4.2 ; 16.6] (M)

H-Homens
M-Mulheres

Uma análise resumida dos valores apresentados na Tabela 1—1, permite inferir que: (i) para os homens a partir dos 65 anos de idade, estima-se que o número de anos de vida com incapacidades ou deficiências é de aproximadamente 10.6 anos (18.3–7.7); (iii) para as mulheres a partir da mesma idade, estima-se que o número de anos de vida com incapacidades ou deficiências é ainda maior, i.e. de 15.7 anos (22.1–6.4).

Em suma, as estimativas e projeções apresentadas nesta secção, são reveladoras de um acentuado aumento do envelhecimento demográfico, no Mundo, na Europa e em Portugal. É um fenómeno evidente e que irá agravar-se no futuro, pelo menos até 2050, de mais anos vividos com a presença de doenças crónicas múltiplas e complexas (multimorbilidade), que provocam incapacidades. Este agravamento do envelhecimento demográfico irá influenciar a sociedade sobre várias perspetivas, em particular no que diz respeito aos cuidados de saúde

⁸ Em 1960 Portugal apresentava o valor de 3.16 ([PORDATA, 2017c](#)).

⁹ Em 1960 Portugal apresentava o valor de 61.1 anos (homens) e 66.7 anos (mulheres) ([PORDATA, 2017d](#)).

¹⁰ Em 2000 Portugal apresentava o valor de 65.8 anos (homens) e 70.6 anos (mulheres) ([Organização Mundial de Saúde, 2018](#)).

¹¹ Em 1960 Portugal apresentava o valor de 12.3 anos (homens) e 14.5 anos (mulheres) ([PORDATA, 2017e](#)).

¹² Em 1995 Portugal apresentava o valor de 8.3 anos (homens) e 9.9 anos (mulheres) ([PORDATA, 2016](#)).

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

e à forma como eles devem estar organizados, de modo a fornecer cuidados centrados e específicos nas pessoas idosas e intimamente envolvidos com as famílias e comunidades, garantindo um acesso equitativo e com qualidade.

Portugal parece manter-se em níveis superiores (relativamente à EV65) e inferiores (referente ao ISF) à média dos países da EU28, o que enuncia um envelhecimento demográfico mais vincado do nosso país em relação à Europa, isto é, Portugal identifica-se como um dos países da União Europeia que está a envelhecer mais depressa.

1.2. Envelhecimento demográfico na RBA

Pela aplicação da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), estabelecida para a União Europeia, o território nacional está divido em regiões estatísticas. Um dos níveis desta divisão denomina-se por NUTS III, apresentando 23 regiões no Continente, em que uma delas consiste na região de estudo deste documento, nomeadamente a Região do Baixo Alentejo (RBA) (consultar a Figura 1—1). A RBA está incluída na região do Alentejo (região hierarquicamente superior à anterior e que corresponde à divisão do país em regiões NUTS II). Por último, a Região de Portugal Continental é uma das divisões nacionais em regiões NUTS I, hierarquicamente superior à divisão em regiões estatísticas NUTS II ([PORDATA, 2019](#)).



Figura 1—1: Representação da divisão em regiões estatísticas NUTS III¹³

¹³ Por Chocofrito - Obra do próprio, CC BY-SA 4.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=46531218>

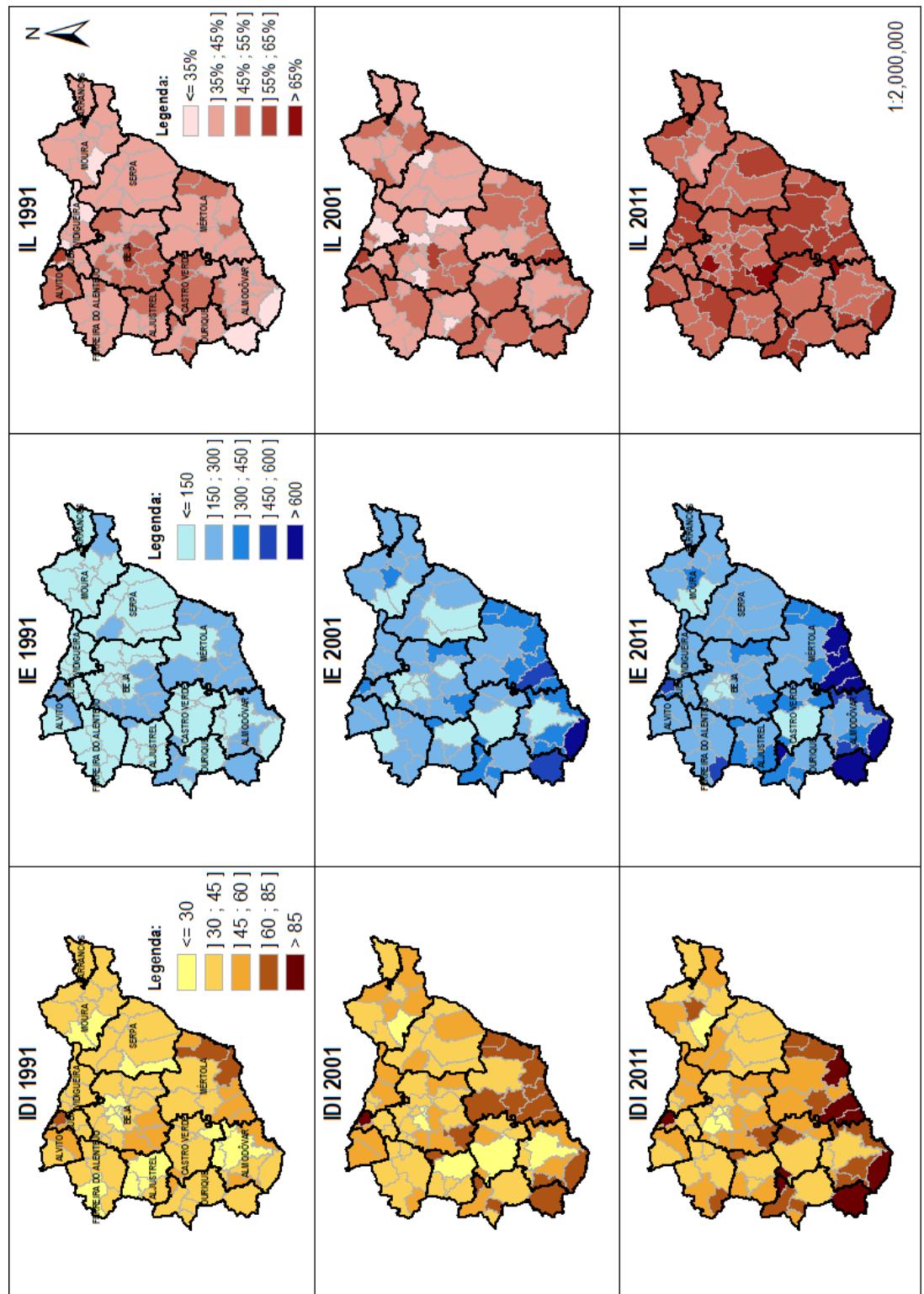
1.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO NA RBA

A RBA, constituída por 13 Concelhos, corresponde também a uma das subdivisões administrativas do SNS (subdivisão da Administração Regional de Saúde do Alentejo), designada por Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – ULSBA ([ULSBA, 2019a](#)).

Para melhor caracterizar o envelhecimento demográfico desta região, descreve-se inicialmente a evolução deste fenómeno com base nos seguintes índices demográficos, por se considerarem melhor relacionados na caracterização do envelhecimento coletivo, todos aprovados pelo Conselho Superior de Estatística do INE, nomeadamente: (i) índice de envelhecimento (IE); (ii) índice de dependência de idosos (IDI) e; (iii) índice de longevidade (IL). Por outro lado, recorre-se a dados censitários de 1991, 2001 e 2011, pois permitem a melhor desagregação espacial possível (Freguesia). Os resultados estão apresentados em forma de cartogramas, para uma visualização mais ampla e integrada dos mesmos (consultar Figura 1—2). Os resultados obtidos enunciam uma desigualdade na forma como os idosos se distribuem na região, pois observa-se uma distribuição irregular dos valores de IDI e IE, com a concentração de valores elevados e de valores baixos a sul e a norte da RBA, respetivamente. Relativamente ao IL, não se verifica assimetria na sua distribuição espacial, depreendendo-se que a longevidade está generalizada ao longo de toda a zona estudo, o que leva a refletir sobre necessidade de a realocação de recursos de saúde a disponibilizar a esta faixa populacional, centrada na multimorbilidade e dependência, sendo necessário desenvolver sinergias entre a procura e a oferta de cuidados de saúde. O aumento dos três índices estudados (estatisticamente significativo ao longo dos três censos da população) enuncia um envelhecimento acentuado em toda a RBA, fortemente marcado por uma diminuição da população jovem (incluindo também uma diminuição da população ativa), com o aumento da população idosa. O envelhecimento torna-se mais evidente para as Freguesias que se situam a sul da zona de estudo ([M Goes, Oliveira, e Lopes, 2016](#)).

Dados mais atuais (estimativas para 2018) referentes às NUTS III, indicam que a RBA apresenta os seguintes valores para os índices: (i) IDI=40.1, 10^a posição no ranking das NUTS III (variação entre 23.7 e 50.2); IE=190.2, 13^a posição no ranking das NUTS III (variação entre 122.6 e 314.6) e; (iii) IL=53.7%, 8^a posição no ranking das NUTS III (variação entre 44.0% e 58.2%). Todos os valores são sempre mais elevados, quando comparados com os de 2011, respetivamente 39.0; 180.2 e 53.5 ([PORDATA, 2018b](#)).

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO



1.3. O CONTEXTO DA RURALIDADE DA RBA

As projeções (cenário central) referentes aos três índices demográficos mencionados anteriormente, apenas estão disponíveis ao nível das NUTS II. Tais projeções, para a região denominada “Alentejo”, os valores dos três índices vão continuar a aumentar, entre 2018 a 2050: (i) IDI de 40.9 até 71.1; (ii) IE de 205.2 até 328.1 e; (iii) IL de 53.0% até 59.5% ([INE, 2019c](#)). Embora nestes 3 índices não esteja inserido o grupo populacional dos ativos¹⁴, observa-se, no entanto, que a sua proporção na população total vai também diminuir, de 62.2% em 2018 para 51.8% em 2050.

Ao nível do ISF, estimativas somente disponíveis para a região NUTS III “Baixo Alentejo”, entre 2011 a 2018, mostram um ligeiro aumento quase residual: de 1.40 a 1.52¹⁵, e de acordo com as projeções para 2050, unicamente para a região NUTS II “Alentejo”, prevê-se igualmente um aumento residual: 1.56 (cenário central) ([INE, 2017b](#)). No que se refere a saldos migratórios, estimativas de 2011 a 2018 enunciam que o Baixo Alentejo registou uma ligeira diminuição da sua população total: de -96 em 2011 para -236 em 2018.

Em suma, prevê-se que o envelhecimento coletivo na região NUTS II “Alentejo” vai continuar a agravar-se durante os próximos 30 anos, e em consequência da sua abrangência geográfica o mesmo poderá acontecer na Região NUTS III Baixo Alentejo, pela diminuição dos jovens (de 12.1% em 2018 para 10.9% em 2050) e dos ativos (de 62.2% em 2018 para 51.8% em 2050) e aumento dos idosos (de 25.7% em 2018 para 37.3% em 2050), bem como dos muito idosos¹⁶ (de 13.6% em 2018 para 22.2% em 2050) ([INE, 2019c](#)). Os concelhos com maior grau de envelhecimento são Mértola e Ourique, enquanto os menos envelhecidos são Beja e Moura [consultar Figura 1—2 ([ULSBA, 2019b](#))].

1.3. O contexto da ruralidade da RBA

A região do Baixo Alentejo (RBA) é reconhecida como a que apresenta a maior área geográfica (8,544.6 km²), correspondente a 9.59% do território continental e simultaneamente a que detém a menor densidade populacional (14.7 hab/km²), de todas as NUTS III ([Governo Português, 2017](#)).

¹⁴ Uma forma de ter em conta a população ativa, consiste em estudar o comportamento do valor do índice de sustentabilidade potencial.

¹⁵ Estes valores continuam abaixo do valor de referência da taxa de reposição populacional, que é de 2.1.

¹⁶ Pessoas com 75 ou mais anos de idade.

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Os cidadãos residentes percorrem, em geral, distâncias entre aldeias / vilas que vão dos 15 aos 120 km. Por exemplo, usando o aplicativo Google Earth Pro para obter as melhores direções entre Barrancos e o serviço de urgência do único Hospital localizado na RBA – em Beja (Hospital José Joaquim Fernandes), obtém cerca de 1,5 horas de tempo de um percurso superior a 100 km, o que representa um caso usual quando um cidadão residente em Barrancos apresenta uma agudização do seu estado de saúde e necessita de receber assistência de saúde na referida unidade ([M. Goes, Oliveira, e Amado, 2012](#)).

Por outro lado, a rede rodoviária de transporte público na região é bastante escassa, provocando iniquidades no acesso aos cuidados de saúde, devido às distâncias a percorrer na região de estudo, situação que mais afeta os idosos, em virtude da existência da maior probabilidade de os mesmos terem desenvolvido algum tipo de dependência ou incapacidade, que os limite a deslocarem-se pelos seus próprios meios ou utilizando transportes públicos. Tal fator é de tal modo importante, que se constituiu numa das ações registadas no relatório denominado “Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025” ([Serviço Nacional de Saúde, 2017](#)), nomeadamente, promover a avaliação sistemática dos impactos na qualidade de vida das pessoas idosas, tendo em conta uma perspetiva de género, de políticas e medidas em diversos sectores, um deles o dos transportes, entre outros.

Em 2014, o INE difundiu a tipologia de áreas urbanas, para fins estatísticos, bem como a sua aplicação a todas as freguesias do País, que se designa por TIPAU 2014¹⁷ ([INE, 2019d](#)). Esta classificação consiste, à semelhança da versão de 2009, numa classificação tripartida das freguesias do território nacional em Áreas predominantemente urbanas (APU), Áreas medianamente urbanas (AMU) e Áreas predominantemente rurais (APR). Uma classificação das áreas geográficas da RBA de acordo com a terminologia descrita está disponível na Figura 1—3. Observa-se, que a região apresenta maioritariamente áreas do tipo APR. A proporção do tipo de áreas é, nomeadamente: 19.3% APU, 21.3% AMU e 59.4% APR. Assim, a RBA é classificada como maioritariamente APR. De acordo com o [INE \(2015\)](#), cerca de 72% da população portuguesa vive em zonas urbanas, e esta divisão vem tornar os índices demográficos mais sensíveis, isto é, são calculados de acordo com a classificação TIPAU 2014. Por exemplo, estimativas para 2018 referentes ao IE para a RBA indicam que

¹⁷ Para mais esclarecimentos sobre a classificação TIPAU 2014, consultar o Diário da República, 2^a série, n.º 144, de 29 de Julho de 2014.

1.3. O CONTEXTO DA RURALIDADE DA RBA

o seu valor é de 190.2, conforme mencionado na secção 1.2. No entanto, o mesmo índice com referência às áreas TIPAU apresenta os seguintes valores: 146.8, 187.0 e 285.7 idosos por cada 100 jovens, respetivamente para as áreas APU, AMU, APR ([INE, 2019e](#)), o que revela que o envelhecimento está, de facto, mais enraizado nas zonas rurais do que nas zonas urbanas. Somente ao nível das NUTS II, a região “Alentejo”, referente a dados de 2011, é a que apresenta maior população residente em áreas APU, cerca de 30% ([INE, 2015](#)).

Assim estudar tal fenómeno em zonas maioritariamente rurais, pensando em idosos com incapacidades e dependências, e como eles accedem aos serviços de saúde, tendo em conta redes de transporte público mais escassas e pouco eficientes neste tipo de zonas, torna o presente estudo relevante, do ponto de vista científico, para além de outros aspetos/contextos a incluir.

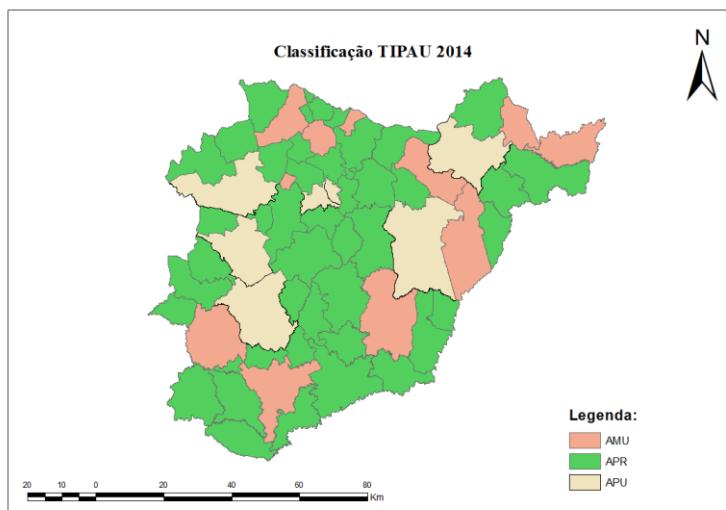


Figura 1—3: Tipologia de áreas urbanas para fins estatísticos TIPAU 2014 ([INE, 2019d](#)).

Em suma, a RBA foi, deste modo, escolhida para este documento pelos motivos descritos nas secções 1.2 e 1.3, e pois está e continuará (pelo menos até 2050) a enfrentar uma situação delicada, preocupante e heterogénea em termos sociodemográficos. Epidemiologicamente, as estimativas atuais bem como as projeções do envelhecimento da população enunciam um cenário agravado, que condiciona seriamente a comunitariamente necessária renovação/reposição de gerações. A população da RBA apresenta uma grande dispersão geográfica, o que levanta grandes dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, em especial no segmento populacional mais envelhecido e em áreas com baixa densidade populacional ([ULSBA, 2019b](#)).

2. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL HUMANO

Conforme citado por Cheryl Pollock de 27 anos, no Capítulo 8 em [Ebersole e Hess \(1998\)](#):

“Aging has taken on a new meaning for me. I always viewed aging as a new time in life, a time to enjoy and do everything you always wanted to. All of a sudden people would drop dead, not knowing what hit them—no illness, no suffering. The problem is that all the elderly people I have known were financially well off and healthy. But, after taking the course in aging I don't look forward to it anymore. There are inevitable changes that will take place. Disease processes can start that can make you dependent on care and drain you emotionally, physically, and financially. This doesn't include what it does to your family. Aging is an inevitable process that can be good under the right circumstances. However, all it takes is one thing to destroy the remaining years of your life.” (p. 255).

2.1. Envelhecimento individual humano: quantos anos tem a idade?

O envelhecimento é um fenômeno que deve ser estudado do ponto de vista populacional e individual pois, segundo [Rosa \(2012\)](#), o envelhecimento diz respeito a dois conceitos distintos: (i) o envelhecimento coletivo (descrito na seção 1) e ; (ii) o envelhecimento individual que, embora se relacionem, têm significados diferentes.

O envelhecimento humano individual é um processo contínuo e pode apresentar-se de duas formas distintas: (i) o envelhecimento cronológico, que se reporta exclusivamente à idade, definido como um processo de desenvolvimento progressivo, de aceleração variável e; (ii) envelhecimento biopsicossocial, que se diferencia do primeiro, em que não existem valores fixos em termos de idade para o aparecimento das marcas do envelhecimento, mas exibe uma variabilidade inter e intra-individual, pois é vivenciado de forma diferente por cada indivíduo, num determinado contexto, seja ele relacionado com os hábitos e estilos de vida de cada um, condicionantes genéticas, entre outros tópicos ([Rosa, 2012](#)). Envelhecer pressupõe, assim, alterações de ordem biológica (por exemplo: de nível fisiológico, sensorial), social (por exemplo: nos diversos papéis sociais assumidos), psicológica (nas dimensões cognitiva, afetiva/emocional e de capacidade funcional), que se processam ao longo do ciclo vital, o que revela a complexidade do desenvolvimento humano e o modo dissemelhante de cada um envelhecer ([Vilar, 2015](#)).

O envelhecimento humano corresponde a um processo lento, gradual e inevitável, que conduz a diversas modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que

2.1. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL HUMANO: QUANTOS ANOS TEM A IDADE?

podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade e incidência dos processos patológicos no organismo. É também um processo suscetível de ser influenciado por fatores intrínsecos (como por exemplo: a constituição genética individual responsável pela longevidade máxima) e por fatores extrínsecos (como por exemplo: o ambiente no qual o indivíduo se insere – dieta, sedentarismo, poluição, entre outros), proporcionando, deste modo, uma grande heterogeneidade no envelhecimento ([Fries e Pereira, 2013](#)). É portanto uma experiência multifacetada, que resulta da interdependência de múltiplos processos de desenvolvimento, e é influenciado por diversos fatores que interagem de modo ininterrupto. Envelhecer com qualidade de vida e boa capacidade funcional é um dos grandes desafios, quer para a ciência, quer para a sociedade, face ao aumento da longevidade ([Fernández-Ballesteros, 2009](#))

Algumas das incapacidades que vão surgindo com o envelhecimento, nem sempre estão diretamente relacionadas com doenças, pois há que distinguir senilidade de senescência como dois processos distintos, em que o primeiro remete para envelhecimento patológico e o segundo para o próprio processo normal de envelhecimento ([Baltes e Mayer, 1999](#)). Então, dizer que qualquer desses processos está inevitavelmente associado à probabilidade acrescida da presença de diversas doenças crónicas, não é totalmente verdade. Estas incapacidades decorrem, muitas vezes, de situações que aparecem ao longo da vida e que, não raro, são modificáveis por nós.

Todavia, com recurso a uma noção mais pragmática, podemos afirmar que a saúde é uma empresa global e inúmeras são as condicionantes influenciadoras deste processo, nomeadamente: o clima, a poluição, o isolamento das pessoas, as condições em que habitam, etc., que devem ser tomadas em linha de conta, quando se pretende uma visão longitudinal e fluida de um bom envelhecimento. Estudar o envelhecimento é hoje uma emergência e exigência de uma atuação profissional, que requer uma abordagem transdisciplinar e multiprofissional, para que seja possível intervir na promoção e na gestão conjunta de processos de saúde, com o idoso e sua família. Para que tal aconteça, é preciso que haja uma conjunção de vontades e de empreendimentos também eles transversais a vários ministérios, mesmo quando nos reportamos a políticas de saúde. A ausência dessa perspetiva pode tornar qualquer intervenção terapêutica, numa prática fragmentada e mesmo limitada.

2. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL HUMANO

2.2. Principais teorias do envelhecimento

Nesta secção, analisa-se um conjunto de teorias do envelhecimento humano, no sentido de aprofundar um conjunto de conceitos que lhes estão subjacentes, os quais se consideram centrais para o desenvolvimento da presente investigação. Uma teoria científica equivale a um conjunto de conceitos, que procuram explicar e prever determinados tipos de comportamento que podem ocorrer em certas condições ([Papalia e Feldman, 2013](#)). Ao falar-se de uma variabilidade comportamental no modo como envelhecemos, estamos indiscutivelmente a correlacionar diferentes tipos de processos de desenvolvimento. Assim, as teorias, por norma, englobam extensas perspetivas que evidenciam e influenciam, não só as questões efetuadas pelos investigadores, mas também os métodos que eles utilizam, bem como o modo de interpretar os dados. Para se avaliar e compreender uma pesquisa científica, torna-se importante reconhecer a perspetiva teórica em que ela se baseia.

Existem cinco grandes perspetivas que sustentam uma boa porção das teorias que influenciam a pesquisa sobre desenvolvimento humano: (i) perspetiva psicanalítica: defende que o desenvolvimento humano é moldado por forças inconscientes, que motivam o comportamento. Ou seja, esta perspetiva centra-se nas emoções e nos impulsos inconscientes; (ii) perspetiva da aprendizagem: as mudanças no comportamento resultam da experiência ou da adaptação ao ambiente, isto é, estuda o comportamento observável; (iii) perspetiva cognitiva: defende e estuda os processos do pensamento, que são essenciais para o desenvolvimento. Estuda as pessoas como seres ativos que crescem com seus próprios impulsos e padrões de desenvolvimento interno; (iv) perspetiva contextual: vê o indivíduo como um ser inseparável do contexto social, dando ênfase ao impacto do contexto histórico, social e cultural, não sendo visto como uma entidade isolada, mas sim como um ser operante que modifica o ambiente, enquanto esse, em constante transformação, exerce a sua influência na pessoa; (v) perspetiva etológica: recorre a uma abordagem evolutiva, articula biologia e culturas, genes, epigénese e aprendizagem. Estuda o comportamento humano, e as suas disfunções, na tentativa de compreender os percursos individuais a partir de biologias específicas, em contextos ecológicos, etnológicos, familiares e individuais ([Papalia e Feldman, 2013](#)).

Contudo, o grande problema da ciência do desenvolvimento é que esta nunca é completamente objetiva, pois as teorias e pesquisas efetuadas são produtos de indivíduos humanos, cujas interpretações são inevitavelmente influenciadas pelos seus próprios valores

2.2. PRINCIPAIS TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

e experiências ([Papalia e Feldman, 2013](#)). Pese embora o facto de todas as teorias terem tentado identificar uma causa única ou processo para explicar o envelhecimento (por exemplo como único gene ou o declínio de um sistema-chave do corpo), há que ter em consideração que o envelhecimento deve ser escrupulosamente compreendido como um processo multifatorial complexo, onde vários fatores podem interagir simultaneamente e operar a vários níveis de organização funcional ([Franceschi et al., 2000](#)).

Da mesma forma, diferentes teorias do envelhecimento não são mutuamente exclusivas e podem descrever adequadamente algumas ou todas as características do processo normal de envelhecimento, isoladamente ou em combinação com outras teorias. A definição de envelhecimento em si está aberta a várias interpretações. Em resposta à pergunta “Por que envelhecemos?”, o envelhecimento é apresentado como uma questão ontogenética ([Weinert e Timiras, 2003](#)).

As teorias formuladas para explicar os processos de envelhecimento foram agrupadas em várias categorias, e foram selecionadas apenas as mais amplamente utilizadas. As teorias biológicas do envelhecimento afirmam que o envelhecimento biológico é distinto não só entre espécies, como também de pessoa para pessoa, ou seja, não existem dois indivíduos que envelheçam da mesma maneira. Sendo ainda importante ter em conta, que os graus de mudanças fisiológicas, de capacidades e de limitações em determinada faixa etária variam, assim como a taxa de envelhecimento entre diferentes sistemas do corpo de um indivíduo. Isto é, um organismo pode evidenciar um declínio significativo, enquanto num outro organismo, com a mesma idade, não se verificam as mesmas mudanças ([Fries e Pereira, 2013](#)).

As teorias biológicas compreendem as seguintes teorias. A teoria genética defende que o envelhecimento resulta de alterações bioquímicas que são programadas pelo próprio genoma, ou seja, cada ser vivo apresentaria uma duração de vida estipulada pelo seu padrão genético. A teoria imunológica considera que a redução da eficácia do sistema imunológico (mantido pela interação entre linfócitos e macrófagos), ao longo dos anos, torna os indivíduos mais suscetíveis às agressões, levando ao envelhecimento. Segundo a teoria da acumulação de danos, também denominada de “Erro Catástrofe”, o envelhecimento resulta da acumulação de moléculas defeituosas, provenientes de falhas na reparação e na síntese de moléculas intracelulares. Por sua vez, estas falhas de reparação e síntese provêm de erros na transcrição do RNA e da sua tradução em proteínas. Como os erros são acumulativos e

2. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL HUMANO

transmissíveis, atingem uma elevada ocorrência, provocando o erro catástrofe, onde a célula sofre uma ineficiência letal, ocasionando a sua morte e, consequentemente, redução da capacidade funcional, facto que caracteriza o envelhecimento. Já a teoria das mutações pressupõe que as sucessivas alterações que ocorrem nas células somáticas (46 cromossomas), produzem células mutantes incapazes de cumprir as suas funções biológicas, originando um declínio progressivo dos órgãos e tecidos, resultando no envelhecimento do organismo. Estas mutações podem estar associadas às transformações do mecanismo de reparação da molécula de DNA, que seriam transmitidas às células filhas. A teoria do uso e desgaste diz que o envelhecimento resulta de um conjunto de agressões ambientais no quotidiano, as quais ocasionam o decréscimo da capacidade do organismo recuperar por completo. Isto é, os ferimentos, infecções, inflamações e outras formas de agressões, originam diversas alterações nas células, tecidos e órgãos, desencadeando o envelhecimento ([Pereira, 2017](#)).

A teoria da ligação cruzada propõe que a divisão celular é comprometida pela radiação ou por uma reação química, na qual um agente da ligação cruzada agrupa-se a uma cadeia do DNA e evita a repartição normal das cadeias durante a mitose. A acumulação desses agentes origina agregados densos, que inibem o transporte intracelular, sucedendo-se a falência dos órgãos e sistemas do corpo ([Eliopoulos, 2018](#)).

As teorias evolucionistas (teoria do acúmulo de mutações; teoria da pleiotropia antagónica; teoria da soma descartável), sustentam que as diferenças no processo de envelhecimento e longevidade das espécies resultam de uma interposição de processos de mutação e seleção natural, que por sua vez, favorecem a evolução. A teoria do *stress* alega que este tem efeitos na saúde física e psicológica, podendo provocar múltiplos efeitos que conduzem a certas condições, como por exemplo a ataques cardíacos, úlceras gástricas, tiroidite e a dermatoses inflamatórias. Contudo, cada pessoa reage de forma única, pelo que o efeito surtido varia. A Biogerontologia corresponde a um estudo que relaciona o envelhecimento aos processos de doença. Esta teoria defende que as bactérias, fungos, vírus e outros organismos, podem ser a causa por detrás de algumas mudanças fisiológicas no processo de envelhecimento. As teorias neuroendócrina e neuroquímica sugerem que o envelhecimento advém de mudanças no cérebro e nas glândulas endócrinas. Alguns teóricos alegam que determinadas hormonas da hipófise anterior são as responsáveis por este processo, enquanto outros acreditam tratar-se apenas de um desequilíbrio químico no

2.2. PRINCIPAIS TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

cérebro, que prejudica a divisão celular saudável. A teoria da radiação diz que a radiação, sobretudo a ultravioleta, pode induzir mutações celulares que promovem o envelhecimento. Estas afirmações baseiam-se em alguns factos, tais como: a exposição repetida à radiação ultravioleta que causa elastose solar, o enrugamento da pele e, é um dos fatores do desenvolvimento do cancro de pele. As teorias nutricionais defendem que a alimentação tem um grande impacto na saúde e no envelhecimento. Sabe-se que a obesidade aumenta o risco de muitas doenças, além de reduzir a qualidade de vida. Uma boa dieta pode então minimizar ou eliminar alguns efeitos nocivos do processo de envelhecimento e de doença. As teorias ambientais sustentam que os fatores ambientais encontram-se associados ao processo de envelhecimento. Por exemplo, a ingestão de substâncias tóxicas causa mudanças patológicas nos seres vivos e fumar provoca diversos efeitos adversos. Ou seja, as condições e estilos de vida, que cada indivíduo tem, vai influenciar a forma como envelheceremos ([Eliopoulos, 2018](#)).

Por último, a teoria dos radicais livres e da lipoficina defende que o envelhecimento normal resulta dos danos intracelulares aleatórios provocados pelos radicais livres (moléculas instáveis e reativas), que atacam as diferentes biomoléculas do organismo, com o intuito de as estabilizarem. Estes radicais formam-se na presença de oxigénio (maioritariamente no interior da mitocôndria, podendo também advir do citoplasma e da membrana celular), em diferentes situações metabólicas. A produção de radicais origina várias alterações a nível metabólico e hormonal, causando modificações orgânicas que justificam o envelhecimento ([Fries e Pereira, 2013](#)). Para além dos radicais livres, temos a lipoficina que deriva da oxidação das lipoproteínas e que interfere não só na difusão como no transporte de metabólitos essenciais e de moléculas portadoras de informações nas células. Esta teoria defende que a lipoficina está relacionada com o envelhecimento, pois quanto maior é a idade do indivíduo maior é a sua quantidade no organismo ([Eliopoulos, 2018](#)).

Já as teorias psicológicas do envelhecimento centram-se nos processos mentais, no comportamento e nos sentimentos das pessoas durante o seu ciclo de vida, bem como nos mecanismos que utilizam para enfrentar os desafios com que se deparam na velhice. Por outro lado, as teorias sociológicas focam-se no impacto da sociedade nos idosos e vice-versa ([Eliopoulos, 2018](#)). As teorias psicológicas e sociológicas (psicossociais) compreendem as seguintes teorias, conforme abaixo descrito.

2. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL HUMANO

A teoria do desengajamento interpreta o envelhecimento como um processo em que o indivíduo e a sociedade se retraem ou se desvinculam um do outro, lentamente, para obter satisfação e benefício mútuos. Os indivíduos consideram que estão a ser beneficiados quando conseguem refletir e centrar-se em si mesmos, deixando os seus papéis sociais para trás. O valor da desvinculação para a sociedade consiste no facto de que uma forma de ordenamento está definida para a transferência de poder dos mais velhos para os mais jovens, possibilitando à sociedade a manutenção do seu funcionamento após a morte de cada um dos seus membros. A teoria da atividade, ao contrário da teoria do desengajamento, afirma que um idoso deve preservar o estilo de vida da meia-idade, negando a existência da velhice. Afirma ainda que, a sociedade deve aplicar as mesmas normas à vida dos idosos que aplica aos indivíduos de meia-idade, sem que haja uma redução de atividade, interesse e envolvimento, à medida que os seus membros envelhecem. A teoria da continuidade associa a personalidade e predisposição para determinadas ações na velhice a fatores comuns nas outras etapas do ciclo de vida. Esta teoria defende que a personalidade e padrões básicos de comportamento permanecem inalterados quando o indivíduo envelhece, sendo que estes padrões desenvolvidos vão determinar se os indivíduos permanecem envolvidos e ativos, ou se desvincularão e ficarão inativos. Relativamente às Etapas do envelhecimento, sabe-se que alguns teóricos descrevem o processo de envelhecimento psicológico saudável como uma consequência da realização bem-sucedida das etapas do desenvolvimento. Estas etapas correspondem a desafios desenvolvimentais que carecem de ser defrontados, com adaptações constantes, de forma a dar resposta às experiências que fazem parte do crescimento contínuo do adulto. O maior desafio da velhice passa por encontrar um sentido na vida, o que confere ao ego a integridade que auxilia na adaptação da realidade do envelhecimento e da mortalidade. Por último, a teoria da transcendência gerontológica sugere que o envelhecimento simboliza uma transição de uma metaperspetiva racional e materialista, para uma visão cósmica e transcendente, isto é, com o passar do tempo as pessoas vão começar a preocupar-se menos com posses materiais, relações sem sentido e auto-interesses, visando, em vez disso, uma vida com mais significado e uma maior conexão com os outros ([Eliopoulos, 2018](#)).

Embora existam inúmeras teorias, ainda não foi possível inferir uma conclusão definitiva acerca da origem e desenvolvimento do envelhecimento ([Fries e Pereira, 2013](#)). Contudo, estas oferecem variados graus de universalidade, validade e confiabilidade, pelo

2.3. APLICAÇÕES DAS TEORIAS DO ENVELHECIMENTO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM

que os enfermeiros podem utilizar este tipo de informação para melhor compreender os fatores que, de forma positiva e negativa, influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos nesta fase do ciclo de vida ([Eliopoulos, 2018](#)). Isto é, o conhecimento que se obtém da comparação entre teorias, permite avaliar e validar novos dados, em termos de qualidade, e consequentemente, organizar novos estudos que contribuam para aumentar o escopo do conhecimento deste fenómeno tão complexo, que é o envelhecimento.

Considerando o conjunto das teorias referidas, [Fonseca \(2014\)](#) define o conceito de envelhecimento como um processo de alterações progressivas ocorridas ao nível biológico (mutação dos fatores genéticos com o aumento da idade, perda de hemostase, diminuição da massa muscular e força), psicológico (alteração na aprendizagem social, perda de funcionalidade cognitiva e de qualidade de vida) e sociológico (alteração do papel na sociedade e no seio familiar), com repercussões ao nível da funcionalidade e da alteração dos processos de vida e tomadas de decisão autónomas dos idosos.

2.3. Aplicações das teorias do envelhecimento à prática de Enfermagem

Como explanado no decorrer deste capítulo, os processos biológicos, psicológicos e socioambientais do envelhecimento encontram-se correlacionados e, portanto, são interdependentes. De notar, a título de exemplo que, com regularidade, a privação de um papel social influencia o sentimento de finalidade de um indivíduo, o que vai acelerar o seu declínio físico. Por sua vez, a saúde, quando insatisfatória, pode compelir a um isolamento social e contribuir para a eclosão de um autoconceito enfraquecido. Contudo, apesar de algumas modificações advirem de forma independente, como eventos separados, a maioria tem uma relação íntima com outros fatores relacionados à idade. Deste modo, é impossível tomar partido de uma única teoria do envelhecimento ([Eliopoulos, 2018](#)).

Numa análise mais direcionada acerca da aplicação destas teorias para a prática clínica de enfermagem, observa-se que a perspetiva teórica formulada individualmente pelos próprios enfermeiros pode influenciar o processo de cuidados. Assim, [Costa \(2013\)](#) entende que existe a necessidade de traduzir as teorias de envelhecimento em orientações para a prática clínica dos enfermeiros e a sua adaptação através de cuidados personalizados e centrados no utilizador de cuidados: o idoso. [Wadensten e Carlsson \(2003\)](#) estudaram 17 teorias e modelos teóricos que tratavam de alguns aspectos do desenvolvimento humano na velhice, abordando tópicos muito gerais, de como cuidar de pessoas idosas e sem quaisquer

2. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL HUMANO

orientações para a prática clínica de enfermagem. Em relação às teorias de enfermagem, os autores referem que estas não facultam orientações específicas de como apoiar o processo de envelhecimento, nem demarcam os ganhos com as intervenções dos enfermeiros. Na sua maioria, tais teorias conceituam objetivamente o envelhecimento bem-sucedido, mas não tomam em consideração a percepção do idoso sobre o seu envelhecimento, quer na sua dimensão física exposta à passagem de tempo, quer na sua dimensão mental e espiritual também elas suscetíveis a inevitáveis mudanças. Além disso, não recorrem a uma explicação ou descrição completa dos aspetos mentais, físicos e espirituais do envelhecimento. Se o termo for bem-sucedido, o envelhecimento está associado ao grau em que alguém alcança um resultado favorável no processo de envelhecimento e, assim sendo, é a opinião do próprio a que importa ([Flood, 2005](#)).

Estudar o envelhecimento nesta perspetiva integradora é muito relevante para a enfermagem, pois está associado às respostas humanas e aos processos de vida com saúde. É também, uma dimensão central do exercício profissional dos enfermeiros, dos quais se espera a prática de uma “enfermagem avançada” ([Petronilho, 2013](#)). O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de, entre outros: “*Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida*” ([Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 79](#)).

No estudo realizado por [Sousa e Ribeiro \(2013\)](#), os autores propõem recomendações de uma readequação da prática de enfermagem, para garantir cuidados de saúde de qualidade aos idosos, dada a sua complexidade e especificidade. Foram relatados neste estudo, experiências e impactos dos enfermeiros que se sentiam “indignados e impotentes perante situações em que pessoas idosas são vítimas de abusos, vivem na solidão e experienciam a aproximação da morte”. Nas atuais circunstâncias, o modelo de prestação de cuidados é inadequado, pelo que a Enfermagem poderá dar um contributo importante e ser uma força motriz por detrás da pressão social e política no desenvolvimento, teste e implementação de estratégias para promover a qualidade de vida no envelhecimento populacional do país. Por outro lado, existem desafios consideráveis para implementar práticas baseadas em evidências, como resultado da escassez de pesquisas específicas em saúde, promoção e envelhecimento, principalmente quando aplicados a grupos de pessoas sub-representados ([Ebersole e Hess, 1998](#)). [Petronilho \(2013\)](#) diz ser necessário:

2.4. DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PORTUGAL E RBA

“...aumentar o reportório de conhecimentos e habilidades sobre os cuidados a assegurar; apoiar as famílias nas decisões, sobretudo, as que envolvem maior complexidade nos cuidados a assegurar; advogar a utilização de equipamentos adaptativos e de recursos na comunidade, facilitadores da reconstrução de maior autonomia do dependente e do exercício do papel de prestadores de cuidados, são terapêuticas de enfermagem que se afiguram como um desafio urgente aos enfermeiros e “sem tempo a perder”!. As famílias esperam-nos! Do ponto de vista dos cuidados de enfermagem, parece-nos algo clinicamente muito relevante e, deste modo, socialmente muito útil! O que cria boas condições para dar visibilidade à enfermagem!” (p. 222)

Para [Petronilho \(2013\)](#), os enfermeiros são um recurso de saúde imprescindível na evolução de processos adaptativos a novas condições de saúde das pessoas e, subsiste uma necessidade de um melhor planeamento do modelo dos cuidados de enfermagem, com vista à realização de intervenções mais rigorosas, com resultados com mais efetivos, que contribuam para a otimização, recapacitação e autonomia das pessoas idosas.

Segundo [Silva \(2008\)](#),

“...A reforma dos modelos de exercício da profissão de enfermeiro depende da consonância de vários factores; entre eles está o conhecimento disciplinar que os enfermeiros usam para produzir os cuidados e que distingue o cuidar profissional do enfermeiro, quer do cuidado bem-intencionado do leigo, quer da acção de outro profissional, com outros focos de atenção neste contexto multidisciplinar. Quer isto dizer, que para esta reforma é necessária a investigação em enfermagem; ou seja, investigação sobre cuidados de enfermagem.” (p. i-iii)

Desta forma, ao aprofundarmos esta temática acerca do envelhecimento, contribuir-se-á para a produção de conhecimento que acrescente uma melhor descrição e explicação do fenómeno e que seja, *a posteriori*, uma ajuda no sentido do desenvolvimento de programas de intervenção mais eficazes para a saúde e o bem-estar dos idosos, famílias e comunidade.

2.4. Doenças crónicas não transmissíveis: Portugal e RBA

Em Novembro de 2016, o Ministério da Saúde de Portugal, o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde e a Delegação Regional para a Europa da OMS, iniciaram uma avaliação do SNS, relativamente ao seu desempenho, relatando os principais desafios e oportunidades no período de recuperação do período pós-crise financeira. Tal relatório

2. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL HUMANO

([Ministério da Saúde, 2018](#)), na sua secção 1.4¹⁸, Figura 5, indica que 41% da população total portuguesa, à data de 2016, não apresentava nenhuma doença cónica, 18% tinham uma doença crónica, 11% duas, 8% três e 22% dos habitantes detinham 4 ou mais doenças crónicas. Numa análise sumária, cerca de 41% da população portuguesa apresentava-se situação de multimorbilidade, cenário mais complexo, pois o tratamento de uma doença tem de ser realizado no contexto de outras doenças crónicas, o que tem implicações importantes na prestação de cuidados ([Rechel et al., 2013](#)). Por outro lado, as doenças crónicas são de longa duração e resultam de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais ([OMS, 2019a](#)), fomentando uma forte pressão sobre o SNS devido à grande procura da prestação de cuidados por parte dos cidadãos, pelo que grande parte dos orçamentos de saúde é gasta no tratamento destas doenças.

No que diz respeito aos idosos, em Portugal, no Alentejo e na RBA, dados do [INS2014 \(2016\)](#), estão listados na Tabela 2—1¹⁹.

Em suma, o envelhecimento da população residente na RBA resulta do aumento da incidência de certo tipo de patologias crónicas e incapacitantes, nomeadamente: (i) tensão arterial elevada; (ii) diabetes; (iii) acidente vascular cerebral; (iv) depressão e; (v) enfarte agudo do miocárdio, que pressupõe a adaptação da capacidade de resposta dos cuidados de saúde. As doenças cardiovasculares representam a primeira causa de mortalidade na região. Os problemas do foro da saúde mental têm uma grande relevância, sendo a região do país com a maior taxa de suicídio em idosos, em especial nos concelhos do sul da RBA. A doença oncológica apresenta um acréscimo de incidências ([ULSBA, 2019b](#)).

¹⁸ “1.4 Multimorbidity and mental health”, Figura 5, página 11: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/PortugalReviewReport_Printers_03April2018-2.pdf

¹⁹ Os dados listados na referida tabela foram compilados a partir dos dados apresentados no Quadro 1.1.1 do Inquérito Nacional de Saúde de 2014, disponíveis em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=272534162&att_display=n&att_download=y

2.4. DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PORTUGAL E RBA

Tabela 2—1: Proporção da população residente com 65 ou mais anos por sexo, grupo etário e tipo de doença crónica nos 12 meses anteriores à entrevista²⁰, NUTS II, 2014¹⁹ (INS2014_2016).

Sexo	Grupo etário	Asma	Bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou enfisema	Enfarote do miocárdio e respetivos problemas consequentes crónicas	Doença coronária ou angina de peito	Hipertensão arterial e consequentes classes crónicas	Acidente vascular cerebral e respetivos consequentes crónicas	Artrite	Dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas	Dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço	Alergias	Cirrose hepática	Incontinência urinária	Problemas renais	Depressão		
Baixo Aentejo	H 75-84 anos																
	85 + anos																
	65-74 anos																
Alentejo	H 75-84 anos	x	x	x	x	x	x	x	47,3	35,3	45,8	36,6	20,1	14,3	x	x	
	85 + anos	x	x	x	x	x	x	x	50,3	48,3	45,0	34,8	19,7	x	x	x	
	65-74 anos	4,6	9,1	5,7	51,4	x	x	x	53	59,3	54,6	39,8	x	x	x	0,0	
Continente	H 75-84 anos	x	11,6	9	13	49,4	8,1	x	x	37,6	39,4	29,1	27,9	14,0	x	13,7	7,4
	85 + anos	x	x	x	x	x	x	x	44,3	45,6	48,1	31,8	21,3	x	x	20,6	9,5
	65-74 anos														x	22,5	x
Baixo Aentejo	M 75-84 anos																
	85 + anos																
	65-74 anos	x	x	x	x	x	x	x	56,5	x	76,2	65,5	59,4	24,7	29,3	x	16,3
Alentejo	M 75-84 anos	x	15,6	x	15,6	x	68	x	80,2	73,9	60,8	31,4	19,1	x	24,4	x	26,0
	85 + anos	x	x	x	x	x	60	x	55,6	74,4	62,2	x	x	x	x	x	x
	65-74 anos	8,5	10,5	x	9,8	56,5	x	x	67,2	64,6	55,6	20,5	27,6	x	19,2	9,4	28,5
Continente	M 75-84 anos	7,5	14,2	x	17,7	61,6	7,1	x	73,2	69,9	56,5	23,4	20,7	x	26,2	13,1	24,9
	85 + anos	x	x	x	x	22,2	59,2	x	70,8	66,2	52,0	19,2	x	x	35,3	x	x

²⁰ Segundo o INE, O sinal convencional “x” utilizado em todas as estatísticas oficiais significa “ dado não disponível”. No caso do Inquérito Nacional de Saúde as estimativas cujo coeficiente de variação é superior a 20% não são divulgadas e os valores substituídos por aquele sinal, por questões de sigilo estatístico .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baltes, P. B., e Mayer, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York, NY, US: Cambridge University Press. ISBN: 978-0521000031
- Banco Mundial. (2019a). Gender Statistics. Disponível em 4 de Setembro de 2019, em The World Bank: <https://databank.worldbank.org/source/gender-statistics>
- Banco Mundial. (2019b). Population estimates and projections. Disponível em 4 de Setembro de 2019, em The World Bank. <https://databank.worldbank.org/source/population-estimates-and-projections>
- Costa, M. (2013). Prefácio. Em M. Lopes (Ed.), *Cuidado de Enfermagem à Pessoas Idosa: da investigação à prática* (pp. V-XVII): Lusociência. ISBN: 9789897480034
- Ebersole, P., e Hess, P. (1998). Common Chronic Problems and Their Management. Em *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response* (5^a ed.): Mosby. ISBN: 978-0815128793
- Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing* (9^a ed.). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer. ISBN: 978-0060000387
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la Psicología* Spain: Piramide Ediciones Sa. ISBN: 978-8436822496
- Flood, M. (2005). A Mid-Range Nursing Theory of Successful Aging. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 35-39. Recuperado de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=20953545&lang=pt-pt&site=eds-live>
- Fonseca, C. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. (PhD), Universidade de Lisboa, Recuperado de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/12196>
- Franceschi, C., Valensin, S., Bonafè, M., Paolisso, G., Yashin, A. I., Monti, D., e De Benedictis, G. (2000). The network and the remodeling theories of aging: historical background and new perspectives. *Experimental Gerontology*, 35(6-7), 879-896. [https://doi.org/10.1016/s0531-5565\(00\)00172-8](https://doi.org/10.1016/s0531-5565(00)00172-8)
- Fries, A., e Pereira, D. (2013). Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto & Saúde*, 11(20), 507-514. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.507-514>
- Goes, M., Oliveira, H., e Amado, J. (2012). *Acessibilidade a Cuidados de Saúde da População Idosa – Abordagem em Análise GeoEspacial para o Distrito de Beja*. Artigo apresentado em 2^a Edição Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica – CIEG, Universidade Católica Portuguesa - Lisboa.

- Goes, M., Oliveira, H., e Lopes, M. (2016). Técnicas de Análise Espacial Aplicadas à Caracterização da População Idosa para Planear Cuidados de Enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(3), 693-707.
[http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(3\).693](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(3).693)
- Governo Português. (2017). *O interior em números: bases para um diagnóstico*. Disponível em <http://www.pnct.gov.pt/wp-content/uploads/2017/01/DIAGNOSTICO.pdf>
- INE. (2015). Retrato Territorial de Portugal - 2013. Recuperado em 4 de Outubro de 2019 de
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACAOESpub_boui=224786946&PUBLICACOESTema=00&PUBLICACOESmodo=2
- INE. (2017a). População residente (projeções 2012-2060 - N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Idade e Cenário; Anual. Disponível em 3 de Novembro de 2019
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007827&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (2017b). Índice sintético de fecundidade (projeções 2012-2060 - N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) e Cenário central. Disponível em 3 de Novembro de 2019
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007829&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (2017c). Esperança de vida à nascença (projeções 2012-2060 - Ano) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Cenário; Anual. Disponível em 26 de Setembro de 2019
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_bdc_tree&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (2019a). Sistema de Metainformação. Recuperado em 2 de Novembro de 2019 de
<http://smi.ine.pt/>
- INE. (2019b). Censos em Portugal de 1864 a 2011. Disponível em 5 de Setembro de 2019
https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt
- INE. (2019c). Projeções 2020-2050 da população residente. Disponível em 9 de Novembro de 2019
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_bdc_tree&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (2019d). TIPAU 2014 - Tipologia de áreas urbanas, para fins estatísticos. Recuperado em 4 de Outubro de 2014 de
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013&xlang=pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INE. (2019e). Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) e Tipologia de áreas urbanas; Anual. Recuperado em 10 de Outubro de 2019 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008851&contexto=bd&selTab=tab2
- INS2014. (2016). Inquérito Nacional de Saúde - 2014. Recuperado em 25 de Setembro de 2019 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
- Kontis, V., Bennett, J., Mathers, C., Li, G., Foreman, K., e Ezzati, M. (2017). Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*, 389(10076), 1323-1335. Recuperado de <http://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/41813/7/PIIS0140673616323819.pdf> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32381-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32381-9)
- Meade, M., e Emch, M. (2010). *Medical geography* (3^a ed.). Nova York, EUA: The Guilford Press. ISBN: 978-1606230169
- Ministério da Saúde. (2018). Health System Review PORTUGAL - Phase 1 Final Report. *Observatório das Migrações*. Recuperado em de <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/activities/research-studies-and-projects/review-of-the-portuguese-health-system>
- Nações Unidas. (2019). Net number of migrants, both sexes combined (thousands). UNITED NATIONS - DESA / POPULATION DIVISION Disponível em 28 de Outubro de 2019 <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019*. ISBN: 9789264807662
- OMS. (2018). Life expectancy and Healthy life expectancy Data by country. Disponível em 5 de Novembro de 2019 <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>
- OMS. (2019a). Noncommunicable diseases. Recuperado em 10 de Novembro de 2019 de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS. (2019b). Projections of mortality and burden of disease, 2002-2030. *Health statistics and information systems*. Recuperado em 24 de Setembro de 2019 de https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2002/en/
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Lisboa, Portugal Recuperado de https://www.ordemnenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Life expectancy and Healthy life expectancy Data by country. Disponível em 5 de Novembro de 2019 <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>

- Papalia, D., e Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12nd ed.). Porto Alegre, Brasil: AMGH Editora Ltda. ISBN: 9788580552164
- Pereira, C. (2017). *Caracterização da funcionalidade em diferentes fases do ciclo de vida : idosos e adultos com doenças crónicas.* (PhD), Universidade Nova, Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/30783>
- Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado:decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos:estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador.* (PhD), Universidade de Lisboa, Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/10572>
- PORDATA. (2016). Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo. Disponível em 25 de Novembro de 2019
<https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saud%c3%a1vel+aos+65+anos+por+sexo-1590>
- PORDATA. (2017a). População residente do sexo masculino: total e por grandes grupos etários. Disponível em 17 de Setembro de 2019
<https://www.pordata.pt/Europa/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+do+sexo+masculino+total+e+por+grandes+grupos+et%c3%a1rios-1607>
- PORDATA. (2017b). População residente do sexo feminino: total e por grandes grupos etários. Disponível em 5 de Novembro de 2019
<https://www.pordata.pt/Europa/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+do+sexo+feminino+total+e+por+grandes+grupos+et%c3%a1rios-1608>
- PORDATA. (2017c). Índice sintético de fecundidade (ISF). Disponível em 20 de Setembro de 2019
<https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+sint%c3%a9tico+de+fecundidade-1251>
- PORDATA. (2017d). Esperança de vida à nascença: total e por sexo. Disponível em 20 de Setembro de 2019
<https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo-1260>
- PORDATA. (2017e). Esperança de vida aos 65 anos: por sexo. Disponível em 6 de Novembro de 2019
<https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%c3%a7a+de+vida+aos+65+anos+por+sexo-1262>
- PORDATA. (2018a). Saldos populacionais anuais: total, natural e migratório. Disponível em 2 de Novembro de 2019
<https://www.pordata.pt/Europa/Saldos+populacionais+anuais+total++natural+e+migrat%c3%b3rio-1282>
- PORDATA. (2018b). Dados de Municípios. Disponível em 2 de Novembro de 2019
<https://www.pordata.pt/Munic%C3%ADpios>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PORDATA. (2019). O que são NUTS? Recuperado em 25 de Setembro de 2019 de <https://www.pordata.pt/O+que+sao+NUTS>
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J.-M., Cylus, J., Mackenbach, J., Knai, C., e McKee, M. (2013). Ageing in the European Union. (1474-547X (Electronic)), [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62087-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62087-X)
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 978-989-8424-47-1
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Silva, A. P. (2008). Prefácio. Em F. Petronilho (Ed.), *Preparação no regresso a casa*: Formasau. (Reimpresso em: 12-2008). ISBN: 9789728485917
- Sousa, L., e Ribeiro, A. P. (2013). Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. *Saúde e Sociedade*, 22(3), 866-877. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000300019>
- ULSBA. (2019a). Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Recuperado em 10 de Março de 2019 de <http://www.ulspa.min-saude.pt/>
- ULSBA. (2019b). Apresentação e enquadramento regional da ULSBA. Recuperado em 3 de Setembro de 2019 de <http://www.ulspa.min-saude.pt/2016/11/02/apresentacao-e-enquadramento-regional-da-ulspa/>
- Vilar, M. (2015). *Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. (PhD), Recuperado de <http://hdl.handle.net/10316/28680>
- Wadensten, B., e Carlsson, M. (2003). Theory-driven guidelines for practical care of older people, based on the theory of gerotranscendence. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 462-470. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02554.x>
- Weinert, B. T., e Timiras, P. S. (2003). Invited Review: Theories of aging. *Journal of Applied Physiology*, 95(4), 1706-1716. <https://dx.doi.org/10.1152/japplphysiol.00288.2003>