



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

FortaleSer

Promover o “*ageing in place*” em Montalegre

Discente: Eliana Duarte da Costa

Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

Orientador: Prof.^ª Doutora Idalina Machado

Co-Orientador: Prof. Doutor Hélder Alves

Fevereiro
2023

“E uma sociedade que não luta pelos direitos de quem já perdeu as suas forças para lutar
não merece muito mais que nada.”

Cármén Garcia in “A última Solidão”

Resumo

Objetivos: O presente trabalho teve como objetivo perceber quais as necessidades, potencialidades e interesses da população com 65 e mais anos residente no concelho de Montalegre. A partir do diagnóstico dessas necessidades criou-se uma proposta de plano de intervenção adequado para a população.

Método: Desenvolveu-se uma investigação de natureza quantitativa, tendo sido o inquérito por questionário o principal instrumento de recolha de informação. Foi contruída uma amostra por quotas tendo por base a população com 65 e mais anos, por sexo, para um conjunto de freguesias selecionadas do concelho. Foram realizados 175 questionários a que correspondem 175 inquiridos. Para a análise dos resultados, recorreu-se ao programa SPSS.

Resultados: Cerca de 2/3 da população inquirida tem entre 65 e 75 anos. A amostra é maioritariamente composta por mulheres, com predomínio de casados e em união de facto, reformados e baixos níveis de escolaridade (equivalentes ao 1º ciclo do ensino básico). De um modo geral, a população inquirida não apresenta sintomatologia depressiva, nem sem risco de isolamento social e solidão e manifestam níveis consideráveis de autonomia.

Discussão: As fortes redes de relação garantem aos mais velhos o seu apoio material, afetivo, emocional e a interação social positiva. Embora a participação em atividades sociais e comunitárias ser escassa, o forte suporte social, típico dos meios rurais, aparenta proteger as pessoas idosas do isolamento social assegurando-lhes a satisfação das suas necessidades. Deste modo, propomos a criação do projeto FortaleSer que tem como principal objetivo contribuir para o reforço da capacidade intrínseca e funcional da população com 65 e mais anos do concelho de Montalegre numa ótica de envelhecimento saudável mantendo as pessoas no seu contexto habitacional (*ageing in place*).

Palavras-chave: Envelhecimento; Diagnóstico Gerontológico; Projeto Social; *Ageing in Place*

Abstract

Objectives: The present work aimed to understand what the needs, potential and interests of the population aged 65 and over living in the municipality of Montalegre are. Based on the diagnosis of these needs, a proposal for an intervention plan suitable for the population was created.

Method: A quantitative research was developed, with the questionnaire being the main instrument of information collection. A quota sample was built based on the population aged 65 and over, by gender, for a set of selected parishes of the municipality. A total of 175 questionnaires were completed, corresponding to 175 respondents. For the analysis of the results, was used the SPSS program.

Results: Approximately 2/3 of the surveyed population is aged between 65 and 75 years. The sample is mostly composed of women, with a predominance of married and cohabiting people, retired people and low levels of education (equivalent to the 1st cycle of basic education). In general, the surveyed population does not present depressive symptoms, has no risk of social isolation and loneliness and shows considerable levels of autonomy.

Discussion: Strong neighborhood networks ensure elders their material, affective, emotional support and positive social interaction. Although participation in social and community activities is meager, the solid social support, typical of rural areas, seems to protect older people from social isolation and ensures that their needs are met. Thus, we propose the creation of the *FortaleSer* project, which has as its main goal to contribute to the reinforcement of the intrinsic and functional capacity of the population aged 65 and over from the municipality of Montalegre in a perspective of healthy ageing keeping people in their housing context (*ageing in place*).

Keywords: Ageing; Gerontological diagnosis; Social project; Ageing in Place

Agradecimentos

Com o findar desta etapa, cabe-me agradecer a todos aqueles que permitiram que este objetivo fosse concretizado.

Em especial à orientadora da tese, Prof.^a Dra. Idalina Machado, por toda a paciência e incentivo em orientar e corrigir todo este trabalho. Também pelas palavras de conforto e animo quando surgiam momentos difíceis e por todo o conhecimento partilhado. Ao co-orientador, Prof. Dr. Hélder Alves, por todas as horas que dispensou em me apoiar na análise dos resultados. Aos docentes do ISSSP em geral pelos conteúdos partilhados ao longo do curso.

Aos meus Pais, ao meu Irmão e sobretudo à minha Madrinha que me apoiaram incondicionalmente, tornando possível a realização deste objetivo e que em momento algum me deixaram desistir.

Ao Tiago, que foi sem dúvida o meu porto seguro nos momentos de maior aflição.

A todos os idosos com quem tive o gosto de privar e que comigo partilharam as suas histórias de vida. Sem eles era impossível ter realizado este estudo. E a todos os restantes intervenientes que se mostram disponíveis e me acompanharam na fase da inquirição.

Por fim, dedico esta trabalho aos meus Avós maternos, por todo o amor que me dão e porque foi por eles que escolhi esta área. Dedico também à minha Avó paterna, que partiu sem saber que finalmente conclui esta fase como ela tanto desejava. Foi também por ela que ganhei coragem para terminar.

Índice

<i>Resumo</i>	ii
<i>Abstract</i>	iii
<i>Lista de tabelas</i>	vii
<i>Lista de figuras</i>	ix
<i>Lista de abreviações</i>	x
<i>Introdução</i>	1
<i>Capítulo 1. Problemática teórica</i>	4
<i>1.1. O envelhecimento enquanto fenómeno social</i>	4
<i>1.2. O envelhecimento e as representações negativas</i>	7
<i>1.3. Envelhecimento saudável</i>	10
<i>1.4. O papel do Ageing in Place na promoção do envelhecimento saudável</i>	13
<i>1.5 Envelhecimento no meio rural</i>	15
<i>Capítulo 2. Caracterização do contexto em análise: o concelho de Montalegre</i>	18
<i>Capítulo 3. Metodologia de investigação</i>	24
<i>3.1. A metodologia de projeto</i>	24
<i>3.2. Instrumentos de recolha de dados</i>	25
3.2.1. Entrevistas exploratórias	25
3.2.2. Inquérito por questionário de administração indireta	25
<i>3.3. Amostra</i>	27
<i>3.4. O processo de recolha de dados: riscos e potencialidades</i>	28
<i>3.5. Pressupostos éticos</i>	29
<i>3.6. Procedimentos para o tratamento e análise dos dados</i>	30
<i>Capítulo 4. Diagnóstico Social</i>	32
<i>4.1. O diagnóstico da população idosa de Montalegre</i>	32
4.1.1 Caracterização sociodemográfica	32
4.1.2. Caracterização habitacional	35
4.1.3. Condições de saúde	38
4.1.4. Caracterização da Dimensão Familiar e Redes de Sociabilidade	41
4.1.5. Condições económicas e percurso profissional	44
4.1.6. Rede Institucional e Equipamentos Sociais	48
<i>4.2. Análise da relação entre as Atividades Instrumentais de Vida Diária, Sintomatologia Depressiva, Risco de Isolamento Social e a Solidão, de acordo com as características sociodemográficas.</i>	50

4.2.1. Avaliação da relação entre a classificação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody) e as diferentes características sociodemográficas.	51
4.2.2. Avaliação da relação entre a classificação Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – Versão curta e as diferentes características sociodemográficas.	53
4.2.3 Avaliação da relação entre a classificação da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) e as diferentes características sociodemográficas.	54
4.2.4 Avaliação da relação entre a classificação da Escala de Solidão da UCLA e as diferentes características sociodemográficas.	55
4.3. Atividades de lazer	56
Capítulo 5. FortaleSer – Projeto de Intervenção	61
5.1. Objetivos do projeto a desenvolver	64
5.2. Atividades a desenvolver	64
5.3. Recursos necessários	70
5.4. Metas a atingir	71
Capítulo 6. Proposta de avaliação da intervenção a realizar	72
Conclusão	74
Referências bibliográficas	76
Anexo(s)	79
Anexo 1. Inquérito por questionário	80
Anexo 2. Consentimento Informado	91
Anexo 3. Realização dos diferentes tipos de atividades de lazer	93
Anexo 4. Cronograma de implementação do projeto	3

Lista de tabelas

Tabela 1. <i>Variação da população residente entre 2011 e 2021, por área geográfica, total e por grupo etário</i>	19
Tabela 2. <i>Equipamentos destinados à população idosa, capacidade e nº total de utentes no concelho de Montalegre</i>	21
Tabela 3. <i>Amostra da população com 65 e mais anos a inquirir e população efetivamente inquirida, por freguesia do concelho de Montalegre</i>	27
Tabela 4. <i>Caracterização sociodemográfica da população inquirida</i>	32
Tabela 5. <i>Nível de escolaridade da população inquirida</i>	33
Tabela 6. <i>Condição atual perante o trabalho da população inquirida</i>	34
Tabela 7. <i>Composição do agregado doméstico da população inquirida</i>	35
Tabela 8. <i>Composição e número de familiares no agregado doméstico da população inquirida</i>	35
Tabela 10. <i>Regime de propriedade da habitação</i>	36
Tabela 11. <i>Número de divisões da habitação da população inquirida</i>	36
Tabela 12. <i>Infraestruturas básicas da habitação</i>	37
Tabela 13. <i>Tipo de aquecimento de que dispõe a população inquirida</i>	37
Tabela 14. <i>Existência de problemas crónicos de saúde</i>	38
Tabela 15. <i>Tipo de problemas se saúde</i>	39
Tabela 16. <i>Como avalia a sua saúde?</i>	39
Tabela 17. <i>Escala de Lawton & Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária de acordo com o sexo feminino e o sexo masculino</i>	40
Tabela 18. <i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (versão curta)</i>	41
Tabela 19. <i>Redes de suporte da população inquirida</i>	42
Tabela 20. <i>Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)</i>	43
Tabela 21. <i>Escala da Solidão da UCLA</i>	44
Tabela 22. <i>Situação na profissão</i>	45
Tabela 23. <i>Profissão exercida pela população inquirida</i>	45
Tabela 24. <i>Situação face aos descontos para a Segurça Social</i>	46
Tabela 25. <i>Despesas fixas mensais</i>	47
Tabela 26. <i>Dificuldade para fazer face às despesas e suporte em caso de necessidade</i>	47
Tabela 27. <i>Rendimento líquido mensal</i>	48
Tabela 28. <i>Tipo de resposta social preferido pelos inquiridos</i>	49
Tabela 29. <i>Relação entre a classificação Índice de Lawton e Brody (masculino) de acordo com as características sociodemográficas</i>	51

Tabela 30. <i>Relação entre a classificação Índice de Lawton e Brody (feminino) de acordo com as características sociodemográficas</i>	52
Tabela 31. <i>Relação entre a classificação Escala de Depressão Geriátrica de acordo com as características sociodemográficas</i>	53
Tabela 32. <i>Relação entre a classificação Escala das Redes Sociais de Lubben de acordo com as características sociodemográficas</i>	54
Tabela 33. <i>Comparação entre a classificação Escala da Solidão UCLA de acordo com as características sociodemográficas</i>	55
Tabela 35. <i>Avaliação da consistência interna das dimensões das Atividades de Lazer (alfa de Cronbach)</i>	58
Tabela 36. <i>Comparação entre as dimensões da participação nas atividades de lazer e as características sociodemográficas de interesse</i>	58
Tabela 37. <i>Descrição da atividade “Aprender é Viver”</i>	65
Tabela 38. <i>Descrição da atividade “EntreGerações”</i>	67
Tabela 39. <i>Descrição da atividade “AtivaMENTE”</i>	68
Tabela 40. <i>Descrição da atividade “Digital sem Idade”</i>	69

Lista de figuras

Figura 1. Pirâmide etária de Portugal em 2011 e em 2021	5
Figura 2. Mapa do concelho e freguesias de Montalegre	18
Figura 3. Peso da população dos 0-14 anos e dos 65 e mais anos, por área geográfica, em 2011 e em 2021 (%)	20
Figura 4. Índice de Envelhecimento em 2011 e em 2021, por área geográfica	20
Figura 5. Análise SWOT do concelho de Montalegre	23

Lista de abreviações

AVD	-	Atividades de Vida Diária
AIVD	-	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CD	-	Centro de Dia
CSI	-	Complemento Solidário para Idosos
ERPI	-	Estrutura Residencial para Idosos
GNR	-	Guarda Nacional Republicana
INE	-	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	-	Instituição Particular de Solidariedade Social
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
SAD	-	Serviço de Apoio ao Domicílio
SAAS	-	Serviço de Acompanhamento e Atendimento Social

Introdução

O envelhecimento demográfico é uma realidade inegável em Portugal. De acordo com os resultados definitivos do XVI Recenseamento Geral da População e do VI Recenseamento Geral da Habitação publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), o envelhecimento agravou-se em Portugal, tendo-se registado, entre 2011 e 2021, um aumento da população com 65 e mais anos e, simultaneamente, reduzido a população dos 0-14 anos. A idade média da população aumentou 3,1 anos por relação a 2011: em 2021 é 45,4 anos. O índice de envelhecimento corresponde a 182 idosos por cada 100 jovens, contra 128 em 2011 e 102 em 2001. Os dados demonstram que quase um quarto da população portuguesa tem mais de 65 anos (23,4 %), o que faz de Portugal o terceiro país mais envelhecido do mundo. (INE, 2021)

Perante uma sociedade cada vez mais envelhecida, devido ao progressivo aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa da natalidade, é urgente promover uma imagem positiva do envelhecimento. É uma necessidade deixar de se ver as pessoas mais velhas como obstáculos para a economia (desde que deixam de participar nas atividades de produção, ou seja, desde que abandonam o mercado de trabalho) e que passam a necessitar de mais serviços de saúde e apoio. É essencial contrariar estas ideias idadistas e promover o reconhecimento da autoridade, da sabedoria, da dignidade e da experiência, que são fruto das vivências de uma vida e que, no passado, caracterizavam o respeito com que se tratava os anciãos das comunidades (ONU, 2002).

A emergência da Gerontologia como disciplina académica e como profissão é essencial para este processo de transformação sociocultural, pois pretende promover a justiça social e a igualdade para todas as gerações. A Gerontologia Social é uma área interdisciplinar da gerontologia que estuda as questões sociais relacionadas com o envelhecimento, incluindo a participação social, a discriminação de idade, a saúde e o bem-estar dos mais velhos, a política de idade, o planeamento da reforma, entre outros temas. Esta área de estudo apoia-se noutras áreas como a psicologia, a sociologia, a economia, a saúde pública, para fornecer soluções holísticas para os desafios do envelhecimento. Desta forma, o gerontólogo social deverá intervir e desenvolver políticas sociais, educativas e de saúde, através de campanhas de promoção de estilos de vida saudáveis, investigação académica, políticas sociais, entre outras intervenções possíveis,

com o objetivo de otimizar o processo de envelhecimento e simultaneamente combater o fenómeno do idadismo (Fernández-Ballesteros, 2000).

Face à inevitabilidade do envelhecimento, e atendendo às profundas mudanças demográficas e socioculturais que se fazem sentir nas sociedades mais desenvolvidas (por exemplo, a redução da natalidade, a perda progressiva de população jovem e em idade ativa, o crescente individualismo, a diminuição das possibilidades de retaguarda familiar, entre outras), aumenta a necessidade de promover respostas que vão de encontro às necessidades das pessoas mais velhas.

Ainda que o fenómeno do envelhecimento atinja Portugal de um modo global, é nas zonas do interior que a expressão do fenómeno é mais evidente. Deste modo, selecionou-se para a análise o concelho que, na região do Alto Tâmega, apresentava, em 2021, o mais elevado índice de envelhecimento: Montalegre, com um valor de 531,3, mais do dobro do valor que registava em 2001 (210,2). O êxodo rural que ainda se faz sentir, sobretudo por parte da população mais jovem desta região que não encontra aí condições para se manter, conduz a um progressivo despovoamento da região e a desinvestimento económico. Em que condições objetivas e subjetivas permanecem as populações mais envelhecidas, particularmente no concelho de Montalegre, e como se podem desenvolver projetos inclusivos e que valorizem estas populações, é o que propomos discutir neste trabalho.

Para o efeito organizamos o presente relatório em 6 capítulos, para além da Introdução e da Conclusão. O primeiro capítulo é dedicado à reflexão teórica em torno do fenómeno do envelhecimento. Para além da clarificação conceptual, abordam-se as representações sociais negativas sobre as pessoas mais velhas no contexto das sociedades capitalistas, bem como a importância do envelhecimento saudável e da importância do *ageing in place* neste processo. Estando este trabalho centrado num contexto de natureza mais rural, não poderíamos deixar de fazer alguma reflexão em torno da problemática do envelhecimento em contexto rural.

O capítulo 2 é dedicado à análise do contexto socioterritorial sobre o qual incidiu o trabalho desenvolvido e para o qual se proporá a criação de um projeto de intervenção. Para dar conta da estratégia usada em matéria de recolha de informação necessária à elaboração do diagnóstico social do referido território, elaboramos o capítulo 3. Aqui se reflete não só sobre a metodologia de projeto, enquanto estratégia geral, mas também sobre os instrumentos de recolha de informação, amostra, estratégias de abordagem ao terreno e desafios vivenciados. Realmente, o diagnóstico gerontológico constitui uma das

ferramentas teórico metodológicas mais importantes para conhecermos a realidade, e tem como principal objetivo analisar a oferta de serviços/respostas sociais destinadas às necessidades da população envelhecida num determinado território. Dá-se ainda conta dos pressupostos éticos que nortearam a pesquisa desenvolvida e dos procedimentos de tratamento e análise da informação.

O capítulo 4 é dedicado à análise dos dados recolhidos destacando as principais potencialidades e limitações da população em estudo. Daqui parte-se para a construção e apresentação do projeto de intervenção FortaleSer, do qual dá conta o capítulo 5. Finalmente abordam-se as possíveis estratégias de avaliação do projeto.

Capítulo 1. Problemática teórica

Neste capítulo procedemos à revisão da literatura sobre o fenómeno do envelhecimento, particularmente no que concerne os desafios que se colocam hoje, não só às sociedades, mas, sobretudo, às pessoas que podem esperar viver cada mais anos e que desejam que essa fase da vida seja vivida de forma saudável e com qualidade.

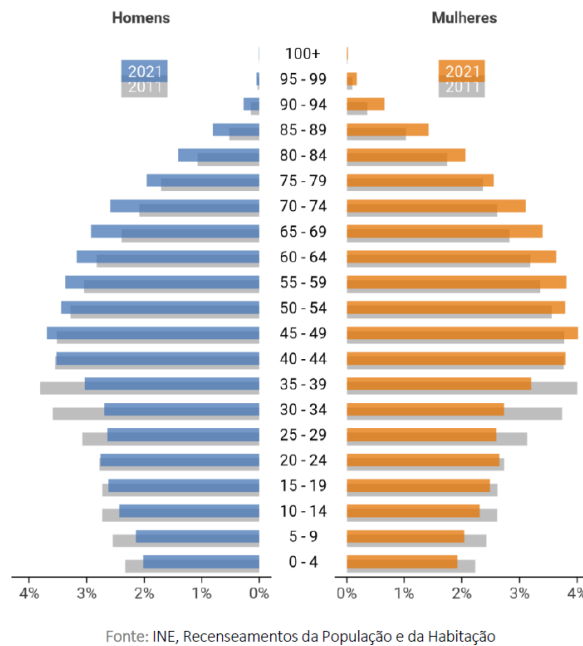
1.1. O envelhecimento enquanto fenómeno social

O envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial que afeta o ser humano a partir do momento em que nasce até que morre. Este processo está relacionado com as perdas ou alterações que o individuo vai sofrendo ao longo da vida, ao nível da saúde e à perda de capacidades cognitivas. O envelhecimento um processo que varia de pessoa para pessoa, e por isso deve ser vivido de forma adaptativa e de acordo com o meio em que nos inserimos. Durante o ciclo de vida ocorrem algumas situações inesperadas e menos positivas, mas também acontece um conjunto de oportunidades que devem ser consideradas de forma positiva para que se possa envelhecer com dignidade. Com o aumento da esperança média de vida, recorrente dos avanços na medicina, a população mais envelhecida passou a viver durante mais anos. Ora o duplo envelhecimento demográfico, sendo uma das transformações sociais mais significativas do séc. XXI, acarreta implicações significativas em diversos setores da sociedade e do Estado. O conceito de duplo envelhecimento está inteiramente relacionado com um progressivo aumento da esperança média de vida e a uma acentuada redução da taxa de natalidade.

O fenómeno do envelhecimento da população está a afetar o Mundo inteiro, sendo que Portugal não é exceção.

Dados do último recenseamento geral da população em Portugal de 2021 mostram que, relativamente a 2011, há um claro processo de duplo envelhecimento: redução da percentagem de pessoas no grupo etário dos 0-14 anos e um aumento da percentagem de pessoas no grupo etário dos 65 e mais anos (cf. figura 1).

Figura 1. Pirâmide etária de Portugal em 2011 e em 2021



Segundo dados do INE, estima-se, ainda, que entre 2015 e 2080 o número de pessoas mais velhas passe de 2,1 para 2,8 milhões, sendo que o número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões. Ou seja, o índice de envelhecimento aumentará mais de metade, passando de 147 para 317 pessoas mais velhas por cada 100 jovens em 2080. Este acentuado aumento da população sénior obriga a que haja cada vez mais a necessidade de criar novas respostas sociais, para atenuar os problemas e as necessidades desta faixa etária.

Efetivamente, devido à melhoria das condições sanitárias houve um crescimento populacional importante que se iniciou nas sociedades ocidentais. O aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade infantil e juvenil são exemplos disso. Como referem Carvalho & Duque (2021, p.160), “enquanto fenómeno social, o envelhecimento da população e, conseqüentemente, das sociedades, impõem-se como um desafio no que diz respeito ao desenvolvimento de comportamentos e esforços para ampliar a esperança média de vida”.

O envelhecimento afeta as sociedades, mas o seu impacto nos indivíduos é variável em função do contexto sociocultural e histórico em que envelhecem, bem como do estilo de vida e dos recursos que foram acumulando.

O primeiro dado biológico a ser estudado foi a longevidade da população e, segundo alguns autores, a perda ou diminuição de capacidade funcional no envelhecimento denomina-se de senescência. Outro fator importante no envelhecimento é certamente a fragilidade a que pessoas mais velhas estão sujeitas, problemas associados à doença que resultam no declínio funcional (Ribeiro & Paúl, 2012).

O problema do isolamento social enquadra-se na dimensão relacional/social da vulnerabilidade social que engloba as solidariedades horizontais originárias de grupos primários, como a família, os amigos e os vizinhos, e as solidariedades verticais, como as instituições e os profissionais das mesmas. Na verdade, o sofrimento dos mais velhos, incitado pelo sentimento de solidão é considerado como uma das experiências mais dolorosas e complexas que se pode experimentar. Estes sentimentos surgem não só em casos de pessoas que vivem sós, mas também no seio das próprias famílias e em instituições, onde há, frequentemente, falta de comunicação, e participação social e afetiva. Elias no seu livro *A solidão dos moribundos* (2001) refere que o envelhecimento geralmente é acompanhado pela deterioração de laços sociais que ultrapassa o meio familiar mais estreito. É de realçar que solidão e isolamento não são sinónimos, embora o isolamento possa influenciar o aparecimento da solidão. A experiência da solidão pode dever-se à dor emocional pela perda de alguém que se ama, a um sentimento de exclusão ou falta de laços sociais (Paúl, 2005).

Outro problema vivenciado pelos mais velhos prende-se com as condições de saúde. De uma forma geral a saúde tende a danificar-se à medida que se vai envelhecendo. No entanto, a par do percurso biológico natural existem fatores socioeconómicos na associação entre o envelhecimento e o declínio da saúde. Ou seja, o envelhecimento é para além de um processo biológico, um fenómeno condicionado pela conjuntura socioeconómico. Efetivamente, as pessoas com mais de 65 anos que possuem menos recursos económicos têm menos possibilidades de comprar medicação, usufruir de consultas médicas necessárias para os problemas de saúde e até de manter uma boa higiene. As teorias biológicas ajudam-nos a perceber a questão dos problemas da saúde, que muitas das vezes tornam os mais velhos dependentes de alguém, e conseqüentemente provocam o isolamento social (Paúl, 1997).

Concomitantemente, quando a pessoa envelhece e se começa a tornar dependente nas atividades de vida diária, tem dificuldades em ocupar-se das tarefas de casa, em realizar a higiene pessoal, fazer compras, tratar da sua gestão financeira, entre outras atividades básicas. Existe um conjunto de dados clínicos, testes e escalas denominadas de

Avaliação Funcional necessárias para avaliar a capacidade do idoso em relação à sua autonomia e independência. Uma apreciação funcional simples deve conter avaliações: do equilíbrio e mobilidade, da função cognitiva, da capacidade para executar a atividade de vida diária (AVD) e as atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As AVD dizem respeito as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal. As AIVD correspondem as atividades para gerir o ambiente em que se vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte. A dependência pode ser: moderada, o idoso necessita de alguma ajuda; severa, necessita de muita ajuda; e total, em que o idoso não realiza nenhuma tarefa sozinho. Por conseguinte, essa dependência traduz-se na necessidade de ajuda ou assistência que muitas vezes é assegurada por familiares ou por serviços de apoio domiciliário. Existem casos extremos de dependência em que o idoso está acamado e necessita de cuidado permanente tal como: administração de medicamentos, ingestão de alimentos, higiene pessoal e cuidados de saúde (Paúl, 1997).

Finalmente, o último problema que iremos referir é a falta do acesso a direitos, que condiciona, e muito, a vida de um idoso. A falta de retaguarda familiar aquando da hospitalização, o acesso a espaços públicos ou mesmo à habitação e a privação de acesso a pensões de reforma ou ao Complemento Solidário para Idosos (CSI). Os indivíduos mais velhos são detentores dos mesmos direitos que qualquer outra pessoa, independentemente da sua idade e/ou da situação de dependência. Para compensar a perda de remuneração de trabalhado ou assegurar valores mínimos de subsistência ou combater a pobreza dos indivíduos com mais de 65 anos existem prestações sociais e complementos de natureza pecuniária. Estas prestações sociais são denominadas de direitos sociais. E muitas das vezes os mais velhos estão privados dos direitos devido à falta de conhecimento da existência dos mesmos.

1.2. O envelhecimento e as representações negativas

Efetivamente, como as pessoas vivem mais tempo e como o seu peso na sociedade é cada vez maiores, o envelhecimento torna-se mais visível. As transformações socioeconómicas e culturais que atravessam as sociedades deram origem a uma valorização da produtividade, do novo, do elegante e do bonito, pelo que os mais velhos

passaram a ser um grupo particularmente vulnerável à exclusão, particularmente por parte dos mais jovens. Em tempos, os mais velhos eram encarados como fonte de saber acumulado, com forte poder de decisão e até sobrevalorizados em relação a outros grupos etários (Silva, 2013). Atualmente, o critério da idade e as atitudes preconceituosas que surgem relativamente às pessoas mais velhas podem originar uma cultura fértil que estimula a discriminação, desvalorizando e tirando o poder às pessoas mais velhas.

Segundo Marques (citado em Barroso, 2018), as atitudes idadistas em relação às pessoas mais velhas assumem-se por estereótipos, preconceitos e discriminação. Os estereótipos estão relacionados com as crenças que a sociedade apresenta relativamente ao grupo de pessoas mais velhas. Isto é, a tendência a olhar-se para esta população como homogénea, que se caracteriza por traços negativos de incapacidade e doença. Já os preconceitos estão inteiramente relacionados com os sentimentos de desdém face a este grupo etário, embora por vezes assumam formas mais disfarçadas como a compaixão ou o paternalismo. Por fim, assume-se que o idadismo inclui também uma componente mais comportamental relacionada com os atos de discriminação em relação às pessoas idosas. (Barroso, 2018)

Na verdade, as conceções de velhice são o resultado de estruturas sociais e temporais que operam em sociedades com valores e princípios próprios. De facto, a sociedade tem vindo a potenciar a longevidade, no entanto tende também a desvalorizar a importância dos mais velhos. Isto porque na atualidade, a sociedade é cada vez mais consumista e tende a valorizar apenas o que é novo. Nesta dura realidade, os mais velhos passam a ser postos de lado, vistos como fora de moda e muitas vezes até descartados. A falta de compreensão e desconhecimento, por parte da população em geral, em relação a esta faixa etária contribui para o isolamento e apressar do processo de envelhecimento. Deste modo, vai se gerando um abandono crescente, quer pela família quer pela sociedade. (Lopes, 2010)

De modo geral, as representações negativas e estereótipos em relação aos mais velhos e à velhice comportam o nível biológico, o psicológico e o social. As dimensões como o aspeto físico, a doença, a incapacidade sexual e o esforço dizem respeito ao nível biológico. O facto de muitas vezes dizer-se que os casais de pessoas mais velhas já não mantêm vida sexual ativa, que são pessoas doentes, que o seu aspeto físico é débil, são alguns desses exemplos. A nível psicológico destaca-se a memória, rigidez, quietude, inteligência, responsabilidade, senilidade, solução de problemas e dependência. Aqui podemos realçar a forma como o senso comum percebe estes indivíduos dizendo

muitas vezes que eles são “chatos”, “teimosos”, “preguiçosos”, “esquecidos” entre outros. O idoso surge também associado à 2ª infância, muitas das vezes é até comparado com as crianças. É visto como alguém que experimenta um aumento da dependência e perda de autonomia, levando a uma indeclinável redução do seu estatuto social. Já no que respeita ao domínio social, surgem as noções de abandono, isolamento, alheamento, stress, reforma e uso do tempo livre. Neste aspeto, a sociedade vê estes indivíduos como pessoas que estão sós e isoladas, que não sabem como ocupar o seu tempo e muitas vezes abandonados pela própria família. Desta análise podem novamente verificar-se concepções positivas e negativas, predominando, no entanto, as negativas. (Lopes, 2010)

A gerontofobia é também um conceito importante, na medida em que nos explicita outro tipo de discriminação em relação aos mais velhos. A gerontofobia traduz-se, por isso, no medo irracional relativamente a tudo o que diz respeito à velhice e à pessoa mais velha. Isso afeta o comportamento das pessoas mais jovens relativamente aos mais velhos e conduz à resistência ao processo de envelhecimento. Mas não é apenas isso. A gerontofobia pode passar, igualmente, pela dificuldade que os indivíduos que estão a passar pelo processo de envelhecimento têm em admitir e aceitar esse processo porque o mesmo está ligado a representações de doença, delimitações físicas, de depressão e incapacidade. Manifesta-se, geralmente, através de comportamentos desfavoráveis e negativos, pela recusa, pela apatia e indiferença face aos mais velhos. (Lopes, 2010)

Para Fernandez-Ballesteros (2004) as teorias da desvinculação, subcultura e da modernização dão um contributo para a discriminação em relação ao envelhecimento. A teoria da desvinculação vai preparando o indivíduo para a morte, da maneira que o idoso se vai desvinculando dos papéis sociais que outrora tinha centrado-se mais no eu. Porém, esta teoria influenciou fortemente as nossas representações sobre a velhice. Pois apesar de se desvincular de alguns papéis o idoso vai investindo noutros. Já a teoria da subcultura defende que os indivíduos mais velhos são propensos a uma cultura própria de isolamento. O que já referimos que esta foi e continua a ser uma das formas de estereotipar esta faixa etária. Por fim, mas não menos importante, a teoria da modernização que valoriza mais os jovens por viverem na era da tecnologia e desvaloriza os mais velhos, porque não se conseguem adaptar à inovação, tecnologia, ao novo. Tais representações põem em causa as estratégias de integração das pessoas mais velhas e os papéis sociais estruturados. (Dias, 2005)

No meio institucional, a linguagem estereotipada e padronizada é um dos primeiros sinais de idadismo. Nestes sítios é frequente os mais velhos deixarem de

realizar uma série de tarefas a que estavam acostumados (tratar da sua higiene, da roupa, cozinhar) mesmo que o seu estado de saúde física e mental o permita. O deixar de realizar estas tarefas faz com que as pessoas mais velhas se sintam cada vez mais inúteis e à parte da sociedade. A maioria das estruturas residenciais para idosos (ERPI) tende apenas a satisfazer as necessidades fisiológicas dos mais velhos, descurando os seus desejos e motivações. Para Leitão (2015, p. 28) cit in Guedes (2012) “os momentos de prestação de cuidados contribuem para a fragilização da identidade do indivíduo e fomentam reações defensivas que aceleram o processo de envelhecimento, uma vez que não salvaguardam a privacidade do indivíduo, não promovem a sua participação no processo de cuidado, nem a opção por escolhas, e não valorizam a componente do indivíduo enquanto ser relacional e de afetos, preocupando-se apenas com o apoio instrumental.” Segundo Goffman (2005), através dos métodos de instituição total os indivíduos são como que desmoralizados, pois antes da sua institucionalização expressavam o gosto de realizar certas tarefas. Estes indivíduos tendem a perder o sentimento de utilidade e valor devido ao seu quotidiano ser programado por outros, pois são estes que definem os modos e as estratégias de realizar as suas necessidades. (Goffman, 2005)

Efetivamente, o papel do Gerontólogo no combate à discriminação pela idade é muito importante, já que este é um profissional que visa a promoção de um envelhecimento bem-sucedido. Pois, a compreensão absoluta do processo de envelhecimento humano nos seus aspetos biológicos, psicológicos, sociais e culturais leva a uma melhor aplicação das metodologias necessárias. O Gerontólogo tem em vista a preservação e estimulação da capacidade cognitiva, da capacidade funcional, do envolvimento ativo com a vida e do equilíbrio psicoafectivo. Evitar as generalizações, isto é, rejeitar a ideia que todos os adultos com mais idade se comportam da mesma forma será um dos modos de combater a discriminação, pois a população é heterogênea.

Em suma ao longo dos anos, e com as transformações da sociedade, passou-se a valorizar a produtividade, o novo, o elegante e o bonito, onde os mais velhos passaram a ser um grupo particularmente vulnerável à exclusão por parte dos mais jovens. Em tempos, os mais velhos eram vistos como um grupo de saber acumulado, sobrevalorizado em relação a outros grupos etários e com forte poder de decisão. (Silva, 2013)

1.3. Envelhecimento saudável

O envelhecimento saudável está associado não à ausência de doença, mas “ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-

estar em idade avançada” (OMS, 2015, p.13). Importa salientar que este processo só é bem-sucedido quando se criam condições que mantenham a saúde e o bem-estar ao longo da vida. Ou seja, deve-se adotar estratégias que promovam a saúde, previnam e retardem o aparecimento de doenças, o declínio funcional e cognitivo, estimulando a autonomia e a independência. Ora, o envelhecimento só é tido como saudável quando há uma promoção e manutenção da capacidade dos domínios: físico, social e psicológico. O processo de otimização da saúde permite também que os idosos possam participar ativamente na sociedade, livres de discriminação, independentes e com boa qualidade de vida. Posto isto, existem múltiplos fatores que interagem com o processo de envelhecimento saudável sendo eles: saúde física e mental, independência nas AVD's, inclusão social, redes de suporte estruturadas, autonomia económica, entre outros. (Pires, 2020)

A Constituição da República Portuguesa (CRP) reconhece expressamente o princípio da dignidade da pessoa humana. O artigo 72.º da CRP, referente especificamente aos mais velhos, sob a epígrafe “terceira idade”, determina que 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”, assim como o direito à concretização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade (CRP).

Assim, para se abordar o processo do envelhecimento saudável torna-se impreterível falar também dos conceitos de Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido. Segundo a OMS (2002, p.13), “Envelhecimento Ativo” refere-se ao processo de “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice”. O envelhecimento ativo comporta 4 grandes pilares: saúde, segurança, participação social e aprendizagem ao longo da vida. O termo “ativo” vai muito para além do domínio físico e profissionalmente ativo, este conceito refere-se também à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica. É ainda relevante salientar os fatores determinantes do envelhecimento ativo sendo eles: pessoais, comportamentais, económicos, meio social e físico e os serviços sociais e de saúde. Os determinantes pessoais estão relacionados com aspetos biológicos, genéticos e psicológicos. Já os comportamentais abarcam os estilos de vida saudáveis e a participação ativa na saúde. Os económicos fazem referência aos rendimentos do individuo e à proteção social. A habitação segura e as acessibilidades a serviços dizem respeito ao meio físico. Já o apoio social, a educação e a prevenção de

riscos referem-se ao meio social. Por fim, mas não menos importante, os serviços sociais e de saúde cingem-se à promoção de saúde e prevenção doenças, acessíveis e de qualidade (Pires, 2020).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017) faz um reforço destes conceitos, esclarecendo, no âmbito da Saúde, a promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência das doenças crónicas e potenciem o seu adiamento e o controlo do seu agravamento, bem como reduzam o risco de perda das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas e potenciem a sua autonomia. Importa ainda referir o conceito de *empowerment*, pois este tem extrema importância na promoção do envelhecimento ativo. É fundamental capacitar e emancipar as pessoas mais velhas, promovendo a sua participação social e a sua autonomia, contribuindo assim para uma mudança nas representações que a sociedade tem sobre o envelhecimento (OMS, 2002).

O envelhecimento saudável é de facto importante na medida em que o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, melhoram a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. De acordo com as teorias do envelhecimento bem-sucedido, as pessoas mais velhas são proativas e regulam a sua qualidade de vida através da definição de objetivos que procuram alcançar. Procuram, igualmente, acumular recursos úteis para a adaptação e mudança e estão ativamente envolvidas na manutenção do bem-estar. Porém, um envelhecimento só é bem-sucedido quando é estimulado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento. (Azevedo, 2015)

Efetivamente, emerge a necessidade de criar uma sociedade intergeracional que satisfaça as carências de cada um e de todos, trazendo adaptações urgentes nas políticas de família e soluções inovadoras que tenha em conta o ciclo de vida. Isto porque, torna-se cada vez mais crucial realçar a importância dos mais velhos na sociedade a fim de promover um envelhecimento bem-sucedido. Com a otimização das oportunidades para a saúde física, social e mental irá permitir as pessoas mais velhas um papel ativo na sociedade de modo a que possam disfrutar de uma melhor qualidade de vida o mais autónoma e independente possível. (Carvalho, 2011)

Concluindo, o envelhecimento saudável é de facto importante na medida em que o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, melhoram a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Também a promoção de ações intergeracionais aumenta a oportunidade de contacto positivo entre os grupos

etários e pode diminuir as atitudes idadistas. Deste modo, os mais velhos podem deixar de ver os mais jovens como pessoas que pouco sabem e os mais novos deixam de ver a pessoa mais velha como um indivíduo doente, senil e sem motivação. Não obstante a importância de fomentar a prática de um envelhecimento ativo, deve ser uma escolha e não uma imposição (Pires, 2020).

1.4. O papel do Ageing in Place na promoção do envelhecimento saudável

O conceito de *Ageing in Place* está relacionado com a capacidade que o indivíduo tem de continuar a viver na comunidade e em casa de forma segura e independente. Este modelo de Intervenção Social tendo vindo a ser bastante valorizado pela OMS (2009), pois quanto maior for o tempo de permanência das pessoas nas suas habitações, menos necessidade haverá de instituições e de recursos para as mesmas. Este conceito traduz o objetivo preferencial de se poder viver e envelhecer em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente. Contudo, implica que haja uma adaptação do ambiente físico e social à vida quotidiana à medida que o indivíduo vai envelhecendo. Sendo um conceito multidimensional e complexo que abrange a situação socioeconómica, a comunidade e a dinâmica cultural na qual a pessoa está inserida, o tipo de serviços e cuidados disponíveis e as condições da habitação, é necessário identificar as práticas promissoras que permitem às pessoas envelhecer nas suas casas. Deste modo garante-se que as pessoas mais velhas permanecem durante mais tempo independentes, autónomas e mantêm as suas redes de suporte social ativas (Fonseca, 2021).

Em Portugal, grande parte da população envelhece nas suas próprias casas, contudo as medidas de promoção de *Ageing in Place* continuam a ter uma fraca visibilidade pública quando comparadas a soluções institucionais, sobretudo, a solução ERPI. A institucionalização pode ser vista como uma alternativa de *Ageing in Place*, principalmente quando esta se assume como a melhor opção para a pessoa, seja por sua vontade e/ou por resultar de condições clínicas, familiares e/ou psicológicas. Esta forma convencional de assistência à população idosa por via da resposta institucional opõe-se à de *Ageing in Place*, pois esta última significa satisfazer as necessidades desde o meio onde vive a pessoa, procurando respostas articuladas através de uma integração cada vez mais ampla dos serviços. Em contrapartida, a institucionalização poderá ter como consequência, para a pessoa, uma maior e/ou mais acelerada perda de autonomia em virtude da mudança profunda que a sua vida sofre. Os ambientes institucionais exigem muito pouco das pessoas mais velhas, pois um conjunto de atividades diárias que faziam

até à sua institucionalização (ex. lavar a roupa, cozinhar, arrumar e limpar) deixam de ser necessárias pois têm quem o faça por si. Deste modo, a sua independência fica comprometida, conduzindo a uma perda progressiva da autonomia. Para além disso, a institucionalização pode ainda contribuir para a perda de relações sociais e para um enfraquecimento dos laços, o que constitui uma desvantagem (Fonseca, 2021).

Efetivamente, o conceito de *Ageing in Place* está diretamente relacionado com a influência do meio ambiente no comportamento dos indivíduos, por isso, não é só envelhecer em casa, mas também na comunidade. Viver na sua residência é mais do que ter uma vida circunscrita ao espaço da casa. É, também, estar integrado no meio geográfico envolvente que permite à pessoa a satisfação de necessidades sociais, o contacto com os outros, intercâmbios culturais e satisfação de outras necessidades (saúde, finanças, compras, etc). Essas interações permitem ao individuo criar uma rede de vizinhança no espaço envolvente da sua residência e são fundamentais para a existência de um sentido de comunidade. Assim, mais do que simplesmente morar numa casa, é fundamental a identificação com um determinado ambiente e com aquilo que ele simboliza. A organização do espaço, o tipo de edifícios, a rede de transportes, a disponibilidade de serviços na zona envolvente à habitação são variáveis que, ou contribuem para um envelhecimento verdadeiramente participativo ou, pelo contrário, para um envelhecimento socialmente excluído (Fonseca, 2021).

Deste modo, o objetivo do *Ageing in Place* é proporcionar às pessoas mais velhas condições ambientais efetivas para envelhecer em casa e na comunidade. Fonseca (2021) enumera algumas dessas condições:

- (i) As condições habitacionais devem promover um ambiente amigável que permita a realização das atividades indispensáveis à vida diária, sejam elas realizadas pelo próprio, seja com o auxílio de outros;
- (ii) Na comunidade deve prevalecer um ambiente seguro que permita a circulação em segurança e a realização de atividades instrumentais ou lúdicas; deve haver uma vasta oferta de serviços indispensáveis à vida quotidiana (ex. saúde, transportes, comércio, etc.) que permitam a satisfação das necessidades individuais e a concretização de oportunidades sociais e económicas;
- (iii) As respostas sociais devem reforçar os serviços de apoio e as redes de suporte às pessoas mais velhas que permanecem em casa e às respetivas famílias, (quando necessário) e devem existir programas que estimulem a participação

na vida social e comunitária, combatendo o isolamento e prevenindo a exclusão social.

Em suma, face ao crescimento da população envelhecida, e tendo em conta que ao envelhecimento está associado um aumento da necessidade de cuidados vários, as soluções de *Ageing in Place* aparecem como mais eficazes do que a institucionalização. Contudo, este tipo de resposta requer algumas pré-condições específicas, como por exemplo, uma rede ativa de apoio formal e informal e um contexto habitacional adequado. Para que o envelhecimento em casa e na comunidade seja bem-sucedido, é então necessário ter em conta as condições na habitação, uma boa rede de transportes, oportunidades recreativas e serviços que facilitem a atividade física, a interação social, o envolvimento cultural e a educação contínua. A responsabilidade social em proteger as pessoas mais velhas, principalmente as mais vulneráveis, reflete “uma mudança de paradigma nas políticas sociais de apoio ao considerar prioritária a vontade da pessoa em permanecer no seu ambiente familiar e comunitário o maior tempo possível e de modo independente” (Fonseca, 2021 p. 69).

1.5 Envelhecimento no meio rural

O envelhecimento é um processo pelo qual todos os indivíduos que chegam a idade de velhice, passam. Tendo em conta as suas experiências de vida, papéis sociais e contexto sociofamiliar, cultural e histórico, existe uma grande diversidade em termos de vulnerabilidades, necessidades e também de potencialidades da população mais velha. Lawton (1989 cit. in Fonseca, 2005) afirma que o ambiente rural fomenta menos pressão sobre os mais velhos já que a confusão nas ruas é pouca, roubos e agressões são raros ou inexistentes, e o sentimento de segurança é maior. Deste modo, é frequente usar-se a expressão “idosos rurais” para denominar várias situações, que vão desde as pessoas mais velhas residentes em zonas rurais, em pequenas povoações, ou agricultores que vivem em propriedades mais ou menos isoladas. Uma parte importante das pessoas mais velhas em Portugal habita e sempre habitou em ambientes rurais e vive ou sempre viveu da agricultura. Embora a questão da ruralidade implique situações residenciais diversas, há características e necessidades específicas nas populações mais velhas destes meios que se deve ter em conta (Fonseca et al., 2004).

Para Krouts & Coward (1998) existem alguns mitos referentes à velhice em meios rurais: que são contextos onde predomina a felicidade e o contentamento e que são poucas

as preocupações ou cuidados; que as redes de suporte familiar e vizinhança são fortes e que estes estão sempre disponíveis a prestar auxílio e cuidados apropriados; que as pessoas mais velhas são saudáveis e estão satisfeitas com a vida; que vivem no seio de uma comunidade solidária e espacialmente preocupada com as pessoas mais velhas; que têm pouca ou nenhuma necessidade de serviços de apoio, pois, mesmo com poucos rendimentos têm a capacidade de suprir necessidades devido ao baixo custo de vida do campo; que são bastante homogéneos enquanto pessoas.

Estas crenças estão muito distantes da realidade dos mais velhos que vivem em meios rurais, pois estes debatem-se com inúmeras necessidades não completadas. A ausência/inexistência de serviços sociais e de saúde, de transportes, as dificuldades económicas evidentes para aceder a serviços e equipamentos distantes da zona de habitação e a migração do meio rural para o urbano fez com que estas zonas ficassem mais desertificadas levando igualmente ao afastamento de possíveis cuidadores familiares. Assim, estes idosos vivem em zonas fracamente povoadas e com poucos recursos, que se associam ainda por vezes problemas de saúde, baixos rendimentos e sentimentos de solidão (Krouts & Coward, 1998).

Efetivamente, em Portugal, os habitantes de zonas rurais defrontam fortes desigualdades, particularmente nas áreas da saúde, habitação, rendimento e acesso aos serviços. No que respeita ao apoio familiar aos mais velhos, esta é outra situação que faz parte dos mitos sobre o viver nas comunidades rurais, como já referido em cima. Segundo Fonseca et al (2004, p.3) “o interior rural de Portugal é, na sua generalidade, uma zona envelhecida e fracamente povoada, donde os mais novos saíram, sobretudo a partir da década de ‘60, para as cidades e para o estrangeiro, à procura de uma vida melhor. Muitas das nossas aldeias são “terras de velhos”, onde se fecham as escolas primárias e se abrem lares de idosos”. Neste sentido, as pessoas mais velhas que habitam em contexto rural estão mais frequentemente entregues a si próprias, aos cônjuges e companheiros do que aos filhos e aos netos. E nalguns casos estão entregues a instituições.

Em suma, os mais velhos habitantes de meios rurais que passaram grande parte da sua vida a trabalhar na agricultura, mesmo depois de reformados continuam a trabalhar na sua pequena horta ou a cuidar de animais para consumo próprio. Alguns estudos (Melo & Neto, 1999; Sequeira & Silva, 2003) alegam que a grande desigualdade entre o meio rural e urbano, deve-se sobretudo ao facto do meio de subsistência e o quotidiano dos mais velhos ser sobretudo a atividade agrícola. Esta é uma atividade que além de fazer com que a pessoa se mantenha ativa, ainda incentiva a sociabilidade, ou seja, permite aos

indivíduos mais velhos uma participação ativa na comunidade. Além disso, suporta o sentimento de competência e de utilidade, essenciais à promoção da satisfação de vida. Outro aspeto fundamental na vida das pessoas que habitam em meios rurais é o facto de preferirem permanecer em suas casas. Tendo em conta que valorizam muito a sua independência, as pessoas mais velhas querem manter-se em suas casas, mais do que em casa de familiares e muito menos em ERPI's. Sequeira e Silva (2003) concluíram que os meios rurais podem constituir-se como mais favorecidos pela promoção de redes de relação, ou seja, todos conhece os nomes, a vida, saúde dos outros membros da comunidade, diminuindo a ameaça de ficar no anonimato e no esquecimento como se pode constatar nos meios urbanos.

Capítulo 2. Caracterização do contexto em análise: o concelho de Montalegre

Montalegre é um concelho do distrito de Vila Real, situando-se na zona raiana. Em 2021 tinha uma área de 805 km² e uma densidade populacional de 11,5 hab/km². Na sequência da revisão administrativa, o concelho passou a contar com 25 freguesias (ver figura 1).

Figura 2. Mapa do concelho e freguesias de Montalegre



Fonte: Obtido de www.cm-montalegre.pt em 22 de julho de 2022.

De acordo com o Diagnóstico Social do concelho (CLASMTR, 2013, p.5), “decorrente da sua situação geográfica, da sua extensa área territorial e da sua configuração orográfica, as acessibilidades deste concelho foram desde sempre limitadas e difíceis, obrigando-o a relações, económica e culturalmente privilegiadas, com a vizinha Galiza que ainda hoje se mantêm”.

Do ponto de vista económico, o concelho vive sobretudo do turismo, quer devido a estar integrado, em parte, no Parque Nacional da Peneda Gerês, quer devido à visibilidade que tomou com os festejos da “Sexta Feira 13”.

Em 2021, e de acordo com os dados do Censos publicados pelo INE, o concelho de Montalegre tinha 9261 habitantes, o que corresponde a cerca de 10% do total da população da região do Alto Tâmega. Como se pode constatar pela tabela 1, o concelho registou uma perda de -12,1% da sua população por relação a 2011, seguindo a tendência da região do Alto Tâmega (-10,5%) e da própria região Norte que, embora com menos expressão, também perdeu população no período indicado (-2,8%).

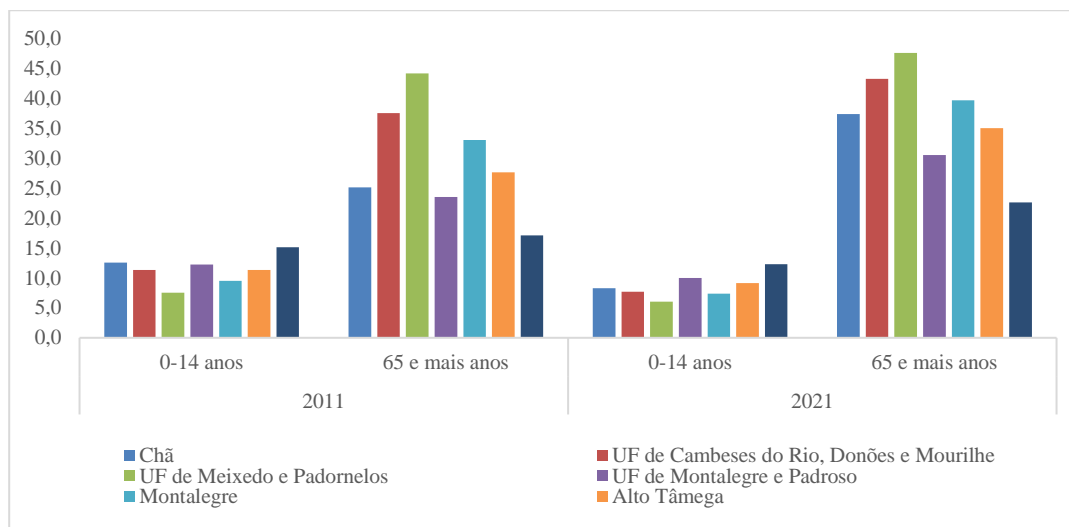
Tabela 1. *Variação da população residente entre 2011 e 2021, por área geográfica, total e por grupo etário*

	Variação da população residente entre 2011 e 2021		
	Total	Pop. 0-14 anos	Pop. com 65 e mais anos
Chã	-6,3	-38,3	39,4
UF de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe	-11,7	-40,0	1,7
UF de Meixedo e Padornelos	-20,4	-36,0	-14,3
UF de Montalegre e Padroso	-7,9	-24,7	19,7
Montalegre	-12,1	-31,7	5,5
Alto Tâmega	-10,5	-28,1	13,5
Região Norte	-2,8	-21,0	28,3

Fonte: *Construída a partir dos dados do Censos 2021, INE.*

Se atentarmos aos grupos etários dos 0-14 anos e dos 65 e mais anos, verificamos que houve um decréscimo acentuado da população entre os 0 e os 14, enquanto a população com 65 e mais anos aumentou significativamente. A queda da população também foi bastante significativa. A união de freguesias (UF) onde mais se fez sentir a perda populacional foi a de Meixedo e Padornelos: -20,4% por relação a 2011. Esta UF é também aquela que regista o maior peso de população com 65 e mais anos (figura 3): 47,5% da população. Porém, a freguesia que mais envelheceu foi Chã: mais 39,4% do que em 2011.

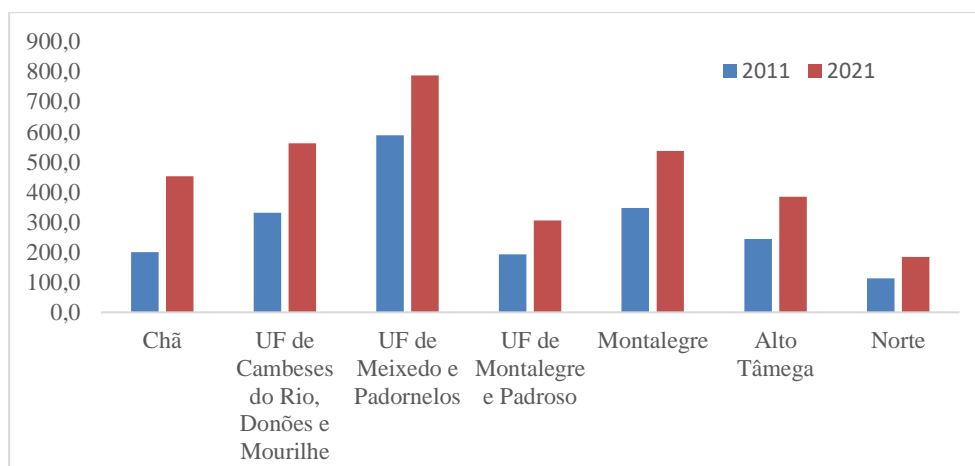
Figura 3. *Peso da população dos 0-14 anos e dos 65 e mais anos, por área geográfica, em 2011 e em 2021 (%)*



Fonte: *Construído a partir dos dados do Censos 2021, INE.*

Um outro indicador que permite medir o envelhecimento de uma região é o índice de envelhecimento. A figura 4 mostra-nos que no concelho de Montalegre os valores deste índice estão claramente acima de 100 nos dois anos, tendo-se registado uma subida entre 2011 e 2021. Observa-se novamente que é a UF de Meixedo e Padornelos aquela onde o índice de envelhecimento é mais elevado – 787,5 em 2021 (588 em 2011). Destaque-se, ainda, que a UF de Montalegre e Padroso é mais urbana que as restantes e, por isso, apresenta o índice mais baixo (não obstante superior a 100). Não só a população com 65 e mais anos aumentou no concelho, como também se acentuou o peso dos que, dentro deste grupo etário, têm 75 e mais anos: 54,8% em 2021, quando em 2011 o valor era de 34,4%.

Figura 4. *Índice de Envelhecimento em 2011 e em 2021, por área geográfica*



Fonte: *Construído a partir dos dados do Censos 2021, INE.*

No que concerne à intervenção social no domínio da terceira idade, de acordo com a Carta Social, existem 11 instituições com respostas destinadas às pessoas mais velhas em todo o concelho de Montalegre. Como se pode observar na tabela 2, há 3 equipamentos com resposta de centro de dia, cuja ocupação não atinge os 50%, 8 instituições com ERPI com uma ocupação de 100% e 7 equipamentos com SAD com uma taxa de ocupação de 76,8%.

Tabela 2. Equipamentos destinados à população idosa, capacidade e nº total de utentes no concelho de Montalegre

	Equipamentos	Capacidade	Utentes	Taxa de ocupação
Centro de dia	3	65	30	46,2
ERPI	8	248	248	100,0
Serviço de Apoio Domiciliário	7	233	179	76,8

Fonte: Carta Social (consultada em 11 de fevereiro de 2023).

Os dados apresentados mostram que apenas a resposta ERPI tem total ocupação, o que nos conduz à questão: estarão as respostas Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário adequadas às necessidades das pessoas ou estarão estas respostas em contextos geográficos onde não são necessárias e de difícil acesso àquelas pessoas que delas necessitam?

Para compreender um pouco melhor o território e a sua relação com as pessoas mais velhas, estabeleceram-se alguns contactos exploratórios com agentes sociais coletivos locais que têm trabalho neste domínio, bem como se consultou o diagnóstico social do concelho. Do recurso a estas fontes resultou a identificação de um conjunto de problemas.

A consulta do Diagnóstico Social do Concelho evidenciou que a falta de infraestruturas físicas e sociais e ainda a falta de emprego para a população ativa obriga os habitantes mais jovens do concelho a sair à procura de uma solução nas zonas urbano-litorais do país ou fora dele. É, por isso, um território marcado pelo fenómeno da baixa densidade populacional devido aos fluxos migratórios.

Os fracos acessos rodoviários, evidenciados no Diagnóstico Social e também pelos testemunhos dos entrevistados, são outro problema evidente no concelho e que tem um impacto importante na vida dos mais velhos condicionando a sua mobilidade. Para além disso, as acessibilidades a alguns dos serviços e instituições também não é facilitada devido à existência de lanços de escadas e ausência de rampas. A Associação de

Bombeiros Voluntários tem um papel importante neste domínio, sobretudo para os mais velhos, garantindo o transporte para as consultas de especialidade e em situação de urgência.

Em matéria de saúde, a maior parte das pessoas mais velhas dispõe de médico de família, ainda que a cobertura não seja total. Já a falta de consultas de especialização no concelho é um entrave, nomeadamente, no domínio das doenças do foro psicológico, obrigando a população a percorrer longas distâncias para ter acesso a este tipo de consultas. O programa “Abem” é uma mais-valia no apoio à medicação, embora seja apenas direcionado para a população em situação de carência económica.

As redes de relações nos territórios do interior e nos meios rurais são caracterizadas como fortes. Contudo é consensual entre os entrevistados que estas relações se vão rompendo devido à desertificação do território e ao envelhecimento da população. A falta de projetos inovadores relativamente à população idosa é, por isso, um entrave ao combate ao isolamento social. Apesar de existirem 11 instituições na localidade que prestam apoio às pessoas mais velhas, não são suficientes para responder a todas as necessidades e, sobretudo, para combater de forma eficaz os riscos de isolamento social e solidão. Neste domínio não podemos deixar de destacar o papel da GNR enquanto entidade que promove o combate ao isolamento da pessoa idosa através do programa “Idosos em Segurança”.

No que concerne à pobreza, sabe-se que os mais velhos são um dos grupos mais vulneráveis. Neste domínio, o concelho conta com o trabalho do SAAS que acompanha os agregados familiares em situação de carência económica e com o trabalho da delegação da Cruz Vermelha que presta apoio no que respeita à carência económica da população oferecendo bens alimentares e de primeira necessidade.

No plano cultural é importante destacar a Biblioteca Municipal que é um importante aliado no que respeita à promoção do envelhecimento ativo através da dinamização de atividades de animação sociocultural em algumas aldeias do concelho.

A breve análise ao concelho de Montalegre permite-nos, assim, identificar um conjunto de pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças (figura 5).

Figura 5. Análise SWOT do concelho de Montalegre

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
Fortes redes de suporte (vizinhança) População envelhecida como mais-valia de transmissão de saberes e valores culturais Projeto itinerâncias (Biblioteca Municipal de Montalegre) Integração em reserva natural	Duplo envelhecimento Desertificação Insuficiência de respostas sociais para a população mais velha Frac rede de transportes públicos Ausência de respostas de saúde no domínio da saúde mental
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Turismo Oportunidades de financiamento no âmbito do Portugal 2030	Emigração/êxodo rural Retração do Estado Social

Capítulo 3. Metodologia de investigação

Neste capítulo explicita-se o processo de elaboração do diagnóstico da população mais velha de Montalegre, destacando a metodologia de projeto enquanto caminho, os principais instrumentos de recolha, análise e tratamento de dados, e os pressupostos éticos. Reflete-se, ainda, sobre os desafios colocados pelo próprio processo de recolha da informação por via do inquérito.

3.1. A metodologia de projeto

Segundo Serrano (2008), a elaboração de projetos nasce da necessidade de melhorar a realidade. Os projetos podem ser variados e diferentes, mas todos tem uma característica comum: partem de um esboço de ações a realizar para se conseguir atingir determinados objetivos. Um projeto é então um plano de trabalho com caráter de proposta que deve ser bem orientado e preparado para atingir um determinado objetivo. Para realizar um projeto é necessário ter em conta o que se deseja alcançar e a sua finalidade; deve ainda haver uma adaptação do projeto às características do contexto social e territorial no qual se vai desenvolver; os instrumentos de recolha de dados devem ser adequados às informações que se pretende recolher; é necessário ter os recursos mínimos imprescindíveis para assegurar a sua aplicação e ainda uma calendarização exata para o desenvolvimento do projeto. (Serrano, 2008)

Assim, norteado pelos princípios da metodologia de projeto, o presente trabalho tem como objetivo geral a caracterização da população com 65 e mais anos residentes na U.F de Montalegre e Padroso, na U.F. da Chã, na U. F. de Cambeses, Donões e Mourilhe e na U. F de Meixedo e Padornelos (freguesias do concelho de Montalegre) de modo a proceder à identificação das suas necessidades e dos seus interesses e, a partir desse diagnóstico, propor a criação de uma resposta adequada a essas mesmas necessidades e interesses. Ou seja, elaboração do Diagnóstico Gerontológico de parte do concelho de Montalegre e conceção de uma Resposta Social.

Em termos de objetivos específicos, o trabalho de diagnóstico tinha como objetivos:

- a) Caracterizar a população com 65 e mais anos residente nas freguesias indicadas para um conjunto de dimensões: demográfica, económica, relacional, de saúde, de lazer, entre outras;

- b) Identificar as principais necessidades e estabelecer as prioridades de intervenção;
- c) A partir das prioridades identificadas, conceber um projeto de intervenção.

O Plano de Intervenção Gerontológico constitui um instrumento de planeamento estratégico da intervenção a desenvolver numa determinada localidade, através do qual se definem estratégias de intervenção em prol da melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas. Essas estratégias devem contribuir para um envelhecimento ativo e bem-sucedido, procurando assim erradicar/minimizar os problemas associados ao envelhecimento. Deste modo, o diagnóstico gerontológico possibilita, numa primeira fase elucidar os constrangimentos ou os benefícios com que se deparam as pessoas mais velhas em várias dimensões da vulnerabilidade social: a dimensão económica, social/ relacional, institucional e simbólica (Hilário, 2017), para a partir daí se propor a intervenção.

3.2. Instrumentos de recolha de dados

3.2.1. Entrevistas exploratórias

A entrevista é uma técnica de recolha de dados adaptada para a obtenção de informação acerca da opinião das pessoas (conhecimentos, vivências, expectativas, explicações sobre determinado facto, ou opinião sobre acontecimentos anteriores). Para além do entrevistador se poder adaptar às pessoas e às circunstâncias em que se desenrola a entrevista, este pode de igual modo recolher informações e esclarecer o conteúdo das questões. Por outro lado, esta técnica permite observar a expressão corporal, o tom de voz, e a ênfase atribuída às respostas pelo entrevistado. (Quivy & Campenhoudt, 1998)

Assim, e numa fase prévia para uma primeira abordagem à problemática do envelhecimento no concelho de Montalegre realizaram-se entrevistas exploratórias com um conjunto de agentes privilegiados do terreno: profissionais de serviço social e presidentes de IPSS locais; profissionais da área social da autarquia, políticos ligados à autarquia. Procurou-se igualmente entrevistar membros das forças de segurança, mas por razões de ordem burocrática, tal não foi possível.

3.2.2. Inquérito por questionário de administração indireta

Um inquérito por questionário de perspetiva sociológica visa a verificação de hipóteses teóricas e análise das correlações que essas hipóteses sugerem. Normalmente

são bastante elaborados e devido ao número elevado de participantes e o tratamento quantitativo das informações, as respostas à maior parte das perguntas são habitualmente pré-codificadas, para que os entrevistados escolham uma resposta de entre as que lhe são propostas. Este instrumento é usado para melhorar o conhecimento de uma população enquanto tal: as suas condições, modos de vida, comportamentos, os seus valores e opiniões (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Dado o objetivo do estudo, foi então escolhido como principal instrumento de recolha de informação o inquérito por questionário de administração indireta, ou seja, questionário aplicado pela investigadora a quem competiu colocar as questões e registar as respostas. A opção por esta modalidade prende-se com a população alvo e com o facto de permitir a construção de uma relação de maior proximidade e, desse modo, ter acesso a um conjunto mais amplo de informações, nomeadamente sobre o contexto residencial dos inquiridos.

O questionário¹ contemplava um conjunto de questões organizadas por áreas temáticas que visavam a obtenção de dados para caracterizar os inquiridos na dimensão económica (participação nas atividades de produção e de consumo), na dimensão social (pertença a grupos primários – laços sociais horizontais - e a grupos secundários – laços sociais verticais) e dimensão simbólica (as oportunidades que surgem após a entrada na reforma, e que proporcionam um sentimento de autorrealização e de pertença social) (Bruto da Costa, 2008; Gaulejac & Leonneti, 2007). Contemplaram-se, assim, questões que permitiam elaborar a caracterização sociodemográfica, o percurso profissional, a caracterização habitacional, as condições de saúde, a dimensão familiar e redes de sociabilidade, as atividades de lazer, as condições económicas, a rede institucional e equipamentos sociais. Para a avaliação de condições de saúde e de redes sociais utilizou-se um conjunto de escalas de avaliação devidamente testadas e validadas: o Índice de Barthel – Atividades de Vida Diária, versão portuguesa adaptada por Sequeira (2007); Escala de Lawton e Brody (1969) que permite avaliar a capacidade de realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); Escala da Depressão geriátrica de Yesavage (1986) na sua versão reduzida (15 itens); Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) versão portuguesa (Ribeiro et. al, 2012) e a Escala da Solidão da UCLA na versão portuguesa Neto (1989).

¹ Ver guião de inquérito em Anexo 1.

3.3. Amostra

Como vimos anteriormente, Montalegre é um concelho muito extenso em área, o que tornava extremamente difícil integrar, neste projeto e para efeitos de diagnóstico, todos os habitantes com mais de 65 anos das 25 freguesias que o contemplam. Assim, foi selecionada para o estudo a freguesia principal, União de Freguesias de Montalegre e Padroso e suas limítrofes, a saber: U. F. de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe (Cambeses, Frades, Donões, Mourilhe, Sabuzedo); U. F. de Meixedo e Padornelos (Meixedo, Codeçoso, Padornelos e Sendim) e U. F. da Chã (Aldeia Nova, Castanheira, Fírvidas, Gorda, Gralhós, Medeiros, Peireses, Penedones, São Mateus, São Vicente, Torgueda e Travaços da Chã).

Foi construída uma amostra não probabilística por quotas, tendo por base a população com 65 e mais anos, por sexo, nas freguesias indicadas em 2021² (ver tabela 3).

Tabela 3. Amostra da população com 65 e mais anos a inquirir e população efetivamente inquirida, por freguesia do concelho de Montalegre

	Total pop. com 65 e mais anos						AMOSTRA			INQUIRIDOS		
	Total		H		M		Total	H	M	Total	H	M
	N	% em coluna	N	% em linha	N	% em linha						
Chã	262	25,0	121	46,2	141	53,8	50	23	27	45	22	23
U. F. de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe	118	11,3	55	46,6	63	53,4	23	11	12	23	11	12
U. F. de Meixedo e Padornelos	126	12,0	54	42,9	72	57,1	24	10	14	24	10	14
U. F. de Montalegre e Padroso	541	51,7	239	44,2	302	55,8	103	46	57	83	37	46
TOTAL	1047	100	469	44,8	578	55,2	200	90	110	175	80	95

Fonte: Dados da população segundo o Censos 2021 (INE)

Inicialmente previu-se realizar 200 inquéritos, o que corresponderia a 19% da população com 65 e mais anos das freguesias selecionadas para o processo de pesquisa. No total foram realizados 175 inquéritos (16,7% da população com 65 e mais anos), dos quais 83 pertencentes à UF de Montalegre e Padroso, 24 à UF de Meixedo e Padornelos, 23 à UF de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe e os restantes 45 à UF da Chã. Como se pode observar, não houve desvios muito significativos face ao inicialmente previsto.

² Para o cálculo foram usados os dados dos Censos 2021 publicados pelo INE no seu site.

3.4. O processo de recolha de dados: riscos e potencialidades

O processo de recolha de dados começou no início do mês de março de 2022 e terminou a meados de julho do mesmo ano.

A estratégia usada para aceder às pessoas passou por estabelecer contacto, via email e por telefone, com os presidentes de junta de freguesias das uniões de freguesia contempladas no estudo. Este contacto visava solicitar o apoio dos referidos presidentes na divulgação, junto das populações, do trabalho que estava a ser desenvolvido pela investigadora. Foram igualmente contactados os párocos das freguesias, a quem se solicitou a mesma divulgação no momento da eucaristia. A opção por esta estratégia justifica-se pelo facto de se tratar de uma população envelhecida e que, por receio de contacto com estranhos por razões de segurança, poderia estar menos disponível para responder ao questionário. A divulgação do estudo junto da população revelou-se, por isso, fundamental para que o processo de recolha de dados fosse bem-sucedido. Para além disso, o facto de a investigadora ser natural da freguesia de Montalegre e aí residir, e ter familiares próximos da comunidade também contribuiu para a boa receção que teve junto das pessoas com 65 e mais anos do concelho.

No processo de aplicação dos questionários a investigadora pôde ainda contar, em algumas das UF, com a colaboração do presidente da junta ou de outros elementos deste órgão de poder local para o estabelecimento dos contactos no momento da realização do questionário.

Os inquéritos foram realizados, na sua maioria, na residência dos inquiridos, alguns no interior das mesmas, outros à porta. Alguns questionários foram também aplicados na sede da junta de freguesia ou, então, no local onde era mais propício no momento. Apenas um foi realizado telefonicamente porque a inquirida não permitiu o contacto direto. Em média cada questionário teve uma duração de 45min (o mais curto demorou 30 minutos e o mais logo 60 minutos).

Efetivamente, houve alguns fatores que poderão ter condicionado as respostas dos inquiridos. Começamos por salientar os fatores associados à situação: nalgumas situações os inquéritos foram aplicados estando presentes outras pessoas para além do inquirido, sendo elas o/a cônjuge e outros familiares, Presidentes da Junta ou outros elementos dos órgãos da freguesia, vizinhos e amigos. Esta situação poderá ter contribuído para a inibição de alguns inquiridos.

Um outro fator a ter em consideração prende-se com as características da investigadora e inquiridora, a saber, ser residente no concelho e conhecida de alguns dos inquiridos. O impacto nos inquiridos passou sobretudo pela inibição na resposta às questões relacionadas com a dimensão económica e também a algumas escalas. No entanto, o facto de a investigadora ser licenciada em Serviço Social, acabou por ser uma mais-valia na medida em que permitiu proceder ao encaminhamento imediato para o Serviço de Acompanhamento e Atendimento Social (SAAS) dos inquiridos que revelavam alguma vulnerabilidade que exigia intervenção. De facto, nalgumas situações os inquiridos acabaram por ter informação sobre determinado tipo de apoios sociais que desconheciam e aos quais poderiam ter direito.

Outro fator muito importante, foi sem dúvida, a escuta ativa que a investigadora realizou junto dos que mais precisavam, sendo eles aqueles que apresentaram sintomatologia depressiva, solidão e isolamento. Apesar de a maior parte dos inquiridos, como iremos ver no capítulo seguinte, não ter problemas desta natureza, houve situações onde foi evidente a necessidade de conversar e que pediram à investigadora que voltasse novamente.

Conclui-se que foi uma investigação bastante proveitosa na medida em que proporcionou um melhor conhecimento de todo o território e também da população envelhecida que nele incide.

3.5. Pressupostos éticos

De acordo com Kvale (1996), a investigação científica deve obedecer a três pressupostos éticos fundamentais: o consentimento informado, a confidencialidade e as consequências.

O consentimento informado implica informar todos os participantes sobre o objetivo geral da investigação, as principais características da informação que se pretende recolher projeto, os riscos ou benefícios da participação no trabalho de pesquisa e a obtenção de participação voluntária na pesquisa. Para o efeito elabora-se um documento escrito que se fornece a cada participante e que deve ser assinado pelo(a) próprio(a) e pela pessoa responsável pela investigação. Assim, a realização dos inquéritos pressupôs a elaboração do referido documento e a obtenção, por escrito, da concordância de cada participante em fazer parte da pesquisa³.

³ Ver Modelo de Consentimento Informado em Anexo 2.

Quanto à confidencialidade, os participantes foram informados da finalidade da pesquisa que estava a ser realizada – obtenção de grau académico – bem como da garantia de anonimato dos dados pois não iria ser utilizada qualquer informação que permitisse a identificação do/a inquirido/a. Este princípio está garantido pois este trabalho apenas reflete dados agregados, não sendo possível identificar os inquiridos.

Finalmente, e quanto às consequências, Kvale (1996) defende que a pesquisa se deve nortear pelo princípio da beneficência, ou seja, os riscos para os participantes devem ser mínimos. Neste caso, entendemos que a participação nesta pesquisa poderá ter trazido benefícios para os inquiridos: para além de o processo de aplicação do questionário ter constituído um momento de partilha e de sociabilidade fundamental para o bem-estar, em algumas situações foi até possível identificar situações de vulnerabilidade que careciam de resposta imediata e encontrar uma solução para essas mesmas situações.

3.6. Procedimentos para o tratamento e análise dos dados

A análise estatística dos dados utilizou o programa informático IBM® SPSS® Statistics for Windows, versão 27.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). Numa primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra, foi feita uma análise descritiva dos resultados em função da natureza das variáveis em estudo. Para as variáveis qualitativas, calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos – N) e frequências relativas (percentagem de casos válidos - %). Por outro lado, para as variáveis quantitativas, calcularam-se estatísticas descritivas de tendência central (Média, mediana e moda), de dispersão (desvio padrão - D. Padrão) e ainda os valores extremos (mínimo - Mín. e máximo - Máx.). Nas questões de resposta múltipla, as percentagens de resposta apresentadas (%), são relativas ao total de casos válidos. A exploração numérica dos dados foi acompanhada, sempre que considerado pertinente, de representações gráficas.

Na segunda fase, tendo em consideração os objetivos do estudo, as hipóteses de investigação definidas previamente e ainda a natureza das variáveis a comparação (variáveis qualitativas em escala de medida nominal), utilizou-se o teste de independência do Qui-quadrado (X^2) e respetivas tabelas de contingências com o número (N) e percentagem de casos (%), para verificar a relação de dependência entre as variáveis de interesse em estudo. A avaliação da consistência interna das dimensões utilizadas (*score* da UCLA e as quatro dimensões das “atividades de lazer”), recorreu ao alfa de *Cronbach* ($\alpha > 0.5$) Por fim, após avaliação, da assimetria e da curtose (através dos respetivos

coeficientes), e da normalidade das dimensões em estudo (por aplicação do teste não paramétrico de *Kolmogorov-Smirnov-K-S*, com correção de Lilliefors e dos gráficos *Q-Q plot*), atendendo a que os pressupostos de normalidade não foram verificados, procedeu-se à aplicação de testes não paramétricos. Para a comparação de grupos independentes, ou não relacionados, utilizaram-se os testes de *Mann-Whitney*, sempre que os grupos a comparação eram dois (ex.: Sexo, Masculino, Feminino) e o teste de *Kuskal-Wallis* sempre que se apresentavam mais do que dois grupos à comparação (ex.: estado civil, Casado/a ou em União de facto, Viúvo, Outro estado civil). Havendo a indicação de existência de diferenças significativas, procedeu-se à sua identificação por comparação par-a-par, aplicando o teste de *Mann-Whitney*. Adicionalmente, realizou-se quando considerado adequado, uma análise de correlação entre variáveis de interesse por aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson* (Maroco, 2018).

Em todos os testes de hipóteses realizados foi considerado um erro de tipo I igual a 5% (ou nível de significância – valor- $p < 0.05$).

Capítulo 4. Diagnóstico Social

Para o desenvolvimento de um projeto de intervenção social, é necessário, primeiramente, conhecer e analisar a realidade em questão. Assim, este capítulo reflete a caracterização da população inquirida.

4.1. O diagnóstico da população idosa de Montalegre

4.1.1 Caracterização sociodemográfica

Como podemos constatar pela tabela 4, a população alvo deste estudo tem uma média de idades de 74 anos (DP= 6,17 anos), variando entre 65 e 94 anos de idade, sendo que aproximadamente 62% tem idades entre 65 e 75 anos e 38% tem 75 ou mais anos de idade. Em termos de distribuição por sexo, a amostra é maioritariamente do sexo feminino (54%), sendo os restantes do sexo masculino (46%), o que respeita a proporção existente na população. Relativamente ao estado civil, constata-se que a condição de casado ou em união de facto predomina, com uma percentagem de aproximadamente 74%. Os restantes 26% dos inquiridos dividem-se pelos restantes estados civis, sendo o de divorciado(a) o menos representativo, com apenas 4%.

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica da população inquirida

		N	%
Idade	65 a 75 anos	108	62%
	Mais de 75 anos	67	38%
	Total	175	100%
Idade (Média= 74,01; `D.P.= 6,17; `Min.= 65; `Max= 94			
Sexo	Masculino	81	46%
	Feminino	94	54%
	Total	175	100%
Estado civil	Solteiro/a	12	7%
	Casado/a ou em União de facto	129	74%
	Divorciado/a	7	4%
	Viúvo/a	27	15%
	Total	175	100%

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

No que diz respeito à relação dos inquiridos com a escola (Tabela 5), verifica-se que praticamente a totalidade dos inquiridos frequentou algum nível de escolaridade (95%). A grande parte dos inquiridos é, por isso, alfabetizada, sendo que apenas 8% não sabem ler nem escrever. Quanto ao grau de escolaridade, três em cada quatro dos

inquiridos frequentou a escola até ao 1º ciclo do ensino básico (75%). Os restantes 25% dispersam-se pelos restantes ensinos, sendo o mais representativo os que frequentaram até ao Ensino básico/ 2º ciclo (10%) e o menos representativo os que frequentaram até ao Ensino secundário (3%). Pode então concluir-se que os inquiridos têm níveis de escolaridade baixos, mas ajustados aquilo que era a escolaridade obrigatória no momento em que frequentaram o sistema de ensino. Merece destaque, porém, o facto de haver um maior número de inquiridos com idades compreendidas entre os 65 e 75 anos que frequentaram o ensino secundário ou superior, comparativamente com os de 75 ou mais anos.

Tabela 5. Nível de escolaridade da população inquirida

		N	%
Frequentou a escola?	Não	9	5%
	Sim	166	95%
	<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>
Sabe ler e escrever?	Só sabe ler	1	1%
	Só sabe escrever	0	0%
	Sabe ler e escrever	165	95%
	Não sabe ler nem escrever	8	5%
	<i>Total</i>	<i>174</i>	<i>100%</i>
Grau de escolaridade	Ensino Básico 1º ciclo	125	75%
	Ensino Básico 2º ciclo	16	10%
	Ensino Básico 3º ciclo	7	4%
	Ensino Secundário	5	3%
	Ensino médio	7	4%
	Ensino Superior	6	4%
	<i>Total</i>	<i>166</i>	<i>100%</i>

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

As baixas qualificações evidenciadas devem-se ao facto de que na época em que os participantes frequentaram o sistema de ensino – período do Estado Novo – a pobreza ser bem evidente na sociedade portuguesa e, sobretudo nos contextos rurais, desde muito cedo as crianças constituíam mão-de-obra para as atividades agrícolas. A pobreza, a necessidade de trabalhar para trazer recursos para a família e a ausência de expectativas face ao futuro contribuía para um abandono do sistema de ensino após a conclusão da escolaridade obrigatória, quando esta era conseguida.

No que concerne ainda a escolarização, não podemos deixar de evidenciar que são as mulheres mais velhas as que representam o maior segmento de não escolarizados.

Podemos deduzir que grande parte delas não estudou devido a trajetos individuais/familiares, com o casamento, com o nascimento dos filhos, ou para prestar cuidados a outros familiares doentes ou idosos, o que é explicado por aquilo que era o papel da mulher na sociedade do Estado Novo. Em Portugal, como é sabido, o processo de escolarização no período salazarista esteve dependente de uma ideologia corporativista que impediu o acesso à escola das famílias populares. Podemos afirmar que as elevadas taxas de analfabetismo da população mais envelhecida são resultado, por um lado, da política conservadora da sociedade portuguesa no período do Estado Novo que se opôs à implementação da generalização da alfabetização e, por outro, às assimetrias regionais provocadas pelo desigual desenvolvimento económico das regiões. Concomitantemente, esta baixa escolaridade nos mais velhos pode dever-se à falta de exigência de requisitos escolares para o acesso a uma profissão e à obrigatoriedade de frequentar o ensino que outrora não o era (escolaridade obrigatória de seis anos só se iniciou em 1967). (Esteves, 1996)

Quanto à condição atual perante o trabalho (Tabela 6), 90% dos inquiridos encontram-se reformados, 6% exercem uma atividade profissional e os restantes 4% dividem-se pelas categorias de “ocupa-se pelas tarefas do lar” e “outra situação”.

Tabela 6. *Condição atual perante o trabalho da população inquirida*

	N	%
Exerce uma atividade	10	6%
Está desempregado	0	0%
Está reformado	158	90%
Ocupa-se das tarefas do lar	3	2%
Outra situação	4	2%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Já no que diz respeito ao agregado familiar (Tabela 7), do total de 175 inquiridos 83% vivem acompanhados e 17% vivem sozinhos. Em média, a população inquirida vive com 1,4 pessoas (D.P.= 1,2), variando entre 1 e 10 pessoas.

Tabela 7. *Composição do agregado doméstico da população inquirida*

		N	%
Atualmente vive?	Sozinho	29	17%
	Acompanhado	146	83%
	<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>
Quantas pessoas vivem consigo?	(Média= 1,42; D.P.= 1,19; `Min.= 1; Max= 10)		

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Dos que vivem acompanhados a grande parte vive com o cônjuge e/ou com filhos e netos (Tabela 8). Os dados evidenciam um conjunto de inquiridos que se encontra aparentemente protegido em termos de isolamento social, já que poucos são os que vivem sós. Esta questão será retomada no momento da análise dos resultados da escala que avalia o isolamento social (escala de Lubben).

Tabela 8. *Composição e número de familiares no agregado doméstico da população inquirida*

	N	M	DP
N.º Filho(s)	18	1,22	0,73
N.º Filha(s)	18	1,06	0,24
Nº de Nora(s)	2	1,5	0,71
Nº de Genro(s)	7	1	0
Nº de Neto(s)	11	1,09	0,3
Nº de Neta(s)	8	1,38	0,74
Nº de Irmão(s)	2	1	0
Nº de Irmã(s)	4	1	0

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

4.1.2. Caracterização habitacional

Para a caracterização das condições habitacionais dos inquiridos não podemos deixar de destacar que uma parte dos mesmos esteve (e)migrado. A emigração, assim como o êxodo rural rumo às cidades do litoral, afetaram de forma muito particular os meios rurais durante os anos 1960 e até meados de 1970. Assim, foi possível inquirir pessoas que tendo sido (e)migrantes retornaram à sua terra natal. Como referem Bolzman & Bridji (2019, cit in Azevedo, 2022), a reforma é um momento de mudança na vida das pessoas, com um grande impacto tanto ao nível individual como social, constituindo um momento oportuno para desencadear uma migração, internacional ou dentro do próprio país para zonas rurais. No caso de migrantes que envelheceram nos países de acolhimento, eles têm em consideração poder regressar ao seu país. (Azevedo, 2022)

Como se pode constatar pela tabela 9, representada em baixo, a maioria dos inquiridos vive numa moradia (99%), enquanto apenas 1% vive em apartamento.

Tabela 9. Tipo de habitação onde reside a população inquirida

	N	%
Moradia/Casa isolada	173	99%
Apartamento	2	1%
Apartamento bairro social	0	0%
Barraca	0	0%
Anexos de casa	0	0%
Outra situação	0	0%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

Relativamente à relação dos inquiridos com a habitação (tabela 10), a maioria habita em casa própria (93%), os restantes 7% dividem-se pelas restantes categorias.

Tabela 10. Regime de propriedade da habitação

	N	%
Própria (sem empréstimo)	162	93%
Própria (a pagar empréstimo)	4	2%
Arrendada	1	1%
Cedida por familiares/amigos	5	3%
Outra situação	3	2%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

Tendo em conta a dimensão média da família (1,42 pessoas), podemos afirmar que a sobrelotação da habitação não constituiu um problema: em média as habitações têm 3,73 divisões (excluindo sala, cozinha e instalações sanitárias) (tabela 11).

Tabela 11. Número de divisões da habitação da população inquirida

Média	DP	Mín.	Máx.
3,73	1,41	1	9

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

No que diz respeito a infraestruturas e equipamentos básicos da habitação, todos os inquiridos têm luz elétrica e aquecimento de algum tipo (tabela 12). Há apenas uma pessoa nesse universo que não tem água quente, canalização e televisão. Relativamente ao saneamento, 58% dos inquiridos tem saneamento na habitação. Quanto aos acessos a

meios de comunicação e de informação, 54% tem internet e 85% tem telefone fixo e 85% telemóvel.

Tabela 12. Infraestruturas básicas da habitação

	N	%
Casa-de-banho interior	174	99%
Internet	95	54%
Água canalizada	174	99%
Água quente	174	99%
Luz elétrica	175	100%
Saneamento	101	58%
Aquecimento	175	100%
Televisão	174	99%
Telefone fixo	148	85%
Telemóvel	148	85%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

Por fim, apura-se ainda que todos os inquiridos têm algum tipo de aquecimento em casa, sendo os predominantes: o aquecimento a lenha (42%), a gasóleo e lenha (20%) e 18% possui apenas gasóleo como aquecimento e os restantes tem outros tipos de aquecimento (ex.: elétrico, gás natural, gás de garrafa e pellets) (tabela 13).

Tabela 13. Tipo de aquecimento de que dispõe a população inquirida

	N	%
Elétrico	4	2%
Elétrico e gás	1	1%
Gás	5	3%
Gás natural	4	2%
Gasóleo	31	18%
Gasóleo e gás	1	1%
Lenha	73	42%
Lenha e elétrico	3	2%
Lenha e gás	4	2%
Lenha e gás natural	3	2%
Lenha e gasóleo	35	20%
Lenha e pellets	3	2%
Lenha, gasóleo e pellets	3	2%
Pellets	5	3%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

4.1.3. Condições de saúde

Como oportunamente referimos, envelhecer de forma saudável é fundamental para garantir a manutenção da autonomia e uma vida de e com qualidade. Vários são os fatores que podem condicionar as possibilidades de envelhecer de forma saudável, nomeadamente as oportunidades ao longo da vida e que condicionam a acumulação de recursos que podem ser capitalizados quer ao longo do ciclo de vida, quer no momento da velhice. Para além disso, não podemos esquecer também fatores de natureza mais comportamental e que se prendem com os estilos de vida adotados que decorrem não apenas de escolhas individuais, mas também são condicionados pelas condições objetivas de subjetivas de vida. Assim, hábitos de vida pouco saudáveis ao longo da vida, acarretam alguns problemas como a obesidade, o alcoolismo e problemas cardiovasculares. Estes são um problema para a saúde dos mais velhos que os têm, pois podem agravar-se à medida que eles vão envelhecendo. O abuso de alimentos ricos em gorduras saturadas, sódio e açúcares é um instigador para doenças como enfarte, derrames, hipertensão, obesidade, diabetes e até cancro (Azevedo, 2015).

A qualidade de vida esta inteiramente relacionado com o grupo de idade. No que refere à população com mais de 75 anos, a qualidade de vida está relacionada mais com os tipos de doença e o seu plano funcional, já no grupo etário 65-75 anos, os seus problemas de saúde têm mais a ver com a evolução do seu estatuto social, sobretudo com a entrada na reforma que, para muitos é considerada uma perda de ligação social, que pode levar a estados depressivos.

Procuramos, por isso, avaliar as condições de saúde da população inquirida. Efetivamente, praticamente a totalidade dos inquiridos diz sofrer de algum tipo de doença crónica (tabela 14).

Tabela 14. *Existência de problemas crónicos de saúde*

	N	%
Não	13	7%
Sim	162	93%
<i>Total</i>	175	100%

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Quando questionados sobre o tipo de doença (tabela 15), os inquiridos assinalaram como mais prevalentes as doenças do aparelho circulatório 88%, nomeadamente hipertensão e colesterol alto. Outras doenças bastante frequentes entre os inquiridos são doenças musculoesqueléticas (38%). Para esta realidade, contribuem particularmente os

hábitos alimentares no primeiro caso e o tipo de atividade profissional desenvolvida no segundo caso.

Tabela 15. *Tipo de problemas se saúde*

	N	%
Doenças dos olhos	6	4%
Doenças cancerígenas	16	10%
Doenças do foro psíquico/mental	20	12%
Outra(s)	27	17%
Doenças do ouvido	6	4%
Doenças do sangue	10	6%
Doenças do aparelho digestivo	18	11%
Doenças do aparelho respiratório	9	6%
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	33	20%
Doenças infecciosas	0	0%
Doenças dos músculos e ossos	61	38%
Doenças do aparelho circulatório	142	88%
<i>Total</i>	162	100%

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Quando solicitados para efetuarem uma apreciação geral do seu estado de saúde, cerca de metade dos inquiridos (47%) menciona que a sua saúde nem é boa, nem é má. Por outro lado, 32% dos inquiridos referem ter uma saúde muito boa ou boa, sendo que 21% a considera má ou muito má (tabela 16). Globalmente podemos considerar que se trata de uma população inquirida com uma perceção subjetiva positiva quanto à sua saúde.

Tabela 16. *Como avalia a sua saúde?*

	N	%		
Muito Boa	12	7%	Média	2,9
Boa	43	25%	DP	0,97
Nem boa, nem má	83	47%	Mín.	1
Má	25	14%	Máx.	5
Muito má	12	7%		
<i>Total</i>	175	100%		

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Escala: 1= Muito boa até 5= Muito má

Para além das questões mais gerais sobre a saúde, foram aplicadas diversas escalas que permitem avaliar o grau de autonomia dos inquiridos, bem como a existência de situações de depressão.

A Escala de Lawton e Brody (1969) (Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD) permite avaliar a autonomia da pessoa para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade. Contempla as seguintes atividades: utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, gestão da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros. A informação pode ser obtida através do questionário direto à pessoa mais velha, a familiares ou a cuidadores da mesma. Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD o idoso é classificado como: dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). Na versão da escala que usamos, no caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

Assim, e na sequência da aplicação da escala de Lawton e Brody podemos apurar que 90% dos inquiridos do sexo feminino são independentes e que 85% dos inquiridos masculino são independentes (tabela 17).

Tabela 17. Escala de Lawton & Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária de acordo com o sexo feminino e o sexo masculino

Lawton-Brody (Feminino)	N	%		
Dependência total (0-1)	0	0%	Med.	7,83
Dependência grave (2-3)	1	1%	DP	0,71
Dependência moderada (4-5)	0	0%	Mín.	2
Dependência ligeira (6-7)	8	9%	Máx.	8
Independente (8)	85	90%		
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100%</i>		
Lawton-Brody (Masculino)	N	%		
Dependência total (0)	1	1%	Med.	4,67
Dependência grave (1)	3	4%	DP	0,99
Dependência moderada (2-3)	0	0%	Mín.	0
Dependência ligeira (4)	8	10%	Máx.	5
Independente (5)	69	85%		
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>100%</i>		

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

Quanto à escala de Barthel, que permite avaliar o desempenho nas atividades de vida diária, apesar de ter sido aplicada não foi incluída na análise da caracterização porque apenas um indivíduo apresenta dependência total. Os restantes são todos independentes nas atividades de vida diária. Podemos assim concluir que estamos perante uma amostra composta por pessoas com níveis elevados de autonomia e de independência.

Para além da avaliação dos níveis de dependência, e havendo estudos que revelam que a depressão afeta, de forma muito particular, as pessoas mais velhas, aplicamos, igualmente a Escala da Depressão geriátrica. Esta escala é utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso. A informação é obtida através de questionário direto à pessoa mais velha. A escala de Yesavage (1986) tem uma versão completa, com 30 questões e uma versão curta com 15 questões. A versão curta está validada pelo autor e os seus resultados são sobreponíveis aos da versão completa, pelo que é a mais utilizada. É constituída por 15 questões com resposta dicotómica (Sim ou Não). As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto.

Tabela 18. *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (versão curta de 15 itens)*

	N	%
Sem depressão (<= 5 pontos)	159	91%
Sintomatologia depressiva ligeira (6 a 10 pontos)	15	9%
Sintomatologia depressiva grave (11 a 15 pontos)	1	1%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Como se pode constatar na tabela 18, a aplicação da escala curta de Yesavage da Depressão Geriátrica traduziu-se na identificação de apenas 9% dos inquiridos com sintomatologia depressiva ligeira e apenas 1% apresenta sintomatologia depressiva grave. Os dados são, por isso, bastante positivos e contrariam até as tendências de outras pesquisas que apontam a depressão como um problema de particular relevância nesta população.

4.1.4. Caracterização da Dimensão Familiar e Redes de Sociabilidade

O problema do isolamento social enquadra-se na dimensão relacional/ social da vulnerabilidade social, que engloba as solidariedades horizontais originárias de grupos primários, como a família, os amigos e os vizinhos, e as solidariedades verticais relacionadas com os laços que se podem contruir no quadro das instituições e da relação com os profissionais das mesmas.

Na verdade, o sofrimento dos mais velhos, provocado pelo sentimento de solidão, é considerado como uma das experiências mais penosas e problemáticas que se pode vivenciar. Este sentimento não acontece só nos casos das pessoas que habitam sós, mas também no seio das próprias famílias e em instituições, onde há, frequentemente, falta de

comunicação, e participação social e afetiva. É de realçar que solidão e isolamento não são sinónimos, embora o isolamento possa influenciar o aparecimento da solidão. O sentimento de solidão pode estar associado à dor emocional pela perda de alguém que se ama, a um sentimento de exclusão ou falta de laços sociais. (Leitão, 2015)

Para Monk (1988, cit in Paúl, 1997), os fatores demográficos responsáveis pela solidão e que são o resultado da diminuição das taxas de fertilidade e mortalidade são: uma maior esperança de vida; uma maior sobrevivência no grupo de indivíduos com mais de 75 anos; maior longevidade das mulheres por relação aos homens; e mais situações de pessoas idosas a viverem sozinhas. Ou seja, a solidão resulta de fatores situacionais e características pessoais. Nos fatores situacionais pode incluir-se a diminuição de contacto social, perda relacional, redes sociais inadequadas, fracasso e fatores temporais. As características pessoais que podem levar ao surgimento da solidão são: a depressão, a timidez, a autoestima, o autoconceito, as habilidades sociais (Neto, 2000).

De modo a avaliar os riscos de isolamento social e solidão, colocou-se um conjunto de questões aos inquiridos sobre as suas redes de sociabilidade e solidariedade. Relativamente à dimensão familiar e redes de sociabilidade, podemos perceber que apenas 8% dos inquiridos não tem, nem teve filhos. A maioria teve entre um e três filhos: 41% teve dois filhos, 18% teve apenas um filho e 16% teve até três filhos. Os restantes tiveram entre 3 a 12 filhos.

A maioria dos inquiridos (98%) afirma que se necessitar de ajuda para alguma situação, que não possa ser feita pelo próprio, tem alguém que o possa fazer. Dos que responderam afirmativamente, 59% dizem que esse apoio advém dos filhos, 47% tem o apoio do cônjuge e os restantes dizem que esse apoio pode surgir por parte de amigos, vizinhos, primos, netos e irmãos (tabela 19). Podemos por isso concluir que é o cônjuge e os filhos são aqueles que desempenham um papel mais importante no apoio às pessoas mais velhas.

Tabela 19. *Redes de suporte da população inquirida*

	N	%
Cônjuge	80	47%
Filhos/as	100	59%
Netos/as	10	6%
Irmãos	13	8%
Amigos	29	17%
Outra	40	24%
<i>Total</i>	<i>170</i>	<i>100%</i>

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Ainda neste domínio aplicamos também a Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS). Esta escala é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a integração social e o risco de isolamento social em pessoas mais velhas residentes na comunidade. A LSNS-6 tem por base dois conjuntos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. Os itens incluídos no primeiro conjunto são: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc... (1) “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês, (2) “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. Estes três itens são repetidos em relação aos amigos, incluindo aqueles que vivem na vizinhança do respondente. A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, a qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”). Tendo em conta a aplicação da escala de *Lubben*, podemos apurar que a maioria destes inquiridos não se encontram em situação de risco de isolamento social, porém existem 3% dos inquiridos em situação de risco (tabela 20).

Tabela 20. Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

	N	%
Risco de isolamento social (<=11 pontos)	5	3%
Sem risco de isolamento social (>= 12 pontos)	170	97%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

Já com a aplicação da escala da Solidão (UCLA), podemos perceber que a média das pessoas não atinge grandes scores (≈ 24), uma vez que quanto maior for o score obtido maior solidão sentem os indivíduos. A Escala revista da original UCLA Loneliness Scale foi descrita e adaptada para a população portuguesa por Neto (1989). A versão portuguesa consiste num questionário com 18 itens que avalia a solidão e os sentimentos associados à mesma. As respostas a cada item fazem-se numa escala tipo *Likert* com 4 pontos, desde nunca (1) até muitas vezes (4). A pontuação mínima obtida é de 18 pontos e a máxima de 72 pontos. A pontuação total é obtida através da soma dos itens, metade dos quais formulados ao inverso (itens 1,4,5,8,9,13,14,17 e 18), e reflete o índice de solidão. Assim, o maior número de pontos alcançados traduz solidão, enquanto uma pontuação baixa traduz uma maior satisfação social (menor de solidão). Existiram alguns

constrangimentos na aplicação desta escala, pois a forma como as frases estão construídas e também as 4 hipóteses de resposta geraram confusão aos inquiridos, tendo acontecido que a uma parte deles respondia apenas sim e não. Importa mencionar que grande parte dos inquiridos diz não se sentir sozinho, mas afirma que as pessoas já não convivem como outrora, isto porque atualmente os convívios são muito raros, são feitos apenas em datas festivas (Ex: Natal, Páscoa, Carnaval e festas de Verão) e as restrições que a pandemia COVID19 trouxe aumentaram este sentimento (tabela 21).

Tabela 21. *Escala da Solidão da UCLA*

	N	Média	DP	Mín	Máx.
Total UCLA	175	23,68	5,74	18,00	47,00

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Em suma, e no que concerne as condições de saúde, estamos perante uma população autónoma, independente na realização das suas atividades diárias, sem sintomatologia depressiva e sem risco de isolamento social.

4.1.5. Condições económicas e percurso profissional

A vulnerabilidade económica é um problema que afeta de forma muito particular a população mais velha portuguesa. Os dados sobre o risco de pobreza, publicados anualmente pelo INE, revelam que o grupo dos 65 e mais anos é um dos que apresenta maior risco de pobreza. São as transferências sociais que garantem que esse risco seja reduzido, embora não totalmente eliminado. Assim, e de acordo com os dados de 2021, 17% das pessoas com 65 e mais anos estavam em risco de pobreza após transferências sociais (INE, 2021).

Para este risco de pobreza contribuem, claramente, as baixas pensões a que os mais velhos têm acesso. E estas devem-se aos percursos profissionais ora marcados pelo exercício de profissões mal remuneradas, ora marcados por baixos (ou inexistentes) descontos para a segurança social.

Assim, e para analisarmos a vulnerabilidade económica da população inquirida, temos de retomar o seu percurso profissional. A maior parte (90%) exerceu uma atividade profissional. Como podemos observar na tabela 22, dos 158 inquiridos que estão atualmente reformados e que exerceram uma atividade profissional, 69% exerceram essa

profissão por conta de outrem, outros por conta própria (25%), alguns como patrão (6%) e apenas um em “outra situação”.

Tabela 22. *Situação na profissão*

	N	%
Patrão	9	6%
Trabalhador por conta própria	39	25%
Trabalhador por conta de outrem	109	69%
Outra situação	1	1%
<i>Total</i>	<i>158</i>	<i>100%</i>

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Em relação ao tipo de profissão exercida, podemos verificar na tabela 23 que 21% teve uma profissão inserida no grupo dos “Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices” que são particularmente trabalhadores da construção civil e trabalhadores/operadores de fábrica, 21% teve uma profissão inserida no grupo dos “Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores”, sendo estes principalmente porteiros, comerciantes e funcionários escolares e que 15% se inserem no grande grupo dos “Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta” sendo estes agricultores de profissão muitas vezes fazendo produção para consumo próprio e/ou. Há ainda a destacar 14% dos inquiridos que se enquadram no grupo dos “Trabalhadores não qualificados” sendo estes sobretudo trabalhadores de limpeza.

Tabela 23. *Profissão exercida pela população inquirida*

	N	%
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	6	4%
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	10	6%
Técnicos e profissões de nível intermédio	7	5%
Pessoal administrativo	10	6%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	32	21%
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	24	15%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	33	21%
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	12	8%
Trabalhadores não qualificados	22	14%
<i>Total</i>	<i>156</i>	<i>100%</i>

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

Num tempo em que muito se discute sobre o futuro do sistema de segurança social do país, torna-se incontornável mencionar os diversos subsídios/pensões sociais disponíveis para os mais velhos portugueses: a pensão de velhice (dirigida às pessoas com sessenta e seis anos de idade e que tenham pago contribuições para a segurança social durante pelo menos quinze anos); a pensão social de velhice (dirigida às pessoas com sessenta ou mais anos de idade, com baixos rendimentos, que não tenham direito à pensão de velhice); o complemento solidário para idosos (apoio em dinheiro pago mensalmente a pessoas com mais de 65 anos com baixos recursos com mais de sessenta anos e residentes em Portugal). No que diz respeito ao histórico de descontos para sistemas de proteção social, num total de 175 inquiridos foram apenas 3% aqueles que não realizaram descontos para a Segurança Social (tabela 24).

Tabela 24. *Situação face aos descontos para a Segurança Social*

	N	%
Não	6	3%
Sim	169	97%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

As condições económicas das pessoas com mais de 65 anos inquiridas são pouco dispares no que respeita ao tipo de rendimento mensal, apesar da grande parte afirmar receber pensão de velhice poucos são aqueles que sabem qual é o tipo de pensão. No entanto, podemos apurar que existem outras fontes principais de rendimento como: subsídios agrícolas, salário, rendas/juros, pensão de sobrevivência (pensão atribuída por morte do cônjuge).

No que concerne às despesas fixas, e como podemos verificar na tabela 25, estas centram-se sobretudo na água, eletricidade e gás, nas telecomunicações e na medicação. É importante salientar que a habitação não constitui uma despesa fixa, o que é um fator potencialmente protetor de situações de vulnerabilidade à pobreza.

Tabela 25. Despesas fixas mensais

	N	%
Habituação (renda ou empréstimo bancário)	4	2%
Outras	2	1%
Luz	174	99%
Água	147	84%
Medicação	166	95%
Gás	167	95%
Televisão	118	67%
Internet	95	54%
Transportes	0	0%
Telefone/telemóvel	171	98%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

A maior parte da população não tem dificuldade em pagar as despesas mensais. Apenas 11% referem ter dificuldade e destes 52% recorrem a familiares e 43% a contas poupanças (tabela 26).

Tabela 26. Dificuldade para fazer face às despesas e suporte em caso de necessidade

O seu rendimento mensal permite-lhe pagar todas as despesas?	N	%
Não	20	11%
Sim	155	89%
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>
Se não, como faz para pagar todas as despesas?	N	%
Recorre a familiares	11	52%
Recorre a amigos	0	0%
Recorre a vizinhos	0	0%
Recorre a apoios sociais	1	5%
Outras situações.	9	43%
<i>Total</i>	<i>21</i>	<i>100%</i>

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

Já o rendimento líquido mensal difere um pouco em termos de valores (tabela 27): 28% dos inquiridos auferem rendimentos mensais de mais 1500€, 18 % dos inquiridos auferem entre “mais de 301€ até 500€” e entre “900€ e 1100€” existem 13% de inquiridos a auferir este valor.

Tabela 27. Rendimento líquido mensal

Rendimento líquido mensal (individual ou do casal)	N	%
Até 300€	4	2,5%
Mais de 301 e até 500€	29	18,0%
Mais de 500 e até 700€	15	9,3%
Mais de 700 e até 900€	18	11,2%
Mais de 900 e até 1100€	21	13,0%
Mais de 1100 e até 1300€	15	9,3%
Mais de 1300 e até 1500	14	8,7%
Mais de 1500€	45	28,0%
Total	161	100%

Fonte: Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022

Não podemos deixar de salientar que há cerca de 20% de pessoas inquiridas com rendimentos inferiores ao limiar da pobreza que era, em 2021 de cerca de 550€ mensais. De facto, a falta de recursos, muitas vezes associada aos baixos rendimentos ou mesmo à falta destes, acarreta alguns problemas na vida das pessoas mais velhas, nomeadamente dificuldades no acesso à alimentação, medicamentos, consultas e até a equipamentos/recursos para o conforto do seu lar (aquecimento, instalações sanitárias, entre outros).

4.1.6. Rede Institucional e Equipamentos Sociais

As Respostas Sociais (Lares, Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, etc.) são bastantes comuns na sociedade atual e muitas vezes consideradas a única solução de apoio e suporte social para as pessoas mais velhas. A expansão deste tipo de respostas sociais ocorreu, sobretudo, após o 25 de abril de 1974 e para isso em muito contribuiu a emancipação da mulher, tendo esta deixado de assumir as tradicionais tarefas de apoio às pessoas mais velhas.

Quanto à rede institucional e equipamentos sociais podemos aferir que num universo de 175 inquiridos são apenas dois aqueles que usufruem de um serviço de apoio ao domicílio. No que respeita à escolha e preferência pela resposta mais adequada, 64% dos inquiridos elege o Serviço de Apoio ao Domicílio, 55% tem preferência também por um Centro de Convívio e 47% pela resposta de Centro de Dia.

Tabela 28. *Tipo de resposta social preferido pelos inquiridos*

	N	%
Centro de Dia	81	47%
Centro de Noite	19	11%
Serviço de Apoio Domiciliário	111	64%
Lar de Idosos	39	23%
Projeto de voluntariado	32	18%
Universidade Sénior	18	10%
Uma associação cultural e recreativa	63	36%
Outro.	96	55%
<i>Total</i>	<i>173</i>	<i>100%</i>

Fonte: *Inquérito à população com 65 e mais anos no concelho de Montalegre, 2022*

4.2. Análise da relação entre as Atividades Instrumentais de Vida Diária, Sintomatologia Depressiva, Risco de Isolamento Social e a Solidão, de acordo com as características sociodemográficas.

De forma a responder aos objetivos previamente definidos para este trabalho, foram definidas as seguintes hipóteses gerais de investigação:

H1: Existe uma relação de dependência entre a classificação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody) e as diferentes características sociodemográficas.

H1.1: Existe uma relação de dependência entre a classificação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody) do sexo masculino e as diferentes características sociodemográficas.

H1.2: Existe uma relação de dependência entre a classificação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody) do sexo feminino e as diferentes características sociodemográficas.

H2: Existe uma relação de dependência entre a Sintomatologia depressiva (Escala de Depressão Geriátrica) e as diferentes características sociodemográficas.

H3: Existe uma relação de dependência entre o Risco de isolamento Social (Escala de Lubben) e as diferentes características sociodemográficas.

H4: Existe uma relação de dependência entre a Solidão (Escala da Solidão UCLA) e as diferentes características sociodemográficas.

4.2.1. Avaliação da relação entre a classificação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody) e as diferentes características sociodemográficas.

Na tabela 29 estão representados os valores em número e percentagem, assim como o resultado do teste para duas amostras independentes do Qui-quadrado, para as comparações entre Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton- Brody) referentes ao sexo masculino e as diferentes características sociodemográficas (idade, grau de escolaridade e situação habitacional). Verifica-se que existe apenas uma relação de dependência estatisticamente significativa entre o “Escalão Etário” dos participantes e o “Índice de Lawton-Brody, $X^2 (1, N=81) = 6,8; p<0,05$. Como seria de esperar, constata-se que existe maior dependência das atividades instrumentais de vida diária entre os participantes com mais de 75 anos (75%), face aos quem têm menos idade (65 a 75 anos) (25%). Concluindo através da tabela 29, importa salientar que, mesmo não se verificando diferenças estatisticamente significativas nas restantes características sociodemográficas, para o “Estado Civil” e para a “Situação habitacional” sabe-se que as pessoas do sexo masculino, casados e que vivem acompanhados evidenciam níveis mais elevados de dependência em relação a outros.

Tabela 29. Relação entre a classificação Índice de Lawton e Brody (masculino) de acordo com as características sociodemográficas

		Lawton-Brody (Masculino)						X ²	g.l.	valor p
		Dependente (<=4 pontos)		Independente (>=5 pontos)		Total				
		N	%	N	%	N	%			
Estado civil	Casado/a ou em União de facto	11	91,7%	58	84,1%	69	85,2%	0,941	2	0.626
	Viúvo/a	0	0,0%	5	7,2%	5	6,2%			
	Outro estado civil	1	8,3%	6	8,7%	7	8,6%			
	<i>Total</i>	<i>12</i>	<i>100,0%</i>	<i>69</i>	<i>100,0%</i>	<i>81</i>	<i>100,0%</i>			
Idade	65 a 75 anos	3	25,0%	45	65,2%	48	59,3%	6,848	1	0.009
	Mais de 75 anos	9	75,0%	24	34,8%	33	40,7%			
	<i>Total</i>	<i>12</i>	<i>100,0%</i>	<i>69</i>	<i>100,0%</i>	<i>81</i>	<i>100,0%</i>			
Grau de escolaridade	Ens. Básico	11	100,0%	59	89,4%	70	90,9%	1,283	1	0.257
	Ens. Secundário ou Superior	0	0,0%	7	10,6%	7	9,1%			
	<i>Total</i>	<i>11</i>	<i>100,0%</i>	<i>66</i>	<i>100,0%</i>	<i>77</i>	<i>100,0%</i>			
Situação habitacional	Sozinho	1	8,3%	9	13,0%	10	12,3%	0,210	1	0.647
	Acompanhado	11	91,7%	60	87,0%	71	87,7%			
	<i>Total</i>	<i>12</i>	<i>100,0%</i>	<i>69</i>	<i>100,0%</i>	<i>81</i>	<i>100,0%</i>			

X² = teste de Qui-Quadrado; g.l. = graus de liberdade; valor-p = nível de significância do teste

Na tabela 30 estão representados os valores em número e percentagem assim como o resultado do teste para duas amostras independentes do Qui-quadrado, para as comparações entre Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton- Brody) referentes ao sexo feminino e as diferentes características sociodemográficas (idade, grau de escolaridade e situação habitacional). Consta-se que existe uma relação de dependência estatisticamente significativa entre o “Estado Civil” dos participantes e o “Índice de Lawton-Brody, $X^2(1, N=94) = 7,8$; $p < 0,05$. De igual forma, apura-se que entre o “Escala Etário” dos participantes e o “Índice de Lawton-Brody” existe uma relação de dependência estatisticamente significativa, $X^2(1, N=94) = 7,5$; $p < 0,05$. A dependência das atividades instrumentais de vida diária nos participantes do sexo feminino, ao contrário do sexo masculino, verifica-se mais nos participantes viúvos (56%) do que nos casados (22,2%). Já em relação à idade, as pessoas do sexo feminino com mais de 75 anos (77,8%) são mais dependentes face às quem têm menos idade (65 a 75 anos).

Tabela 30. *Relação entre a classificação Índice de Lawton e Brody (feminino) de acordo com as características sociodemográficas*

		Lawton-Brody (Feminino)						X ²	g.l.	valor p
		Dependente (<= 7 pontos)		Independente (>=8 pontos)		Total				
		N	%	N	%	N	%			
Estado civil	Casado/a ou em União de facto	2	22,2%	58	68,2%	60	63,8%	7,793	2	0,020
	Viúvo/a	5	55,6%	17	20,0%	22	23,4%			
	Outro estado civil	2	22,2%	10	11,8%	12	12,8%			
	<i>Total</i>	9	100,0%	85	100,0%	94	100,0%			
Idade	65 a 75 anos	2	22,2%	58	68,2%	60	63,8%	7,463	1	0,006
	Mais de 75 anos	7	77,8%	27	31,8%	34	36,2%			
	<i>Total</i>	9	100,0%	85	100,0%	94	100,0%			
Grau de escolaridade	Ens. Básico	7	100,0%	71	86,6%	78	87,6%	1,071	1	0,301
	Ens. Secundário ou Superior	0	0,0%	11	13,4%	11	12,4%			
	<i>Total</i>	7	100,0%	82	100,0%	89	100,0%			
Situação habitacional	Sozinho	2	22,2%	17	20,0%	19	20,2%	0,025	1	0,875
	Acompanhado	7	77,8%	68	80,0%	75	79,8%			
	<i>Total</i>	9	100,0%	85	100,0%	94	100,0%			

X² = teste de Qui-Quadrado; g.l. = graus de liberdade; valor-p = nível de significância do teste

4.2.2. Avaliação da relação entre a classificação Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – Versão curta e as diferentes características sociodemográficas.

Na tabela 31, estão representados os valores em número e percentagem, assim como o resultado do teste para duas amostras independentes do Qui-quadrado, para as comparações entre *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – Versão curta* e as diferentes características sociodemográficas (idade, sexo, grau de escolaridade e situação habitacional). Consta-se que de modo geral não existe uma relação de dependência estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e as diferentes características sociodemográficas estudadas ($p > 0,05$). No entanto, existem algumas evidências que importa salientar, nomeadamente que existe uma maior prevalência de sintomatologia depressiva nas pessoas com mais de 65 anos do sexo feminino.

Tabela 31. *Relação entre a classificação Escala de Depressão Geriátrica de acordo com as características sociodemográficas*

		EDG						X ²	g.l.	Valor p
		Sem depressão (<= 5 pontos)		Com Sintomatologia depressiva (>=6 pontos)		Total				
		N	%	N	%	N	%			
Sexo	Masculino	76	48%	5	31%	81	46%	1,601	1	0,206
	Feminino	83	52%	11	69%	94	54%			
	<i>Total</i>	<i>159</i>	<i>100%</i>	<i>16</i>	<i>100%</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>			
Estado civil	Casado/a ou em União de facto	119	75%	10	63%	129	74%	1,437	2	0,488
	Viúvo/a	24	15%	3	19%	27	15%			
	Outro estado civil	16	10%	3	19%	19	11%			
	<i>Total</i>	<i>159</i>	<i>100%</i>	<i>16</i>	<i>100%</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>			
Idade	65 a 75 anos	98	62%	10	63%	108	62%	0,005	1	0,946
	Mais de 75 anos	61	38%	6	38%	67	38%			
	<i>Total</i>	<i>159</i>	<i>100%</i>	<i>16</i>	<i>100%</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>			
Grau de escolaridade	Ens. Básico	136	89%	12	86%	148	89%	0,187	1	0,665
	Ens. Secundário ou Superior	16	11%	2	14%	18	11%			
	<i>Total</i>	<i>152</i>	<i>100%</i>	<i>14</i>	<i>100%</i>	<i>166</i>	<i>100%</i>			
Situação habitacional	Sozinho	25	16%	4	25%	29	17%	0,905	1	0,341
	Acompanhado	134	84%	12	75%	146	83%			
	<i>Total</i>	<i>159</i>	<i>100%</i>	<i>16</i>	<i>100%</i>	<i>175</i>	<i>100%</i>			

X² = teste de Qui-Quadrado; g.l. = graus de liberdade; valor-p = nível de significância do teste

4.2.3 Avaliação da relação entre a classificação da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) e as diferentes características sociodemográficas.

Na tabela 32, estão representados os valores em número e percentagem, assim como o resultado do teste para duas amostras independentes do Qui-quadrado, para as comparações entre Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) e as diferentes características sociodemográficas (idade, sexo, grau de escolaridade e situação habitacional). Consta-se que existe uma relação de dependência estatisticamente significativa entre o “Risco de Isolamento Social” e o “Sexo” dos participantes, $X^2(1, N=175) = 4,4$; $p < 0,05$. Verifica-se ainda que existe uma relação de dependência estatisticamente significativa entre o “Risco de isolamento Social” e a “Situação Habitacional” dos participantes, $X^2(1, N=175) = 7$; $p < 0,05$. Assim, sabe-se que no universo destes participantes são apenas 5 mulheres (100%) em “Risco de isolamento social” e ainda que quanto à “Situação habitacional” as pessoas que habitam sozinhas (60%) são as que estão mais em risco de isolamento. No entanto, existem algumas evidências que importa salientar que são o facto das pessoas com idades compreendidas entre 65 e 75 anos e os casados serem mais vulneráveis ao “risco de isolamento”

Tabela 32. *Relação entre a classificação Escala das Redes Sociais de Lubben de acordo com as características sociodemográficas*

		Lubben						X ²	g.l.	Valor p
		Risco de isolamento social (<=11 pontos)		Sem risco de isolamento social (>= 12 pontos)		Total				
		N	%	N	%	N	%			
Sexo	Masculino	0	0%	81	48%	81	46%	4,435	1	0,035
	Feminino	5	100%	89	52%	94	54%			
	Total	5	100%	170	100%	175	100%			
Estado civil	Casado/a ou em União de facto	2	40%	127	75%	129	74%	4,890	2	0,087
	Viúvo/a	1	20%	26	15%	27	15%			
	Outro estado civil	2	40%	17	10%	19	11%			
	Total	5	100%	170	100%	175	100%			
Idade	65 a 75 anos	3	60%	105	62%	108	62%	0,006	1	0,936
	Mais de 75 anos	2	40%	65	38%	67	38%			
	Total	5	100%	170	100%	175	100%			
Grau de escolaridade	Ensino Básico	4	80%	144	89%	148	89%	0,447	1	0,504
	Ensino Secundário ou superior	1	20%	17	11%	18	11%			
	Total	5	100%	161	100%	166	100%			

		Lubben						X ²	g.l.	Valor p
		Risco de isolamento social (<=11 pontos)		Sem risco de isolamento social (>= 12 pontos)		Total				
		N	%	N	%	N	%			
Situação habitacional	Sozinho	3	60%	26	15%	29	17%	7,022	1	0,008
	Acompanhado	2	40%	144	85%	146	83%			
	Total	5	100%	170	100%	175	100%			

X² = teste de Qui-Quadrado; g.l. = graus de liberdade; valor-p = nível de significância do teste

4.2.4 Avaliação da relação entre a classificação da Escala de Solidão da UCLA e as diferentes características sociodemográficas.

Na tabela 33, estão representados os valores das médias, desvios padrão, assim como o resultado dos testes estatísticos realizados, para a comparação entre o *score* da Escala da Solidão UCLA e as diferentes características sociodemográficas de interesse (idade, sexo, grau de escolaridade e situação habitacional). Os resultados evidenciam para 95% de confiança, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (valor-p > 0.05).

Tabela 33. Comparação entre a classificação Escala da Solidão UCLA de acordo com as características sociodemográficas

		Total UCLA			U de Mann-Whitney	Z	Valor-p
		N	M	DP			
Sexo	Masculino	81	22,77	4,36	3397,0	-1,24	0,217
	Feminino	94	24,47	6,63			
	Total	175	23,68	5,74			
Idade	65 a 75 anos	108	23,69	6,23	3352,5	-0,82	0,412
	Mais de 75 anos	67	23,66	4,90			
	Total	175	23,68	5,74			
Grau de escolaridade	Ensino Básico	148	23,91	5,76	1082,5	-1,30	0,192
	Ensino Secundário ou superior	18	23,00	6,69			
	Total	166	23,81	5,85			
Situação habitacional	Sozinho	29	25,38	7,43	1807,0	-1,25	0,210
	Acompanhado	146	23,34	5,31			
	Total	175	23,68	5,74			
		N	M	DP	H de Kruskal-Wallis	g.l.	Valor-p
Estado civil	Casado/a ou em União de facto	129	23,47	5,42	0,350	2	0,840
	Viúvo/a	27	24,30	6,21			

	Total UCLA			U de Mann-Whitney	Z	Valor-p
	N	M	DP			
Outro estado civil	19	24,21	7,27			
Total	175	23,68	5,74			

Legenda:

N = número válido de casos; M = média; DP = desvio padrão.

valor-p = nível de significância do teste

Validade concorrente

De forma a avaliar a força e intensidade da relação entre os diferentes instrumentos utilizados neste trabalho, foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson* entre os *scores* totais desses dos quatro instrumentos (Tabela 34). Os resultados evidenciam uma correlação moderada e positiva entre a UCLA e a EDG ($r= 0,48$, $p<0,01$), e negativa entre a UCLA e a escala de Lubben ($r= -0,44$, $p<0,01$). Por outro lado, verifica-se ainda que a EDG está correlacionada negativamente e com a escala de Lubben ($r= -0,24$, $p<0,01$).

Tabela 34. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre os instrumentos utilizados.

	Total UCLA	Total Lawton-Brody (Masculino)	Total Lawton-Brody (Feminino)	Total Lubben	TotalEDG
Total UCLA (n= 175)	1				
Total_Lawton-Brody (Masculino) (n=81)	-.045	1	-		
Total_Lawton-Brody (Feminino) (n= 94)	.158	-	1		
Total_Lubben (n= 175)	-.444**	.158	-.062	1	
Total_EDG (n= 175)	.480**	-.195	-.024	-.240**	1

*. Correlação de *Pearson* significativa ao nível de significância de 0.05 (bicaudal).

*. Correlação de *Pearson* significativa ao nível de significância de 0.01 (bicaudal).

Assim, podemos concluir que existe evidência estatística para considerar que quanto maiores são os sinais de solidão, maior é a sintomatologia depressiva e o risco de isolamento social. Por outro lado, apura-se que quanto maior é a sintomatologia depressiva maior é o risco de isolamento social.

4.3. Atividades de lazer

Efetivamente, nas sociedades capitalistas mais complexas a forma como o tempo é gasto é fortemente regulado por instrumentos que o permitem medir com precisão. Deste modo, existe uma diferença entre trabalho e não trabalho sendo este último

denominado como tempo de lazer (Elias e Dunning, 1992). Para Machado (2013) existe ainda uma diferença que importa salientar na forma como se divide o tempo de lazer pois uma parte considerável do tempo livre dos indivíduos é gasto noutra tipo de atividades que, não sendo remuneradas são essenciais para a sobrevivência dos indivíduos e dos grupos domésticos. Assim, todas as atividades de lazer são atividades de tempo livre, mas nem todas as atividades de tempo livre são atividades de lazer.

Procuramos, neste trabalho, analisar as atividades de tempo livre, dentro das quais se inserem as atividades de lazer. As atividades de tempo livre foram agrupadas em 4 grandes grupos, seguindo a proposta de Elias e Dunning (1992), Pereira (2005) e Machado (2013). Assim, no Tipo 1 foram agrupadas atividades relativas ao *trabalho privado e administração familiar*, sendo elas: sair de casa (para tratar de assuntos); realizar tarefas domésticas (limpar, arrumar...); cozinhar, tratar de animal de estimação (cão, gato, peixe...); fazer jardinagem ou cultivo da horta, criar galinhas, coelhos ou patos; ir ao cabeleireiro/esteticista; ir ao barbeiro e cuidar de neto(s) ou de crianças. Já no grande grupo das atividades de Tipo 2, *atividades de sociabilidade*, foram consideradas: ir ao café; participar em eventos de partidos, sindicatos ou movimentos cívicos; visitar família; visitar amigos; receber família em sua casa, receber amigos em sua casa; usar o computador para comunicar com outros (através de Skype, Zoom, etc...); usar o computador para consultar informação/fazer pesquisas de assuntos que lhe interessam; sair de casa para passear; viajar e frequentar aulas (ex. Universidade Sénior). Nas atividades agrupadas do Tipo 3, *atividades miméticas ou de jogo*, estão incluídas: fazer trabalhos manuais (croché, bricolage, etc...); ver televisão; ouvir rádio; ouvir música; realizar palavras cruzadas ou quebra-cabeças; jogar jogos de mesa (cartas, xadrez, damas, puzzles...); fazer colecionismo (selos, postais, etc...); ler livros; ler jornais; ler revistas; ir ao cinema; ir ao teatro; assistir a concertos de música; assistir a espetáculos desportivos; dançar (ex: participar em matinés dançantes); usar o computador para fazer jogos; praticar desporto (caminhadas, ciclismo, ginástica, natação...) e realizar atividade artística (ex: pintar, tocar instrumento musical). No último grupo, as atividades de Tipo 4 denominadas *atividades intermédias de autossatisfação*, incluíram-se: participar em serviços religiosos (ex.: ir à missa) e rezar ou meditar.

Através da análise do alfa de *Cronbach*, percebe-se que as dimensões criadas para as atividades de lazer apresentam valores de consistência interna que variam entre o admissível e o razoável ($0,5 < \alpha < 0,7$).

Tabela 35. Avaliação da consistência interna das dimensões das Atividades de Lazer (alfa de Cronbach)

Dimensões: Atividades	N	N. de Itens	alfa de Cronbach	M	DP	Mín.	Máx.
Tipo 1: Atividades de trabalho privado e administração familiar	175	9	0,5	3,51	0,83	2,00	6,00
Tipo 2: Atividades de sociabilidade	175	11	0,6	3,68	0,66	1,91	5,27
Tipo 3: Atividades miméticas ou de jogo	175	18	0,7	4,41	0,55	2,78	5,44
Tipo 4: Atividades intermédias de autossatisfação	175	2	0,6	2,62	1,29	1,00	6,00

Legenda:

1= Diariamente; 2= Semanalmente; 3= Quinzenalmente; 4= Mensalmente; 5= Anualmente e 6= Nunca.
N= n.º válido de casos; M= média; DP= Desvio padrão.

Finalmente, e no que concerne a análise das práticas em concreto, podemos ver na tabela 36 a comparação entre as diferentes dimensões de participação nas atividades e um conjunto de características sociodemográficas⁴.

Tabela 36. Comparação entre as dimensões da participação nas atividades de lazer e as características sociodemográficas de interesse

		Tipo 1: Atividades de trabalho privado e administração familiar		Tipo 2: Atividades de sociabilidade		Tipo 3: Atividades miméticas ou de jogo		Tipo 4: Atividades intermédias de autossatisfação	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Sexo	Masculino (n= 81)	3,90	0,77	3,68	0,64	4,34	0,57	3,06	1,46
	Feminino (n=94)	3,18	0,73	3,68	0,69	4,48	0,54	2,24	0,99
	Valor-p	0,001		0,965		0,152		0,000	
Estado civil	Casado/a ou em União de facto (n=129)	3,52	0,87	3,63	0,65	4,37	0,55	2,80	1,35
	Outro estado civil (n= 46)	3,50	0,69	3,83	0,68	4,54	0,56	2,11	0,95
	Valor-p	0,734		0,065		0,049		0,001	
Idade	65 a 75 anos (n= 108)	3,32	0,75	3,53	0,67	4,33	0,54	2,59	1,30
	Mais de 75 anos (n= 67)	3,82	0,86	3,93	0,59	4,55	0,55	2,67	1,29
	Valor-p	0,000		0,000		0,007		0,982	
Grau de escolaridade	Ensino Básico (n=148)	3,48	0,83	3,71	0,66	4,46	0,50	2,52	1,31
	Ensino Secundário ou superior (n=18)	3,50	0,74	3,16	0,57	3,77	0,61	3,17	1,19
	Valor-p	0,919		0,001		0,000		0,012	
Situação habitacional	Sozinho (n=29)	3,53	0,62	3,87	0,73	4,51	0,59	2,21	1,29
	Acompanhado (n=146)	3,51	0,86	3,64	0,65	4,39	0,55	2,70	1,28

⁴ Em anexo 3 é possível observar a distribuição da frequência de realização das diferentes atividades incluídas em cada modalidade da tipologia.

	Tipo 1: Atividades de trabalho privado e administração familiar		Tipo 2: Atividades de sociabilidade		Tipo 3: Atividades miméticas ou de jogo		Tipo 4: Atividades intermédias de autossatisfação	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Valor-p	0,601		0,070		0,188		0,010	

Legenda:

1= Diariamente; 2= Semanalmente; 3= Quinzenalmente; 4= Mensalmente; 5= Anualmente e 6= Nunca.

M= média; DP= Desvio padrão.

Resultados de acordo com o teste de Mann-Whitney a 95% de confiança.

Relativamente ao sexo, para as atividades de “Tipo 1” ($U=1855.0$, $z= -5.8$, $p= 0.001$) e “Tipo 4” ($U=3329.0$, $z= -1.4$, $p< 0.001$), existe evidência estatística para considerar que os participantes do sexo masculino ($M= 3,90$; $DP= 0,77$ e $M=3,06$; $DP= 1,46$), realizavam com maior frequência essas atividades face aos participantes do sexo feminino ($M= 3,18$; $DP= 0,73$ e $M=2,24$; $DP= 0,99$).

De acordo com o estado civil, para as atividades de “Tipo 3” ($U=2387,5$, $z= -1,97$, $p> 0.001$) existe evidência estatística que considera que os participantes com “outro estado civil” ($M= 4,54$; $DP= 0,56$) realizam as atividades deste tipo com um pouco de maior frequência que os “casados ou em união de facto” ($M= 4,37$; $DP= 0,55$). Para as atividades de “Tipo 4” ($U=2042,5$, $z= -3,2$, $p= 0.001$) existe evidência estatística que considera que os participantes “casados ou em união de facto” ($M= 2,80$ $DP= 1,35$) realizam com maior frequência do que os com “outro estado civil” ($M= 2,11$; $DP= 0,95$).

Em relação à idade, para as atividades de “Tipo 1” ($U=2410,5$, $z= -3,8$, $p= 0.001$), “Tipo 2” ($U=2391,0$, $z= -3,7$, $p= 0.001$), e “Tipo 3” ($U=2736,50$, $z= -2,7$, $p> 0.001$) existe uma evidência estatística que considera que os participantes com mais de 75 anos ($M= 3,82$; $DP= 0,86$; $M=3,93$; $DP= 0,59$ e $M= 4,55$; $DP= 0,55$) realizam as atividades destes tipos com maior frequência do que os participantes com idades compreendidas entre os 65 e 75 anos. ($M= 3,32$; $DP= 0,75$; $M=3,53$; $DP= 0,67$ e $M= 4,33$; $DP= 0,54$).

Já em relação ao grau de escolaridade, para as atividades de “Tipo 2” ($U=663,0$, $z= -3,5$, $p= 0.001$) e “Tipo 3” ($U=511,50$, $z= -4,3$, $p< 0.001$), existe evidência estatística para considerar que os participantes que frequentaram apenas o ensino básico ($M= 3,71$; $DP= 0,66$ e $M=4,46$; $DP= 0,50$), realizavam com maior frequência essas atividades face aos participantes que frequentaram o Ensino secundário ou superior ($M= 3,16$; $DP= 0,57$ e $M=3,77$; $DP= 0,61$). Já para as atividades de “Tipo 4” ($U= 862,50$, $z= -2,5$, $p> 0.001$), existe evidência estatística para considerar que os participantes que frequentaram o Ensino secundário ou superior ($M= 3,17$; $DP= 1,19$) realizavam com maior frequência

essas atividades face aos participantes que frequentaram apenas o Ensino básico (M= 2,52; DP= 1,31).

Por último, em relação à situação habitacional, para as atividades de “Tipo 4” (U=1497,0, z= -2,6, p> 0.001), existe evidência estatística para considerar que os participantes que vivem acompanhados (M= 2,70; DP= 1,28), realizavam com maior frequência essas atividades face aos participantes que vivem sozinhos (M= 2,21; DP= 1,29).

Finalmente, quando questionados sobre se gostariam de realizar algumas atividades, 130 inquiridos responderam que sim e, das atividades selecionadas destacam-se: ir ao cinema (74,6%), ir ao teatro (73,8%), frequentar aulas (61,5%) e dançar (30,8%).

Capítulo 5. *FortaleSer* – Projeto de Intervenção

Com a aplicação dos inquéritos e a análise dos mesmos com o programa SPSS, obtiveram-se resultados capazes de caracterizar a população em estudo. Deste modo, foi possível responder às perguntas de partida e validar ou não as hipóteses de investigação colocadas no início da investigação. Conseguiu-se assim chegar a algumas conclusões.

De acordo com a caracterização sociodemográfica, nota-se que a realidade desta população não difere muito da população envelhecida a nível nacional. Na população estudada a prevalência de indivíduos do sexo feminino em relação ao masculino é notória. Em relação ao estado civil, embora seja mais prevalente o estado “Casado/união de facto”, verifica-se que existe uma maior prevalência de indivíduos do sexo feminino viúvos em relação aos do sexo masculino. Em relação aos percursos escolares constata-se de igual modo, como a nível nacional, que grande parte dos indivíduos frequentou apenas o 1º ciclo, sendo que alguns não o chegaram a completar.

Outro aspeto que importa salientar é o facto desta população não demonstrar grandes fragilidades quando comparada com a população envelhecida em geral. Como vimos, há uma ideia generalizada de que a população envelhecida se encontra em risco (ou mesmo em real) de isolamento social, que é frequentemente dependente a nível das atividades de vida diária, que se sente só e que se encontra em situação de depressão. Ora, os dados que obtivemos permitem precisamente contrariar estas ideias erradamente generalizadas. Assim, num universo de 175 inquiridos, constata-se com a aplicação das escalas que 90% dos participantes femininos são independentes nas AIVD’s, já os participantes masculinos são 85% independentes nas AIVD’s. Em relação à escala da depressão geriátrica, verifica-se que 91% de participantes não apresentam sintomatologia depressiva. Com a aplicação da escala de Lubben observou-se que dentro dos 175 participantes 97% não apresentam risco de isolamento. Com a aplicação da escala da solidão, não obstante os inconvenientes da sua aplicação, obteve-se um score médio de 24, o que significa que estes participantes não experienciam sentimentos de solidão. Os cruzamentos das escalas referidas com as características sociodemográficas dos inquiridos permitiram ainda concluir que: os inquiridos com dependência nas AVD’s são sobretudo do sexo masculino, viúvos e têm mais de 75 anos; aqueles que apresentam sintomatologia depressiva são do sexo feminino; aqueles que apresentam risco de isolamento são do sexo feminino e habitam sozinhos; os que apresentam solidão são sobretudo viúvos do sexo feminino que habitam sozinhos.

Assim, e em termos da população inquirida, podemos apontar como principais pontos fortes:

- a) Elevados níveis de independência e autonomia;
- b) Fortes redes de solidariedade e de sociabilidade assentes na família e na vizinhança;
- c) Níveis razoáveis de saúde;
- d) Disponibilidade e interesse para participar em atividades de natureza mimética.

Efetivamente, uma vez tomada a consciência do diagnóstico do Projeto Social tendo em conta a metodologia de projeto, segue-se a sua planificação⁵. Todas as ações sociais necessitam de ser planificadas, o que segundo Serrano (2008), “(...) implica saber onde estou e qual o ponto de partida, com que recursos posso contar e que procedimentos vou utilizar para alcançar as metas, mediante a realização de atividades que desenvolvam os objetivos programados a curto, médio e longo prazo.” (Serrano, 2008, p. 37).

A missão deste projeto é sobretudo levar à população mais envelhecida, das freguesias em estudo do concelho de Montalegre, atividades de lazer que potenciem um envelhecimento saudável em casa. A maioria dos inquiridos encontra-se em situação de reforma, no entanto muitos continuam a trabalhar na agricultura para satisfazer algumas das suas necessidades básicas. Trata-se, ainda, de uma população com redes de relação coesas e estruturadas que contribuem para uma melhor qualidade de vida. No entanto, não podemos deixar de ignorar que há situações de isolamento e de “inatividade”, logo é imprescindível combater estes problemas e preveni-los. Atendendo a que as típicas respostas sociais que procuram superar os problemas que caracterizam as pessoas mais velhas são muitas vezes insuficientes e não se adaptam aos seus problemas, pretendemos apresentar uma proposta de criação de uma resposta social que vá de encontro a essas necessidades.

Como vimos, a maior parte dos inquiridos pretendem envelhecer nas suas próprias casas com o auxílio de um serviço de apoio domiciliário. Porém, resposta social está preparada apenas satisfazer as necessidades básicas dos indivíduos, não contemplando atividades direcionadas para a participação na vida social e comunitária. Este projeto tem como finalidade promover o envelhecimento no lugar onde os indivíduos viveram a maior parte da sua vida, e onde estão as principais referências da sua vida – a nível material e a

⁵ Ver cronograma da implementação do projeto em Anexo 4.

nível relacional e identitário, considerando que a maioria recusa a hospitalização e a institucionalização. Ou seja, pretende manter as pessoas mais velhas a viver nas suas casas e a participar na comunidade o máximo de tempo possível.

Portanto, o conceito de “ageing in place” surge não como uma opção, mas como uma necessidade, dadas as limitações dos sistemas de segurança social e a falta de alternativas institucionais. Assim, surge a necessidade de criar este projeto tendo em conta esta perspetiva pelas vantagens de inclusão social e de recompensa emocional que traz aos mais velhos. Este projeto tem como objetivo manter as pessoas na sua habitação em segurança e independentes e também fomentar a participação na vida das suas comunidades, pelo tempo mais alargado que lhes for possível. A criação e manutenção de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior tempo possível, autônomas e socialmente relevantes.

O projeto terá como área geográfica de implantação as Uniões de Freguesias limítrofes da principal freguesia do concelho de Montalegre (UF da Chã, UF de Montalegre e Padroso, UF Meixedo e Padornelos e UF de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe) e será direcionado primeiramente, mas não unicamente, a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que outras pessoas podem participar como voluntários do projeto. Aliás, uma vez que se pretende a preservação das redes de sociabilidade na última fase de vida, convém que esse trabalho vá sendo construído nas diferentes fases que antecedem a velhice.

Tendo a população inquirida manifestado interesse na realização das atividades miméticas, tais como a prática de dança, aulas de ginástica, ida ao cinema e ao teatro, este projeto surge como complemento a um Serviço de Apoio ao Domicílio já existente na comunidade.

De seguida, abordar-se-ão os objetivos gerais e específicos do projeto antes de se explicar detalhadamente a sua execução. Segundo Serrano (2008), os objetivos devem ser claros, realistas e pertinentes, sendo estes o ponto central de referência dando coerência ao plano de ação.

5.1. Objetivos do projeto a desenvolver

Gerais

- Conceber um projeto de promoção do “*ageing in place*” nas Uniões de freguesias do concelho de Montalegre em estudo;
- Prevenir os fenómenos do isolamento social, do declínio cognitivo e da solidão;

Específicos

- Dinamizar atividades nas sedes das Uniões freguesias em estudo, recorrendo a técnicos especializados e ao banco de voluntariado da escola Dr. Bento da Cruz;
- Fortalecer as redes de vizinhança e a convivência entre a comunidade;
- Promover a partilha do capital cultural adquirido pelas pessoas mais velhas ao longo dos anos junto dos mais jovens habitantes dessas freguesias;
- Criar atividades de estimulação cognitiva;
- Incentivar a partilha de experiências e momentos vividos;
- Estabelecer parceria com a Biblioteca Municipal através do projeto Itinerâncias fomentando o uso das novas tecnologias;
- Criar parcerias com a Câmara Municipal, o Ecomuseu e as diferentes IPSS's que apoiam os mais velhos.

5.2. Atividades a desenvolver

Efetivamente, a execução de um plano de ação abarca diferentes fases. É nesta fase que se deve ter em conta as ações e os procedimentos que se devem realizar para alcançar as metas e os objetivos propostos. Assim, realizar-se-ão protocolos entre diferentes parceiros envolvidos e definir-se-ão os responsáveis pela disponibilização dos recursos humanos, materiais, financeiros e pela divulgação do projeto. A equipa técnica que irá integrar o projeto será responsável por coordenar, planificar e acompanhar as atividades propostas. De seguida, será fundamental sensibilizar a população sobre o intuito do projeto e a importância que trará para a população alvo, dando-o a conhecer a todas as instituições que apoiam as pessoas mais velhas, à Câmara Municipal de Montalegre, aos presidentes das Juntas de UF em estudo e restantes membros e à comunidade em geral. Depois é impreterível a organização das diversas reuniões com os vários profissionais que vão participar no projeto, apresentando os resultados do diagnóstico social realizado e o plano de intervenção. No entanto, o projeto será proposto

apenas às instituições que operam unicamente com a valência de SAD na área geográfica em estudo.

Atividade 1. “Aprender é viver”

De acordo com o artigo nº 72 da Constituição Portuguesa:

“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.

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 ativa na vida da comunidade.”

A atividade “*Aprender é viver*” traduzir-se-á na realização de ações de formação na área social de modo a favorecer a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento do sentido crítico. Assim, procurar-se-á dotar as pessoas mais velhas de informação sobre os seus direitos e garantias sociais. As sessões serão organizadas não só tendo por base algumas das lacunas que foram identificadas no diagnóstico, nomeadamente em matéria de desconhecimento de alguns direitos básicos fundamentais, mas também tendo em consideração as temáticas de interesse dos participantes.

Para a realização desta atividade serão necessários, em termos de recursos humanos, um Técnico Superior de Serviço Social para as sessões relacionadas, por exemplo, com a solicitação de pensão de velhice, complemento solidário para idosos, entre outros, e um Técnico de Enfermagem para as ações de sensibilização e informação na área da saúde. Pretende-se que estas sessões tenham uma periodicidade quinzenal de forma alternada.

Tabela 37. Descrição da atividade “*Aprender é Viver*”

Atividade	“ <i>Aprender é viver</i> ”
Objetivos	Promover o acesso a informação sobre direitos fundamentais das pessoas mais velhas Promover o acesso a informação sobre questões de saúde Promover a solidariedade e o interconhecimento

Recursos	1 Técnico Superior de Serviço Social 1 Técnico de Enfermagem 1 sala (da UF) 1 PC 1 projetor 1 tela Cadeiras Mesas
Periodicidade	1 sessão quinzenal sobre questões sociais (duração de 2h) 1 sessão quinzenal sobre questões de saúde (duração de 2h)
Metas	Pelo menos 5 participantes por freguesia

Atividade 2. “EntreGerações”

A educação intergeracional ajuda a superar estereótipos e preconceitos de idade, fomenta o respeito, favorece a transmissão de valores e costumes e promove a entreaajuda e o desenvolvimento pessoal. Através das atividades desenvolvidas nas sedes das U. de Freguesia em estudo, com o auxílio da comunidade, pretende-se fortalecer as redes de vizinhança e a convivência. Com o auxílio do Banco de Voluntariado do Agrupamento de Escolas Dr. Bento da Cruz e as crianças e jovens das freguesias em estudo pretende-se criar atividades intergeracionais promovendo o sentimento de utilidade social nas pessoas mais velhas e proporcionando-lhe a possibilidade de transmissão, aos mais novos, dos saberes e costumes da região. Nesta atividade será essencial o recurso a uma Técnica Superior de Educação Social e/ou Animador Sociocultural de modo a planificar e coordenar as atividades. Será necessário ainda reunir periodicamente com os colaboradores e voluntários de modo a melhorar o envolvimento dos mesmos e a perspetivação das estratégias de ação.

Através de grupos de idosos e crianças e jovens, os mais velhos irão partilhar com os mais novos os saberes e os costumes da região. Para o efeito recorrer-se-á a atividades já realizadas pelo Ecomuseu do Barroso, respeitando a altura do ano em que estas se realizam, como a Malhada e a Cegada do centeio, da produção ao arranque da batata, a confeção do pão, da criação de animais à produção de fumeiro, entre outras. No final de cada uma destas atividades realizar-se-á um lanche convívio entre todos os participantes como era habitual na época em que era comum a realização das atividades trabalhadas. Será ainda importante criar um espaço acolhedor para que os mais velhos partilhem

experiências e histórias de vida dos tempos idos. Esta atividade terá uma periodicidade semanal.

Com o recurso do Banco de Voluntariado da escola e a equipa técnica do projeto pretende-se acompanhar as necessidades das pessoas mais velhas de forma a garantir a satisfação de algumas necessidades como: compra de bens (de primeira necessidade e outros); pagamento de faturas; compra de medicação nas farmácias; acompanhamento a consultas médicas (dentro ou fora do concelho) ou para realização de exames: apoio na realização de pequenas atividades no lar (pequenas reparações, por exemplo); acompanhamento a serviços de cabeleireiro/barbeiro; atividades de companhia. Esta atividade será realizada sempre que os participantes tiverem necessidade. As atividades de companhia terão uma periodicidade semanal.

Tabela 38. Descrição da atividade “EntreGerações”

Atividade	“EntreGerações”
Objetivos	Combater preconceitos idadistas Promover relações intergeracionais Fortalecer as redes de vizinhança e a convivência Valorização dos saberes
Recursos	1 Técnico Superior de Serviço Social 1 Técnico Superior de Educação Social 1 Animador Sociocultural Voluntários Salas Mesas Cadeiras Materiais para cada atividade (adequados a cada atividade) Carrinha
Periodicidade	Semanal
Metas	Pelo menos 1 grupo de 10 participantes por semana

Atividade 3. “AtivaMENTE”

Com a realização de atividades de estimulação cognitiva e física pretende-se prevenir o problema do isolamento social e declínio cognitivo muitas vezes associado ao processo de envelhecimento. Assim, e partindo do desejo manifestado pelos inquiridos para a realização de atividades miméticas, desenvolver-se-á um programa de atividades variadas neste domínio e que sejam adequadas às limitações físicas e cognitivas de cada um dos participantes.

No domínio da estimulação cognitiva recorrer-se-á a jogos: cartas, damas e dominó por serem aquelas que são mais apreciadas pela população local. Haverá também espaço semanal para realizar artesanato: croché, renda, trabalhos com lã e linho, entre outros. Com o apoio da Biblioteca Municipal de Montalegre, mais concretamente, o projeto Itinerâncias, haverá uma sessão mensal de cinema e de teatro. Fará de igual modo sentido planificar excursões a sítios religiosos, como já é costume na região, por exemplo ao Santuário de Fátima no mês de maio e/ou outubro, mas também passeios a outros sítios de interesse para os participantes. Duas vezes por semana haverá uma atividade de dança e/ou canto para aqueles que o pretendem e tenham interesse em participar. No plano da estimulação física, haverá atividades físicas, três vezes por semana, para estimular e reabilitar a parte motora.

Para a realização destas atividades será necessária a intervenção da equipa técnica multidisciplinar do projeto capaz de planear quais as melhores atividades para satisfazer as necessidades de cada um e prevenir e combater os problemas acima mencionados (enfermeiro, psicólogo, assistente social animador sociocultural, educador social).

Tabela 39. Descrição da atividade “AtivaMENTE”

Atividade	“AtivaMENTE”
Objetivos	Combater o declínio físico e cognitivo Combater preconceitos idadistas Promover redes de solidariedade e entreajuda
Recursos	1 Técnico Superior de Serviço Social 1 Técnico Superior de Educação Social 1 Animador Sociocultural 1 Psicólogo 1 Enfermeiro Salas Mesas Cadeiras Materiais para cada atividade (adequados a cada atividade) Carrinha
Periodicidade	Semanal
Metas	Pelo menos 1 grupo de 10 participantes por semana

Atividade 4. “Digital sem Idade”

Esta atividade pretende mobilizar a experiência da Biblioteca Municipal de Montalegre que, através do Programa de Capacitação Digital de Adultos e porque cada vez mais a informatização é uma realidade a diversos níveis, pretende instruir os mais velhos digitalmente – programa “Eu sou Digital”. Este programa tem como finalidade promover a literacia digital dos portugueses através da promoção de ações de formação de adultos que nunca utilizaram a internet, uma medida inscrita no Plano de Ação de Transição Digital, numa iniciativa que junta o Estado Português através da Estrutura de Missão Portugal Digital, a Caixa Geral de Depósitos e o MUDA – Movimento pela Utilização Digital Ativa.

Pretende-se, assim, estabelecer parceria com a Biblioteca Municipal de Montalegre para realizar atividades semanais com os mais velhos no sentido de os capacitar para o uso das tecnologias, muito particularmente das redes sociais para estimular o contacto permanente com os filhos e restantes familiares emigrados. Pretende-se, ainda apoiar esta população em assuntos burocráticos que cada vez estão mais informatizados, como por exemplo, o acesso ao site da Autoridade Tributária Aduaneira, da Segurança Social, do Sistema Nacional de Saúde, entre outros.

Para além do recurso à biblioteca para as ações, pretende igualmente, com recurso ao grupo de voluntários, apoiar os mais velhos, no contexto das suas residências, no uso das tecnologias.

Tabela 40. Descrição da atividade “Digital sem Idade”

Atividade	“Digital sem Idade”
Objetivos	Capacitar a população para o uso das novas tecnologias
Recursos	1 Técnico Superior de Serviço Social 1 Técnico Superior de Educação Social 1 Animador Sociocultural Salas Mesas Cadeiras PC ou tablets Carrinha
Periodicidade	Semanal
Metas	Pelo menos 1 grupo de 10 participantes por semana

5.3. Recursos necessários

De facto, não podemos falar em planificação de um projeto sem falar nos recursos a utilizar. Assim, será fundamental o recurso a uma equipa multidisciplinar, adequada às necessidades das pessoas mais velhas, que desenvolva in loco os seguintes serviços: administrativos, enfermagem, avaliação e acompanhamento psicológico, intervenção social, animação sociocultural, voluntariado, gerontologia e comunicação. Excetuando os voluntários, os técnicos terão de ser especializados e serão procedentes da(s) instituição(ções) que queira(m) por em prática o projeto. A instituição que levar a cabo o projeto terá de igual forma de contratar a Técnica Superior de Serviço Social especializada em Gerontologia Social que planificou todo o projeto.

Os recursos materiais são imprescindíveis no que respeita a execução do projeto, isto porque sem eles é impossível pô-lo em prática. Deste modo, como já referimos anteriormente, as atividades irão desenrolar-se nas sedes de junta das Uniões de Freguesia em estudo. Algumas atividades carecem de um sítio próprio para a sua execução, por exemplo, no caso da confeção do pão terão de ser usados os fornos do povo (normalmente cada aldeia tem um forno do povo). Logo, as parcerias realizadas com as juntas de freguesias são importantes para o desenrolar das atividades. Nestes locais, serão necessários materiais audiovisuais, desportivos, culturais - indispensáveis ao funcionamento das atividades, como: computadores, acesso à internet, projetor e tela, jogos de mesa, utensílios para a atividade física entre outros. Mas o mais importante será obter através da Fundação Montepio, com o projeto Frota Solidária, uma carrinha para o transporte de todos os indivíduos que irão aceder ao projeto.

Um projeto acarreta despesas, de tal forma que tem de se ter em conta quais os gastos necessários para a execução do mesmo. Para tal, é fundamental elaborar um orçamento que contemple todos os gastos que o projeto: gastos com materiais, com os espaços físicos onde se vão realizar as atividades, os salários dos técnicos da equipa e outros terão de ser tidos em conta. O financiamento do projeto será misto, uma vez que, terá o apoio da instituição que o queira pôr em prática como complemento ao Serviço de Apoio ao Domicílio e também dos restantes organismos e parceiros que se queiram associar ao projeto. O recurso a financiamentos públicos para projetos com utilidade social será igualmente importante para que se possa cobrir gastos necessários ou inesperados.

5.4. Metas a atingir

Pretende-se implementar este projeto durante o ano de 2023, procurando envolver ativamente pelo menos 10 idosos de cada uma das freguesias contempladas.

Capítulo 6. Proposta de avaliação da intervenção a realizar

O processo de avaliação envolve vários momentos, mas pretende no geral avaliar, como a própria palavra o indica, o que se conseguiu alcançar com a execução do projeto. Para Guerra (2002, p.206) avaliar é “apreciar e ajuizar de forma rigorosa, lógica e coerente, o estado, a evolução e os efeitos de problemas, ações, dispositivos e organizações sobre os quais estamos a intervir”. No entanto, é um processo de reflexão que permite explicar os resultados das ações realizadas, reconhecendo os erros e os sucessos, para assim se ir melhorando e se adaptando ao longo do tempo. Este processo de avaliação não deve ser tido em conta como um fim, mas também como um meio capaz de melhorar sistematicamente o projeto, fazendo um uso dos recursos disponíveis mais adequado, isto porque a qualquer momento se pode alterar a forma como se está a executar o projeto, pois pode não estar a ser posto em prática de forma mais vantajosa para os intervenientes do mesmo (Serrano, 2008).

Inicialmente, faz-se uma avaliação do diagnóstico realizado à população com o intuito de perceber, através das necessidades e potencialidades, quais as melhores práticas a planificar para melhorar a qualidade de vida da população em estudo. Assim, no final da investigação realizada, com a aplicação do inquérito, conseguiu-se avaliar quais os problemas que mais condicionam a população alvo, conseguindo-se ter uma perceção mais pormenorizada da situação para se poder adequar a intervenção. A avaliação do diagnóstico é considerada como uma reflexão valorativa que nos indica quais os motivos para realizar o projeto e as necessidades que devemos satisfazer à população alvo (Serrano, 2008).

Concomitantemente, a avaliação do processo é também um meio para perceber de que modo se estão a conseguir os atingir os objetivos previstos, e desta forma alterar o *modus operandi* após uma situação problemática. Portanto, subentende-se a existência da adequação do projeto (se o planeamento (objetivos, estratégias, programas) se adequa às necessidades dos destinatários do projeto); da pertinência, que indica se se justifica criar e implementar o projeto; da eficiência, que nos indica os efeitos produzidos nos destinatários e os recursos utilizados; da eficácia, que diz respeito à relação entre os efeitos produzidos e os objetivos estabelecidos; da equidade, que se traduz na gestão de oportunidades disponibilizadas para a população; dos indicadores de análise económica que nos indica uma análise económica que indica os custos que o projeto teria; e por fim, do impacto que este terá na vida dos destinatários.

A partir do momento que se apresentar o projeto à população e restantes organismos e se passar à sua implementação no território, irá proceder-se à avaliação durante o processo (*ongoing*) e no final do processo.

Durante a implementação das diferentes atividades serão recolhidas as avaliações dos participantes de modo a reforçá-las ou então reajustá-las a novas necessidades e interesses. Assim será possível perceber quais as atividades mais apelativas e quais as que estão a gerar resultado para combater/prevenir os problemas identificados. Já com as menos apreciadas faremos uma melhor revisão da forma como se estão a pôr em prática para que se possam alterar e adaptar. Para o efeito, utilizar-se-ão instrumentos quer de natureza quantitativa, quer qualitativa.

Contudo, é fundamental realizar uma avaliação continua de todo o processo em geral, mas, também dos recursos utilizados, pois só assim teremos uma noção dos progressos e desajustamentos. Com as reuniões periódicas da equipa técnica também se obterá uma avaliação do projeto, percebe-se através deles se as atividades estão a surtir efeito e a gerar resultados (Serrano, 2008)

Por fim, com a avaliação final vamos conseguir identificar os objetivos que foram alcançados e os seus efeitos na comunidade. Porém esta fase só é posta em prática no final de todo o processo. Entre outras questões, são analisados os efeitos produzidos pelo projeto; quais foram as dificuldades para o cumprimento ou não dos objetivos; comparar a situação de partida e de chegada, para determinar quais os fatores que produziram mudança. Esta avaliação deverá ser apresentada às entidades parceira, e divulgada caso a intervenção seja um exemplo de boas práticas (Serrano, 2008)

Conclusão

O envelhecimento é um fenómeno demográfico que se verifica em muitos países, devido a um aumento na esperança de vida e uma redução da taxa de natalidade. Para muitos, é visto como um problema em virtude das consequências económicas e sociais que o mesmo acarreta. O crescimento e disseminação de ideias idadistas acerca dos mais velhos é uma consequência deste processo de envelhecimento generalizado em sociedades onde se valoriza o novo, o produtivo, o belo. Assim, urge promover o respeito, a valorização e a dignidade das pessoas mais velhas detentoras de uma sabedoria inigualável, dando-lhes a oportunidade de participação ativa na sociedade. Deste modo, mudar os modos de pensar que predominam na sociedade é um processo contínuo que requer o empenho de todos, incluindo os líderes políticos, organizações da sociedade e comunidade em geral.

Pela falta de respostas capazes de satisfazer as necessidades das pessoas que envelhecem e porque a maior parte destas pessoas tem preferência pelo envelhecimento na sua casa (*Ageing in Place*) é fundamental encontrar soluções alternativas que permitam concretizar esse desejo. A trabalho aqui apresentado surgiu então pela necessidade de combater e prevenir alguns dos problemas que caracterizam esta população mais velha. Contrariamente ao que se tem registado noutros contextos sociais e geográficos, o diagnóstico realizado nas freguesias do concelho de Montalegre permitiu identificar uma população genericamente sem isolamento social, sem solidão, sem dependência e sem depressão. Os resultados obtidos demonstram a forma como as pessoas mais velhas habitantes do interior vivem a sua idade de reforma. De um modo geral, a população inquirida caracteriza-se pelas fortes redes de relação que mantem com os vizinhos, com a família e com os amigos. Porém, o crescente individualismo, os estereótipos associados aos meios velhos e a saída dos mais jovens para o meio urbano à procura de novas oportunidades, são fatores que contribuem para enfraquecimento destas relações. O quotidiano da maior parte dos participantes é ocupado pelas tarefas domésticas, o cultivo das terras e o cuidado aos animais e, sobretudo, pelo entretenimento da televisão ou rádio. São, na maioria, pessoas muito devotas pelo que o ir à missa é uma atividade imprescindível e uma razão para sair de casa e estar com os outros. Os cafés são cada vez mais escassos nas aldeias e a aquisição de bens essenciais obriga a deslocações a outros contextos geográficos. Já os serviços são apenas localizados na vila de Montalegre, o que para muitos constitui um problema devido à insuficiência e inexistência de transportes

públicos. Embora o táxi seja um dos meios de deslocação mais recorrente, o custo do mesmo torna as deslocações mais raras (habitualmente nos dias de feira, às quintas-feiras de quinze em quinze dias).

Posto isto, procuramos apresentar um projeto com um carácter preventivo e promotor do envelhecimento em casa. Assim, com a experiência adquirida enquanto Técnica Superior de Serviço Social numa ERPI e no Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social surge a necessidade de melhorar a qualidade de vida dos mais velhos e dar-lhe voz através das atividades planificadas. Este projeto tem o intuito de criar um espaço de animação comunitária e sociocultural para a população mais velha de Montalegre, onde se promovam atividades intergeracionais, se proporcionem momentos de lazer e diversão, se valorizem as competências e a sabedoria e se aumentem (ou pelo menos se mantenham) os níveis de saúde, sempre na lógica da promoção de um envelhecimento saudável tendo em conta a preferência de envelhecer no local (*ageing in place*).

Não podemos deixar de dar conta das principais limitações deste trabalho. Assim, e quanto ao processo de recolha de dados para a elaboração do diagnóstico, salientamos a limitação da circunscrição do trabalho à vila e freguesias limítrofes, deixando as restantes de fora do trabalho. Para além disso, as condições de aplicação dos questionários poderão ter condicionado as respostas, nomeadamente quando estavam presentes outras pessoas para além do inquirido e da investigadora. Ser natural do concelho poderá igualmente ter funcionado como um entrave a uma maior abertura no momento de responder a algumas das questões do inquérito, mas, ao mesmo tempo, para outras questões teve o efeito contrário.

Em termos de mais valias, a dimensão da amostra parece-nos ser um aspeto positivo (175 inquéritos) pois permitiu recolher dados de uma parte significativa da população. Para além disso, permitiu conhecer a realidade de pessoas que envelhecem em contextos do interior do país, tantas vezes esquecidos pelos poderes políticos centrais.

Não poderíamos deixar de salientar, ainda, o quão indescritíveis são as vivências e a experiência adquiridas no terreno. O sentimento de utilidade que ficou após cada conversa foi sem dúvida gratificante, mas também o reconhecimento e a relação de ajuda conseguida. Surge também com a investigação, uma necessidade e vontade enorme de tentar mudar a situação das pessoas mais velhas.

Referências bibliográficas

- Azevedo, L. (2022). Este país é para velhos? Migrações e envelhecimento em Portugal. *Forum Sociológico*, 40, 73-84. <https://doi.org/10.4000/sociologico.10567>
- Azevedo, M. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa*. ESEP.
- Barroso, I. C. (2018). *Idadismo. Um estudo em cinco freguesias do baixo concelho da Póvoa de Lanhoso*. Tese de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga.
- Bruto da Costa, A. (2008). *Um olhar sobre a pobreza*. Gradiva.
- Carvalho, Irene (2011). Serviço social e envelhecimento ativo: teorias, práticas e dilemas profissionais. Repositório Universidade Lusíada de Lisboa <http://fatmasocial.blogspot.com/2015/08/servico-social-e-envelhecimento-ativo.html>
- Carvalho, N., & Duque, E. (2021). A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo. In E. Duque (eds), *Diferentes abordagens do envelhecimento* (pp.159-190). Celta Editora.
- CLASMTR (2013). *Diagnóstico Social do Concelho de Montalegre 2014/2021*. Rede Social de Montalegre. Disponível em https://www.cm-montalegre.pt/cmmontalegre/uploads/writer_file/document/2143/diagnostico_social_14_21.pdf
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra idosos. *Sociologia - Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, vol. XV, 249-273.
- Duque, E. (2021). *Diferentes abordagens do envelhecimento*. Cáritas.
- Elias, N. (2001). *A Solidão dos Moribundos: envelhecer e morrer*. Zahar Editores.
- Elias, N.; & Dunning, E. (1992). *A Busca da Excitação*. Difel.
- Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSN-6; Lubben,1998; versão portuguesa de Ribeiro, et al.2012)
- Esteves, M. J. (1996). *Os novos contornos do analfabetismo*. Celta Editora.
- Fernandez-Ballesteros (2004). *Gerontología social*. Piramide.
- Fernández-Ballesteros. (2000). *Gerontologia Social. Una introducción*. Piramide.
- Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in Place. Envelhecimento em Casa e na Comunidade*. Universidade Católica Portuguesa.

- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I., & Amado, J. (2004). *Condição psicológica de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal: Um estudo de caso*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- Gaulejac, V. & Leonetti, I. T. (2007). *La Lutte des Places*. Desclée de Brouwer.
- Goffman, E. (2005). *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª ed. Perspetiva.
- Hilário, M. I. (2017). *A promoção de qualidade de vida em idosos através da história de vida e da fotoelicitação – um projeto de intervenção*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do IP de Portalegre.
- INE (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2021). *Censos – Resultados definitivos 2021*. Instituto Nacional de Estatística.
- Krouts, J., & Coward, R. (1998). *Aging in rural settings. Life circumstances and distinctive features*. Springer Publishing Company
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969, 9:179-86.
- Leitão, C. (2015). *A experiência de solidão num lar de idosos: estudo de caso*. Matosinhos: ISSSP.
- Lopes, M. (2010). *Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento, em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- Machado, I. (2012). *Lutas sociais, habitação e quotidiano. Génesis e estruturação do Bairro da Bouça na cidade do Porto: do SAAL à solução cooperativa*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Maroco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS*. 7ª edição: ReportNumber.
- Melo, L., & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 7(1), 107-121.
- Neto, F. A. (1989). Escala de Solidão da UCLA: adaptação portuguesa. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- ONU. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Organización das Nações Unidas.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Edições Almedina.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. ICBAS-UP.

- Pereira, V. B. (2005). *Classes e culturas de classe das famílias portuenses: classes sociais e modalidades de estilização da vida na cidade do Porto*. Edições Afrontamento.
- Pires, N. (2020). *Psicologia e Psicopatologia do Envelhecimento*. Recursos pedagógicos. ISSSP.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa.
- Ribeiro, Ó. (2012). O envelhecimento "ativo" e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia - Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, número temático – *Envelhecimento Demográfico*, 33-52.
- Ribeiro, O., & Paúl, M. C. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lidel.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 217-234.
- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20(3), 505-518.
- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de projetos sociais*. Porto Editora.
- Silva, E. P. (2013). *Retratos da Velhice na freguesia de Basto*. Instituto Politécnico de Leiria.
- União Europeia (2016). Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. *Jornal Oficial da União Europeia*, 7 de junho. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=FR>
- World Health Organization (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *The Aging Male*, 5(1), 1–37. <https://doi.org/10.1080/713604647>
- World Health Organization (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist* 1986, 5:165-73.

Anexo(s)

Anexo 1. Inquérito por questionário



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Nº: |__|_|_|_|_|

Data: |__|_|_|_|_|_|

Freguesia: |_____|

**INQUÉRITO PARA ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO
GERONTOLÓGICO DA U. F. DE MONTALEGRE E PADROSO, DA U.
F. DE CAMBESES DO RIO, DONÕES E MOURILHE, DA U. F.
MEIXEDO E PADORNELOS E DA U. F. DA CHÃ.**

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: |_____| anos

2. Sexo

Feminino
Masculino

3. Estado Civil

Solteiro/a
Casado/a ou em união de facto
Divorciado/a ou separado/a
Viúvo/a

4. Frequentou a escola?

Sim
Não

5. Sabe ler e escrever

Só sabe ler
Só sabe escrever
Sabe ler e escrever
Não sabe ler nem escrever

6. Grau de escolaridade completo (só para quem foi à escola)

Ensino Básico 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º Anos/Ensino primário)
Ensino Básico 2º Ciclo (5º e 6º Anos/Ensino preparatório)
Ensino Básico 3º Ciclo (7º, 8º, 9º Anos/Ensino secundário unificado)
Ensino Secundário (10º, 11º e 12º Anos/Ensino secundário complementar)

Ensino médio/Bacharelato
Ensino Superior (Licenciatura/Mestrado/Doutoramento)

7. Condição atual perante o trabalho

Exerce uma atividade profissional
Está desempregado
Está reformado
Ocupa-se das tarefas do lar
Outra situação

8. Atualmente vive

Sozinho
Acompanhado

8.1. Se vive acompanhado, quantas pessoas vivem na sua casa para além de si (não contando consigo)?

(Pessoas)

8.2. Que relação de parentesco têm consigo essas pessoas?

Cônjuge	<input type="checkbox"/>	
Filho	<input type="checkbox"/>	Nº _____
Filha	<input type="checkbox"/>	Nº _____
Nora	<input type="checkbox"/>	Nº _____
Genro	<input type="checkbox"/>	Nº _____
Neto	<input type="checkbox"/>	Nº _____
Neta	<input type="checkbox"/>	Nº _____
Irmão	<input type="checkbox"/>	Nº _____
Irmã	<input type="checkbox"/>	Nº _____
Pai	<input type="checkbox"/>	
Mãe	<input type="checkbox"/>	
Sogro	<input type="checkbox"/>	
Sogra	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	

PERCURSO PROFISSIONAL

9. Ao longo da sua vida exerceu alguma profissão?

Sim
Não

9.1. Se SIM, qual foi a última profissão que exerceu? Descreva detalhadamente as tarefas que executava.

9.2. Exerceu essa profissão como:

- Patrão
- Trabalhador por conta própria/independente
- Trabalhador por conta de outrem (assalariado)
- Outra situação

10. Fez descontos para a segurança social?

- Sim
- Não
- Não sabe

CARACTERIZAÇÃO HABITACIONAL

11. Tipo de habitação em que reside o/a inquirido/a (a assinalar pelo inquiridor)

- Morada/Casa isolada
- Apartamento
- Apartamento em bairro social
- Barraca
- Anexos de casa
- Outra situação

12. A casa onde vive é:

- Própria (sem empréstimo)
- Própria (a pagar empréstimo)
- Arrendada
- Cedida por familiares/amigos
- Outra situação _____

13. Quantas divisões tem a casa para além da sala, da cozinha e do WC?

14. Na sua habitação dispõe de:

	Sim	Não
Casa-de-banho interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Água canalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Água quente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luz elétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saneamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aquecimento (de que tipo? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone fixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDIÇÕES DE SAÚDE

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Doenças dos olhos	<input type="checkbox"/>
Doenças do ouvido	<input type="checkbox"/>
Doenças do sangue	<input type="checkbox"/>
Doenças do aparelho digestivo	<input type="checkbox"/>
Doenças do aparelho respiratório	<input type="checkbox"/>
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	<input type="checkbox"/>
Doenças infecciosas	<input type="checkbox"/>
Doenças dos músculos e ossos	<input type="checkbox"/>
Doenças do aparelho circulatório	<input type="checkbox"/>
Doenças cancerígenas	<input type="checkbox"/>
Doenças do foro psíquico/mental	<input type="checkbox"/>
Outra(s)	<input type="checkbox"/>

15.2. De forma geral, como avalia o seu estado atual de saúde?

Muito bom	Bom	Nem bom, nem mau	Mau	Muito mau

16. Índice de Barthel – Atividades de Vida Diária

Qual a sua capacidade de realizar as dez seguintes Atividades Básicas de Vida?

Apenas é válida uma resposta por item. Em cada item descrito, caso a pessoa seja dependente, questionar quem lhe presta apoio.

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
Higiene pessoal 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal; 5 = Independente no barbear, lavar os dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos).	
Evacuar 0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres); 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana); 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência).	
Urinar 0 = Incontinente ou algaliado; 5 = Episódios ocasionais de incontinência (no máximo, uma vez em 24 horas); 10 = Contigente (por mais de 7 dias).	

Ir à casa de banho (uso de sanitário) 0 = Dependente; 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda).	
Alimentar-se 0 = Incapaz; 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc; 10 = Independente (a comida é providenciada).	
Transferências (cadeira /cama) 0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se; 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se; 10 = Pequena ajuda (verbal ou física); 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas).	
Mobilidade (deambulação) 0 = Imobilizado; 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc; 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física); 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex. bengala).	
Vestir-se 0 = Dependente; 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda; 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores).	
Subir/descer escadas 0 = Incapaz; 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão; 10 = Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos; ex. muletas ou bengala).	
Banho 0 = Dependente; 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda).	
TOTAL DE PONTOS	

17. Escala de Lawton & Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária

Qual a sua capacidade de realizar as seguintes Atividades Instrumentais de Vida Diária?

Apenas é válida uma resposta por item. Em cada item descrito, caso a pessoa seja dependente, questionar quem lhe presta apoio.

(No caso dos homens, não se contabilizam os itens “preparação das refeições”, “tarefas domésticas” e “lavagem da roupa”).

ATIVIDADES	PONTUAÇÃO
Utilização do telefone 1 = Utiliza o telefone por iniciativa própria; 1 = É capaz de marcar bem alguns números familiares; 1 = É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar; 0 = Não é capaz de usar o telefone.	
Fazer compras	

<p>1= Realiza todas as compras necessárias independentemente; 0 = Realiza independentemente pequenas compras; 0 = Precisa de ir acompanhado para fazer qualquer compra; 0 = É totalmente incapaz de comprar.</p>	
<p>Preparação das refeições* 1 = Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente; 0 = Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos; 0 = Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada; 0 = Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições.</p>	
<p>Tarefas domésticas* 1 = Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados); 1 = Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos e fazer a cama; 1 = Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza; 0 = Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas; 0 = Não participa em nenhuma tarefa doméstica.</p>	
<p>Lavagem da roupa* 1 = Lava sozinho toda a sua roupa; 1 = Lava sozinho pequenas peças de roupa; 0 = A lavagem de roupa tem de ser feita por terceiros.</p>	
<p>Utilização de meios de transporte 1 = Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro; 1 = É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte; 1 = Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado; 0 = Só utiliza o táxi ou o automóvel com a ajuda de terceiros; 0 = Não viaja.</p>	
<p>Manuseamento da medicação 1 = É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas; 0 = Toma a medicação se a dose for preparada previamente; 0 = Não é capaz de administrar a sua medicação.</p>	
<p>Responsabilidade de assuntos financeiros 1 = Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho; 1 = Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no Banco; 0 = Incapaz de manusear o dinheiro.</p>	
TOTAL DE PONTOS	

18. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – Versão curta

Diga-me como se sente neste momento face a cada uma das questões abaixo (responda “sim” ou “não” a cada questão). Apenas é válida uma resposta por item.

	SIM	NÃO
Está satisfeito com a sua vida?		
Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?		
Sente que a sua vida está vazia?		
Sente-se frequentemente aborrecido?		
Na maior parte do tempo está de bom humor?		
Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?		
Sente-se feliz na maior parte do tempo?		
Sente-se frequentemente abandonado/desamparado?		

Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?		
Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?		
Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?		
Sente-se inútil?		
Sente-se cheio de energia?		
Sente-se sem esperança?		
Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?		

PONTUAÇÃO TOTAL: ____ PONTOS

DIMENSÃO FAMILIAR E REDES DE SOCIABILIDADE

19. Tem filhos?

Sim N^o _____
 Não

20. Se ficar doente e necessitar de apoio, tem alguém que o possa auxiliar?

(por exemplo, acompanhar a consulta médica, comprar a medicação, ir às compras, etc.)

Sim
 Não

20.1. Se SIM, quem é/são essa(s) pessoa(s)?

Cônjuge
 Filhos/as
 Netos/as
 Irmãos
 Amigos
 Outra. Quem?

21. Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) – Versão Portuguesa

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica a si.

	0	1	2	3-4	5-8	9 e +
FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						

3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
--	--	--	--	--	--	--

22. Escala da Solidão da UCLA

Para cada frase, escolha a opção com que mais se identifica neste momento.

	Nunca (1)	Raramente (2)	Algumas Vezes (3)	Muitas vezes (4)
Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta				
Sinto falta de camaradagem				
Não há ninguém a quem possa recorrer				
Sinto que faço parte de um grupo de amigos				
Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam*				
Já não sinto mais intimidade com ninguém				
Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam				
Sou uma pessoa voltada para fora*				
Há pessoas a quem me sinto chegado*				
Sinto-me excluído				
Ninguém me conhece realmente bem				
Sinto-me isolado dos outros				
Consigo encontrar camaradagem quando quero*				
Há pessoas que me compreendem realmente*				
Sou infeliz por ser retraído				
As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo*				
Há pessoas com quem consigo falar*				
Há pessoas a quem posso recorrer				

Nota: *Item invertido (i.e., 1=4, 2=3, 3=2, 4=1) antes de se calcular o score.

ATIVIDADES DE LAZER

23. Indique, da seguinte lista de atividades, as que realize e com que regularidade.

	Regularidade						Gostaria de fazer
	Nunca	Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Anualmente	
Sair de casa (para tratar de assuntos)							
Realizar tarefas domésticas (limpar, arrumar...)							
Cozinhar							
Fazer trabalhos manuais (croché, bricolage, etc...)							
Tratar de animal de estimação (cão, gato, peixe...)							

Fazer jardinagem ou cultivo da horta								
Criar galinhas, coelhos ou patos								
Ir ao cabeleireiro/esteticista								
Ir ao barbeiro								
Ver televisão								
Ouvir rádio								
Ouvir música								
Ir ao café								
Realizar palavras cruzadas ou quebra-cabeças								
Jogar jogos de mesa (cartas, xadrez, damas, puzzles...)								
Fazer colecionismo (selos, postais, etc...)								
Ler livros								
Ler jornais								
Ler revistas								
Ir ao cinema								
Ir ao teatro								
Assistir a concertos de música								
Assistir a espetáculos desportivos								
Dançar (ex: participar em matinés dançantes)								
Participar em eventos de partidos, sindicatos ou movimentos cívicos								
Visitar família								
Visitar amigos								
Receber família em sua casa								
Receber amigos em sua casa								
Cuidar de neto(s) ou de crianças								
Usar o computador para comunicar com outros (através de Skype, Zoom, etc...)								
Usar o computador para fazer jogos								
Usar o computador para consultar informação/fazer pesquisas de assuntos que lhe interessam								
Praticar desporto (caminhadas, ciclismo, ginástica, natação...)								
Realizar atividade artística (ex: pintar, tocar instrumento musical)								
Sair de casa para passear								
Viajar								
Participar em serviços religiosos (ex.: ir à missa)								
Rezar ou meditar								
Frequentar aulas (ex. Universidade Sénior)								

CONDIÇÕES ECONÓMICAS

24. Identifique as suas principais fontes de rendimento:

Salário	<input type="checkbox"/>
Pensão de velhice	<input type="checkbox"/>
Pensão social de velhice	<input type="checkbox"/>
Pensão de invalidez	<input type="checkbox"/>
Pensão de sobrevivência	<input type="checkbox"/>
Pensão de viuvez	<input type="checkbox"/>
Complemento solidário para Idosos	<input type="checkbox"/>
Subsídio de desemprego	<input type="checkbox"/>
Rendimento Social de Inserção	<input type="checkbox"/>
Rendas/juros	<input type="checkbox"/>
Outras. Quais?	<input type="checkbox"/>

25. Indique se tem despesas fixas mensais com:

Habitação (renda ou empréstimo bancário)	<input type="checkbox"/>
Luz	<input type="checkbox"/>
Água	<input type="checkbox"/>
Medicação	<input type="checkbox"/>
Gás	<input type="checkbox"/>
Televisão	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>
Transportes	<input type="checkbox"/>
Telefone/telemóvel	<input type="checkbox"/>
Outras. Quais?	<input type="checkbox"/>

26. O seu rendimento mensal permite-lhe pagar todas as despesas?

Sim

Não

26.1. Se não, como faz para pagar todas as despesas? (escolha múltipla)

Recorre a familiares

Recorre a amigos

Recorre a vizinhos

Recorre a apoios sociais

Outras situações. Quais?

27. Rendimento líquido mensal (individual se viver sozinho; do casal se viver com cônjuge)

Até 300€

Mais de 301 e até 500€

Mais de 500 e até 700€

Mais de 700 e até 900€

Mais de 900 e até 1100€

Mais de 1100 e até 1300€

Mais de 1300 e até 1500€

Mais de 1500€

REDE INSTITUCIONAL E EQUIPAMENTOS SOCIAIS

28. Atualmente, recebe apoio por parte de algum serviço ou instituição do concelho de Montalegre?

Apoio Domiciliário

Centro de Dia

Junta de Freguesia

Delegação da Cruz Vermelha de Montalegre

Outro

29. Se fosse criado um equipamento novo na freguesia de (nome da freguesia), selecione

aquele(s) em que teria interesse em participar?

Centro de Dia

Centro de Noite

Serviço de Apoio Domiciliário
Lar de Idosos
Projeto de voluntariado
Universidade Sénior
Uma associação cultural e recreativa
Outro. Qual?

Muito obrigada pelo seu importante contributo.

Anexo 2. Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA COM SERES HUMANOS

Título do projeto ou estudo: Conceção de uma Resposta Social no Concelho de Montalegre

Pessoa responsável pelo projeto: *Eliana Costa*

Instituição de acolhimento: *Instituto Superior de Serviço Social do Porto*

Curso: *Mestrado em Gerontologia Social*

Orientador(a): *Prof.ª Doutora Idalina Machado*

Este documento, designado **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi convidado a participar. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

Informação geral

O presente trabalho de pesquisa tem como objetivo a caracterização da população sénior de algumas freguesias do concelho de Montalegre (U.F de Montalegre e Padroso, U.F. da Chã, U. F. de Cambeses, Donões e Mourilhe e U. F de Meixedo e Padornelos). Com este trabalho pretende-se proceder ao levantamento das necessidades e interesses das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos residentes nestas freguesias do concelho de Montalegre, de modo a propor a criação de uma resposta adequada a essas mesmas necessidades e interesses.

Este projeto surge no âmbito do curso de Mestrado em Gerontologia Social que a investigadora está a realizar no Instituto Superior de Serviço Social do Porto sob orientação da Prof.ª Doutora Idalina Machado.

Quais os procedimentos do estudo em que vou participar?

Será convidado a responder a um inquérito que contém perguntas que permitem caracterizar as condições de vida e os gostos e interesses do/a inquirido/a. O inquérito terá uma duração aproximada de 1 hora.

A minha participação é voluntária?

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si.

Como é assegurada a confidencialidade dos dados?

Os dados têm exclusivamente finalidade académica para a conclusão da dissertação de mestrado. São anónimos e não serão utilizados nomes nem qualquer informação que permita a identificação do/a inquirido/a.

Em caso de dúvidas quem devo contactar?

Para qualquer questão relacionada com a sua participação neste estudo, por favor, disponibilizo-me para prestar qualquer esclarecimento adicional, através do e-mail [REDACTED] ou do contacto telefónico [REDACTED]

Assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido

Declaro que fui informado/a que o inquérito a que me proponho responder surge no âmbito do trabalho de projeto da mestranda Eliana Costa, aluna do Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Superior de Serviço Social do Porto e que tem como objetivo inquirir a população com 65 ou mais anos residente nas freguesias do concelho supracitadas, com vista à elaboração do Diagnóstico Gerontológico destas freguesias do concelho de Montalegre. Fui informado/a de que a minha participação é voluntária, pelo que a qualquer momento poderá decidir não continuar a sua participação. Garantiram-me o total anonimato e confidencialidade das informações recolhidas, não só ao longo do processo de inquirição como, posteriormente, na elaboração do relatório final. Não há nenhum risco associado à participação na pesquisa. Assim, confirmo que aceito responder ao inquérito proposto de livre e consciente vontade.

Foi-me dada uma cópia deste documento.

O participante _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

A investigadora _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Anexo 3. *Realização dos diferentes tipos de atividades de lazer*

Atividades diárias	Total			Diariamente		Semanalmente		Quinzenalmente		Mensalmente		Anualmente		Nunca	
	N	M	DP	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipo 1: Atividades de trabalho privado e administração familiar															
1. Sair de casa (para tratar de assuntos)	175	2,8	1,3	27	15,4	65	37,1	30	17,1	39	22,3	3	1,7	11	6,3
2. Realizar tarefas domésticas (limpar, arrumar...)	175	2,6	2,3	113	64,6	8	4,6	0	0,0	2	1,1	0	0,0	52	29,7
3. Cozinhar	175	2,7	2,3	101	57,7	14	8,0	1	0,6	5	2,9	0	0,0	54	30,9
5. Tratar de animal de estimação (cão, gato, peixe...)	175	3,1	2,5	96	54,9	5	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	74	42,3
6. Fazer jardinagem ou cultivo da horta	175	2,1	1,7	90	51,4	54	30,9	2	1,1	3	1,7	0	0,0	26	14,9
7. Criar galinhas, coelhos ou patos	175	3,1	2,4	96	54,9	6	3,4	2	1,1	0	0,0	0	0,0	71	40,6
8. Ir ao cabeleireiro/esteticista	175	5	1,1	0	0,0	6	3,4	3	1,7	65	37,1	10	5,7	91	52,0
9. Ir ao barbeiro	175	5,2	1	0	0,0	1	0,6	0	0,0	62	35,4	5	2,9	107	61,1
30. Cuidar de neto(s) ou de crianças	175	5	1,8	16	9,1	18	10,3	2	1,1	7	4,0	11	6,3	121	69,1
Tipo 2: Atividades de sociabilidade															
13. Ir ao café	175	2,7	1,9	60	34,3	57	32,6	7	4,0	11	6,3	3	1,7	37	21,1
25. Participar em eventos de partidos, sindicatos ou movimentos cívicos	175	5,9	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,7	4	2,3	168	96,0
26. Visitar família	175	2,9	1,6	39	22,3	56	32,0	26	14,9	14	8,0	23	13,1	17	9,7
27. Visitar amigos	175	2,1	1,2	57	32,6	81	46,3	20	11,4	8	4,6	1	0,6	8	4,6
28. Receber família em sua casa	175	2,7	1,5	45	25,7	52	29,7	23	13,1	32	18,3	17	9,7	6	3,4
29. Receber amigos em sua casa	175	3	1,5	29	16,6	47	26,9	42	24,0	35	20,0	2	1,1	20	11,4
31. Usar o computador para comunicar com outros (através de Skype, Zoom, etc...)	175	4,3	2,2	36	20,6	26	14,9	2	1,1	1	0,6	0	0,0	110	62,9
33. Usar o computador para consultar informação/fazer pesquisas de assuntos que lhe interessam	175	4,6	2,2	38	21,7	13	7,4	3	1,7	1	0,6	0	0,0	120	68,6
36. Sair de casa para passear	175	1,6	1,1	111	63,4	47	26,9	6	3,4	5	2,9	1	0,6	5	2,9
37. Viajar	173	4,9	0,9	0	0,0	6	3,5	1	0,6	49	28,3	69	39,9	48	27,7
40. Frequentar aulas (ex. Universidade Sénior)	175	5,9	0,6	2	1,1	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	172	98,3

<i>Atividades diárias</i>	Total			Diariamente		Semanalmente		Quinzenalmente		Mensalmente		Anualmente		Nunca	
	N	M	DP	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipo 3: Atividades miméticas ou de jogo															
4. Fazer trabalhos manuais (croché, bricolage, etc...)	175	3,2	2	36	20,6	62	35,4	16	9,1	3	1,7	0	0,0	58	33,1
10. Ver televisão	175	1	0,2	171	97,7	3	1,7	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11. Ouvir rádio	175	3,1	2,2	66	37,7	39	22,3	9	5,1	1	0,6	0	0,0	60	34,3
12. Ouvir música	175	1,1	0,4	170	97,1	4	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
14. Realizar palavras cruzadas ou quebra-cabeças	175	5	1,8	18	10,3	17	9,7	3	1,7	4	2,3	0	0,0	133	76,0
15. Jogar jogos de mesa (cartas, xadrez, damas, puzzles...)	175	5,2	1,5	2	1,1	20	11,4	6	3,4	13	7,4	6	3,4	128	73,1
16. Fazer colecionismo (selos, postais, etc...)	174	5,8	0,6	1	0,6	0	0,0	0	0,0	4	2,3	27	15,5	142	81,6
17. Ler livros	175	4,6	1,8	14	8,0	23	13,1	15	8,6	14	8,0	3	1,7	106	60,6
18. Ler jornais	175	4,2	2	20	11,4	37	21,1	18	10,3	10	5,7	0	0,0	90	51,4
19. Ler revistas	175	4,4	1,9	11	6,3	39	22,3	18	10,3	9	5,1	0	0,0	98	56,0
20. Ir ao cinema	175	6	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	175	100,0
21. Ir ao teatro	175	6	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	175	100,0
22. Assistir a concertos de música	175	5,1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,3	143	81,7	28	16,0
23. Assistir a espetáculos desportivos	175	5,7	0,9	0	0,0	2	1,1	11	6,3	8	4,6	4	2,3	150	85,7
24. Dançar (ex: participar em matinés dançantes)	175	5,6	0,8	0	0,0	4	2,3	1	0,6	5	2,9	40	22,9	125	71,4
32. Usar o computador para fazer jogos	175	5,5	1,5	13	7,4	5	2,9	2	1,1	0	0,0	0	0,0	155	88,6
34. Praticar desporto (caminhadas, ciclismo, ginástica, natação...)	175	2,3	1,8	77	44,0	52	29,7	13	7,4	5	2,9	0	0,0	28	16,0
35. Realizar atividade artística (ex: pintar, tocar instrumento musical)	175	5,7	1	2	1,1	6	3,4	1	0,6	4	2,3	3	1,7	159	90,9
Tipo 4: Atividades intermédias de autossatisfação															
38. Participar em serviços religiosos (ex.: ir à missa)	175	3,5	1,7	1	0,6	74	42,3	31	17,7	16	9,1	3	1,7	50	28,6
39. Rezar ou meditar	175	1,7	1,4	120	68,6	33	18,9	4	2,3	5	2,9	0	0,0	13	7,4

Legenda:

1= Diariamente; 2= Semanalmente; 3= Quinzenalmente; 4= Mensalmente; 5= Anualmente e 6= Nunca.

N= n.º válido de casos; M= média; DP= Desvio padrão.

Anexo 4. Cronograma de implementação do projeto

	2023											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Apresentação do projeto à população das diferentes Uniões de Freguesia												
Apresentação do projeto às IPSS locais												
Reuniões com a IPSS que aceite ser promotora do projeto												
Captação de recursos materiais												
Realização de parcerias com os diferentes organismos												
Formação da equipa técnica multidisciplinar												
Dinamização das atividades propostas												
Avaliação parcelar das atividades												
Reunião com os membros da equipa multidisciplinar												
Avaliação final do projeto												