



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

População Idosa do Concelho de Mondim de Basto: Proposta de Plano Gerontológico

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Ana Regina Pacheco Gomes de Carvalho

População Idosa do Concelho de
Mondim de Basto: Proposta de Plano Gerontológico

Relatório de Estágio em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de
Educação, Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Constituição do Júri:

Presidente do Júri: Professora Doutora Filipa Daniela Correia Marques

Arguente: Professor Doutor Nuno Manuel dos Santos Carvalho

Orientadora: Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva

Dezembro, 2021

Agradecimentos

Muitos altos e baixos foram-se desenrolando, mas algumas pessoas ajudaram na conclusão desta etapa. Assim sendo, deixo aqui o meu muito obrigada a todas elas, nomeadamente:

À Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva, devido ao seu incansável acompanhamento e às suas orientações que foram cruciais para a concretização e finalização deste estudo.

Ao Professor Horácio Firmino pela sua disponibilidade.

À Câmara Municipal, em especial, ao Departamento Social, na pessoa da Psicóloga Teresa Silva por tão bem me ter recebido e pelas portas que abriu para a recolha de dados nas freguesias.

Às instituições e pessoas singulares, particularmente à Associação de Solidariedade Social de Aldeias de Mondim de Basto, à Associação para Animação de Tempos Livres Crianças, Jovens e Idosos “Os Arautas Bilhoenses”, à Associação Social Cultural e Recreativa de Ermelo e à D. Ana que criaram pontes para chegar mais facilmente às pessoas velhas do concelho.

Às pessoas velhas que tão gentilmente me receberam em sua casa e responderam às entrevistas, possibilitando a concretização deste estudo.

Aos meus colegas de mestrado, que durante este tempo estiveram comigo, principalmente a Tatiana Oliveira que foi incansável e me acolheu numa cidade desconhecida.

Ao meu namorado, por tantas vezes me ter feito ver as minhas capacidades e ter acreditado em mim em todos os momentos.

E, por fim, o agradecimento mais especial: aos meus pais e à minha irmã que, apesar de todas as dificuldades, de todas as dores de cabeça, sempre me ajudaram a perceber que tudo se consegue com persistência e trabalho. Esta vitória também é vossa.

População Idosa do Concelho de Mondim de Basto: Estudo de Caracterização e Identificação das Necessidades da População de Mondim de Basto

Resumo: O envelhecimento tem-se constituído uma vitória e um desafio, uma vez que se vive mais anos e com mais qualidade. No entanto, de forma desigual no que respeita às oportunidades e necessidades de e para a pessoa velha, quer ao nível pessoal, económico, cultural, espiritual e civil.

Assim, e face a estas evidências emergiu a inevitabilidade de perceber quais as necessidades da população velha do concelho de Mondim de Basto. Esta recolha de dados foi realizada através de entrevista estruturada, com o objetivo de elaborar uma proposta de plano gerontológico para a população velha do concelho. A análise descritiva dos resultados permitiu identificar as necessidades relacionadas a carência ou inexistência de atividades diárias, a falta de gestão e apoio emocional, a necessidade de companhia e a escassez de informação no que diz respeito aos benefícios sociais.

Este estudo permite-nos refletir sobre as políticas e a sua forma, pois devem ser pensadas de acordo com as necessidades para que haja uma melhoria efetiva na qualidade e perceção sobre o envelhecimento.

Para futuros estudos, propõe-se aumentar ao número de entrevistadores e a realização de uma entrevista semiestruturada, para que haja uma abrangência maior no que diz respeito a especificação de cada temática escolhida, por freguesia.

Palavras-chave: Envelhecimento; Políticas Sociais; Diagnóstico Social; Plano Gerontológico; Intervenção.

Elderly Population of the Municipality of Mondim de Basto: Characterization and Identification of the population of Mondim de Basto Study

Abstract: Aging has been a Victory and a challenge, as people live longer and with more quality. However, unequally with regard to the opportunities and needs of and for the elderly person, whether on a personal, economic, cultural, spiritual and civil level.

Thus, and given this evidence, the inevitability of understanding the needs of the elderly population of the municipality of Mondim de Basto emerged. This data collection was carried out through a structured interview, with the aim of preparing a proposal for a gerontological plan for the elderly population of the municipality. The descriptive analysis of the results allowed to identify the needs related to the lack or non-existence of daily activities, the lack of management and emotional support, the need for company and the lack of information regarding social benefits.

This study allows us to reflect on the policies and their form, as they must be designed according to the needs so that there is an effective improvement in the quality and perception of aging.

For future studies, it is proposed to increase the number of interviewers and carry out a semi-structured interview, so that there is a greater coverage with regard to the specification of each chosen theme, by parish.

Keywords: Aging; Social policy; Social diagnosis; Gerontological plan; Intervention.

Sumário

Agradecimentos	III
Resumo	IV
Abstract.....	V
Índice de Figuras	VII
Índice de Gráficos	VII
Índice de Quadros.....	VII
INTRODUÇÃO	8
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
Capítulo I.....	11
1.1. O envelhecimento populacional e as necessidades das pessoas velhas	11
Capítulo II.....	13
2.1. Envelhecimento Bem-Sucedido e Ativo.....	13
2.2. Modelos e Teorias do Envelhecimento Bem-Sucedido	15
Capítulo III.....	20
3.1. Políticas Sociais para a População Idosa.....	20
3.2 O plano gerontológico como Política Social	24
3.2.1. O diagnóstico social na génese de novas políticas sociais.....	27
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	30
Capítulo IV.....	31
4.1. Objetivos	31
4.2. Contextualização.....	31
4.2.1. Amostra.....	33
4.3. Instrumento	33
4.4. Procedimentos.....	34
Capítulo V.....	36
Limitações do Estudo	45
Conclusão.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

Lista de figuras

Figura 1: Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido de Rowe e Kahn (!997, p.4).....	21
Figura 2: Mapa de Enquadramento do Concelho de Mondim de Basto (Diagnóstico Social,2016).....	42

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos entrevistados por local de Freguesia.....	49
Gráfico 2: Distribuição dos entrevistados por profissão.....	51

Índice de Quadros

Quadro 1: Matriz das necessidades (Correia, Pereira, & Costa, p.374)	16
Quadro 2: Distribuição dos entrevistados pela variável sexo e idade.....	49
Quadro3: Distribuição dos entrevistados pela variável sexo, estado civil, situação de vida, habitação, se tem cuidador ou se cuida de alguém.....	50
Quadro4: Distribuição dos entrevistados por ciclo de ensino.....	51
Quadro5: Distribuição dos entrevistados pelo tipo de prevenção.....	52
Quadro6: Distribuição dos entrevistados por necessidade.....	53
Quadro 7: Relação entre a variável sexo e a capacidade de comunicar, ver e ouvir	54
Quadro 8: Relação entre cuidador informal e necessidade de melhores condições de alojamento	54
Quadro 9: Relação entre cuidador informal e necessidade de aperfeiçoar capacidades de visão, audição e comunicação	55
Quadro 10: Ações propostas por cada eixo de intervenção.....	58

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um dos maiores triunfos da humanidade e ao mesmo tempo um dos seus maiores desafios, uma vez que é produto de condições várias, experienciadas ao longo da vida do indivíduo (Sobral, 2015). Se é previsível que existam necessidades relacionadas com este processo, uma vez que há perdas inevitáveis associadas ao processo de envelhecimento, por outro lado há que responder ao desafio de construir condições ou oportunidades promotoras de qualidade de vida, o que implica um aumento ou o reforço das potencialidades e dos recursos de cada indivíduo e da sua comunidade.

As necessidades, apesar de serem tipos de situações complexas, podem sofrer melhorias no seu funcionamento e na sua organização (Fialho, Silva, & Saragoça, 2017). Como tal, é necessário identificá-las a partir da comunidade e do grupo-alvo para que se possa agir sobre elas, melhorando o diagnóstico social dessa comunidade.

Assim, o presente trabalho centrou-se numa abordagem de diagnóstico social, com o intuito de identificar e descrever as necessidades da população velha do concelho de Mondim de Basto, de maneira que fosse possível formular um plano gerontológico que procure colmatar algumas das necessidades detetadas. É nosso entendimento que só conhecendo as especificidades desta população se torna possível criar e adaptar intervenções e mobilizar recursos da forma mais adequada, promovendo o envelhecimento ativo e bem-sucedido, mantendo ou aumentando a qualidade de vida nesta fase.

Assim, foi realizado um estudo quantitativo com recurso a entrevista estruturada, junto de pessoas com mais de 65 anos pertencentes às seis freguesias do concelho de Mondim de Basto. A partir dos dados obtidos procurou-se desenhar um plano gerontológico, que tem surgido em meios internacionais e nacionais como umas das ferramentas que pode ser colocada ao serviço da promoção do envelhecimento bem-sucedido.

O presente trabalho final encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira, referente à revisão da literatura, apresenta, num primeiro capítulo, os aspetos relativos ao envelhecimento demográfico, a definição conceptual de envelhecimento bem-sucedido e de envelhecimento ativo, e as necessidades mais referenciadas no que se refere à população velha. No segundo capítulo, abordam-se as políticas sociais destinadas a esta população, a importância dos planos gerontológicos como política social e a sua importância social para a

promoção de envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida na velhice, bem como a importância do diagnóstico social no processo de construção do plano gerontológico.

Numa segunda parte do trabalho, dedicada à investigação, são apresentados no capítulo três os objetivos do estudo e a metodologia utilizada; no quarto capítulo são apresentados os principais resultados obtidos junto de 167 pessoas velhas; no quinto capítulo é realizada a discussão dos resultados e apresentada uma proposta de plano gerontológico. Finaliza-se com as conclusões e as recomendações para as políticas públicas.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I

1.1.O envelhecimento populacional e as necessidades das pessoas velhas

O envelhecimento demográfico ao nível da União Europeia a 28 países (UE28) e, consequentemente, ao nível de Portugal, pode ser descrito como um processo estrutural em desequilíbrio, com a base da pirâmide etária a diminuir e o topo em crescimento, devido a vários fatores, entre os quais os declínios da taxa de fecundidade e da taxa de natalidade (Azeredo, 2011; Dias & Rodrigues, 2013; Eurostat, 2015; Marques, Ribeiro, Maia & Santos, 2016).

Segundo o INE, verifica-se, desde 1997, uma diminuição da população jovem (com menos de 15 anos) e um aumento da população velha, o que se traduz num contínuo aumento do índice de envelhecimento em todas as regiões do país, prevendo-se que em 2080 o índice de envelhecimento mais alto seja na região norte, com 398 pessoas com 65 e mais anos para cada 100 pessoas entre os 0-14 anos (Azeredo, 2011; INE, Instituto Nacional de Estatísticas, 2014; INE, 2017).

No entanto, este processo não acontece apenas ao nível das regiões NUT, mas também ao nível das regiões rurais, muito por causa da atratividade das áreas urbanas que são um chamariz para as populações jovens e ativas, em busca de novas oportunidades e de melhores condições de vida (Dias & Rodrigues, 2013; Marques et al., 2016). Por outro lado, nas zonas rurais, os núcleos de comércio e serviços capazes de satisfazer as necessidades dos mais velhos desapareceram, deixando as pessoas velhas isoladas (Azeredo, 2011). Como referem alguns autores, o meio onde vivem as pessoas velhas influencia muitas das componentes que fazem parte desta sua fase de vida e, consequentemente, a forma como a veem, ou seja, as influencia quanto às expectativas face à vida e ao futuro (Dias & Rodrigues, 2013; Lopesino et al., 2011).

Entende-se, assim, que os acontecimentos ao longo da vida, sejam eles de que origem forem, influenciam o processo de envelhecimento (Azeredo, 2011; Sequeira, 2010), pois este não é somente um processo demográfico, mas também um processo de mudança, um processo biopsicossocial (Osorio, 2007; Azeredo, 2011; Fonseca, 2012).

Este processo pode ser assim dividido em três componentes: a biológica, a psicológica e a social (Azeredo, 2011).

O envelhecimento biológico ou senescência, refere-se às alterações biológicas que são irreversíveis, mas que todos os indivíduos atingem em determinada altura da vida, adquirindo uma diminuição funcional e vulnerabilidade que não serão sinónimo de patologia (Osorio, 2007; Azeredo, 2011; Fonseca, 2012). O envelhecimento psicológico, ou autorregulação do indivíduo, está relacionado com a adaptação do indivíduo ao processo de senescência, ao modo como lida com a vivência o seu próprio envelhecimento. Porém, é considerado normativo que determinadas capacidades cognitivas sofram um declínio (Azeredo, 2011; Fonseca, 2012).

Já o envelhecimento social é relativo às modificações dos papéis sociais a que as pessoas velhas estão sujeitas, bem como às expectativas e comportamentos que as sociedades têm para com este grupo (Osorio, 2007; Azeredo, 2011; Fonseca, 2012).

Este processo tem, assim, determinantes sociais, económicas, comportamentais e de saúde que influenciam a sua evolução, seja positivamente, como a satisfação com a reforma, a oportunidade de passar mais tempo com a família, a capacidade para escolher objetivos, a sabedoria e uma comunicação melhorada a nível de relacionamento; seja, negativamente, como é o caso da consciencialização de que a hora da morte está próxima, a modificação ao longo dos tempos dos valores das gerações mais novas, a morte de pessoas próximas e a falta de oportunidades para dar uso à sua sabedoria (Fonseca, 2012; Ermida, 2014; Rodrigues et al., 2015).

Ou seja, o envelhecimento foi uma conquista da humanidade. Esta conquista trouxe, no entanto, mudanças que acentuaram certas necessidades, dado que à semelhança do que acontece com o processo de envelhecimento (processo biopsicossocial), também as necessidades devem ser pensadas nessas três componentes (Azeredo, 2011, 2012). De acordo com Fialho, Silva e Saragoça (2017, p. 105), uma necessidade é uma situação que pode sofrer melhorias no seu funcionamento e organização. A respeito, Correia, Pereira e Costa (2016) identificam 10 necessidades mais evidentes nesta faixa etária: a subsistência, a segurança, a afeição, a compreensão, a participação, o lazer, a criação, a transcendência, a identidade e a liberdade, como podemos verificar no quadro seguinte.

Quadro 1: Matriz das Necessidades (Correia, Pereira, & Costa, p. 374).

Necessidade	Significado
Subsistência	Ser capaz de viver uma vida de duração normal e saudável e satisfazer, no dia-a-dia, as condições necessárias para o alcançar
Segurança	Ser capaz de estar e de sentir-se seguro contra riscos sociais e naturais e a violência
Afeição	Ser capaz de estabelecer, desenvolver e manter relações significativas de proximidade e intimidade, de sentir afeto e poder manifestá-lo
Compreensão	Ser capaz de usar os sentidos, imaginar, pensar e raciocinar sobre as pessoas e o mundo em geral de forma informada e cultivada pela educação
Participação	Ser capaz de viver de forma responsável em relação com os outros na sociedade, afiliar-se em organizações sociais e participar na vida coletiva
Lazer	Ser capaz de experimentar vivências agradáveis de repouso e distração da sua própria escolha
Criação	Ser capaz de usar a imaginação e o pensamento para desenvolver ações ou trabalhos expressivos da sua própria escolha
Transcendência	Ser capaz de experimentar, sozinho ou em comunidade, vivências de elevação espiritual, de contemplação ou outras que transcendam a natureza física das coisas
Identidade	Ser capaz de formar uma imagem positiva de si, poder sentir-se respeitado, reconhecido e valorizado pelos outros e não ser nem sentir-se excluído
Liberdade	Ser capaz de fazer escolhas livres sobre as coisas práticas da vida e as formas de realização pessoal presente e futura, num contexto de igualdade de oportunidades

Capítulo II

2.1. Envelhecimento Bem-Sucedido e Ativo

O envelhecimento da população é um sucesso para o desenvolvimento social. No entanto, existem aprofundamentos que devem ser considerados para a continuidade deste sucesso e para a promoção de uma sociedade equilibrada para todas as idades (Lima, 2016).

Segundo Lima (2016), existe um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais em interação, ao longo do ciclo de vida do indivíduo, isto é, acontecimentos e vivências, que determinam ou se refletem no modo como os indivíduos experienciam a sua própria velhice (de forma positiva ou negativa).

Assim, percebe-se a urgência de se olhar para as necessidades e interesses desta população, de modo a providenciar respostas, oportunidades, para que cada indivíduo saiba lidar com os ganhos e perdas nesta fase de vida e atingir o que muitos autores designam de envelhecimento bem-sucedido.

Segundo Lima (2016), o envelhecimento bem-sucedido, para um largo espectro de autores, assenta em critérios objetivos e subjetivos e na multidimensionalidade, estando intimamente relacionado com a qualidade de vida. Como tal, existe um paralelismo entre estes dois conceitos. O envelhecimento bem-sucedido atinge-se estabelecendo-se metas ao longo da vida, estando dependente da individualidade e das diferenças socioculturais, ou seja, é um bem-estar subjetivo (Teixeira & Neri, 2008).

A qualidade de vida é um conceito integrante do bem-estar subjetivo, uma vez que é um conceito que parte da percepção individual e que contribui para o desenvolvimento humano enquanto ser holístico (Martins & Mestre, 2014; Lima, 2016; Vilar et al., 2016).

Atualmente, dá-se conta que esta temática não está apenas relacionada com o estado de saúde e envolve outras perspetivas relacionadas com a satisfação com a vida, o bem-estar social, o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades para atingir objetivos pessoais, a alegria, entre outras.

No entanto, com a idade há uma tendência para surgir uma perspetiva mais negativa, uma vez que as pessoas velhas apresentam alguns problemas ao nível destas dimensões ou seguem perspetivas negativas dos seus antecedentes (Martins & Mestre, 2014). Como tal, é necessário dar ênfase ao envelhecimento ativo como uma ferramenta de incentivo, pois este é uma medida que faz parte do processo para se perceber a velhice de uma forma positiva (Lima, 2016; WHO, 2002).

Ou seja, o envelhecimento ativo é um modo de vida adotado ao longo de todas as fases da vida, que, e tendo em conta as necessidades, desejos e capacidades do indivíduo a sociedade deve estimular, proporcionando oportunidades de participação social efectiva e contínua (WHO, 2002). Para que, desta forma, seja possível aumentar a expectativa de vida, a qualidade de vida, a autonomia e independência, num ambiente saudável, protegido, seguro e com acesso a cuidados.

Encontra-se, assim, uma ligação entre estes dois conceitos: o envelhecimento bem-sucedido e o envelhecimento ativo. Pois, o envelhecimento bem-sucedido é a percepção que cada indivíduo denota da adaptação às mudanças que advêm do envelhecimento, de acordo com as suas características individuais e as diferenças

socioculturais (Teixeira & Neri, 2008). O envelhecimento ativo é a criação e a otimização de oportunidades, por forma a aumentar a qualidade de vida.

2.2. Modelos e Teorias do Envelhecimento Bem-Sucedido

O estudo do envelhecimento como ciência surge tardiamente no século XX, associado ao declínio fisiológico e patológico decorrente da idade. As primeiras teorias sociológicas surgem no contexto do emergente envelhecimento populacional, alcançando elevado impacto ideológico sobre a velhice e as instituições sociais.

Contrariamente, Rowe e Kahn (1987) iniciam a perspetiva de um envelhecimento sem perdas, visto como resultado dos avanços científicos e tecnológicos que, desta forma, promoveriam o aumento da idade isento de alterações fisiológicas, sociais e comportamentais. Assim, os estudos iniciados no Instituto MacArthur, por estes investigadores, foram o ponto de partida para a promoção do envelhecimento bem-sucedido, tal como a elaboração deste conceito e a sua definição (Teixeira & Neri, 2008).

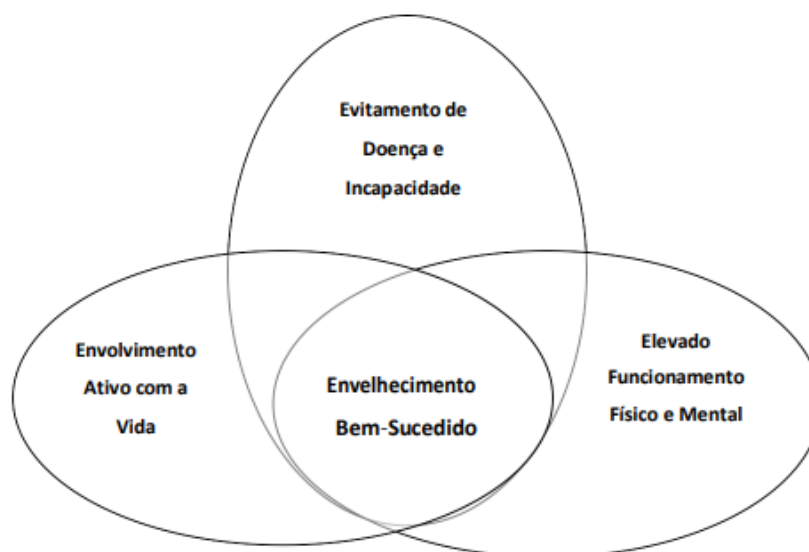
O envelhecimento é um processo contínuo de mudança multidimensional constituído pela combinação de modelos de desenvolvimento, segurança e declínio de natureza biopsicológica e social, num processo de mudanças adaptativas de ganhos e de perdas. Na pessoa velha o desenvolvimento caracteriza-se por ser um processo interativo entre o organismo e o meio em seu redor, sendo dotado de plasticidade de modo a balancear as mudanças positivas e negativas e a alcançar a adaptação individual às novas circunstâncias ou a situações pré-existentes de modo a priorizar os ganhos em relação às perdas (Lima, 2017).

Neste sentido, foi proposto por Rowe e Kahn (1987) um dos modelos de envelhecimento bem-sucedido, que se baseia na distinção entre envelhecimento normal e patológico. Posteriormente, este conceito de envelhecimento “bem-sucedido” é introduzido com uma nova perspetiva na Gerontologia, cujo enfoque era exclusivo à presença ou à ausência de doença. Deste modo, considerava-se que a ausência de doença e/ou de incapacidade não é *per si* sinónimo de envelhecimento

bem-sucedido, sugerindo que o envelhecimento bem-sucedido é alcançado por pessoas com baixo risco de doença e elevada capacidade funcional. O modelo de Rowe e Kahn (1997) vem assim estabelecer pontos essenciais para o envelhecimento bem-sucedido, compostos por baixo risco de doença ou incapacidade, boa capacidade física e cognitiva, e por último, manutenção da participação social. O cumprimento destes critérios representa o conceito de envelhecimento bem-sucedido, verificando-se uma relação intrínseca entre eles, com a ausência de doença e de incapacidade a determinar a performance física e cognitiva, que por sua vez melhora a participação social (Lima, 2017).

No entanto, este modelo foi contestado por diversos autores, destacando-se a perspectiva de Katz e Calasanti (2015), sugerindo a incompleta definição de envelhecimento bem-sucedido devido à indiferença associada aos fatores sociais, cuja relevância é elevada ao analisarmos o envelhecimento *per si*, nomeadamente no que se refere às desigualdades sociais. Assim, a influência sobrevalorizada da responsabilidade individual neste processo - não reflete situações fora deste contexto de controlo individual, nomeadamente a etnia, o rendimento e as questões de género, sendo estas acentuadas com o avançar da idade, além de que aumenta a disparidade no concretizar do envelhecimento bem-sucedido.

Figura 1: Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido de Rowe e Kahn (1997, p.4).



Outro modelo de envelhecimento bem-sucedido foi apresentado por Kahana e Kahana (1996), desenvolvido com base numa perspectiva sociológica, designado de “Proatividade Preventiva e Corretiva”.

Os princípios deste modelo baseiam-se no pressuposto de que as pessoas velhas enfrentam estímulos stressores característicos do envelhecimento, sugerindo que o envelhecimento bem-sucedido exige prevenção de modo a minorar ou evitar os resultados do stress normativo. Consequentemente, requer a capacidade de aplicar um efeito corretivo na presença destes fatores stressores. Assim, as particularidades individuais intrínsecas à pessoa velha servem para antecipação comportamental e, consequentemente, permitem a adoção de estratégias preventivas e corretivas. Deste modo, os princípios base do modelo da proatividade preventiva e corretiva são: i) os agentes stressores normativos associados ao processo de envelhecimento consistem em desafios ao envelhecimento bem-sucedido; ii) na falta de recursos intrínsecos e extrínsecos, os stressores normativos induzem comportamentos contrários ao envelhecimento bem-sucedido; iii) as pessoas velhas podem apresentar comportamentos proativos de adaptação de modo a consolidar a informação relativa a estímulos normativos correspondentes à idade; iv) os fatores stressores são precedidos de adaptações proativas que funcionam como natureza preventiva; v) os comportamentos preventivos são passíveis pelo atraso ou diminuição dos agentes stressores ou do recrutamento de recursos externos; vi) a ativação dos comportamentos adaptativos corretivos em situações de stress de modo a ultrapassar o problema; vii) a índole cognitiva e de personalidade, são orientações dos recursos do envelhecimento bem sucedido que proporcionam comportamentos do envelhecimento, quer em termo de adaptação preventiva, quer de adaptação corretiva; viii) os recursos influenciam a obtenção do envelhecimento bem-sucedido, devido à implementação de comportamentos e à utilização de recursos extrínsecos de envelhecimento bem-sucedido; ix) os comportamentos proativos de prevenção são meios de fortalecimento os recursos extrínsecos e os comportamentos proativos corretivos ativam os recursos extrínsecos, que vão moderar as repercussões do stress no envelhecimento; x) os recursos psicológicos, os comportamentos proativos e os recursos extrínsecos integram fatores conceituais e operacionais diferenciados mas que no entanto interagem, permitindo a mediação dos fatores de stress com implicações nos resultados do envelhecimento bem-sucedido (Lima, 2017; Kahana & Kahana, 1996).

Ao longo dos anos, o conceito de envelhecimento bem-sucedido foi sendo alterado pela contribuição de novas ideologias e pelo avanço científico e sociológico no estudo do processo de envelhecimento. Deste modo, surge a abordagem do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, ou *lifespan*, perspectiva centrada na percepção e esclarecimento de questões específicas do envelhecimento. Este paradigma de *lifespan* apresenta-se como pluralista, dado os seus múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento, que evoluem de acordo com fatores biológicos e socioculturais. Este caminho é marcado pelo balanço entre ganhos e perdas concorrentes, tal como pela interação entre a pessoa e o meio cultural em que se insere (Neri, 2006).

Segundo Baltes e Baltes (1990), o conceito de envelhecimento bem-sucedido está relacionado com o envelhecimento demográfico, o que, na atualidade, constitui um desafio para delinear políticas de saúde e sociais efetivas no âmbito do envelhecimento. Nesta perspectiva, é uma visão multicritérios que caracteriza o envelhecimento bem-sucedido, abrangendo a longevidade, a saúde no aspeto fisiológico, a saúde mental, a cognição, a aptidão social e produtividade, o autocontrolo e a satisfação com a vida. No entanto, esta classificação parece diminuta ao considerar-se que o envelhecimento bem-sucedido é inerente a uma abordagem de processo, o que determina a distinção entre envelhecimento normal, envelhecimento patológico e envelhecimento ótimo (Lima, 2017).

Assim, este modelo assenta numa premissa de natureza psicológica do envelhecimento, baseando-se nos seguintes critérios: i) existem diferenças significativas entre desenvolvimento normal, ótimo e patológico; ii) existe elevada heterogeneidade no envelhecimento; iii) existe uma reserva latente significativa; iv) existe uma perda similar à capacidade de reserva com o envelhecimento; v) as pragmáticas fundamentadas no saber podem atrasar o declínio nas mecânicas no envelhecimento; vi) no final do ciclo de vida, o equilíbrio entre ganhos e perdas vai tornando-se menos positivo; e vii) O self mantém-se resiliente com o envelhecimento. Estes critérios para o envelhecimento bem-sucedido destacam o processo com uma perspectiva positiva, fortemente marcada, fortemente, pelos aspetos da resiliência, plasticidade e identidade do self na velhice (Lima, 2017).

Neste contexto, a trajetória do envelhecimento associa-se com a alocação de recursos ao longo da vida, teoria que influenciou a proposição da teoria da seleção, otimização e compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990), referindo que os ganhos e as perdas evolutivas são consequentes da interação entre os recursos individuais com os recursos do meio ambiente, em regime de interdependência. A atuação abrangente da seleção, otimização e compensação ao longo da vida proporciona um envelhecimento bem-sucedido ou adaptativo.

O modelo SOC incide em pontos essenciais para a obtenção deste envelhecimento, caracterizando-se por: i) descrever, em geral, o desenvolvimento e ii) instituir os indivíduos podendo estes controlar as alterações biológicas, psicológicas e sociais, de modo a transformar estas mudanças em oportunidades e limitações para a sua trajetória de desenvolvimento. Assim, a teoria assenta na perspetiva da plasticidade comportamental, considerando que o manejo destas ferramentas pode maximizar ganhos e minimizar as perdas, levando ao envelhecimento bem-sucedido (Freitas, 2011; Neri, 2006).

Especificamente, a seleção corresponde à redução criteriosa da amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade individual, podendo ser considerada como requisito ou necessidade, dependendo dos recursos ao alcance da pessoa. Deste modo, está relacionada com o ajuste de metas ou desenvolvimento de novas metas compatíveis com os recursos possíveis no contexto vivencial inerente. A otimização refere-se à obtenção, utilização, coordenação e conservação de recursos de natureza intrínseca e extrínseca envolvidos na procura de níveis mais elevados de funcionamento, sendo a sua obtenção dependente da educação, prática e outras habilidades. Por último a compensação envolve a capacidade de estabelecer opções para manter o funcionamento (Souto & Oliveira, 2019).

Deste modo, os três modelos enunciados sobre o envelhecimento bem-sucedido diferem na conceção e nas ferramentas necessárias para o alcance com sucesso deste envelhecimento, considerando que no modelo de Rowe e Kahn (1997), o envelhecimento bem-sucedido é descrito como a maximização do funcionamento físico, cognitivo e social em idade tardia, que advém da ligação entre características individuais, contextuais e sociais. Por sua vez, o modelo de Baltes e Baltes (1990) abrange o funcionamento e desenvolvimento ao longo da vida, baseando-se na

utilização de estratégias de seleção, otimização e compensação, e recursos adaptativos de acordo com as necessidades e instâncias ao longo do ciclo de vida. Na visão de Kahana e Kahana (1996), o envelhecimento bem-sucedido é um sistema que se caracteriza por vários fatores que interagem e se influenciam reciprocamente, nomeadamente de recursos intrínsecos (e.g. autoestima e resiliência), tal como de recursos extrínsecos (e.g. recursos emergentes que numa determinada situação desencadeia stresse) que determinam as disposições da qualidade de vida. Assim, a ação de recursos intrínsecos e extrínsecos no final do ciclo de vida pode ser regulada por adaptações proativas, sejam estas de prevenção ou correção, procurando aperfeiçoar os resultados do envelhecimento bem-sucedido.

De facto, não existe uma definição única e consensual de envelhecimento bem-sucedido, considerando-se que este processo é similar a um conjunto de objetivos definidos ao longo da vida, cujos resultados podem ser alcançados e otimizados, de acordo com estratégias e resoluções pré-definidas.

Capítulo III

3.1. Políticas Sociais para a População Idosa

Como referindo anteriormente, o envelhecimento populacional representa uma das grandes conquistas da humanidade, de modo que as sociedades devem reconhecer a importância das pessoas velhas e responderem às necessidades destas, como forma de manter a sua autonomia e qualidade de vida (António, 2013; Marques et al., 2016). Como tal, em resposta aos desafios colocados pelo peso demográfico desta população surgem as políticas sociais, que de acordo com Martin e colaboradores (2007) são essenciais em sociedades que estão a passar pelo envelhecimento demográfico.

As políticas, no geral, não se referem à participação em campanhas eleitorais ou em movimentos sociais, são antes conjuntos de relações e atividades que refletem as diferenças de poder e de valor que influenciam decisões críticas sobre a distribuição de recursos, a alocação de direitos, o acesso a oportunidades e status (Reisch & Jani, 2012).

Já as políticas sociais propriamente ditassão definidas por Titmuss (1974, cit. in Martín& Brandão, 2013, p. 273) como sendo “a ação por parte do governo para providenciar bens ou serviços que promovam a qualidade de vida da comunidade”.

Na visão de Caeiro (2008, cit. in António 2013, p.85) existem duas definições possíveis para política social, “uma de aspeto prático onde se entende a política social como o conjunto das políticas públicas com fins sociais, e outra de aspeto mais teórico onde a política social é vista como uma disciplina científica no conjunto das ciências sociais”. Pereirinha (2008, cit. in António, 2013) afirma que as políticas sociais têm como objetivo principal promover e garantir o bem-estar social coletivo e, ao mesmo tempo, redistribuir os recursos, gerir os riscos sociais e promover a inclusão social, utilizando instrumentos como a regulação entre o Estado-indivíduo, a provisão de bens e serviços e a provisão de benefícios monetários.

Para Carmo (2012, cit. in António, 2013, p. 85) as políticas sociais são “como um sistema de políticas públicas que procura concretizar as funções económicas e sociais do Estado, com o objetivo de promover a coesão social e a condução coletiva para melhores patamares de qualidade de vida”.

Portanto, as políticas sociais já não visam apenas proteger os indivíduos, mas incentivá-los a adotar e a retomar o seu ritmo na sociedade, através da ação de si mesmos (Carvalho, 2014).

Com base nestas definições de “política social”, e uma vez que o envelhecimento da população desafia as políticas sociais a responder ao desafio de envelhecer bem e com qualidade de vida, foi necessário criar políticas sociais para este grupo que António (2013) e Carvalho (2014) definem como sendo um conjunto de medidas e de ações, que se estruturam de forma implícita ou explícita, e que têm por finalidade colmatar as necessidades desta população, decorrentes da sua entrada na velhice.

Em Portugal, as políticas públicas só começaram a aparecer dentro de um quadro democrático no final da década de 1970, com a queda da ditadura, surgindo assim as políticas sociais para as pessoas velhas após este período (Carvalho, 2014).

Segundo António (2013), estas sofreram uma evolução ao longo de quatro períodos: o primeiro período (de 1976 a 1985), que se caracterizou pelo surgimento da declaração da política da terceira idade na Constituição de 1976; o segundo período (de 1985 a 1995) onde se verificou a intenção do Governo de definir e executar uma política nacional para os velhos; o terceiro período (de 1995 a 2002) que se marcou pelo apoio e promoção de projetos que seguiam as orientações estipuladas na II Assembleia Mundial; e o quarto e último período (de 2002 até a atualidade) em que foram e estão a ser criados programas para que os velhos mantenham a sua autonomia, de modo a prevenir situações de dependência e institucionalização.

Porém, as políticas sociais dirigidas aos velhos também foram marcadas por acontecimentos internacionais como foi o caso da I Assembleia Mundial de Viena sobre o envelhecimento realizada em 1982, onde foi aprovado um plano internacional de ação, e mais tarde, em 2002, a II Assembleia Mundial de Madrid sobre o Envelhecimento, de onde nasce o Plano de Ação Internacional de Madrid que tem como tema principal o Envelhecimento Ativo (António, 2013).

As políticas sociais enfrentam alguns problemas no que concerne à distância entre a conceção teórica e a sua real implementação prática. Tal poderá advir de uma perspetiva incorreta sobre o envelhecimento (Martin et al., 2007; António, 2013; Bárrios & Fernandes, 2014).

No entanto, estas estão a avançar para a reconfiguração do sistema de segurança social, especialmente no que diz respeito à especificação ou simplificação do acesso aos benefícios, da promoção e do financiamento pelo Estado para entidades privadas lucrativas e não lucrativas para obter cuidados, responsabilidade individual e responsabilidade social (Carvalho, 2014).

Nos últimos anos, as políticas sociais incorporaram os princípios do paradigma do envelhecimento ativo, que seguem uma abordagem integrada baseada em três pilares, que são: a proteção, a saúde e a participação, considerando sempre a necessidade de desenvolver recursos adequados que atendam às necessidades das pessoas velhas (Carvalho, 2014; WHO, 2002).

Como tal, e assumindo que o envelhecimento é um processo multifacetado, contínuo e longo, deve ser objetivo das políticas sociais e de envelhecimento o potenciar as capacidades dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e o aproveitar as capacidades e mais valias de toda a população, tendo em conta os determinantes económicos, sociais, de saúde, comportamentais, e os relativos ao ambiente físico, à cultura e ao género, focando-se no velho como cidadão (António, 2013; WHO, 2002).

O Estado, deve ser, assim, a entidade responsável por assegurar a qualidade devida destes, de maneira que vivam de forma ativa (António, 2013). E poderá fazê-lo, por exemplo, através das autarquias locais que são as instituições públicas, de poder local, mais próximas e conhecedoras da população e das suas necessidades (Bárrios & Fernandes, 2014), com as competências e os recursos necessários à melhoria das condições de vida para estas pessoas. Também Barbosa (2016) afirma que o envelhecimento demográfico é a principal alavanca para o desenvolvimento de políticas públicas locais para o envelhecimento, visto que estas se têm vindo a descentralizar do Estado para os atores locais e regionais, que a partir daí assumem o papel de incentivadores de novos recursos para a população velha.

O envelhecimento da população carrega necessidades, dificuldades e problemas ao nível dos determinantes relacionados com os serviços sociais e de saúde, dos económicos, dos ambientais, dos comportamentais e dos sociais, pelo que se defende e se procura que as políticas públicas colmatem ou atenuem necessidades e problemas (Bárrios & Fernandes, 2014; Bárrios, Fernandes & Fonseca, 2018).

As políticas públicas locais devem ser assim integradoras e holísticas, deixando de parte as suas direções mais segregacionistas e estigmatizantes reduzindo as desigualdades entre as pessoas velhas (Bárrios & Fernandes, 2014; Barbosa, 2016; Bárrios, Fernandes & Fonseca, 2018). Ou seja, devem ser capazes de promover o processo de envelhecimento bem-sucedido e de fomentar a intergeracionalidade, respondendo de forma flexível e suficiente às necessidades dos velhos (Andor, 2012, cit in. Barbosa, 2016; Bárrios & Fernandes, 2014).

Acima de tudo, as políticas públicas locais devem ser específicas de cada território, uma vez que é necessária uma aproximação entre a autarquia e a comunidade, para que haja uma difusão das práticas e ações, promovendo o envelhecimento ativo na comunidade e na população velha, de modo que, nesta fase da vida, esteja

salvaguardada a segurança económica, a solidariedade intergeracional, o combate ao idadismo, a assistência social no contexto familiar e habitacional, bem como a cidadania plena das pessoas velhas (Bárrios & Fernandes, 2014; Barbosa, 2016).

3.2 O plano gerontológico como Política Social

Ao longo do tempo, têm surgido mudanças territoriais e novas necessidades das pessoas velhas que podem levar à urgência de programas baseados nas determinantes do envelhecimento ativo e nos princípios das Nações Unidas para as pessoas deste grupo etário (Moreira & Pinheira, 2017; WHO, 2002).

Assim, em 2007, a Organização Mundial de Saúde criou o programa “Cidades Amigas das Pessoas Idosas” para que os Governos, as organizações de voluntários, o setor privado e os grupos de cidadãos, identificassem através das pessoas velhas e parceiros, as características amigas das pessoas velhas no contexto de uma cidade e, ao mesmo tempo, os seus pontos críticos. O objetivo era contribuir para o desenvolvimento e adaptação de intervenções que aumentassem a qualidade de vida e promovessem o envelhecimento ativo (WHO, 2009).

Os planos gerontológicos apareceram no seguimento destas mudanças, em primeiro lugar, para dar resposta aos objetivos definidos na I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, entre os quais: apoiar a integração do envelhecimento em planos e programas nacionais, apoiar programas de participação das pessoas velhas na comunidade e promover ligações entre as organizações governamentais e não-governamentais relacionadas com o envelhecimento (Osório, 2000); e, em segundo lugar, para dar uma maior importância e visibilidade aos velhos devido ao envelhecimento demográfico e às questões sociopolíticas que daí advinham.

Ou seja, partilham da noção de envelhecimento ativo. Este conceito de envelhecimento ativo que não pode ser apenas pensado na velhice, mas sim desde idades mais jovens, uma vez que a sua promoção passa pela intervenção desde cedo (Lima, 2016). A intervenção direcionada para a população velha abrange vários processos e pode atingir a sociedade num todo ou apenas o indivíduo, existindo por

isso diversas formas de intervenção como: programas comunitários à escala global ou local e projetos institucionais.

No entanto, existem diversas intervenções e políticas públicas que contam com algumas fragilidades nomeadamente a falta de adaptação às condições socioeconómicas delicadas desta população e o segregacionismo das mesmas que levam à estigmatização das pessoas velhas (Bárrios & Fernandes, 2014).

Assim, os planos gerontológicos são considerados planos de intervenção a favor das pessoas velhas, na medida em que procuram fornecer às instituições, associações, autarquias e outros poderes locais e atores sociais, as competências e recursos necessários à melhoria das condições de envelhecimento, garantido a proximidade com esta população velha (Bárrios & Fernandes, 2014). Como tal, estes planos têm de estar centrados na pessoa velha desde o processo de avaliação, tendo em conta a sua experiência de vida, as histórias e os processos culturais a que estas estiveram sujeitas (Lynch, 2013). O objetivo é permitir que todas as pessoas, principalmente as mais velhas, desempenhem o seu papel social e assumam os seus direitos e deveres como cidadãos (Osório, 2000). Assume-se, assim, uma visão positiva da velhice e uma ideia de desenvolvimento ao longo da vida. Este objetivo traduz-se em objetivos mais específicos que contemplam: a participação, a integração dos velhos e a coesão social em relação a este grupo; o providenciar de mecanismos e serviços de apoio aos velhos dependentes e incapacitados; a promoção de atividades de lazer e cultura; a proteção económica das pessoas velhas mais necessitadas; e a garantia de um adequado nível de qualidade nas respostas sociais que lhe são destinadas.

Pretende-se, assim, que diminuam as imagens negativas associadas à velhice que estão na base da discriminação e da exclusão social deste grupo e que se expressam de diversas formas, desde normas de instituições que posicionam a pessoa velha em desvantagem, à própria interação dos indivíduos para com as pessoas velhas, e até ao maltrato (Lopesino et al., 2011).

Um plano gerontológico, normalmente, pode estar dividido em três partes: uma primeira, que se caracteriza pelo diagnóstico da evolução da população velha e das suas necessidades; uma segunda, onde se definem os princípios e objetivos do plano;

e, uma terceira parte onde se descrevem as estratégias (programas e projetos) utilizadas para colmatar o que foi identificado no diagnóstico (Osorio, 2000).

Estes centram-se, assim, na população velha, ao mesmo tempo que estipulam compromissos mais ativos, a curto e médio prazo, sobre aspetos fundamentais como as pensões, a saúde e a assistência, os serviços sociais, as atividades culturais e de lazer, e a participação (Osorio, 2000).

Segundo Osório (2000), as políticas sociais “tradicionais” para esta população já não são suficientes, e podem até criar a dependência, estimular a falta de participação, o desinteresse social, a falta de motivação para a formação e a falta de compromisso social (Osorio, 2000). Assim, o plano gerontológico pode ser a base para o desenvolvimento de políticas sociais, pois permite a elaboração destas, de acordo com as necessidades reais das pessoas velhas, estimulando as suas potencialidades, assegurando a igualdade de oportunidades, e promovendo a colaboração interinstitucional e rentabilizando recursos e equipamentos, por forma a aumentar a qualidade de vida desta população (Moreira & Pinheira, 2017; Osorio, 2000).

Em Portugal, os planos gerontológicos têm funcionado como instrumentos de intervenção, elaborados em contexto de rede social, e ajudam a garantir um conhecimento holístico da pessoa velha através da identificação das suas necessidades. Isto é, o plano gerontológico usa o diagnóstico de necessidades como uma ferramenta indispensável para traçar objetivos e definir estratégias.

Diversos concelhos portugueses como Almada, Matosinhos, Santa Maria da Feira, Lisboa e Monchique procederam a elaboração de planos gerontológicos que contavam com uma estrutura bastante semelhante. Iniciando com a definição do objetivo geral, a análise das necessidades da população velha e a divisão da intervenção para estas em grandes áreas. Finalizando com a particularização dos objetivos e estratégias para cada uma delas.

Assim, a importância que se oferece ao envelhecimento aquando da elaboração dos planos gerontológicos concede espaço ao aparecimento de projetos, atividades e iniciativas para esta população como por exemplo a criação de um conselho consultivo das pessoas velhas e cuidadores (Rede Social de Matosinhos, 2008), o levantamento

etnográfico de conhecimentos das pessoas velhas no âmbito de conhecimentos locais (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, s.d.), a constituição de mini fóruns (Câmara Municipal de Lisboa, 2008) e a formulação de programas de leitura para a população velha (Câmara Municipal de Monchique, 2011).

3.2.1. O diagnóstico social na génese de novas políticas sociais

Ao longo do tempo, o diagnóstico social foi influenciado por alguns modelos, nomeadamente, pelo modelo médico terapêutico e pelo modelo tecnocrático de desenvolvimento (Santos & Santos, 1999).

O modelo médico terapêutico de diagnóstico social foi criado em 1917 por Richmond, e coloca o diagnóstico como associado ao tratamento, focando-se nas questões relativas ao indivíduo e à família, definindo os problemas daí resultantes a partir dos princípios derivados da psiquiatria e das correntes sociológicas funcionalistas, resultando num diagnóstico descritivo baseado em tipologias (Santos & Santos, 1999).

Já o modelo tecnocrático de desenvolvimento põe o diagnóstico num modelo linear (diagnóstico-planificação-execução), focando-se na comunidade e propondo uma dicotomia entre esta e a intervenção, definindo os problemas sociais a partir das correntes sociológicas funcionalistas organicistas, resultando num diagnóstico descritivo baseado na quantificação das necessidades e recursos existentes, descurando as potencialidades do contexto (Santos & Santos, 1999).

Segundo Konopka (1973, cit. in. Fialho et al., 2017, p.30), o diagnóstico social é “um processo de avaliação do grupo em que se procura, através de teorias, explicar a situação do indivíduo na relação com o grupo em que está inserido”. Ou seja, é uma avaliação que deve ser executada com todos os participantes de um determinado grupo para garantir a justiça social e a colaboração no desenvolvimento das políticas e programas que atinjam as suas necessidades (Loftus, 2002; WHO, 2002).

O diagnóstico social veio solidificar a ideia da utilização de uma ferramenta padronizada, para que as avaliações sejam realizadas através de diretrizes universais

para determinar metas e prioridades de ação, rentabilizando recursos e serviços (Loftus, 2002; Ghamsemiet al., 2017).

Como tal, quando se aborda o diagnóstico, percebe-se que esta é uma das etapas iniciais da intervenção social (Fialho et al., 2017; Idñez & Ander-Egg, 2008; Santos & Santos, 1999). A intervenção social é definida por Santos e Santos (1999, p. 4.4) como um processo metodológico de atuação sobre a realidade social que tem como finalidade, desenvolver, transformar ou melhorar situações coletivas ou individuais de pessoas que vivem determinados problemas, para facilitar a sua inclusão social e/ou participação ativa no sistema social, a nível individual, económico- laboral, cultural e político. Assim, o diagnóstico social torna-se mais abrangente que uma mera perspectiva económica ou política, pois conhece e explica toda a estrutura social que envolve os indivíduos, considerando as suas capacidades e as implicações destas nas causas e consequências sociais (Brown et al., 2011). Como tal, envolve uma equipa multidisciplinar para que haja um contributo de todos os fatores sociais que envolvem as necessidades (Brown et al., 2011; Loftus, 2002).

Fialho et al. (2017) acabaram também por explicar que o diagnóstico social é um conhecimento da realidade social com uma consequente interpretação, para que seja utilizado como estratégia pelos profissionais, de forma a intervir socialmente, tratando-se assim de “um conhecer para agir”, que ultrapassa a identificação dos problemas, pois pretende identificar as suas causas e tratá-las (Brown et al., 2011; Fialho et al., 2017, p.35; Idñez & Ander-Egg, 2008).

Pode-se então concluir que um diagnóstico social com uma adequada formulação é um elemento fundamental da intervenção, que define as necessidades e interpreta os seus componentes (efeitos e causas) que interagem na realidade social (Fialho et al., 2017).

Neste processo que é o envelhecimento, e que se caracteriza por ser diferente de pessoa para pessoa, é necessário criar condições para que a pessoa velha possa ser autónoma e independente o maior espaço de tempo possível e com qualidade de vida (O’Shea, 2002; Ermida, 2014; WHO, 2011, cit. in Rodrigues et al., 2015).

Uma vez que a sua evolução é influenciada por diversos determinantes, é obrigatório um conhecimento abrangente das necessidades para que se contribua para a manutenção ou aumento da qualidade de vida da pessoa velha (Ermida, 2014; Rodrigues et al., 2015). Então, um diagnóstico social dirigido à população velha tem dois pólos que emergem aquando da participação social dos indivíduos: são eles a integração e a exclusão social (Gros & Almeida, 2012). Estes dois pólos são trabalhados pelas políticas públicas sociais, nomeadamente pelas políticas públicas sociais para o envelhecimento, pois tal como o diagnóstico as políticas partilham um dos pilares que é a integração (Bárrios & Fernandes, 2014). E, é a partir deste e outros pilares que se criam parâmetros para as intervenções com o objetivo de aumentar o bem-estar bio-psico-social das pessoas velhas.

Tal como as políticas sociais, o diagnóstico também dá importância a dimensões da vida que podem causar vulnerabilidade social, como é o caso das dimensões económica, social ou relacional, e a simbólica (Gros & Almeida, 2012; Bárrios & Fernandes, 2014).

A dimensão económica remete para a participação no mundo do trabalho, para os rendimentos e para a afirmação da pertença social. Esta dimensão nas pessoas velhas está bastante presente, pois o grande marco para esta fase da vida é a passagem para a reforma onde deixam de exercer o papel social, estando mais vulneráveis à pobreza (Gros & Almeida, 2012). A dimensão social ou relacional compreende não somente a participação em grupos primários, mas engloba os laços institucionais ou de solidariedade que, em muitos casos, eram assegurados pela família. E, por fim, a dimensão simbólica, que está associada a representações coletivas que estão ligadas a uma distribuição desigual das expectativas de cada indivíduo.

Assim, pode-se entender que tanto o diagnóstico social como as políticas sociais tentam contrair a ideia de que as pessoas velhas são seres inativos, e que existem algumas maneiras de as manter ativas de acordo com as necessidades da população daquele território, que proporcionem às pessoas velhas o desenvolvimento de um sentimento de autorrealização e oportunidades de criação de redes de interação social aberta aos membros das diversas gerações (Gros & Almeida, 2012).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo IV

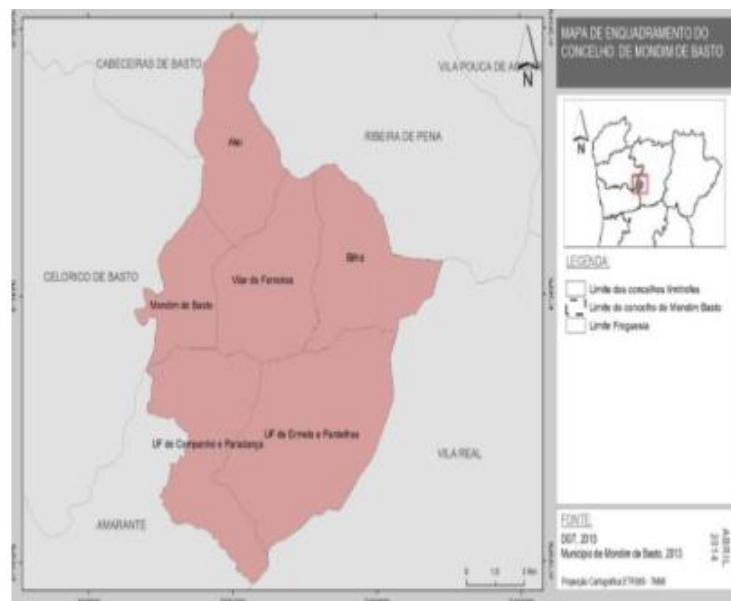
4.1. Objetivos

O objetivo deste estudo consiste em identificar as necessidades da população velha do concelho de Mondim de Basto, como forma de a caracterizar e de obter dados para a definição de um plano gerontológico que contribuía para o aumento da qualidade de vida desta população.

4.2. Contextualização

O concelho de Mondim de Basto pertence ao distrito de Vila Real e, desde 2002 e 2013 respetivamente, faz parte da região Norte (NUTS II) e da unidade administrativa do AVE (NUTS III). Com uma área de 174 km², é constituído por 6 freguesias: Atei, Bilhó, União de Freguesias de Campanhó e Paradança, União de Freguesias de Ermelo e Pardelhas, Vilar de Ferreiros e São Cristóvão de Mondim de Basto.

Figura 2: Mapa de Enquadramento do Concelho de Mondim de Basto (Diagnóstico Social, 2016).



É um concelho do interior que, segundo o Diagnóstico Social 2016-2018, tem sofrido as consequências da diminuição da natalidade e da ausência de oferta de trabalho, com a consequente emigração/migração de uma grande parte da população mais jovem, contribuindo para o envelhecimento deste concelho (Câmara Municipal de Mondim de Basto, 2016).

De acordo com a estimativa da base de dados Portugal contemporâneo-PORDATA- em 2019 a população total do concelho era 6946 indivíduos, sendo 47,5 % do género masculino e 52,5 % do género feminino. Verificava-se uma maior concentração de pessoas, cerca de 77 %, nas freguesias de Atei, Vilar de Ferreiros e São Cristóvão de Mondim de Basto. O número de pessoas com 65 ou mais anos era de 1576 indivíduos, que representava 22,7% da população do concelho, dos quais 916 eram mulheres e 660 eram homens, confirmando-se assim a tendência de envelhecimento que se vive por todo o país, e em particular neste concelho. O índice de envelhecimento do concelho, ou seja, o número de pessoas velhas por cada 100 jovens era de 227,3, superior ao da NUT II a que pertence, que é de 162,7.

Os dados da base PORDATA mostram ainda um valor superior do índice de dependência dos velhos do concelho de Mondim de Basto em relação a NUT II e a NUT III (Por data, 2020). Porém, as pessoas também estão a viver mais tempo, visto que o índice de longevidade é de 56,1 ou seja, um número superior às NUTS a que pertence, bem como ao de Portugal Continental.

Como tal, é necessário criar certas medidas e valências territoriais capazes de prestar assistência às pessoas velhas. Já existem medidas no território em estudo, que apesar de não serem diretamente dirigidas a velhos, grande parte dos que delas usufruem tem idade superior a 65 anos: a loja social, a campanha nacional para a alimentação, a oficina móvel municipal, ea partir de 2018, o apoio à aquisição de medicamentos. Além disso, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) - Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto, Associação Social das Aldeias do Concelho, Associação "Arautas Bilhoenses" e a Associação Social Cultural e Recreativa de Ermelo, prestam serviços a esta parte da população, a saber: cantina social, apoio domiciliário, centro de dia, centro de convívio e residência de idosos.

Apesar do apoio prestado, a maioria das pessoas velhas do concelho estão em residência própria sem qualquer apoio das instituições do território, ao nível da higiene habitacional, da higiene pessoal, entre outras assistências necessárias para a manutenção ou melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Desde o diagnóstico social 2011-2013 até ao mais recente 2016-2018, há indicação de problemas que vão sendo minimizados, porém continuam a afetar, direta e

indiretamente, a população velha, como: i) as acessibilidades (caminhos rurais desajustados; isolamento geográfico); ii) a falta de cobertura de respostas sociais; iii) e a habitação (habitações sem as condições mínimas exigidas).

4.2.1. Amostra

Este projeto teve como população alvo os 1555 indivíduos com 65 e mais anos, residentes no concelho de Mondim de Basto. A amostra inicial foi selecionada através de amostragem probabilística, mediante uma seleção aleatória simples.

Dos 1555 indivíduos, e com um erro amostral de 5%, o tamanho da amostra contava com 320 pessoas velhas não institucionalizados residentes no concelho de Mondim de Basto, a data do início das entrevistas.

No entanto, colocaram-se-nos limitações que serão referidas adiante e que reduziram o tamanho da amostra para 167 pessoas velhas não institucionalizados residentes no concelho de Mondim de Basto.

4.3. Instrumento

Para a recolha de dados foi utilizado o inquérito por entrevista estruturada Camberwell Assessment of Needs for the Elderly – CANE, versão portuguesa validada por Gonçalves-Pereira et al. (2007).

O CANE consiste num instrumento de avaliação das necessidades através de uma abordagem holística centrada na pessoa velha, que pode ser utilizado em diferentes contextos como: na prática clínica, na investigação e em avaliação de serviços, e a uma ampla amostra da população (Gonçalves-Pereira et al., 2007; Reynolds et al., 2000).

É um questionário constituído por 26 domínios, sendo os primeiros 24, o corpo do questionário, referentes ao velho, e os restantes dois para o cuidador informal, devendo ser administrados em separado (Gonçalves-Pereira et al., 2007).

Para cada um dos domínios consideram-se cinco secções de resposta: 1) pergunta-se se existe uma necessidade corrente nesse domínio; 2) aborda-se a assistência de cuidadores informais; 3) averigua-se a resposta dos serviços locais; 4) questiona-se se essas respostas são consideradas adequadas e qual o grau de satisfação da pessoa; e, na secção 5) há a possibilidade de especificar detalhes particulares da avaliação (Gonçalves-Pereira et al., 2007, p. 9).

4.4. Procedimentos

Este estudo foi desenvolvido com o apoio da Câmara Municipal de Mondim de Basto, após contacto prévio com esta entidade para pedido de estágio e aprovação do projeto pelo Presidente da Câmara.

Uma vez que o propósito deste estudo é identificar as necessidades das pessoas velhas do concelho para formular um plano gerontológico, após aprovação do projeto, o investigador pode avançar com a recolha de dados. O protocolo consistia numa entrevista estruturada, com uma duração de 15 a 30 minutos, antecipada pela entrega do pedido de consentimento informado, que incluía o esclarecimento dos inquiridos sobre o objetivo do estudo e a garantia de salvaguardada confidencialidade de todos os dados recolhidos, não havendo quaisquer fins lucrativos pelas informações. Este foi fornecido antes do início da entrevista.

Nas freguesias de Atei e de Mondim de Basto como a recolha foi realizada depois do período de estágio, o investigador optou por realizar um comunicado nestas paróquias, antes da eucaristia, para que estivessem informados do propósito da recolha e tivessem conhecimento de quem era o investigador.

A recolha de dados foi feita no domicílio dos participantes.

Os dados foram recolhidos entre o dia 06.03.2018 e o dia 06.09.2019 e a análise descritiva foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25 para *Windows*.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Capítulo V

5.1. Apresentação e Discussão dos Resultados

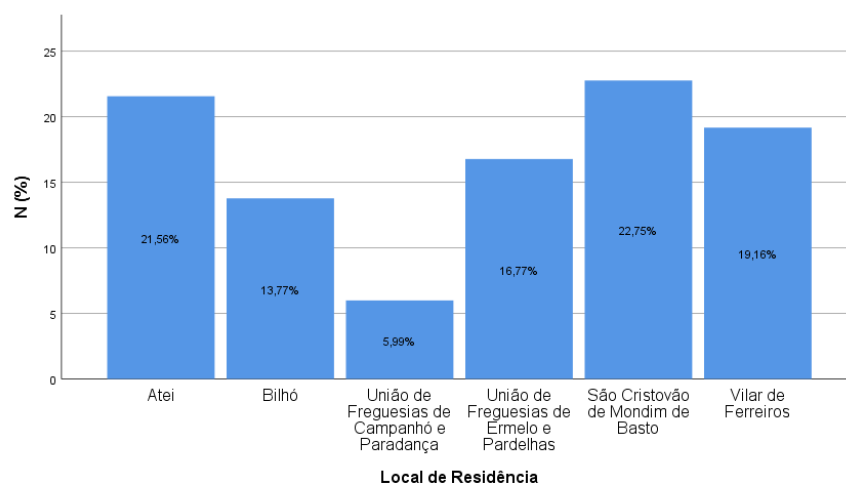
Este estudo pretende contribuir para a identificação das necessidades da população velha do concelho de Mondim de Basto, como forma de a caracterizar para definir um plano gerontológico. O objetivo é o de dar um contributo na criação de políticas sociais estruturadas promotoras da qualidade de vida das pessoas velhas.

Procede-se agora à apresentação e discussão dos resultados desta investigação, de acordo com a metodologia enunciada no capítulo anterior.

A caracterização sociodemográfica da população foi realizada através das seguintes variáveis: local de residência, idade, sexo, etnia, religião, nacionalidade, estado civil, situação de vida, tipo de habitação, escolaridade, se tem um cuidador ou se cuida de alguém.

Assim, a amostra do estudo é constituída por 167 indivíduos, dos quais 36 pertencem à Freguesia de Atei (21,56%), 23 à Freguesia do Bilhó (13,77%), 10 à União de Freguesias de Campanhó e Paradança (5,99%), 28 à União de Freguesias de Ermelo e Pardelhas (16,77%), 38 à freguesia de São Cristóvão de Mondim de Basto (22,75%) e 32 à Freguesia de Vilar de Ferreiros (19,16%), tal como representado no gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição dos entrevistados por local de Freguesia



A idade média de todos os entrevistados é de 77 anos, com idade máxima e a mínima de respetivamente 97 anos e 65 anos (cf. Quadro 1).

Quadro2: Distribuição dos entrevistados pela variável sexo e idade

		Idade		
		Média	Máxima	Mínima
Sexo	Masculino	78	93	65
	Feminino	76	97	65
	Total	77	97	65

Considerando o total de inquiridos, 115 são do sexo feminino (68,9%)e 52 do sexo masculino (31,1%) (cf. Quadro 2).

Quadro3: Distribuição dos entrevistados pelas variáveis sexo, estado civil, situação de vida, habitação, se tem cuidador ou se cuida de alguém

Características	n (n%)
Sexo	
Feminino	115 (68,9%)
Masculino	52 (31,1%)
Nacionalidade	
Portuguesa	166 (99,4%)
Outra	1 (0,6%)
Estado Civil	
Solteiro (a)	5 (3,0%)
Casado (a)	91 (54,5%)
União de Facto	2 (1,2%)
Divorciado/Separado (a)	4 (2,4%)
Viúvo (a)	65 (38,9%)
Situação de vida	
Sozinho (a)	50 (29,9%)
Com companheiro (a)	86 (51,5%)
Com outros parentes	29 (17,4%)
Com outros	2 (1,2%)
Habitação	
Moradia	167 (100%)
Tem cuidador	
Sim	26 (15,6%)
Não	141 (84,4%)
Presta cuidados	
Sim	20 (12,0 %)
Não	147 (88,0%)

Segundo as respostas fornecidas, todos os entrevistados são de etnia caucasiana e professam a religião católica. Na variável nacionalidade, só uma pessoa referiu ser de outra nacionalidade, sendo os restantes elementos da amostra de nacionalidade portuguesa (Quadro 2).

Conforme dados apresentados no Quadro 2, é possível verificar que 65 inquiridos (38,9%) são viúvos e 91 (54,5%) são casados, 5 (3%) dos inquiridos são solteiros, 2 (1,2%) estão em união de facto e 4 (2,4%) são divorciados ou separados.

Os inquiridos vivem maioritariamente com o/a companheiro/a (51,5%). Dos restantes, 48,5%, 29,9% vive sozinho, 17,4% vive com outros parentes. Quanto ao tipo de habitação, todos residem em moradia.

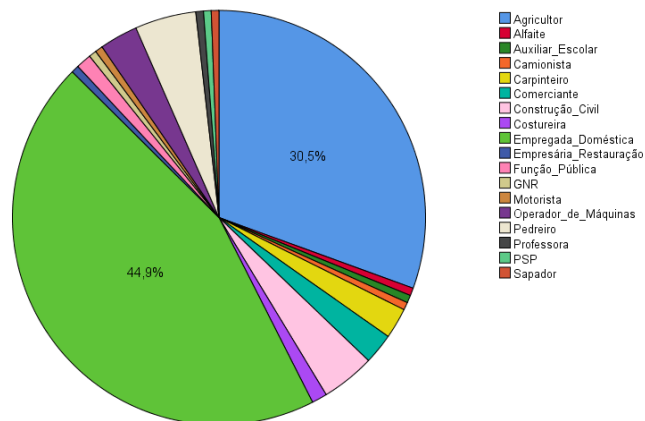
15,6% das pessoas idosas tem cuidador e 12% da amostra tem de prestar cuidados a alguém.

Considerando o nível de escolaridade, a maioria refere que tem um nível baixo: 62,2% não frequentou a escola e 31,7% tem apenas o correspondente ao 1.º ciclo do ensino básico.

Quadro4: Distribuição dos entrevistados por ciclo de ensino

Níveis de Escolaridade	N	N (%)
Sem escolaridade	104	62,2%
1º ciclo de ensino	53	31,7%
2º ciclo de ensino	8	4,8%
3º ciclo de ensino	1	0,6%
Ensino Secundário	1	0,6%

Gráfico 2: Distribuição dos entrevistados por profissão



Podemos confirmar também que ao nível profissional e de acordo com o nível de escolaridade, a amostra distribuiu-se com maior ênfase entre duas profissões: agricultores (30,5%) e empregadas domésticas (44,9%).

Ainda se conseguiu verificar que ao nível da prevenção, a vacinação é a que tem uma maior ênfase com 81,4 % dos entrevistados a realizá-la, seguida do controle da tensão

arterial com 77,8% e dos rastreios (22,6%). O exercício (9,6%), o sono (9,6%) e a prevenção do uso de tabaco (0,6%) são os menos referidos (cf. Quadro4).

Quadro5: Distribuição dos entrevistados pelo tipo de prevenção

Tipos de Prevenção	N	N (%)
Prevenção tensão	130	77,8 %
Prevenção tabaco	1	0,6 %
Prevenção do padrão de sono	16	9,6 %
Pratica de exercício físico	16	9,6 %
Prevenção rastreios	38	22,8 %
Prevenção Vacinação	136	81,4 %

Por fim, o Quadro 5 mostra que foram referidas necessidades cobertas relacionadas com os cuidados com a casa, a alimentação, a visão, a audição e a comunicação e a saúde física. Quanto às necessidades não cobertas são referidas as relacionadas com as atividades diárias, o sofrimento psicológico, a informação, a companhia e os benefícios sociais.

Quadro 6: Distribuição dos entrevistados por necessidade

	Sem necessidade	Necessidade Coberta	Necessidade Não Coberta	Informação Não Disponível
Alojamento	93 (55,7%)	14 (8,4%)	60 (35,9%)	-----
Cuidados com a Casa	43 (25,7%)	103 (61,7%)	21 (12,6 %)	-----
Alimentação	65 (38,9%)	94 (56,3%)	8 (4,8%)	-----
Cuidados Pessoais	129 (77,2%)	24 (14,4%)	14 (8,4%)	-----
Cuidados com Outras Pessoas	154 (92,2%)	2 (1,2%)	11 (6,6%)	-----
Atividades Diárias	54 (32,3%)	15 (9,0%)	98 (58,7%)	-----
Memória	99 (59,3%)	8 (4,8%)	60 (35,9%)	-----
Visão, Audição e Comunicação	25 (15,0%)	76 (45,5%)	66 (39,5%)	-----
Mobilidade e Quedas	86 (51,5%)	34 (20,4%)	47 (28,1%)	-----
Continência de Esfíncteres	105 (62,9%)	14 (8,4%)	30 (17,9%)	18 (10,8%)
Saúde Física	41 (24,6%)	79 (47,3%)	47 (28,1%)	-----
Medicamentos Tóxicos	120 (71,8%)	22 (13,2%)	25 (15,0%)	-----
Sintomas Psicóticos	145 (86,8%)	2 (1,2%)	20 (12,0%)	-----
Sofrimento Psicológico	50 (29,9%)	18 (10,8%)	99 (59,3%)	-----
Informação	39 (23,4%)	45 (26,9%)	82 (49,1%)	1 (0,6%)
Conduta Para suicidiária	145 (86,8%)	4 (2,4%)	17 (10,2%)	1 (0,6%)
Risco Não Intencional	139 (83,2%)	4 (2,4%)	24 (14,4%)	-----
Abuso e Neglicência	138 (82,6%)	8 (4,8%)	20 (12,0%)	1 (0,6%)
Comportamento	132 (79,0%)	3 (1,8%)	32 (19,2%)	-----

Álcool	154 (92,2%)	6 (3,6%)	7 (4,2%)	-----
Companhia	46 (27,5%)	24 (14,4%)	97 (58,1%)	-----
Relações Íntimas	150 (89,8%)	1 (0,6%)	15 (9,0%)	1 (0,6%)
Dinheiro Economias	138 (82,6%)	12 (7,2%)	17 (10,2%)	-----
Benefícios Sociais	34 (20,4%)	12 (7,2%)	121 (72,4%)	-----

Estes resultados corroboram em parte os dados obtidos por Gonçalves-Pereira et al. (2007), que concluíram no seu estudo que há necessidades cobertas como os cuidados com a casa, a alimentação, os cuidados pessoais, as atividades diárias, a memória, a continência de esfínteres, o sofrimento psicológico, a companhia e o dinheiro/economias, mas não identificaram necessidades não cobertas.

Analizando a relação entre a variável sexo e as necessidades identificadas, podemos observar que as necessidades não cobertas são semelhantes em ambos os sexos. Sendo a única diferença expressa no que diz respeito a dificuldade em fazer-se compreender, ver ou ouvir por parte do sexo masculino. 42,3% dos homens entrevistados acusa ser uma necessidade coberta e 42,3% acusa ser uma necessidade não coberta, enquanto no sexo feminino é uma necessidade coberta.

Quadro 7: Relação entre a variável sexo e a capacidade de comunicar, ver e ouvir

		Visão_Audição_Comunicação		
		Sem necessidade	Necessidade coberta	Necessidade não coberta
Sexo	Feminino	14,8%	47,0%	38,3%
	Masculino	15,4%	42,3%	42,3%

Por outro lado, no estudo realizado por estes investigadores, 42,9 % tinham cuidadores informais, não se verificando o mesmo com a amostra do presente estudo onde apenas 15,6% apresenta esta característica.

Podendo haver aqui alguma relevância, uma vez que no presente estudo as pessoas velhas com cuidador para além das necessidades não cobertas identificadas, apontaram e identificaram mais duas necessidades não cobertas: as condições e cuidados com o alojamento e a capacidade de ver, ouvir e comunicar.

Quadro 8: Relação entre ter cuidador informal e necessidade de melhores condições de alojamento (comparação entre estudos)

		Alojamento		
		Sem necessidade	Necessidade coberta	Necessidade não coberta
Cuidador Informal	No presente estudo	38,5%	15,4%	46,2%
	Gonçalves-Pereira, et al., 2007	81%	19%	----

Quadro 9: Relação entre ter cuidador informal e necessidade de aperfeiçoar capacidades de visão, audição e comunicação (comparação entre estudos)

		Visão_Audição_Comunicação		
		Sem necessidade	Necessidade coberta	Necessidade não coberta
Cuidador Informal	No presente estudo	15,4%	34,6%	50,0%
	Gonçalves-Pereira, et al., 2007	81%	19%	----

Como tal, percebemos que entre os estudos houve uma diferença no que corresponde à identificação de necessidades, pois Gonçalves-Pereira et al. (2007) não identificaram necessidades não cobertas, o que pode ter acontecido devido à presença de cuidadores informais no quotidiano das pessoas velhas entrevistadas no seu estudo.

Proposta de plano gerontológico

O envelhecimento deve ser visto como ativo e produtivo para que haja um aproveitamento de ambas as partes, ou seja, uma produção de serviços para a sociedade por parte da pessoa velha e a satisfação das necessidades destas (Martin, Guedes, Gonçalves & Pinto, 2007; Páscoa & Gil, 2019).

Assim, a proposta deste plano gerontológico vem servir como um delineador de estratégias de intervenção dirigidas à população velha como forma de colmatar algumas das necessidades identificadas, e então promover um aumento da qualidade de vida.

Esta proposta revela como objetivos específicos: perceber as necessidades da população velha; diminuir os estereótipos em relação ao envelhecimento; desenvolver programas que promovam a integração das pessoas velhas na participação da vida local; envolver as instituições e organizações em ações e serviços com vista à construção de uma rede de cuidados e apoio mais fortalecida; e assegurar a formação aos profissionais ou cuidadores (formais e informais) que lidam com esta faixa etária.

Com base nos resultados deu-se conta que as necessidades não cobertas eram: a carência ou inexistência de atividades diárias (58,7%), a falta de gestão e apoio emocional (59,3%), a necessidade de companhia (58,1%) e a escassez de informação no que diz respeito aos benefícios sociais (72,4%). Como tal, repartiu-se o plano em quatro eixos: atividades diárias, sofrimento psicológico, informação e companhia (quadro 10).

O primeiro eixo relacionado com as atividades diárias assume uma grande importância, uma vez que se constituem um fator de influência da qualidade de vida (Marques, Sanchez, & Vicario, 2014). Pode ser caracterizado também por ser o eixo do ócio e do lazer, pois nele se encontram atividades físicas, cognitivas e sociais. Assim, temos presente neste ponto ações como: a criação de programas e espaços de atividade física e lúdicas, orientadas preferencialmente através do jogo, a criação de oficinas de estimulação cognitiva, a conceção e/ou reformulação de infraestruturas dirigidas a população velha.

Portanto, é uma categoria subjetiva e que vai muito ao encontro do que a pessoa velha deseja, como tal será necessário perceber sempre o público-alvo e as mudanças sociais que ocorrem a volta de todo o processo do envelhecimento seja através da observação ou de entrevistas.

Ao longo do processo de envelhecimento também é necessário processar mudanças na forma de pensar, agir e sentir, bem como lidar com o idadismo associado a esta fase da vida, assim existem considerações psicológicas que influenciam o processo (Rocha, Braga, Tavares, Andrade, Filha, Dias & Silva, 2009). Como tal, é essencial criar programas para acolher e escutar as pessoas que estão a vivenciar este processo e para compreender as preocupações e dificuldades tendo em conta as experiências de cada indivíduo para que estes consigam encontrar força, resiliência e autonomia ao longo do mesmo.

O sofrimento psicológico, destaca-se como segundo eixo, dando prioridade a ações que promovam o desenvolvimento emocional e a saúde mental através de programas de grupo e individuais potencializando as competências emocionais intrínsecas de cada um e capacitando as pessoas velhas de habilidades para resolverem, enfrentarem e aceitarem as dificuldades e circunstâncias.

O envelhecimento ativo não engloba apenas a parte física e emocional da pessoa velha, mas também o envolvimento contínuo destes nas mais diversas áreas (social; economia; tecnológica; espiritual; cultural e civil) (Dias, 2012). Devendo-se por isso, dar ênfase à educação ao longo da vida garantindo que os indivíduos tenham um conjunto de meios para seres capazes de realizar o processamento da sua vida diária.

Como tal, e uma vez grande parte da informação se encontra *online*, é necessário promover a aprendizagem dos velhos, potencializar as capacidades cognitivas e tecnológicas e adequar o *design* dos aparelhos às necessidades específicas dos indivíduos para que seja uma experiência positiva. E ao mesmo uma oportunidade para que os mais jovens, que dominam o uso das tecnologias os ensinem com o intuito de aprender mutuamente, uns com os outros, fortalecendo as suas relações. O reconhecimento da pessoa velha sobre a utilidade das novas tecnologias pode contribuir para um aumento da qualidade de vida e interação social (Carleto & Santana, 2017).

Assim, neste terceiro eixo da informação deve-se realizar ações para proporcionar a autonomia digital das pessoas velhas e delinear estratégias e equipas de informação para a promoção de saúde.

E, por último, o eixo da companhia faz referência a falta de sistemas informais de apoio que representam a segurança para a pessoa velha devido a presença, ao cuidado norteado pelo respeito e pela preservação da autonomia, ou seja, existem trocas e relações enriquecedoras para a pessoa velha (Dias, Carvalho & Araujo, 2013). No entanto, este sistema tem passado por mudanças que podem condicionara existência destes sistemas levando a uma diminuição da qualidade de vida e um aumento da morbilidade.

Assim, formular programas de convívio e bem-estar servem para favorecer e promover uma visão mais positiva da própria velhice e incrementar mais convívio social. Algumas das ações que podem ser implementadas são a formação de bolsas de voluntários jovens e pessoas velhas, a reestruturação das aldeias típicas do concelho tornando-as aldeias de partilha e o resgate de tradições antigas.

Quadro 10: Ações propostas por cada eixo de intervenção

	Ações Propostas
Eixo I Atividades Diárias	Criar programas de atividade física através do jogo e exercícios Criar oficinas de estimulação cognitiva Conceber ou Reformular infraestruturas no município dirigidas a população velha e com demência
Eixo II Sofrimento Psicológico	Incentivar a promoção do desenvolvimento emocional através de programas em grupo e individuais Promover a saúde mental no concelho
Eixo III Informação	Proporcionar ações para a autonomia digital das pessoas velhas Delinear estratégias e equipas de informação para a promoção da saúde
Eixo IV Companhia	Formar bolsas de voluntariado jovem e de pessoas velhas Reestruturar as aldeias tornando-as aldeias de partilha Resgatar tradições antigas

As ações complementares estão fora do contexto dos eixos expostos onde existem necessidades evidentes, no entanto podem ajudar as pessoas velhas a percecionarem esta fase da vida de forma positiva expondo estratégias para uma educação constante apesar das mudanças inerentes a todo o processo. Como tal, as ações complementares propostas são as seguintes: consultas gerontológicas, programas de pré-reforma, programas intergeracionais e universidade sénior.

Limitações do Estudo

Este estudo foi realizado com o intuito de melhorar a ação das medidas perante a população velha, melhorando a qualidade de vida desta.

No entanto, existiram algumas dificuldades relacionadas com o entrevistador e com o entrevistado que podem ter limitado a investigação. Como, a influência pessoal do entrevistador sobre o entrevistado que podem ter originado respostas falsas, uma vez que o entrevistador pertence ao mesmo núcleo social.

O número da amostra relacionado com a disponibilidade de tempo por parte do entrevistador.

E, por fim, ser uma entrevista estruturada que não permitiu uma contextualização melhorada destas necessidades.

Conclusão

O envelhecimento é um processo biopsicossocial, influenciado pelos acontecimentos e mudanças ao longo da vida, que vão fazer parte da visão individual desta, alterado ou substituindo objetivos pessoais.

É cada vez mais importante que o envelhecimento ativo seja pensado desde o nascimento e não apenas quando existem perdas ou a presença de necessidades que vão afetar a qualidade de vida nos últimos anos.

Os indivíduos devem estar por isso cientes que os objetivos devem ser traçados ao longo da vida e, ao mesmo tempo, a sociedade deve estar preparada para proporcionar oportunidades e respostas de acordo com os desejos expressos, de modo a que o envelhecimento não seja apenas ativo, mas também seja bem-sucedido. Para que isto aconteça de forma mais eficaz e harmoniosa, os atores locais e regionais devem implementar políticas sociais, de acordo com um diagnóstico social previamente realizado.

Uma vez que, será este uma das etapas iniciais para a construção de um plano gerontológico, e por sua vez da ação que deve ser tomada perante as necessidades específicas e reais daquela população.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M. Carvalho (Org.), *Serviço Social no envelhecimento* (pp.81-103). Lisboa: Edições Técnicas, Lda.

Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: PsicoSoma.

Azeredo, Z. (2012). O idoso como um todo: Uma reflexão. In E. Santos, J.A. Ferreira, R. Pocinho, J.P. Gaspar, & A. Ramalho (Orgs.), *Transição para a reforma/aposentação: Contributos para a adaptação* (1.ªed.). (pp. 71-76). Viseu: Psico& Soma – Livraria, Editora, Formação e Empresas, Lda.

Baltes, P., & Baltes, M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the Behavioural Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Barbosa, C. (2016). Políticas públicas locais para o envelhecimento: O caso de Portugal e da Suécia. *EXEDRA*, 151-172. Disponível em: <http://exedra.esec.pt/wp-content/uploads/2016/02/Cap11.pdf>

Bárrios, M., & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: Análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (2),188-196. doi: 10.1016/j.rpsp.2014.09.002.

Bárrios, M., Fernandes, A., & Fonseca, A. (2018). Identifying priorities for aging policies in two Portuguese communities. *Journal of Aging & Social Policy*, 30, 458-477. Doi: 10.1080/08959420.2018.1442112.

Brown, P., Lyson, M., & Jenkins, T. (2011). From diagnosis to social diagnosis. *Social Science & Medicine*, 73, 939-943. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.031.

Câmara Municipal de Lisboa (2008). Plano Gerontológico Municipal. Disponível em: https://www.lisboa.pt/fileadmin/cidade_temas/urbanismo/DELETE_documentos/plano_gerontologico.pdf

Câmara Municipal de Monchique (2011). Plano Gerontológico de Monchique. Disponível em: <https://cm-monchique.pt/pt/menu/382/plano-gerontologico.aspx>

Câmara Municipal de Mondim de Basto (2011). Plano de desenvolvimento social do concelho de Mondim de Basto. Disponível em: https://municipio.mondimdebasto.pt/images/stories/accao_social/Plano_Desenv_Social_2011-2013_Plano_Acao_2011.Pdf.pdf

Câmara Municipal de Mondim de Basto (2016). Diagnóstico Social. Disponível em: https://municipio.mondimdebasto.pt/images/stories/accao_social/DIAGNOSTICO_SOCIAL_2016_2018.pdf

Câmara Municipal de Santa Maria da Feira (S.D.). Plano Estratégico para a Terceira Idade do Concelho de Santa Maria da Feira. Disponível em: <http://rede-social.cm-feira.pt/rede-social/instrumentos-de-diagnostico-e-planeamento/documentos/plano-gerontologico>

Carleto, D., G., & Santana, C., S. (2017). Relações intergeracionais mediadas pelas tecnologias digitais. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1),73-91.

Carvalho, M. (2014). Social work and intervention with older people in Portugal: A critical point of view. *European Journal of Social Work*, 17 (3), 336-352. doi: 10.1080/13691457.2014.905459

Capucha, L. (2014). Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 74, 113-131. doi: 10.7458/SPP2014743203

Correia, A., F., Pereira, E. & Costa, D. (2016). De que necessitam as pessoas idosas para viver com dignidade em Portugal? *Análise Social*, 219 (2), 366-401.

Dias, I. (2012). O uso das tecnologias digitais entre os seniores: motivações e interesses. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 68, 51-57. doi:10.7458/SPP201268693.

Dias, D., Carvalho, C., & Araújo, C., V. (2013). Comparação da percepção subjetiva da qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16 (1), 127-138.

Dias, I., & Rodrigues, E. (2013). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 179-201). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Ermida, J. (2014). Avaliação geriátrica global. In M. Veríssimo (Coord.), *Geriatria fundamental* (pp. 103-116). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Eurostat (2015). *Demography Report*, 4-9. doi: 10.2767/769227.

Fialho, J., Silva, C., & Saragoça, J. (2017). *Diagnóstico social - Teoria, metodologia e casos práticos* (2.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Figueiredo, D., Paes, L., Warmling, A., Erdmann, A., & Mello, A. (2017). Multidimensional measures validated for home health needs of older persons: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 130-137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.013.

Fonseca, A. (2012). Fundamentos psicológicos para um envelhecimento ativo. In C. Palmeirão & A., B., Cruz (Coords.), *Envelhessomos* (pp. 15-40). Porto: Universidade Católica.

Freitas, L. (2011). Envelhecimento Bem-Sucedido: Que percepções? Tese de Mestrado em Gerontologia Social apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, Universidade dos Açores.

Gonçalves-Pereira, M., Fernandes, L., Leuschner, A., Barreto, J., Falcão, D., Firmino, H., Mateos, R., & Orrell, M. (2007). Versão Portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): Desenvolvimento e dados preliminares. *Saúde dos Idosos*. 25 (1), 7-18.

González-Domínguez, R., Castillo-Feliciano, L., M., & Avilés, A. (2014). Valoración gerontogeriatrica integral: Comparación diagnóstica entre el módulo gerontológico y la consulta externa. *Atención Familiar*, 21 (1), 2-6.

Gros, M., & Almeida, M. (2012). Diagnóstico gerontológico: Um instrumento para influenciar a política social. In *7.º Congresso Português de Sociologia, Porto, Portugal, 19-22 de Junho 2012*.

Idáñez, M. & Ander-Egg, E. (2008). Diagnóstico social: Conceitos e metodologias (3ªed). Porto: Revista e Ampliada.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2014). População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. Disponível em:
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017). População Residente. In Instituto Nacional de Estatística (INE), *Estatísticas Demográficas 2016* (pp.17-36). Lisboa: Instituto Nacional de Estatísticas, IP.

Kahana, E. & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18–40). New York: Springer.

Katz, S. & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: does it “appeal More Than It Illuminates”? *Gerontologist*, 55(1), 26–33.

Lima, M. (2016). Envelhecimento ativo e com sentido. In H. Firmino, M. Simões, & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp.3-18). Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.

Lima, P. (2017). Envelhecimento bem-sucedido, competência na vida diária e recursos ecológicos. Tese de Mestrado em Gerontologia Social apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Lopesino, P., López-Céron, A., Muñoz, M., & Echanagorría, A. (2011). *Envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO.

Lynch, R. (2013). *Social work practice with older people*. United Kingdom: SAGE Publications Ltd.

Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (1), 75-84. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1314>

Marques, T., Ribeiro, D., Maia, C., & Santos, H. (2016). Nascer é envelhecer: Uma perspetiva demográfica evolutiva e territorial na construção do futuro de Portugal. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT)*, 10, 207-231. doi: [10.17127/got/2016.10.010](http://dx.doi.org/10.17127/got/2016.10.010).

Martin, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paul, C., & Cabral, F. (2007). Políticas sociais para a terceira idade. In A. R. Osório, & F. C. Pinto (Coords.), *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa* (pp.131-180). Lisboa: Edições Piaget.

Martin, I., Guedes, J., Gonçalves, D., & Cabral, F. (2007). O desenvolvimento do paradigma do envelhecimento produtivo. Os novos papéis dos seniores na sociedade. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Coords.), *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa* (pp.131-180). Lisboa: Edições Piaget.

Martín, I., & Brandão, D. (2013). Políticas para a terceira idade. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 273-288). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Martins, R. & Mestre, M. (2014). *Esperança e Qualidade de Vida em Idosos*. *Millenium*, 47, 153-162.

Moreira, M. & Pinheira, V. (2017). Os planos gerontológicos como instrumentos de apoio a políticas locais de envelhecimento. O caso de Idanha-a-Nova. Vol. 5, n.º 10. p. 17-20. uri:<http://hdl.handle.net/10400.11/6019>

Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 (1), 17-34.

Osório, A., R. (2000). Planes Gerontológicos y proyectos de animación sociocultural para las personas mayores. *Teoría de la Educación*, 12, 85-105.

Osório, A. (2007). Os idosos na sociedade actual. In A.Osório & F. Pinto (Coords.), *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa* (pp.11-46). Lisboa: Edições Piaget.

Páscoa, G. & Gil, H.(2019). As universidades seniores e o envelhecimento ativo: Os impactos juntos das pessoas idosas em Portugal. *Revista Kairós Gerontologia*, 22 (1), 41-58. doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p41-58>

Pordata. (2019). Dados Estatísticos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios>

Rede Social de Matosinhos (2008). Plano Gerontológico 2009-2013. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2017/06/Matosinhos-Action-Plan.pdf>

Reisch, M., & Jani, J. (2012). The new politics of social work practice: Understanding context to promote change. *The British Journal of Social Work*, 42, 1132-1150.doi: 10.1093/bjsw/bcs07223

Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrell, M. (2000). British Journal of Psychiatry, 176, 444-452. doi:10.1192/bjp.176.5.444

Rocha, I., Braga, L., Tavares, L., Andrade, F., Filha, M., Dias, M., & Silva, A. (2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para a saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62, 5, 687-694.

Rodrigues, R., Silva, C., Loureiro, L., Silva, S., Crespo, S., & Azeredo, Z. (2015). The oldest old: Multidimensional functional assessment. *Journal of Nursing Referência*, IV (5), 65-74.doi: 10.12707/RIV14040

Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *science*, 237, 143-149.

Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*. 37, 4, 433-440.

Santos, S., & Santos, M. (1999). *Diagnóstico Social*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade - Secretária de Estado do Emprego e da Formação.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Simões, M., Augusto, A., Cruz, D., Oliveira, M., & Wolf, J. (2008). Desafios para os diagnósticos sociais: Aprofundamento e reconfiguração. In *6.ª Conferência Portuguesa de Sociologia, Lisboa, Portugal, 25-28 de junho*.

Sobral, C. (2015). *Avaliação Multidimensional (OARS) do Idoso na Cidade de Bragança*. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde de Bragança para a Obtenção de Grau de Mestre em Envelhecimento Ativo. Bragança, Portugal

Souto, J., & Oliveira, R. (2019). Envelhecimento bem-sucedido e estratégias de seleção, otimização e compensação em idosos com câncer. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22 (2), 170-188.

Teixeira, I. & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: Uma meta no curso de vida. *Revista do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*, 19 (1), 81-94.

Veríssimo, M. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino (Org.), *Psicogeriatria* (pp. 489-497). Coimbra: Edições Almedina.

Vicente, F., & Santos, S. (2013). Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de santa catarina. *Texto Contexto Enfermagem*, 22 (2), 370-378.

Vilar, M., Sousa, L., Firmino, H., & Simões, M. (2016). Envelhecimento ativo e qualidade de vida. In H. Firmino, M. Simões, & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp.19-43). Lisboa: Lidel – Ediçãoestécnicas, Lda.

World Health Organization [WHO] (2002). Active ageing: A policy framework. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

World Health Organization [WHO] (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. (Trad. Fundação Calouste Gulbenkian). Odivelas: Guide Artes Gráficas, Lda. (Original publicado em 2007).

