

ESTUDO DO PERFIL DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO DE JOVIM

**Da conceção do diagnóstico gerontológico à
elaboração do plano de intervenção**

Autora: *Maria Alexandra Seixas Pinto Marantes*

*Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Superior de
Serviço Social do Porto para o cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia
Social, realizado sob a orientação da Professora Doutora
Sidalina Almeida, Professora do ISSSP*

Porto, 2015

Resumo

O trabalho de projeto construído no âmbito do mestrado em gerontologia social, resultou da elaboração do diagnóstico gerontológico na freguesia de Jovim, a pedido da União de Freguesias de S. Cosme (Gondomar) Valbom e Jovim.

Mobilizamos a metodologia de projeto para construir o diagnóstico gerontológico de um território local (a freguesia de Jovim) que foi a base do plano de intervenção gerontológico, que prevê o envolvimento das organizações e associações locais, para que elas reorganizem os seus modos de fazer e criem dinâmicas potenciadoras de estruturas e/ou projetos capazes de intervir no combate aos problemas sociais que atingem a população mais envelhecida da freguesia de Jovim.

E tendo sido o diagnóstico gerontológico o instrumento de suporte ao plano de intervenção aqui apresentado, foi importante estudar em profundidade as diferentes fases da metodologia de projeto, em particular a do diagnóstico social focado nos problemas associados ao envelhecimento. Começamos por definir o seu conceito, importância e fins; posteriormente partimos para uma caracterização desta etapa fundamental da metodologia de projeto, explicando o complexo de tarefas que ela envolve e indicando as suas etapas.

Seguidamente, e numa perspetiva mais operativa, referimos os métodos e técnicas de recolha de informação para elaboração do diagnóstico gerontológico e os atores que nele intervieram. Fizemos uma breve referência aos diagnósticos municipais, explicitando as suas particularidades e a importância do diagnóstico gerontológico no desenvolvimento local. Na realização do diagnóstico procedeu-se a uma abordagem das três dimensões de vulnerabilidade social nomeadamente: a económica, relacional e simbólica. A eleição destas dimensões levou-nos a explorar especificamente temas como os rendimentos, trajetórias socioprofissionais, habitação e condições de habitabilidade, os recursos relacionais, (com particular destaque para o potencial protetor da sociabilidade primária), os modos de vida na reforma e os equipamentos/serviços e projetos de intervenção para idosos que já os utilizaram ou que neles participaram ou que têm como expectativa vir a utilizá-los no futuro.

Para a concretização do diagnóstico gerontológico administrou-se um inquérito por questionário a uma amostra de 53 inquiridos com idade igual ou superior a 65 anos. Procedeu-se à análise de dados e identificaram-se problemas (rendimentos, redes de relações sociais que não garantem a proteção social dos idosos, poucas oportunidades de frequentar e de se sentirem pertença de grupos, projetos, associações culturais e desportivas, problemas na área habitacional e barreiras arquitetónicas no espaço urbano), definiram-se prioridades de intervenção que resultaram na elaboração do plano gerontológico constituído por um programa de ação de dinamização sociocultural e outro de reabilitação habitacional e urbana.

Palavras-chave: Diagnóstico gerontológico, plano de intervenção, envelhecimento, Sociabilidades, Reforma

Abstract

This Project work under the master's degree in social gerontology, resulted of the development of gérontologique diagnosis in Jovim parish, at the request of the Union of Parishes of St. Cosme (Gondomar) Valbom and Jovim.

We mobilized the project work methodology to build gérontologique diagnosis of a local territory (the parish Jovim) which was the basis of geriatric intervention plan, that can provides for the involvement of local organizations and associations so that they reorganize their ways of doing and be able to create dynamics enhancers of projects which can intervene to combat the social problems that affect elderly people in Jovim.

The gérontologique diagnosis was the basis of support the plan of action, presented here, it was important to study in depth the different phases of project work methodology, in particular the social diagnosis focused on the problems associated with aging population. We start by defining the concept, importance and purpose; later we went to the characterization of this fundamental step of the project work methodology, explaining the complex tasks it involves and indicating its stages.

Below and in an operational perspective, we explain the methods and techniques that allows us to collect data for the preparation of geriatric diagnosis and enumerate the actors who took part in it. We made a brief reference to municipal diagnosis, explaining their characteristics and the importance of geriatric diagnosis in local development. We made a brief reference to municipal diagnosis, explaining their characteristics and the importance of geriatric diagnosis in local development. In the preparation of the diagnosis, we proceeded to the approach the three dimensions of social vulnerability include: economic, relational and symbolic. We made a brief reference to municipal diagnosis, explaining their characteristics and the importance of gérontologique diagnosis in local development. In the preparation of this diagnosis, we proceeded to the approach of three dimensions of social vulnerability: economic, relational and symbolic. The choice of these dimensions led us to explore topics such as incomes, socio-professional trajectories, housing and living conditions, relational resources (with particular emphasis on the protector of primary sociability potential), the ways of life in retirement, equipment / services and intervention projects for seniors who have used them or participated in them or whose expectation come to use them in the future.

To the achievement of gérontologique diagnosis, we ministered questionnaires to a sample of 53 respondents aged above 65 years. We proceeded to the data analysis and detected problems (incomes, social relations that do not guarantee the social protection of the elderly, few opportunities to integrate into groups, lack of sense of belonging to the groups; projects, cultural and sports associations, housing problems and architectural barriers in urban areas), next, we defined priorities for action that resulted in the development of geriatric plan, which was divided in two action programs: a socio-cultural dynamic and a housing and urban regeneration

Keywords: gérontologique Diagnosis, Action Plan, Aging, sociability, Reform

Résumé

Le travail du projet construit dans la mesure du master en gérontologie social, a résulté de l'élaboration du diagnostic gérontologique dans la commune de Jovim, a la demande de l'union des communes de S.Cosme(Gondomar)Valbom et Jovim.

Nous avons mobilisé la méthodologie de projet pour construire le diagnostic gérontologique d'un territoire local(la commune de Jovim)qui a été la base du plan d'intervention gérontologique, qui prévoit l'engagement des organisations et associations locales, pour qu'elles réorganisent leur manières de faire et créer des dynamiques fortes des structures et projets capables d'intervenir aux combats des problèmes sociaux qui touchent la population la plus âgée de la commune de Jovim.

Le diagnostic gérontologique ayant été l'instrument de support du plan d'intervention ici présenté, il a été important d'étudier profondément les différentes phases de la méthodologie du projet, en particulier celle du diagnostic social concentré sur les problèmes associés au vieillissement. Nous avons commencé par définir son concept, son importance et son aboutissement ; a posteriori, nous sommes partis sur une caractérisation de cette étape fondamentale de la méthodologie de projet, expliquant la complexité des tâches qu'elles impliquent et indiquant ses étapes.

Ensuite, et dans une perspective plus opérationnelle, nous rapportons les méthodes de récolte d'information pour l'élaboration du diagnostic gérontologique et les acteurs qui y sont intervenus. Nous avons fait une courte référence aux diagnostics municipaux, expliquant ses particularités et l'importance du diagnostic gérontologique au développement local. Dans la réalisation du diagnostic nous avons procédé à une approche des trois dimensions de vulnérabilité sociale à savoir ; l'économique, le relationnel et la symbolique. L'élection de ces dimensions nous a conduit à explorer spécifiquement les thèmes comme les rendements, trajectoire socio professionnelle, habitations et conditions d'habitabilités, les recours relationnel(avec une attention particulière pour le potentiel protecteur de la sociabilité primaire), le mode de vie à la retraite et les équipements/services et projets d'intervention pour des personnes âgées qui les ont déjà utilisés ou qui y ont participé ou qui ont comme attente venir à les utiliser dans le futur.

Pour la matérialisation du diagnostic gérontologique il a été administré une enquête par questionnaire à un échantillon de 53 personnes avec un âge supérieur ou égal à 65 ans. Il a été procédé à l'analyse des données et identifié des problèmes (rendements, réseaux de relations sociales qui ne garantissent pas la protection sociale des personnes âgées, peu d'opportunité de fréquenter et de se sentir appartenant à des groupes, projets, associations culturelles et sportives, problèmes dans le domaine d'habitation et des barrières architecturales en espace urbain)il a été défini des priorités d'interventions qui ont eu pour résultat l'élaboration du plan gérontologique constitué par un programme de dynamisation socioculturelle et par la réhabilitation d'habitation et urbaine.

Mots-clés: Diagnostic gérontologique, Plan d'action, vieillissement, sociabilités, retraite

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho de projeto fosse possível, nomeadamente, o apoio imprescindível do meu namorado, pais, filho, madrinha, amigos, professores e funcionários do ISSSP, designadamente a minha orientadora, Doutora Sidalina Almeida e o Doutor Hélder Alves, funcionários da Junta de freguesia de Jovim e em especial o meu ´muito obrigado!` a todas as pessoas que disponibilizaram o seu tempo para responderem ao inquérito ministrado.

Siglas

ACGITAR - Associação Cultural Geral Independente de Trabalhadores Amadores e Recreativa

AMP - Área Metropolitana do Porto

ATL – Atividade tempo livre

BTT – Bicicleta todo terreno

CSPJ - Centro Social e Paroquial de Jovim

CGA- Caixa Geral de Aposentações

CNP – Classificação Nacional de Profissões

DGS – Direção Geral de Saúde

EU – União Europeia

Eurostat - Gabinete de Estatísticas da União Europeia

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISSSP - Instituto Superior Serviço Social do Porto

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSP – Polícia de Segurança Pública

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UF – União de Freguesia

UNIFAI - Unidade de investigação e formação sobre adultos e idosos

USG – Universidade Sénior de Gondomar

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Esperança de vida à nascença, segundo o género	15
Gráfico 2 – Percentagem de idosos, por estado-membro da União Europeia (Ano de 2012)	16
Gráfico 3 - <i>percentagem de pessoas idosas a viverem sozinhas abaixo do limiar da pobreza na União Europeia</i>	17
Gráfico 4 – Índice de envelhecimento (Nº)	20
Gráfico 5 – Índice de Renovação de População em idade ativa (Nº)	22
Gráfico 6 - Serviços disponíveis na proximidade da sua habitação, num raio de 1 km.66	
Gráfico 7 – Composição do grupo doméstico (questão n.º 6).....	67
Gráfico 8 - <i>As três atividades a que dedica a maior parte do seu tempo, desde que está reformado</i>	77
Gráfico 9 - As atividade (s) que gostaria de desenvolver/ter desenvolvido.....	79
Gráfico 10 - Diga qual (ais) dos serviços/equipamentos seguintes tem conhecimento?	81
Gráfico 11 - Se um dia não poder continuar a cuidar sozinho, de si próprio e da sua casa, qual a solução que seria mais adequada para si?	83

Índice de Quadros

Quadro 1 - Pensionistas em % da população residente em Portugal.....	18
Quadro 2 – Distribuição das pensões de velhice da Caixa Geral de Aposentações e Segurança Social (2014).....	19
Quadro 3 – Índice de envelhecimento nacional, da Região Norte e dos concelhos que integram Área Metropolitana do Porto (N)	21
Quadro 4 – <i>Índice de dependência de idosos em Portugal, Norte, Área Metropolitana do Porto, concelhos da AMP (Proporção %)</i>	23
Quadro 5 – <i>Índice de Longevidade nacional, da Região Norte e dos concelhos que integram Área Metropolitana do Porto(Proporção %)</i>	23
Quadro 6 - População residente em Jovim -Variação entre 2001 e 2011.....	24
Quadro 7 – Respostas Sociais existentes no Município de Gondomar de apoio a pessoas idosas	24
Quadro 8 - Respostas sociais existentes na União das freguesias de Gondomar (São Cosme), Valbom e Jovim (Carta Social)	25
Quadro 9 – População residente na União de Freguesia de São Cosme (Gondomar), Valbom e Jovim, por grupos etários e género, 2011	26
Quadro 10 – Cálculo da amostragem.....	45
Quadro 11 – Distribuição dos inquiridos por género	47
Quadro 12 – Distribuição dos inquiridos por escalões etários	48
Quadro 13 - Estado Civil atual.....	48
Quadro 14 – Distribuição dos inquiridos por naturalidade	49
Quadro 15 – <i>Condição perante o trabalho da população inquirida, com mais de 65 e mais anos, por sexo</i>	50

<i>Quadro 16 – Valor mensal das pensões de reforma por sexo (€) – contagem, média</i>	51
Quadro 17 – Classificação Nacional de Profissões por subgrupos.....	52
Quadro 18 - Tem dificuldade em fazer com que o dinheiro chegue até ao fim do mês?	54
Quadro 19 - Nível de instrução completado	56
Quadro 20 - Nível de instrução completado – outro	56
Quadro 21 - Nível de instrução completado, por género	57
Quadro 22 - Cruzamento das questões relacionadas com a atividade profissional que predominaram/predominou (de acordo com a classificação CNP) com a instrução completado	58
Quadro 23 - Qual foi a condição perante o trabalho que predomina / predominou ao longo da sua vida	59
Quadro 24 – Atividade profissional segundo o género	59
Quadro 25 – Condições de habitação - Tipo de alojamento	61
Quadro 26 - Equipamentos e infraestruturas.....	64
Quadro 27 – Tem filhos (s) emigrantes?.....	69
Quadro 28 – Distância a que reside o filho que vive mais próximo (%)	70
Quadro 29 – Apoio prestado à população envelhecida pelo filho que reside mais próximo (%).....	70
Quadro 30 – Caso não seja o filho que reside mais próximo a prestar apoio à população envelhecida, distância a que reside o filho que presta apoio (%)	70
Quadro 31 - O filho (s) que reside mais próximo de si exerce uma atividade profissional	71
Quadro 32 – População com netos (%)	72
Quadro 33 – Está (ão) presentes no seu dia-a-dia?	73
Quadro 34 - Outros familiares próximos	74
Quadro 35 - outros familiares próximos – presença no seu dia-a-dia	74
Quadro 36 - Tem amigos / vizinhos próximos?.....	75
Quadro 37 – Os vizinhos / amigos está (ão) presentes no seu dia-a-dia ?.....	75
Quadro 38 - Considera que após a passagem à reforma, as pessoas deveriam ter oportunidade de participar numa atividade útil?.....	78
Quadro 39 - Tem conhecimento de serviços ou equipamentos destinados à população idosa que existem no concelho?	80
Quadro 40 - Já recorreu a alguns destes serviços ou equipamentos?.....	82
Quadro 41 - Grau de satisfação/insatisfação relativamente aos serviços prestados	82
Quadro 42 - No caso de não poder contar com os seus familiares, gostaria de poder contar com a presença regular de alguém	84
Quadro 43 - Estaria disposto a pagar algo para ter acesso a estes serviços?.....	86
Quadro 44 – Identificação dos problemas, causas prováveis e potencialidades	87
Quadro 45 – Associações locais com as quais pretendemos estabelecer parcerias	98
Quadro 46 – Planeamento e Intervenção do Programa de dinamização sociocultural	104
Quadro 47 – Planeamento e Intervenção do Programa de habitação/reabilitação urbana.....	110

Índice

I – Introdução	10
1 - Justificação da escolha e enquadramento nos projetos de investigação em curso no ISSSP	10
2 -Breves notas de caracterização do fenómeno do envelhecimento: contextualização Europeia, Nacional e Local.....	14
3 - Diagnóstico Gerontológico – a fundamentação teórica para a sua realização	30
4 - Notas Metodológicas	43
II- Diagnóstico gerontológico de Jovim	47
1 - Caraterização sociodemográfica da população inquirida	47
2 -Condições Materiais da Existência	49
3-Trajetos socioprofissionais.....	55
3.1.-Recursos escolares.....	55
3.2.-Trajetos profissionais	59
4-Condições de habitação e oportunidades de vida	60
5-Recursos relacionais	67
5.1.-Grau de isolamento da população envelhecida	67
5.2.-Laços/Redes de Interação social	69
6-As redes de relações sociais e os modos de viver a reforma	76
7-Serviços existentes destinados à população idosa no concelho	80
III – Projeto – “Artes e Afetos”	87
1-Necessidades/Problemas identificados pelo Diagnóstico.....	87
2-Programas de ação: a dinamização sociocultural e requalificação habitacional e urbana	91
2.1-Programa n.º 1 – Área da dinamização sociocultural	92
2.2-Programa n.º 2 – Reabilitação habitacional e urbana.....	105
3-Avaliação do Projeto	111
4-Considerações éticas e institucionais	113
5-Cronogramas	116
IV – Apreciações Finais	118
Fontes bibliográficas.....	121
Anexos	127

I – Introdução

1 - Justificação da escolha e enquadramento nos projetos de investigação em curso no ISSSP

A União de Freguesias de Gondomar (São Cosme), Valbom e Jovim solicitou ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP), no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, colaboração na elaboração do diagnóstico gerontológico da população residente, passo fundamental para viabilização do Plano gerontológico da União de freguesias. A minha opção pela realização do trabalho de projeto na freguesia de Jovim surgiu em consequência de ter ficado a meu cargo a administração dos inquéritos nesta localidade, dada a inexistência de dados para a realização do diagnóstico gerontológico na UF. Acresce referir que nos foi comunicado pelos técnicos da UF a ausência de projetos direcionados à população idosa não integrada em respostas institucionais em Jovim. O diagnóstico gerontológico sustentará a minha proposta de intervenção para esta freguesia. Creio que a realização do diagnóstico gerontológico que sustentará o plano gerontológico é uma estratégia de ação inovadora no campo da gerontologia social.

A conclusão do mestrado em Gerontologia Social exige a realização de um trabalho final de encerramento que, de acordo com o que está regulamentado, pode assumir três configurações, dissertação tradicional, trabalho de projeto e relatório de estágio. A primeira insere-se numa metodologia de investigação científica não interventora, e as duas últimas numa metodologia de investigação científica interventora ou noutros termos, na investigação-ação que assume duas modalidades designáveis de investigação na ação (relatório de estágio) e investigação para a ação (trabalho de projeto). Esta última consiste na recolha de informações/conhecimentos sobre determinados problemas sociais, com vista a solucioná-los, sendo que o campo de ação do investigador se encontra restringido. A metodologia de projeto é cada vez mais a forma escolhida para intervir na complexidade de fatores que estão subjacentes aos problemas sociais que emergem e persistem num determinado território social local.

Face ao significativo envelhecimento populacional que é inegavelmente uma tendência demográfica da atualidade, surge a necessidade de implementação de novas respostas adequadas às necessidades e expectativas da população considerada idosa num determinado território local. Com vista à planificação de forma mais adequada de uma intervenção junto da população idosa, várias são as autarquias locais que têm a

preocupação de construção de Planos Gerontológicos, como são exemplo, os municípios de Matosinhos, Santa Maria da Feira, Lisboa e Póvoa de Varzim. Estes são instrumentos de planeamento estratégico da intervenção a desenvolver numa determinada localidade, através dos quais se definem estratégias de intervenção em prol da melhoria da qualidade de vida dos idosos através sobretudo da criação de estratégias que contribuam para um envelhecimento bem-sucedido, procurando-se assim erradicar os problemas associados ao envelhecimento. Falamos de problemas como o isolamento e o sentimento de solidão, a passividade a que muitos idosos ficam votados, a insuficiência dos recursos económicos para fazer face a despesas de alimentação, habitação e saúde, a deterioração da sua definição identitária por não se considerarem úteis socialmente. O sentimento de inutilidade surge na sequência da falta de valor e de reconhecimento social por parte dos outros (com os quais os idosos interagem) que gradualmente os vão excluindo de diversos grupos de pertença. De uma forma mais geral, pode dizer-se que o objetivo do diagnóstico é combater a exclusão social desta categoria da população que, com a passagem à condição de reformado, perde papéis sociais que sustentavam a sua integração social. O diagnóstico gerontológico surge assim como suporte na definição de objetivos, ações e medidas estratégicas, numa lógica de promoção de uma cidadania plena, de uma sociedade inclusiva e da qualidade de vida da pessoa¹. (UNIFAI, 2015)

Estando o diagnóstico gerontológico na base da construção do Plano gerontológico deve priorizar o conhecimento das reais oportunidades de integração social de que usufruem os idosos, nomeadamente a capacidade das organizações para produzir dinâmicas de relacionamento com potencial para prevenir ou corrigir o isolamento e a solidão nas diferentes fases do envelhecimento. O Diagnóstico ao potenciar o conhecimento das rotinas quotidianas dos idosos, permite pensar em estratégias de ação que permitam combater a perda de interesse pelos problemas e temáticas que estão no centro da vida das gerações mais novas e que reforçam os laços primários em particular os laços familiares, ou complementá-los, designadamente quando o estado de saúde dos idosos se deteriora, tornando-se imprescindíveis os cuidados dos outros que podem ser os cuidadores informais ou os profissionais de instituições. A concretização do diagnóstico gerontológico revela-se um instrumento privilegiado na reestruturação de respostas que já estão em funcionamento e na conceção de novas respostas mais adaptadas às necessidades da população idosa de uma determinada cidade, região ou freguesia, sendo de salientar a sua importância para a identificação

¹ Retirado da ligação web do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), da Universidade do Porto,: <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/index.php/servicos?id=23~>

de áreas prioritárias de intervenção. Na sequência do mencionado, podemos concluir que o diagnóstico gerontológico nos deve permitir conhecer a oferta dos serviços face às necessidades da população envelhecida de um dado território, assim como os constrangimentos com os quais a população se depara nomeadamente em três dimensões fundamentais de vulnerabilidade social particularmente relevantes (Gaulejac, 1994, citado por Almeida & Gross, 2012:5) o plano económico designadamente, o acesso aos recursos monetários indispensáveis para que o seu quotidiano não fique confinado à mera manutenção da sobrevivência biológica; no plano relacional, as oportunidades de se manter integrado em redes de interações sociais abertas à participação dos membros das diferentes gerações e, no plano simbólico, as oportunidades concretas de “inventar” após a entrada na reforma, uma vida que proporcione auto-realização e continue a fazer sentido socialmente.

Este conhecimento das necessidades, constrangimentos e recursos a que o diagnóstico gerontológico se propõe, só é possível se partimos de uma orientação teórica que defende o conhecimento do fenómeno do envelhecimento na sua multidimensionalidade. Somente através do conhecimento das dimensões supracitadas é viável a realização do diagnóstico gerontológico e a consequente identificação das áreas prioritárias de intervenção, elaborando assim um plano de intervenção, legitimando desta forma a minha opção pela metodologia de trabalho de projeto. No intuito de concretizar esta finalidade será pertinente abordarmos os grandes temas do inquérito usado para a recolha de informação na elaboração do diagnóstico gerontológico da UF:

- Rendimentos – tentamos perceber se os indivíduos têm acesso aos recursos monetários indispensáveis para enfrentar os desafios da velhice com dignidade, sem ficarem confinados à mera manutenção da sobrevivência biológica.
- Trajetos socioprofissionais (Recursos escolares e trajetos profissionais) – procurou-se perceber se os trajetos dos indivíduos permitiram ou não reunir bens materiais e imateriais, tais como os recursos escolares e percurso profissional, indispensáveis para enfrentar a velhice com dignidade.
- Condições de habitação e oportunidades de vida – as condições de habitabilidade constituem uma dimensão relevante para a compreensão do fenómeno do envelhecimento, uma vez que podem determinar a permanência da pessoa no seu domicílio e são cruciais na sua qualidade de vida. As condições de conforto dos alojamentos podem acentuar ou até relativizar as desigualdades encontradas em outros domínios das condições materiais de existência.

- Recursos relacionais – através das perguntas neste capítulo do inquérito pretende-se saber se a população do território abrangida pelo diagnóstico gerontológico acompanha a tendência verificada ao nível nacional relativamente a caracterização da tipologia familiar e se os mais idosos estão integrados em redes familiares intergeracionais ou se vivem em situação de isolamento social.
- Modos de vida na reforma - neste capítulo pretendemos perceber em que registo os indivíduos vivem a reforma: se a vivem sob a forma de reforma de “*morte social*”/reforma retraimento ou sob outra forma (Guillemard, 1972:32). Para apreciar de que forma os indivíduos vivem este período, abordamos a relação dos inquiridos com atividades de voluntariado, equipamentos culturais, desportivos e sociais.

Efetuada o diagnóstico, definiram-se as áreas prioritárias de intervenção do projeto. O processo de construção de um projeto de intervenção social conhece várias fases: na primeira fase deve emergir uma vontade coletiva de mudança (motivação e objetivo) e a constatação de recursos (humanos, materiais, etc), em seguida, na segunda fase (que servirá de base à totalidade do percurso do projeto) deve fazer-se a análise da situação que nos obriga à realização do diagnóstico social que assume uma posição de fulcral importância no processo de planeamento e de intervenção propriamente dita. A terceira fase pode ser considerada como o desenho do plano de ação e a quarta refere-se à sua concretização, ao acompanhamento e à avaliação do projeto. As fases, contudo, não são estanques, sendo antes simultâneas: o diagnóstico é frequentemente já realizado durante o processo de intervenção, bem como a avaliação que é um processo permanente que acompanha a própria execução.

Segundo (Guerra, 2000:125-174), o projeto deverá ter em consideração as seguintes etapas: numa primeira etapa de diagnóstico, identificação dos problemas, problematização teórica das situações (identificação dos problemas sobre os quais se pretende intervir e entendimento das suas causalidades). O diagnóstico permite perspetivar a intervenção quando as hipóteses explicativas dos problemas são transformadas em hipóteses de ação.

As hipóteses de ação indicam as relações entre o problema e as estratégias globais de ação, fundamentam-se em hipóteses teóricas ou valores que muitas das vezes são designados por princípios ou pressupostos e têm a função de orientar a experiência. Um projeto formula abordagens de mudança ou hipóteses de ação. As hipóteses gerais de ação desdobram-se em hipóteses operacionais. Se as hipóteses orientam um processo de mudança é necessário a sua reformulação de acordo com a evolução do

processo. Segunda etapa, definição dos objetivos (clarificação das finalidades, dos objetivos gerais e específicos); terceira, definição das estratégias (clarificação das grandes orientações do trabalho, identificação de recursos e potencialidades, caracterização institucional dos organismos envolvidos); quarta, programação das atividades (estabelecimentos das atividades, distribuição de responsabilidades e calendarização dessas atividades); quinta, preparação do plano de acompanhamento e de avaliação do trabalho (estabelecimento de um plano de avaliação, a avaliação dos conhecimentos obtidos e das competências); sexta, publicitação dos resultados e estudo dos elementos para a prossecução do projeto. Estas fases não são estanques, podendo haver reformulações do processo, sempre que no decorrer da sua implementação se verifique essa necessidade. Adotou-se esta metodologia para o diagnóstico e para o plano de intervenção.

No âmbito do plano gerontológico a definir para Jovim consideraram-se duas áreas de intervenção prioritária designadamente a da reabilitação habitacional e urbana no sentido de evitar o isolamento dos cidadãos idosos e a área da dinamização sócio cultural no sentido de promover novas redes de sociabilidades e fomentar os contactos com outras realidades.

O presente trabalho está organizado em três partes: na primeira parte abordaremos o fenómeno de envelhecimento no contexto europeu, nacional e local; enunciaremos as principais orientações e pressupostos teóricos que fundamentam a realização do diagnóstico gerontológico e do trabalho de projeto e por último, descreveremos as opções metodológicas aplicadas. Na segunda parte, apresentaremos o diagnóstico gerontológico que sustentará o plano de intervenção apresentado na terceira parte do trabalho.

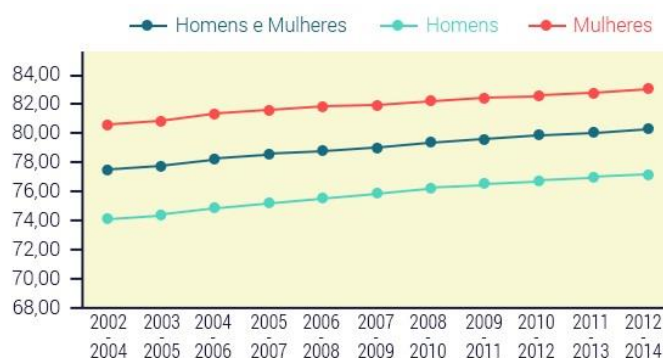
2 -Breves notas de caracterização do fenómeno do envelhecimento: contextualização Europeia, Nacional e Local

A partir dos dados obtidos pelos diversos organismos que a nível europeu e mundial, (mas também nacional) nos fornecem dados estatísticos acerca das tendências demográficas,² constatou-se que desde a década de sessenta do século passado, em especial nos países mais desenvolvidos, como é o caso de Portugal, registou-se uma

² “*Demografia é a ciência que tem por objetivo o estudo científico das populações humanas no que diz respeito à sua dimensão, estrutura, evolução e caraterísticas gerais analisadas principalmente do ponto de vista quantitativo*” (Dicionário demográfico da União Internacional para o estudo científico de população citado por Nazareth, 2008:38).

transição da estrutura populacional de uma geração dos “*baby boomers*”, caracterizada por elevadas taxas de natalidade e mortalidade para uma estrutura envelhecida em que a taxa da natalidade e mortalidade se vão reduzindo progressivamente, verificando-se o fenómeno do duplo envelhecimento, ou seja, o envelhecimento pela base da pirâmide etária (causado pelo decréscimo da população de jovens) e o envelhecimento pelo topo (aumento da proporção de idosos): a base da pirâmide continua a estreitar, ao mesmo tempo que o topo continua a “alargar”. O aumento do número de idosos (alargamento no topo) está intimamente relacionado com o consequente aumento na esperança média de vida que, e de forma muito positiva, é consequência dos avanços da medicina. O aumento do número de idosos significa também que os portugueses vivem cada vez mais tempo, o que leva a que as famílias de quatro gerações se multipliquem “*será cada vez mais frequente um homem e uma mulher de 60 anos terem, simultaneamente, uma mãe de 85 anos e um ou dois netos com idade inferior a 10 anos*” (Roussel, 1992:166), surgindo atualmente o conceito da quarta idade havendo inclusive estudos direcionados para os idosos centenários (Ribeiro & Araújo, 2012). Em 1960, a esperança média de vida para as mulheres era de 66 anos e para os homens 60. Agora, aos 65 anos, as mulheres podem esperar viver mais vinte anos e os homens mais dezassete, com o aumento da esperança média de vida para 80 anos, segundo dados de 2012.

Gráfico 1 – Esperança de vida à nascença, segundo o género



fonte INE

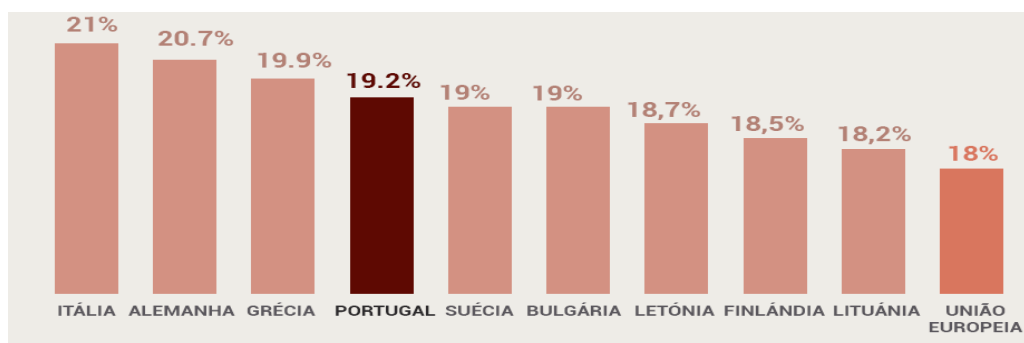
Conforme ilustra o gráfico n.º 1, cada mulher portuguesa em média viverá até aos 83 anos de idade. Os homens ficam em média pelos 77 anos. A esperança média de vida dos portugueses fixa-se nos 80,24 anos de idade. A barreira dos 80 anos já tinha sido

quebrada no triénio de 2011— 2013, segundo números do INE, que à data fixou os 80,13 como o número de anos que, em média, os portugueses vivem. O facto de vivermos mais tempo (longevidade)³ não quer dizer que o façamos usufruindo de qualidade de vida, pois a deterioração da saúde, quer a nível de problemas físicos quer mentais, é elevada nos nossos idosos.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que o número de crianças continue a descer até ao final do século XXI. Prevê-se que, até 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos triplique de 400 milhões para mais de dois mil milhões a nível mundial (Observador, 2014). Apesar de este aumento refletir uma melhoria nas condições de vida e das políticas de saúde na maioria dos países desenvolvidos, representa também um desafio para a sociedade atual, que terá de se adaptar de modo a “*maximizar a capacidade funcional e a saúde*” dos mais velhos, assim como a sua participação e integração social.

Em Portugal, a realidade não é diferente. Muitas vezes referido como um dos países mais envelhecidos da União Europeia, 20% da população portuguesa tem mais de 65 anos.

Gráfico 2 – Percentagem de idosos, por estado-membro da União Europeia (Ano de 2012)



Fonte: Pordata

Portugal era o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos, em 2012 (Gráfico n.º 2), logo a seguir a países como Itália, Alemanha e Grécia. Desde os anos 60, o número de pessoas com mais de 65 anos aumentou de cerca de 700 mil para mais de dois milhões, esta tendência como já referimos, foi acompanhada de uma

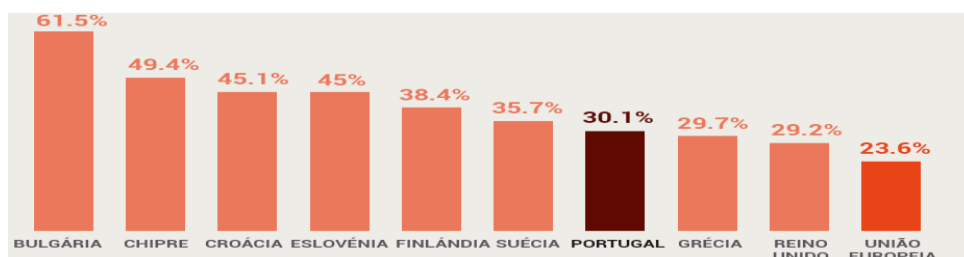
³ O índice de longevidade é o número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos. Quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa. Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas com 65 ou mais anos (Fonte INE).

diminuição do número de nascimentos. Na década de 70, por cada idoso com mais de 65 anos, existiam duas crianças com menos de 10. Atualmente, as estatísticas mostram exatamente o oposto — por cada criança com menos de 10 anos, existem cerca de dois idosos (Fonte: Pordata).

Portugal, em termos regionais e segundo dados de 2013 (Observador, 2014)⁴, o distrito com maior número de idosos é Castelo Branco. A maioria dos municípios mais envelhecidos encontra-se nas regiões da Beira Baixa e Beira Litoral, apesar de Alcoutim, no distrito de Faro, ter a maior percentagem de pessoas idosas. De acordo com os resultados divulgados pela Guarda Nacional Republicana⁵, a propósito da operação “*Censos Sénior 2015*”, comparativamente à edição do ano transato, foram sinalizados 39.216 idosos (mais 5.253 idosos), dos quais 23.996 idosos vivem sozinhos (+2.680), 5.205 vivem isolados (+924), 3.288 vivem sozinhos e isolados (+262) e 6.727 (+907) idosos, não enquadrados nas situações anteriores, a viverem juntos mas que se encontram numa situação de vulnerabilidade considerando as suas limitações físicas e/ou psicológicas.

Portugal é também o 7º da União Europeia (Pordata, 2015) com maior percentagem de pessoas idosas a viverem sozinhas abaixo do limiar da pobreza ⁶ e encontra-se acima da média da UE (23,6%).

Gráfico 3 - percentagem de pessoas idosas a viverem sozinhas abaixo do limiar da pobreza na União Europeia



Fonte: Pordata

⁴ Observador (2014). *Quem são e como vivem os idosos em Portugal*. Blogue on-line. Acedido em 10 Julho de 2015 em <http://observador.pt/2014/09/30/quem-sao-e-como-vivem-os-idosos-em-portugal/>

⁵ A Guarda Nacional Republicana desenvolveu, entre 01 de abril e 30 de abril a “Operação Censos Sénior 2015”, uma campanha de segurança direcionada aos idosos que vivem sozinhos e/ou isolados, tendo apresentado os resultados na seguinte ligação web: http://www.gnr.pt/default.asp?do=tnov0r6r_vz24r05n/016vpvn5/016vpvn5_qr5p4vpn1&fonte=noticias&id=2081&Mes=12#historico

⁶ Limiar do rendimento abaixo do qual se considera que uma família se encontra em risco de pobreza. Este valor foi convencionado pela Comissão Europeia como sendo o correspondente a 60% da mediana do rendimento por adulto equivalente de cada país (Fonte: <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=indicators&id=111>)

Além da análise das redes de relações sociais dos idosos, importa refletir de que modo e com que rendimentos os nossos idosos vivem estes anos (cfr. Gráfico n.º 3). Tanto mais que ao falarmos de envelhecimento associamo-lo ao termo “reforma”, pois, muitas vezes, as pessoas com mais de 65 anos são por antonomásia apelidados de reformados, e tal deve-se ao facto dos 65 anos ser a idade legal em Portugal para requererem a reforma.

Em 2013 segundo a Pordata, a idade média com a qual os pensionistas de velhice da Segurança Social se reformaram era de 63,4 anos. Em 2013, a idade média de acesso às pensões de aposentação ou reforma da Caixa Geral de Aposentações era de 60,9 anos. Constata-se que as pessoas ficam reformadas precocemente, ou seja, saem do mercado de trabalho, antes da idade legal da reforma. Este é um fenómeno também característico das sociedades europeias nas últimas décadas, porquanto estes indivíduos que ainda estão aptos para trabalhar carregam um estigma de envelhecidos, vítimas do idadismo (Cabral, 2013:82-83), ou seja, o estereótipo de desvalorização profissional e social associada à idade, é uma das causas de exclusão precoce do mercado laboral. A passagem prematura para a reforma, muitas vezes inesperada, dificilmente será positiva e adequadamente vivida, não só porque não foi preparada, mas também porque a interrupção da carreira profissional e contributiva pode representar um decréscimo dos rendimentos futuros, sobretudo quando não são ativados mecanismos, como a pré-reforma, que evitam a deterioração do rendimento, após a saída dos trabalhadores do mercado de trabalho.

A percentagem de pensionistas na população residente em Portugal (quadro n.º 1) conheceu um ligeiro aumento desde 2006, sendo que, em 2012, a percentagem de pensionistas era de 33,8 %.

Quadro 1 - Pensionistas em % da população residente em Portugal

ANOS	2006	2012
	32,5	33,8

Fonte: Pordata

Segundo dados oficiais do Ministério das Finanças (Quadro n.º 2), cerca de 80% dos pensionistas, quer da Caixa Geral de Aposentações, como da Segurança Social receberam, em 2014, uma média mensal de 364 €. Este valor é inferior ao salário

mínimo nacional (485 euros) e está abaixo dos 409 euros, que é o montante mensal considerado mínimo para que uma pessoa não se encontre em situação de pobreza (limiar de pobreza). De acordo com o quadro nº 2, a maioria dos pensionistas recebem pensões de reforma baixas.

Quadro 2 – Distribuição das pensões de velhice da Caixa Geral de Aposentações e Segurança Social (2014)

Escalão de pensão de velhice (anual)	Número de pensionistas*	%	Total pago pela CGA e Seg. Social	Pensão média (a 12 meses)	%
1-10.000 €	1.919.403	79.68%	8384 M€	364 €	43.58%
10.001-20.000 €	275.589	11.44%	3858 M€	1.167 €	20.05%
20.001-30.000 €	95.943	3.98%	2318 M€	2.013 €	12.05%
30.001-40.000 €	85.016	3.53%	2937 M€	2.879 €	15.26%
40.001-50.000 €	17.983	0.75%	796 M€	3.689 €	4.14%
50.001-60.000 €	7.365	0.31%	399 M€	4.516 €	2.07%
60.001-70.000 €	4.407	0.18%	286 M€	5.410 €	1.49%
70.001-80.000 €	2.218	0.09%	164 M€	6.158 €	0.85%
80.001-90.000 €	403	0.02%	34 M€	7.023 €	0.18%
90.001-100.000 €	198	0.01%	19 M€	7.886 €	0.10%
100.001-150.000 €	300	0.01%	34 M€	9.535 €	0.18%
>150.000 €	56	0.00%	11 M€	16.785 €	0.06%
Total	2.408.881		19240 M€	666 €	

Consideram-se aqueles que recebem apenas a pensão de velhice, ou que a recebem acumulando com outras prestações, como pensões de sobrevivência ou invalidez. Não são considerados os beneficiários que, encontrando-se ainda no ativo, recebem algum tipo de prestação.

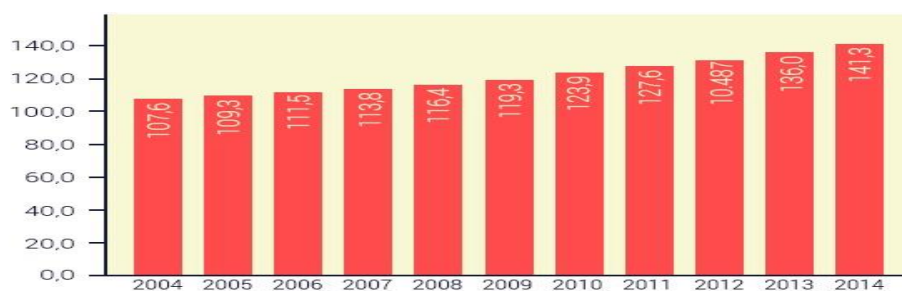
Fonte: Ministério das Finanças / Direção Geral do Orçamento⁷

A diminuição de pessoas no ativo e a efetuar descontos para segurança social é um facto indiscutível, com especial relevo na última década, o que tem levantado questões relativamente à própria sustentabilidade do sistema de segurança social. No entanto, o aumento do número de idosos não justifica por si só a falta da sustentabilidade do sistema de segurança social. O discurso fatalista acerca do envelhecimento demográfico e da insustentabilidade da segurança social por força da queda de receitas do orçamento da segurança social não depende apenas da demografia, mas em larga medida da economia política, ou seja das escolhas políticas de medidas conjunturais recessivas (v.g., aumento da idade da reforma, corte salariais, aumento da carga fiscal) que elevam a taxa de desemprego, assim como a fuga e evasão fiscal. Um dos indícios desta falácia retórica expressa-se no facto do governo obrigar os mais velhos a trabalhar mais tempo quando quase um terço da população ativa pretende trabalhar (e contribuir) e vê essa possibilidade vedada (Abreu, 2013:28).

⁷ Documento Orçamento Cidadão (Link: http://www.dgo.pt/politicaorcamental/OrcamentodeEstado/2014/OCid_Final.pdf)

De facto nunca houve tantos idosos para tão poucos jovens. Entre 2001 e 2011, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 16,2% para 14,9% da população residente total. No mesmo período, a proporção de indivíduos em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) também se reduziu de 67,3% para 66,0%, verificando-se simultaneamente o aumento da percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) de 16,6% para 19,0%. Em resultado destas alterações, o índice de envelhecimento – número de idosos por cada 100 jovens – aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011⁸. Segundo dados mais recentes do INE, o índice de envelhecimento ⁹ em 2014 está patente no gráfico n.º 4, por cada 100 jovens, há 141 idosos.

Gráfico 4 – Índice de envelhecimento (Nº)



Fonte: INE

Em termos de Área Metropolitana do Porto, no qual se encontra integrado o concelho de Gondomar e a União de freguesias de São Cosme, Valbom e Jovim, localidade onde foi efetuado o diagnóstico gerontológico e, de acordo com dados publicados pelo INE, verifica-se a presença de indicadores demográficos que apontam para a existência de níveis de envelhecimento da população relativamente menores aos que são verificados no conjunto do país, região norte e área metropolitana. Considerando que a AMP ¹⁰ é um território demograficamente heterogéneo, e em conformidade com o documento “AMP 2020 - Avaliação Territorial/ Crescimento Inclusivo”, naturalmente que os índices de dependência e os ritmos de envelhecimento também se apresentam diferentes –

⁸ Retirado da ligação web do INE: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156022957&att_display=n&att_download=y

⁹ O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens (retirado de ligação web do INE).

¹⁰ Retirado da ligação web <http://rede-social.cm-feira.pt/rede-social/instrumentos-de-diagnostico-e-planeamento/documentos/estrategia-integrada-de-desenv.-territorial-amp-2020>

“...os concelhos mais ativos situados na cintura mais industrializada na zona envolvente do Porto, são também os concelhos mais jovens...”, sendo certo que esta diferença das dinâmicas demográficas também se verifica ao nível de freguesias, “nomeadamente nos concelhos mais urbanos”.

Quadro 3 – Índice de envelhecimento nacional, da Região Norte e dos concelhos que integram Área Metropolitana do Porto (N)

Territórios	Índice de envelhecimento (N.º)	
	2001	2011
Portugal	102,6	127,6
Região Norte	80,7	114,1
AMP		
Arouca	90,5	118,0
Espinho	96,6	157,7
Gondomar	63,6	99,7
Maia	60,2	81,6
Matosinhos	77,8	114,0
Oliveira de Azeméis	77,8	129,4
Paredes	42,0	64,1
Porto	146,7	199,0
Póvoa de Varzim	59,3	87,4
Santa Maria da Feira	61,2	96,5
Santo Tirso	79,2	127,9
São João da Madeira	72,5	110,2
Trofa	53,0	87,6
Vale de Cambra	104,4	170,0
Valongo	55,6	82,0
Vila do Conde	66,3	91,8
Vila Nova de Gaia	70,4	99,5

Fonte: I.N.E. | Censos 2011

Fonte: Diagnóstico Social de Gondomar

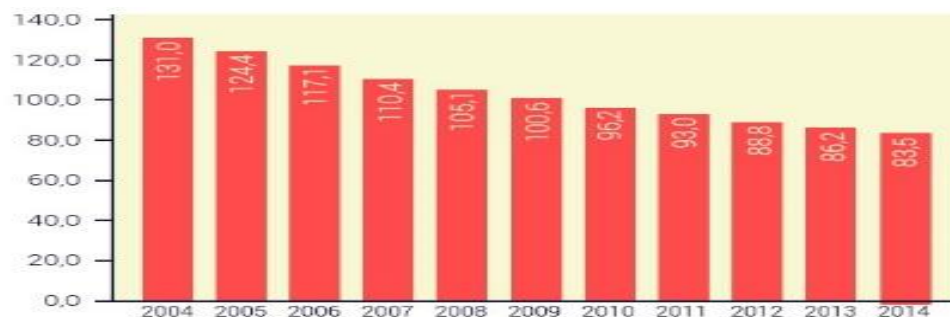
Através dos indicadores patentes no quadro n.º 3, é possível observar que o índice de envelhecimento registou um aumento significativo na última década, 2001/ 2011, em todos os municípios da AMP. No concelho de Gondomar, de acordo com o quadro n.º 3, existiam 99,7 pessoas com 65 ou mais anos, por cada 100 jovens, entre os 0 e os 14 anos de idade (2011), o que representa um aumento de mais 36 pessoas, face a 2001.

Constatou-se a existência de mais pessoas na situação de pré-reforma do que aqueles que estavam em início de carreira (índice de renovação da população em idade ativa)¹¹, como podemos verificar no gráfico n.º 5. Esta tendência fica expressa na comparação

¹¹ Índice de Renovação da População Ativa - Fórmula: (População com 20-29 anos / População com 55-64 anos) x 100. Este índice relaciona o volume potencial da população que está a entrar em atividade com o volume potencial da população que está a sair da atividade (Fonte: Demografia a Ciência da População, J. Manuel Nazareth, 2009)

da informação que permite comparar os grupos etários em início de idade ativa (20 à 29 anos) e idade de “pré-reforma” (55 à 64 anos)

Gráfico 5 – Índice de Renovação de População em idade ativa (Nº)



Fonte: INE

Em 2014, cada 100 pessoas entre os 55 e 64 anos (portanto, mais perto da reforma) houve 83,5 portugueses em idade de começar a carreira (20 a 29 anos), o que contrasta com os anos de 2004 a 2009. A tendência tende a acentuar-se ao longo do tempo, o que vem confirmar que os trabalhadores mais velhos não têm tido lugar no mercado formal de emprego.

O quadro nº 4 ilustra o índice de dependência de idosos¹², em Portugal, no Norte, na área metropolitana do Porto e concelhos da AMP, este índice define-se pelo número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos. Em 2014, para cada 100 pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) existiam em Portugal 30,7 idosos (65 anos ou mais).

O índice de dependência de idosos tem crescido de forma gradual mas visível, (quadro nº 4). O concelho de Gondomar acompanha a tendência verificada ao nível nacional. Em 2014, para cada 100 pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) existiam 24 idosos (65 anos ou mais) no concelho.

¹² O índice de dependência de idosos é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que pessoas em idade ativa. Define-se pela Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos). (Fonte INE).

Quadro 4 – Índice de dependência de idosos em Portugal, Norte, Área Metropolitana do Porto, concelhos da AMP (Proporção %)

	Anos	2001	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Territórios								
Portugal		24,4	27,2	27,9	28,5	29,1	29,9	30,7
Continente		24,6	27,6	28,3	29,0	29,6	30,4	31,2
Norte		20,5	23,4	24,0	24,7	25,3	26,0	26,8
Área Metropolitana Porto		18,3	21,7	22,5	23,4	24,2	25,2	26,3
Arouca		24,7	26,0	26,3	26,6	26,8	27,2	27,7
Espinho		21,1	27,1	28,2	29,6	31,1	32,7	34,5
Gondomar		15,4	19,3	20,1	20,9	21,8	22,9	24,0
Maia		14,6	17,5	18,2	19,0	19,9	20,8	21,9
Matosinhos		17,3	21,0	21,9	23,0	24,0	25,1	26,4
Oliveira de Azeméis		19,1	23,1	24,0	25,0	25,7	26,4	27,3
Paredes		12,6	15,0	15,5	16,1	16,5	17,1	17,8
Porto		29,0	34,4	35,6	37,0	38,6	40,6	42,5
Póvoa de Varzim		16,3	19,0	19,7	20,5	21,2	22,1	23,1
Santa Maria da Feira		15,8	19,5	20,2	20,9	21,5	22,3	23,1
Santo Tirso		18,9	22,6	23,3	24,2	25,1	26,2	27,4
São João da Madeira		17,8	20,8	21,5	22,3	23,0	23,9	24,8
Trofa		14,3	16,7	17,4	18,2	19,0	20,0	21,1
Vale de Cambra		24,2	28,6	29,7	30,9	31,8	32,9	34,1
Valongo		13,7	17,2	18,0	18,8	19,6	20,5	21,6
Vila do Conde		16,8	19,6	20,3	21,0	21,8	22,6	23,6
Vila Nova de Gaia		16,9	20,2	21,0	21,8	22,5	23,4	24,4

Fonte: Pordata

Acompanhando a tendência dos demais municípios da AMP, também o índice de longevidade no concelho de Gondomar aumentou desde o ano de 2001, apresentando um ligeiro decréscimo em 2014 face ao ano de 2013, no entanto apresenta valores inferiores à média nacional, do norte e da AMP (quadro n.º 5).

Quadro 5 – Índice de Longevidade nacional, da Região Norte e dos concelhos que integram Área Metropolitana do Porto (Proporção %)

	Anos	2001	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Territórios								
Portugal		41,9	46,9	47,6	48,3	48,7	48,9	49,0
Continente		42,0	47,0	47,6	48,3	48,8	49,0	49,1
Norte		40,8	46,1	46,7	47,3	47,8	48,0	48,0
AMP		39,7	44,1	44,5	44,8	45,2	45,2	45,1
Arouca		49,6	52,3	52,1	52,3	52,6	52,2	51,7
Espinho		40,4	44,6	45,0	45,7	46,1	46,0	45,9
Gondomar		37,5	41,1	41,5	42,0	42,5	42,7	42,5
Maia		37,3	41,7	42,0	42,1	42,2	42,4	42,4
Matosinhos		38,5	42,3	42,7	43,2	43,4	43,2	42,9
Oliveira de Azeméis		40,1	43,7	44,4	44,9	45,4	45,9	45,9
Paredes		36,3	40,8	41,0	41,4	41,8	41,7	41,5
Porto		43,4	50,1	50,3	50,5	50,6	50,6	50,5
Póvoa de Varzim		39,9	43,3	43,9	44,2	44,2	43,8	43,4
Santa Maria da Feira		38,0	42,3	42,9	43,6	44,4	44,8	45,0
Santo Tirso		39,1	42,9	43,8	44,8	45,5	45,5	45,5
São João da Madeira		39,4	45,1	45,4	45,7	46,0	46,1	46,0
Trofa		39,2	40,3	40,8	41,1	41,6	42,1	42,2
Vale de Cambra		44,4	47,5	48,5	48,7	48,6	48,8	48,9
Valongo		36,0	39,0	39,4	39,9	40,7	41,6	41,8
Vila do Conde		39,7	42,9	43,5	43,9	44,1	44,2	44,1
Vila Nova de Gaia		37,5	42,9	43,3	43,8	44,3	44,3	44,0

Fonte: Pordata

De acordo com os dados dos Censos de 2011, patentes no quadro n.º 6, podemos constatar que a freguesia de Jovim, onde realizamos o diagnóstico gerontológico, acompanhou a tendência nacional.

Quadro 6 - População residente em Jovim -Variação entre 2001 e 2011

(Ano)	Total HM	Grupo etário 0-14	Grupo etário 15-24	Grupo etário 25-64	Grupo etário 65 ou mais
(2001)	7112	1240	1140	3995	737
(2011)	7146	1094	828	4247	977
Variação 2001-2011 (%)	0,48	-11,77	-27,37	6,31	32,56

Fonte: INE

Destacamos que foi no grupo etário dos 65 ou mais anos que se verificou um maior aumento da população. Esta faixa etária corresponde à população-alvo do diagnóstico gerontológico. De acordo com o mesmo quadro, verifica-se que o número de jovens, na década referida, diminui substancialmente.

Face ao crescimento inquestionável da população idosa no concelho de Gondomar será pertinente refletir acerca das respostas sociais existentes para esta população: quer ao nível do Município, assim como da União de freguesias e, muito particularmente, as existentes na freguesia de Jovim.

O quadro nº 7 enumera as respostas sociais de apoio a pessoas idosas existente no Município de Gondomar: estruturas residenciais para idosos, centros de dia, centro de convívio e serviços de apoio domiciliário.

Quadro 7 – Respostas Sociais existentes no Município de Gondomar de apoio a pessoas idosas

	Equipamentos	Capacidade Total	Total de utentes a frequentar
Centro de Convívio	9	415	301
Centro de Dia	11	408	317
Centro Noite	-----	-----	-----
Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência)	14	396	309
Serviço Apoio Domiciliário (idoso)	24	852	568

Fonte: Carta Social (dados atualizados em janeiro/2015) - <http://www.cartasocial.pt/>

Da informação recolhida do quadro nº 7 e relativamente às respostas sociais existentes a nível concelhio é nos possível apreciar a oferta ao nível da capacidade total de utentes e conhecer o número efetivo de utentes utilizadores, nas valências de: Centro de Convívio, Centro de dia, Centro de Noite, Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) e Serviço de Apoio Domiciliário. Verificamos que em todos os equipamentos e valências existem vagas, a sua frequência encontra-se abaixo da capacidade total dos mesmos. O quadro seguinte (n.º 8) enumera mais detalhadamente as respostas sociais existentes no âmbito da UF de São Cosme (Gondomar), Valbom e Jovim.

Quadro 8 - Respostas sociais existentes na União das freguesias de Gondomar (São Cosme), Valbom e Jovim (Carta Social)

Valências	Equipamento	Instituição	Capacidade
Centro de Convívio	Centro comunitário de S. Cosme da Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz	Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz de Gondomar	Equipamentos: 1 Capacidade Total: 40 Total de utentes:24
Centro de Dia	Equip. Soc. Centro Social e Cultural de Valbom	Centro Social e Cultural de Valbom	Equipamentos: 3 Capacidade Total: 130 Total de utentes a frequentar: 99
	Lar de Atões em Jovim	Centro de cultura e desporto dos trabalhadores dos serviços sub-regional de Seg. social do Porto	
	Centro comunitário de S. Cosme da Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz de Gondomar	Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz de Gondomar	
Centro Noite	-----	-----	-----
Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência)	Lar D. Miguel, Jovim	Bem Crescer – unipessoal, Lda	Equipamentos: 5 Capacidade Total: 126 Total de utentes a frequentar: 83
	Equip. Soc. Centro Social e Cultural de Valbom	Centro Social e Cultural de Valbom	
	Lar de Atões em Jovim	Centro de cultura e desporto dos trabalhadores dos serviços sub-regional de Seg. social do Porto	
	Desabrochar de Novo, Lda.	Desabrochar de Novo- Centro Residencial para a 3ª idade, Lda.	
	Trevo Doce Lar – Apoio à Família, Lda.	Trevo Doce Lar, Apoio à Família Lda.	
Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)	Equipamento social – Centro social e cultural de Valbom	Centro social e cultural de Valbom	Equipamentos: 7 Capacidade Total: 272 Total de utentes a frequentar: 149
	Presticare – Serviço de Apoio domiciliário – Freguesia de Valbom	Cláudia Patrícia Pinto Faria	
	Centro comunitário de S. Cosme da Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz – Gondomar	Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz – Gondomar	
	Laços com futuro, serv de apoio domiciliário, unip, Lda. - S. Cosme	Laços com futuro, serviço de apoio domiciliário, unipessoal, Lda	
	Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz – Gondomar	Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz – Gondomar	
	Lar de Atões	Centro de cultural e desporto dos trabalhadores dos serviços sub-regional de Segurança social do Porto	
	Anjos da vida cuidados geriátricos	Anjos da vida cuidados geriátricos, Unip, Lda.	

Fonte: Carta Social (dados atualizados em janeiro/2015) - <http://www.cartasocial.pt/>

O quadro seguinte (cf. quadro n.º 9) apresenta-nos a população residente na União de Freguesia de São Cosme (Gondomar), Valbom e Jovim, por grupos etários e género (valores de 2011).

Quadro 9 – População residente na União de Freguesia de São Cosme (Gondomar), Valbom e Jovim, por grupos etários e género, 2011

União das Freguesias de Gondomar (S. Cosme), Valbom e Jovim	HM	H	M	HM	H	M
Total	48600	23494	25106	100,0	100,0	100,0
0 - 14 anos de idade	7434	3867	3567	15,3	16,5	14,2
15 - 24 anos de idade	5340	2705	2635	11,0	11,5	10,5
25 - 64 anos de idade	28475	13708	14767	58,6	58,3	58,8
> 65 anos de idade	7351	3214	4137	15,1	13,7	16,5

Fonte: Diagnóstico Social de Gondomar / INE

Após análise do quadro anterior, constata-se a existência de 7351 pessoas residentes com mais de 65 anos de idade na UF de São Cosme (Gondomar), Valbom e Jovim. O número elevado de idosos existentes na UF contrasta com o total de vagas disponíveis nos diferentes equipamentos sociais apresentados no quadro n.º 8 que abrangem uma percentagem baixa de idosos (568 vagas¹³), sendo que o número de utilizadores é 355 utentes¹⁴, existindo 213 vagas por preencher. Face à esta realidade várias questões podem ser levantadas, tais como: os idosos não frequentam os equipamentos por dificuldades económicas? as respostas oferecidas pelos equipamentos correspondem às expectativas/necessidades dos idosos da UF? quais as representações sociais dos idosos face às instituições sociais existentes na UF? estarão os idosos que não frequentam os equipamentos do quadro nº 8 abrangidos por outras respostas sociais? quais?

Seria desafiante e elucidativo aprofundar algumas destas questões em estudos posteriores. Paralelamente as respostas sociais referenciadas nos quadros n.º 7 e 8, existem projetos ¹⁵ a decorrer e outras respostas sociais, que abrangem igualmente

¹³ Este valor corresponde ao total da soma de vagas existentes nas diferentes valências.

¹⁴ Este valor corresponde ao total da soma de utentes utilizadores das diferentes valências

¹⁵ Retirado da ligação web <http://www.uf-qvj.pt/projetos/>

peessoas idosas, tais como: Gabinete de ação social¹⁶, Universidade Sénior de Gondomar¹⁷, projeto aproximar¹⁸, projeto rede amiga¹⁹, projeto causa maior²⁰, loja social²¹, banco alimentar contra a fome²², refeitório social²³, cozinha comunitária²⁴.

Pela sua importância mundial, destaca-se o projeto “cidades e comunidades amigas das pessoas idosas”. Foi deste projeto e de uma subsequente candidatura ao mesmo, que surgiu a necessidade da realização do diagnóstico gerontológico na União das Freguesias de Gondomar (S. Cosme), Valbom e Jovim e que motivou o pedido de colaboração ao ISSSP para a concretização do mesmo. Partindo do pressuposto de que o envelhecimento ativo depende de uma série de influências ou determinantes que rodeiam os indivíduos, as famílias e as nações, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2007, o projeto Mundial “Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas”. Segundo a OMS, uma *cidade amiga dos idosos*: “(...) estimula o envelhecimento ativo através da criação de condições de saúde, participação e segurança, de modo a reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem; adapta as suas estruturas e serviços de modo a que estes incluam e sejam

¹⁶ O gabinete de ação social concebe, organiza e presta cuidados do âmbito social, cultural e relacional, nas diferentes fases do ciclo de vida, dirigidos a cidadãos, famílias, grupos e comunidades. Presta também apoio psicossocial e identifica necessidades e problemas de âmbito social e económico.

¹⁷ A Universidade Sénior de Gondomar (USG) é promovida pela União das Freguesias de Gondomar (S. Cosme), Valbom e Jovim, e surgiu no âmbito da Comissão Social da União das Freguesias, desde logo abraçado pela Rede Social do Município. Este é um projeto de ensino informal que visa dar uma resposta social e cultural a todos os indivíduos com mais de 50 anos, que se sintam motivados para a aprendizagem constante de diversas matérias teóricas e práticas e que procurem o bem-estar, a satisfação de viver, as trocas de experiências, de motivações e afetos.

¹⁸ Programa Integrado de Policiamento de Proximidade que tem por objetivos, entre outros, de focalizar a atenção da PSP nos grupos de risco, melhorar os mecanismos de apoio e atendimento às vítimas e de desenvolver parcerias, potenciar sinergias e cooperação com a comunidade e orientar o serviço policial para os seus clientes (cidadãos).

¹⁹ Este projeto irá ser desenvolvido em parceria com a PSP de Gondomar, Autoridade de Saúde, Centro de Saúde de Gondomar e Universidade Fernando Pessoa e irá consistir no levantamento/registo e sinalização de pessoas idosas, isoladas e carenciadas da Freguesia e sem retaguarda familiar.

²⁰ A Junta de Freguesia de Gondomar (S. Cosme) em parceria com a Cruz Vermelha Portuguesa tem em marcha um projeto denominado “Causa Maior”, que visa apoiar com ajudas técnicas, os seniores dependentes carenciados da freguesia de Gondomar (S. Cosme), com o objetivo de melhorar as condições de vida deste grupo da população. A cedência dos materiais tem a duração de 1 ano, sendo depois renovada automaticamente por iguais períodos.

²¹ A Loja Social é uma valência desenvolvida pela União das Freguesias que visa potenciar uma resposta adequada aos atuais problemas sociais, promovendo o envolvimento da comunidade, empresas e cidadãos, na rentabilização de recursos e na reutilização de bens, potenciando práticas de sustentabilidade e de responsabilidade coletiva. Este projeto tem como principais objetivos: Promover e contribuir para a melhoria das condições de vida das famílias, através da atribuição e/ou de um acesso mais facilitado a bens; Potenciar o envolvimento da sociedade civil, empresas, instituições e de toda a comunidade em geral na recolha de bens; Incentivar a reutilização dos bens, a rentabilização de recursos e a promoção de práticas de sustentabilidade e de responsabilidade coletiva. A Loja Social atribui prioridades no acesso aos bens, às pessoas social e economicamente desfavorecidas ou desprovidas de estruturas familiares.

²² Este é mais um dos projetos em que a Junta de Freguesia de Gondomar (S. Cosme), através do seu gabinete de Ação Social promove no sentido de ir ao encontro dos mais carenciados e necessitados, garantindo de uma forma sempre presente uma necessidade básica essencial que é a alimentação. Atualmente o Banco Alimentar dá apoio a cerca de 100 famílias carenciadas e pontualmente, devido à situação sócio económica do país, apoia outras famílias carenciadas da Freguesia.

²³ Em parceria com a Sociedade Portuguesa de Drogas, a Junta de Freguesia dá a possibilidade a cerca de 26 pessoas, com comprovada carência económica, de terem uma alimentação e refeição diária que lhes permita reunir as mais elementares condições de subsistência.

²⁴ Este projeto funciona em parceria com a Associação para o Desenvolvimento Social de Gondomar, que se desenvolve numa linha de rede comunitária e concretiza-se no apoio alimentar em regime de *Take Away* a famílias carenciadas, tendo como objetivo o exercício do voluntariado local.

acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades (...)" (OMS, 2007:5) ²⁵.

Partindo de 8 áreas estratégicas: espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; apoio comunitário e serviços de saúde. As áreas supracitadas foram entendidas como fundamentais ao bem-estar dos idosos. Nelas foram identificadas, por grupos de discussão, lacunas/fragilidades, potencialidades e sugestões de melhoria que resultaram numa lista de verificação que assenta num resumo fiel das opiniões expressas por participantes de todos os continentes do mundo. Esta lista de verificação pretende ajudar as cidades a olharem para si mesmas, do ponto de vista das pessoas mais velhas, a fim de identificarem onde e como poderão tornar-se mais adequadas às suas necessidades e realidades. Na continuidade deste trabalho foi criada a *Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas* cujo objetivo é criar ambientes que permitam que os idosos permaneçam ativos e saudáveis participando na sociedade. De forma a cumprir os objetivos enunciados, foi criada em Portugal a Plataforma Portuguesa das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, que pretende desenvolver atividades conjuntas.

A Freguesia de Gondomar (S. Cosme) aderiu a esta rede em Novembro de 2012. No seguimento desta adesão foi levado a cabo um estudo que pretende caracterizar a forma como os seniores da UF de Gondomar (S. Cosme), Valbom e Jovim se posicionam relativamente às áreas acima mencionadas.

Ao nível da UF de Gondomar (S. Cosme), Valbom e Jovim encontramos os seguintes serviços, descentralizados por vários locais do território da União das Freguesias: atendimento à população; serviço médico e enfermagem, cujo programa de saúde tem como objetivo a prevenção da saúde de todos os moradores e a prestação de cuidados de enfermagem. O Gabinete de Enfermagem conta com a colaboração de uma enfermeira credenciada e pretende ser um apoio, ao nível dos cuidados de saúde primários, para os habitantes. Em Jovim existe um espaço internet ao serviço da população e existem aulas semanais de ginástica, com a duração de 1 hora, promovidas pela UF, dirigidas a pessoas com idade superior a 60 anos.

Os serviços supramencionados são importantes serviços de proximidade que efetivamente estão ao serviço da população.

²⁵ Utilizando uma abordagem participativa foram organizados "grupos de discussão" que envolveram grupos governamentais, grupos não-governamentais, grupos académicos, prestadores de serviços do setor público, voluntário e comercial e idosos de 32 países do mundo, retirado da web http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/ProjIdosos_GuiaCidades2009.pdf

Uma vez que o nosso diagnóstico gerontológico incidirá apenas na freguesia de Jovim, achamos pertinente realizar uma breve caracterização da mesma. Trata-se de uma localidade do concelho de Gondomar, com uma área total de 7,16 km², é limitada a Sul pelo rio Douro, a Norte e a Oeste por São Cosme e a Este pela Foz do Sousa. Dista 3 km da sede do concelho e 10km da cidade do Porto.

Segundo os censos de 2011, a sua população residente era de 7 146 habitantes, distribuída pelos lugares de Aldeia Nova, Atães, Azenha, Bulha, Cabanas, Cambitos, Escoura, Estrada, Marecos, Netos, Outeiro, Pinheiro, Presa do Monte, S. Martinho, Touta, Trás da Serra e Vessada.

As atividades económicas a que a população mais se dedica, em Jovim, assim como em todo o concelho, centram-se na ourivesaria e a marcenaria, para além da agricultura. Pouco desenvolvidas, mas também presentes, estão o pequeno comércio e a indústria.

No que concerne a equipamentos sociais temos o exemplo do Centro Social de Jovim, administrado pela Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz de Gondomar ²⁶ e que tem como população utilizadora, as crianças e os idosos. Tem capacidade para receber 20 utentes e prestar apoio domiciliário a outros 50 idosos. As valências para a população idosa encontram-se inativas. Tem ainda, um ATL com capacidade para 40 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e 14 anos. Dispõe ainda de um anfiteatro com capacidade para cerca de 350 pessoas.

Relativamente aos equipamentos culturais e desportivos, a freguesia está representada pelo Rancho Folclórico de Santa Cruz de Jovim, com as suas danças e cantares e pela ACGITAR (Associação Cultural Geral Independente de Trabalhadores Amadores e Recreativa), que se dedica ao teatro, dança e exposições. Antes do aparecimento destas duas coletividades, era através das festas populares que se retratava o espírito, a tradição e os costumes das gentes de Jovim. No que respeita ao Desporto, a freguesia tem como principais representantes as seguintes coletividades: Clube Recreativo Ataense, dedicado ao futebol. Associação Desportiva Leões Cabanenses F.C., dedicados ao ciclismo e futsal; Clube Recreativo e Desportivo Santa Cruz que se dedica à prática das modalidades radicais, nomeadamente o BTT ; Sociedade Columbófila de

²⁶ Retirado das ligação web quer da antiga freguesia de Jovim, entretanto desaparecida com a reorganização administrativa de Janeiro de 2013 <http://juntafreguesiajovim.no.sapo.pt/freguesia.htm> e da ligação da entidade administrativa com jurisdição local, a União de Freguesia de Gondomar (S. Cosme), Valbom e Jovim <http://www.uf-gvi.pt/historia/>

Jovim que se dedica à columbofilia; Clube Náutico de Marecos onde se pratica canoagem; Grupo Desportivo Presa do Monte onde se pode praticar ginástica e futsal.²⁷ Estas informações são pertinentes para as autarquias locais elaborarem os diagnósticos e planos de intervenção, uma vez que as novas ações que integram as estratégias de ação a desenvolver com a população idosa devem integrar e mobilizar os recursos endógenos existentes no território.

3 - Diagnóstico Gerontológico – a fundamentação teórica para a sua realização

Face ao significativo envelhecimento populacional que atrás salientamos e que é inegavelmente uma tendência demográfica da atualidade surge a necessidade de implementação de novas respostas/projetos de intervenção adequados às necessidades e problemas da população considerada idosa.

Com vista à planificação de forma mais adequada de uma intervenção junto da população idosa, vários são os concelhos e as juntas de freguesia que têm a preocupação de edificação de Planos Gerontológicos.

No intuito de concretizar esta finalidade será pertinente construirmos o diagnóstico gerontológico na linha de diversos autores que consideram a integração e a exclusão social como pólos opostos do processo através do qual os indivíduos tomam parte na vida social. Importa, pois, dar relevo a três dimensões fundamentais de vulnerabilidade social²⁸, nos quais os temas do diagnóstico são perspetivados.

1. Dimensão económica, que remete para a participação no mundo do trabalho, os rendimentos e a possibilidade de aceder a padrões de consumo que desempenham uma importante função simbólica e de afirmação da pertença social, designadamente, o acesso aos recursos monetários indispensáveis para não ficar confinado à mera manutenção de sobrevivência biológica
2. Dimensão social ou relacional que compreende não somente a participação em grupos primários mas, também, os laços institucionais ou solidariedades verticais (designadamente para aceder a cuidados de saúde e usufruir da proteção outrora assegurada pela família) salienta-se o conhecimento das

²⁷ A caracterização legal e socioeconómica resultou da recolha e adaptação da informação colhida nas ligação web quer da antiga freguesia de Jovim, entretanto desaparecida com a reorganização administrativa de Janeiro de 2013 <http://juntafreguesiajovim.no.sapo.pt/freguesia.htm> e da ligação da entidade administrativa com jurisdição local, a União de Freguesia de Gondomar (S. Cosme), Valbom e Jovim <http://www.uf-qvj.pt/historia/>

²⁸ Referimo-nos, em particular a V. de Gaulejac e I. Taboada-Léonetti in: *La lutte des places*, ÉPI, Paris, 1994.

oportunidades de se manter integrada (população idosa) em redes de interação social abertas à participação dos membros das diferentes gerações.

3. Dimensão simbólica que remete, por um lado, para os sistemas de normas e valores comuns e, por outro, para representações coletivas que contribuem para uma distribuição muito desigual da consideração social atribuída aos indivíduos com alguns sinais de fragilidade. É necessário criar oportunidades concretas de “inventar”, após a entrada na reforma, uma vida que proporcione auto-realização e que continue a fazer sentido socialmente.

A dimensão económica da vulnerabilidade, suscetível de afetar as populações envelhecidas, não se restringe ao fenómeno de redução dos rendimentos provenientes do sistema de pensões que, como é sabido, não atinge apenas um importante contingente dos ativos envelhecidos que exerceram a sua atividade profissional no sector privado, mas também aqueles que o fizeram no quadro da função pública. Prende-se, ainda, com as próprias oportunidades de os indivíduos definirem o momento em que entendem conveniente interromper a sua atividade profissional

Estes indivíduos correm o risco de só poderem contar com redes mínimas de proteção social quando não se conseguem manter no mercado de trabalho até atingir a idade legal da reforma. Face ao supracitado podemos constatar que a análise das condições materiais de existência é de uma importância incontornável no diagnóstico gerontológico uma vez que a população idosa constitui o grupo etário mais vulnerável à pobreza (Almeida, 2013).

Com efeito, em Portugal, como em praticamente todas as sociedades europeias, cresceu, ao longo das últimas décadas, a proporção de assalariados que fica impedida de continuar a participar na produção da riqueza coletiva muito antes de atingir a idade da reforma. A título de exemplo, segundo dados recolhidos pelo Eurostat.²⁹, a taxa de emprego masculino no grupo etário dos 55-64 anos era, em Portugal, em 1971, de 82,1%. Decresceu para 65% em 1992, 62,1% em 2003 e atingiu 55,7% em 2010 ³⁰. A taxa de emprego dos trabalhadores com idades compreendidas entre os 55 e 64 anos (homens e mulheres) era de 46,9% (2013) e de 47,8 % (2014).

²⁹ Retirado da ligação web <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6823708/3-07052015-AP-EN.pdf/7e507ea0-43c7-452f-8e6a-b479c89d2bd6>

³⁰ Retirado da ligação web http://www.aps.pt/vii_congresso/papers/finais/PAP0524_ed.pdf. No grupo etário dos indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e 64 anos, a diminuição da taxa de emprego masculino foi mais precoce e acentuada nalguns países da UE a 15, tal como a Bélgica ou a França (respetivamente, 33,6% e 35,7% em 1992; 37,8% e 40,9% em 2003 e 45,6% e 42,1%). A taxa portuguesa era superior aos valores médios dos 15 países da União Europeia em 1992 (49,4%) e em 2003 (51,6%), passando a ser ligeiramente inferior em 2010 (55,7% contra 56,2%). Segundo os mesmos dados do Eurostat, o Japão, a Suécia e os Estados-Unidos são exemplos de países em que a referida taxa permaneceu significativamente superior (em 2010, respetivamente, 78,8%, 74,2% e 64,4%)

Por referência à tipologia de trajetórias no mercado de trabalho na segunda parte da carreira profissional proposta por Guillemard (2004), há motivos para considerar que Portugal se encontra entre os países que combinam prestações limitadas em matéria de cobertura dos riscos de não trabalho e uma certa escassez de instrumentos de integração no mercado de trabalho.

A proteção económica dos reformados, por via da implementação de um sistema de pensões de reforma tendencialmente universal, pelo menos inicialmente, pretendia garantir a continuação, na reforma, do salário obtido no fim da carreira profissional. Todavia, no plano do valor das pensões, continuam-se a verificar fortes disparidades que traduzem não somente as desigualdades decorrentes dos lugares ocupados na divisão do trabalho durante a vida ativa, mas também as que provêm da diversidade dos regimes e das oportunidades díspares em matéria de duração das carreiras contributivas.

Como já fizemos referência no capítulo n.º 2, e segundo dados governamentais, a maioria dos pensionistas da CGA e da Segurança Social (aproximadamente 80%) recebem uma pensão média mensal de 364 €, valor inferior ao salário mínimo nacional (485 euros em 2014), ou seja, valor abaixo do limiar de pobreza.

No âmbito da abordagem da dimensão económica e com o intuito de se poder analisar as respostas sociais existentes, assim como conceber e planear intervenções potenciadoras da ampliação do nível de estabilidade económica dos membros das gerações mais velhas, segundo Almeida & Gross (2011:6) é importante responder as seguintes questões:

- *“...Qual a expressão, no seio da população envelhecida, dos indivíduos e famílias afetadas pela interrupção precoce e forçada do trajeto profissional? De que condições materiais de existência usufruem na atualidade?”*
- *“Qual a percentagem da população envelhecida em risco ou em situação de pobreza monetária? Quais são os grupos etários que concentram maiores proporções de indivíduos economicamente vulneráveis? Qual a intensidade da desigualdade de condição económica em função do género?”*
- *“Qual a distribuição, na população envelhecida, dos diversos tipos de bens que é necessário acumular ao longo da vida (rendimentos, nível de instrução, competências profissionais e sociais, autonomia no exercício da atividade profissional...) para ampliar as oportunidades de vivenciar a reforma noutra registo do que o da morte social?”*

Como é perceptível, o sistema de proteção social é precário deixando os mais velhos numa situação de vulnerabilidade económica e potenciador de situações de exclusão social, uma vez que decresce a possibilidade de aceder a padrões de consumo com uma importante função simbólica e de afirmação de pertença social. É preciso ter tido a possibilidade de acumular ao longo de todo o percurso, certos bens materiais e imateriais, entre os quais se destaca uma formação intelectualmente estimulante, uma vida profissional favorável à renovação das atividades a desenvolver.

Uma outra dimensão do diagnóstico gerontológico é a dimensão relacional/social, que nos remete para as profundas alterações que afetam as estruturas e práticas familiares e que têm impacto direto sobre a dimensão relacional da vulnerabilidade social.

Tais alterações estão bem patentes no crescimento do número de indivíduos que vivem sós. Segundo os dados censitários, entre 1991 e 2001, o número de pessoas idosas a viver sós registou uma taxa de variação de cerca de 35%, muito particularmente nos grandes centros urbanos (no Grande Porto, 8,6% das pessoas com 65 ou mais anos viviam sós em 2001). Os resultados do Censo de 2011 apontam para cerca de 60% da população idosa a viver só ou em companhia exclusiva de pessoas idosas³¹. Outros indicadores do enfraquecimento dos laços familiares prendem-se com a diminuição do número de filhos por família³² e com a autonomia em matéria de alojamento dos membros dos agregados familiares e a crescente dispersão geográfica dos núcleos familiares.

Esta dispersão geográfica dos núcleos familiares está fortemente relacionada com a migração e mesmo a emigração tão patente nos dias de hoje em que o afastamento geográfico dos filhos impulsionado por obrigações laborais pode potenciar uma situação de risco para os mais velhos que podem ficar desprotegidos e numa situação de exclusão social.

Além destas evoluções na constituição das famílias, importa realçar as apreciáveis mudanças nas relações de poder entre as gerações provocadas pela generalização do trabalho assalariado e, igualmente, pela crescente importância dos recursos escolares para a transição à idade adulta,³³ que fez com que as gerações mais jovens tivessem mais poder nas relações com os indivíduos das gerações mais velhas. O facto de grande

31 Em 2011, 19,8% da população idosa (400.964 idosos num total de 2023000) vivem sós; 39,8% da população idosa vivem exclusivamente com outros idosos (804577 num total de 2023000). O número de alojamentos familiares habitados por uma só pessoa idosa é de 400.964, o que corresponde a 10% do total dos alojamentos do país e traduz um aumento de cerca de 29%, ao longo da última década.

32 Entre 2001 e 2011, a dimensão média das famílias passou de 2,8 a 2,6 membros em média. O que traduz um aumento do peso das famílias com 1 e 2 pessoas e uma perda de expressão das famílias de maior dimensão. Com efeito, as famílias com 5 ou mais pessoas representavam 15,4% do total das famílias em 1991, evoluindo para 9,5% deste total em 2001 e somente 6,5% em 2011.

33 Ver a este respeito, a importante reflexão de R. Lenoir, "Objet sociologique et problème social" in: *Initiation à la pratique sociologique*, Dunod, Paris, 1999.

parte das tarefas e cuidados tradicionalmente assumidos pela família, estar a ser cada vez mais remetida para instituições com profissionais especializados³⁴ abala a unidade da estrutura familiar, secundariza os mecanismos de resolução de problemas na base de trocas e negociações diretas, de pessoa a pessoa, no quadro da família como da coletividade de vizinhança. Embora tais modificações atinjam de forma variável os membros das diversas classes e frações de classe social, as redes de sociabilidade primária deixam, tendencialmente, de desempenhar o papel central que possuíam outrora em matéria de proteção (através das trocas de serviços, de informações ou da comunicação geradora de saberes...) e, também, de reconhecimento dos indivíduos (por via do fornecimento de modelos de identificação essenciais para a construção da identidade e dos sentimentos de pertença ao grupo familiar).

Neste sentido, Lenoir (1990:80-106) apela a uma reflexão relativamente à importância dos laços e à sua função protetora. O mesmo autor refere a progressiva fragilização dos mesmos ao longo do tempo, comparando as sociedades atuais, caracterizadas por economias orientadas para o lucro, isto é, para a acumulação do capital entre as mãos de um grupo minoritário, com outras mais antigas onde a economia é predominantemente voltada para a sobrevivência de pequenas coletividades enraizadas num dado território. Na sua análise destaca a generalização do trabalho assalariado, que quase acabou com a família como uma unidade de produção, como fator central na mudança da condição social dos mais velhos. Lenoir designa por desfamíliação o processo de desmoronamento das bases sociais da família tradicional (Correia, 2003:36).

Nas sociedades onde predominava a economia de subsistência, a condição dos idosos destaca-se por alguns traços, tais como: o facto de continuar a participar na atividade produtiva do grupo doméstico, mesmo quando as suas forças diminuem, sem por isso ser desvalorizado simbolicamente. Outra diferença fundamental relativamente aos dias de hoje prende-se com a permanência de diferentes elementos no seio do grupo familiar e da coletividade de residência, desde logo porque esta é estável, enraizada no território e, por isso mesmo, protege o idoso do isolamento e da solidão. Finalmente, outra característica dessas sociedades era a de quando o idoso perde a sua independência na realização das suas atividades quotidianas, os cuidados são prestados pelos familiares. Mais tarde, sob os efeitos de revolução industrial e da generalização do trabalho assalariado, os cuidados passarão a ser prestados por instituições para idosos, predominando os cuidados profissionalizados.

34 Entre as instituições mais correntes, referem-se as escolas para a guarda e educação dos filhos, os concursos e centros de emprego para o acesso ao mundo do trabalho, as instituições financeiras para aceder à propriedade do alojamento, o sistema de pensões e estabelecimentos especializados para cuidar dos mais velhos.

Em suma, com a passagem de um modo de sucessão na ocupação das posições sociais no qual as relações entre as gerações eram diretamente controladas pelos pais, para outro modo em que o acesso às posições é cada vez mais feito através dos diplomas (desenvolvimento das instituições educativas e expansão da escolarização) e dos concursos (acesso ao trabalho assalariado), acabam por se transformar as relações entre filhos e pais e por se modificar a definição do conteúdo e da intensidade das suas trocas, em suma das suas obrigações recíprocas e, finalmente, na alteração do sistema de valores e atitudes. Assim muitos dos cuidados que eram tradicionalmente assumidos pela família foram progressivamente remetidos para instituições, com pessoal especializado (do sistema de reforma aos equipamento e serviços sociais, que são predominantemente os lares, centros de dia e estruturas de apoio domiciliário). Uns dos contributos essenciais de Lenoir prendem-se com os fatores sociais que contribuíram para gestão/tratamento da velhice por instituições e profissionais especializados (Lenoir, 1990:80-106).³⁵ Este enfraquecimento dos laços primários está não somente na base do isolamento social e da solidão que muitos indivíduos experimentam na velhice, como de ruturas no relacionamento intergeracional que acentuam, nesta fase da vida, o sentimento de se sentir cada vez mais estranho ao mundo envolvente e de apenas poder manter a sua identidade na base de referências que todas remetem para o passado em que a família era tradicionalmente a cuidadora.

Os laços ou solidariedades verticais ligam entre si os indivíduos por via de papéis e estatutos e não através das relações de reconhecimento típicas das solidariedades primárias ou horizontais que emergiam espontaneamente de grupos da sociedade civil (grupo familiar, rede de vizinhança, associações) e exerciam uma função de proteção social que foram sendo substituídas pelas solidariedades verticais após a consolidação do estado social que remeteu esta função de proteção social, para o Estado e instituições especializadas, com apoio financeiro e que superintende. ³⁶

³⁵ Numa perspetiva desenvolvida por Rowe, J.R. e Kahn, R.L. in : *Successful aging*. New York, Pantheon Books, 1998, os Decisores e “especialistas” defendem a necessidade de criar organizações oficialmente destinadas a gerar oportunidades de manutenção do alto nível de atividade física e cognitiva e de participação em redes de relacionamento que os teóricos do “envelhecimento bem-sucedido” preconizam. Os três critérios que estes investigadores estabeleceram para definir a velhice bem-sucedida são a ausência de doença física e mental; a manutenção de um elevado nível de atividade física e mental e a implicação ativa na vida, graças à conservação de papéis sociais.

³⁶ O supracitado faz-nos questionar acerca da função protetora das redes primárias na sociedade atual, nomeadamente se as redes de interação social familiar e/ou de vizinhança conservam um potencial protetor na velhice. Para tentar avaliar o potencial de proteção dos laços familiares e de vizinhança/amizade da população envelhecida formularam-se perguntas que se agruparam em duas dimensões: a preservação de relações com membros de diferentes gerações, por via da frequência de lugares significativos - “a preservação da sociabilidade” (v.g., poder contar com os filhos/netos, outros familiares/vizinhos/amigos para acompanhar a uma consulta médica; fazer compras; dar um passeio; conversar; buscar para passar o fim-de-semana; partilhar momentos festivos; almoçar ou jantar juntos; dar um passeio em família) e a realização das tarefas fundamentais da vida quotidiana designada por “a proteção instrumental”, por exemplo

Esta reflexão remete-nos ainda para a capacidade de resposta destas redes face ao aumento da esperança de vida dos idosos e consequentemente aumento do índice de morbilidade e dependência dos mesmos. Embora nem todos os idosos envelheçam com a sua saúde comprometida, estas redes têm de estar preparadas para as situações em que tal se verifique, com respostas adequadas, capazes de proporcionar bem-estar e qualidade de vida.

A existência de pessoas mais velhas durante mais tempo, e consequentemente com muito tempo livre, faz-nos questionar acerca do modo como as pessoas gostariam de rentabilizar o seu tempo ou quais as atividades que lhes dariam prazer e que, ao mesmo tempo, lhes permitam permanecer integradas na vida social. Embora os resultados de estudos refiram o enfraquecimento das relações intergeracionais, seria interessante validar ou não a hipótese da rutura intergeracional na freguesia de Jovim e perceber de que forma as gerações mais novas participam ou não na vida dos mais velhos.

Estas inquietudes serão respondidas pela realização do diagnóstico Gerontológico. No âmbito da abordagem da dimensão relacional do diagnóstico gerontológico, pretendo seguir a linha de orientação de Almeida & Gross (2013:8) que elaboraram as seguintes questões:

- *“...Será que as redes de interação social, familiar e/ou de vizinhança, conservam um potencial protetor na velhice?*
- *Serão estas redes capazes de se adaptar, num futuro próximo, às novas exigências de proteção dos idosos que decorrem do prolongamento da esperança de vida e dos riscos que este comporta em matéria de deterioração das condições de saúde e de independência dos idosos?*
- *Qual é a relação entre envolvimento/desimplicação das gerações mais novas nos cuidados aos membros das gerações mais velhas e posição social dos idosos?*
- *Qual a disponibilidade dos membros da população envelhecida para se implicar na prestação de serviços à coletividade que lhes permitam permanecer integrados na vida social e demonstrar a sua utilidade social? “*

Uma das áreas abrangidas pelo diagnóstico Gerontológico são os modos de vida na reforma que visa avaliar os modos como a população vive a reforma e se corre o risco de a viver sob a forma de retraimento social que, segundo (Guillemard,1972:33-44), significa que o indivíduo não participa mais na produção coletiva, o seu consumo é puro

(v.g.,efetuar as compras necessárias para o dia-a-dia; tratar da higiene pessoal; preparar as refeições; limpar e arrumar a casa; ficar com o inquirido durante a noite se ele se sentir adoentado).

consumo de sobrevivência, excluindo a satisfação de necessidades sociais (v.g., oportunidades de manter relações com os outros ou a reprodução alargada da força de trabalho). O seu comportamento quotidiano “*deixa de ser social, é natural, e este comportamento unívoco define-o totalmente*” (Guillemard,1972:33-44). Esta forma de vivenciar a reforma sob a forma de retraimento exclui socialmente as pessoas, pois elas não têm acesso a bens e padrões de consumo através dos quais possam satisfazer as suas necessidades culturais e relacionais, podendo antes originar-se situações de isolamento e de solidão.

No inquérito procurou-se averiguar a diversidade de trajetórias sociais (condições sociais, estados civis, situações familiares) e seus efeitos nos modos como os indivíduos enfrentam a necessidade de, após a reforma, reorganizar toda a sua vida quotidiana, «inventar» papéis sociais que assegurem um lugar reconhecido na vida social (em vez da «morte social») e a possibilidade de continuar a encontrar um sentido para a sua própria existência. Esta temática remete-nos para o contributo de Epinay (1991). Segundo este autor, a entrada na reforma não significa a entrada na velhice, quer por efeito do prolongamento da esperança da vida, quer pela frequência das saídas antecipadas do mundo laboral. Consequentemente, a fase «reforma/velhice» alonga-se e a entrada na reforma já não coincide com o início da velhice, no sentido de declínio das funções físicas e/ou mentais. A idade de entrada na fase do ciclo de vida que se podia chamar velhice foi-se alterando ao longo do tempo: atualmente começa aos setenta anos, sendo o ciclo da velhice mais longo, e também mais complexo, não faz sentido referirmos a uma única fase da vida, mas segundo o autor importa diferenciar três momentos a decorrer deste período de vida (Epinay, 1991:16-20):

1. A vida a inventar – ou a aprendizagem da liberdade – a partir do momento em que se passa para a reforma.
2. A vida a cuidar – ou a aprendizagem do envelhecer – como período no decorrer do qual o corpo emite sinais de cansaço e de pedido de ajuda, quando começam a aparecer sinais de fragilidade
3. A negociação da dependência, uma fase de vida marcada pela exigência do apoio de outros para compensar as perdas de autonomia funcional do indivíduo.

A vida após a reforma comporta no entender de Epinay (1991), duas exigências fundamentais

- Reordenar toda a sua vida quotidiana;
- Enfrentar acontecimentos geradores de perturbações/crises.

Para o autor, as respostas dos indivíduos a estas duas exigências dependem da identidade cultural, e encontram-se dependentes dos «mediadores secundários», tais como a classe social, o sexo, a geração e a região de residência (contexto urbano e rural). Epinay, 1991:16:20) desenvolve o conceito de identidade cultural como princípio coordenador da vida quotidiana e da regulação dos acontecimentos que nela irrompem. O modo como o idoso enfrenta a sua condição de reformado vai ser crucial na abordagem dos desafios que advém dessa mesma condição, tais como: a adaptação a novas rotinas, o facto de viver sem horários. Pois, a maneira como vai lidar com a ausência de atividade, que o fazia sentir-se útil e produtivo, vai condicionar o modo como vai enfrentar acontecimentos geradores de perturbações/crises, pois muitas das vezes associada à reforma aparecem outros acontecimentos com os quais vai ter que lidar tais como: a doença, por vezes a dependência, hospitalizações frequentes, muitas vezes até a institucionalização e eventualmente a viuvez. A “bagagem” de recursos, que carrega consigo adquirida nas suas trajetórias de vida, vai ser crucial para enfrentar estes desafios e contribuir para a capacidade de resiliência no sentido de viver este ciclo de uma forma saudável.

Importa circunscrever os fatores de diversificação dos modos de enfrentar a velhice e os seus acontecimentos cruciais, entre os quais se ressaltam: as trajetórias e as experiências de vida, os recursos disponíveis na altura da reforma, o estado civil e as situações familiares e os elementos da personalidade. Os primeiros condicionam diretamente a identidade cultural, os outros interagem com ela. A socialização primária e a secundária geram uma identidade cultural, isto é, um coordenador do sistema de conhecimento e de ação, em suma, um princípio organizador da vida quotidiana e de regulação dos acontecimentos que nela irrompem (Epinay,1991).

A partir da sua investigação, Guillemard (1972:35-43) elaborou uma tipologia de cinco práticas de reforma, em função da relação com a estrutura social, a saber: Reforma retraimento, Reforma terceira idade, Reforma lazer e família, Reforma reivindicação, Reforma participação.

Face a estas cinco práticas de reforma podemos questionar-nos de que modo a população de Jovim vive a reforma. Também esta inquietude terá resposta através do diagnóstico gerontológico.

A reforma retraimento é caracterizada por orientações essencialmente biológicas. Ao contrário das duas seguintes, a Reforma terceira idade, Reforma lazer e família, com cariz mais social. As duas últimas, reforma reivindicação e reforma participação,

referem-se à definição social da velhice, a forma como está socialmente instituída e a forma como ela é assumida, rejeitada ou aceita.

A paragem da atividade profissional e da saída do mercado de trabalho traduzem-se por uma paralisia progressiva de toda a atividade social, na expressão da referida autora, corresponde a uma verdadeira “*morte social*”. Os comportamentos quotidianos são exclusivamente constituídos por atividades destinadas à manutenção da vida (v.g. alimentar-se, dormir, fazer a higiene pessoal), ou seja, dá-se o retraimento do indivíduo em função do ser biológico. Não participa mais na produção coletiva, o seu consumo é exclusivamente direcionado para a sobrevivência, excluindo a satisfação de necessidades sociais (v.g., oportunidades de manter relações com os outros ou a reprodução alargada da força de trabalho).

A reforma terceira idade assume-se como a passagem da atividade produtiva formal, para uma atividade significativa para o sujeito e socialmente reconhecida. Verifica-se um reajustamento que permite ao indivíduo retomar interesses antigos (v.g., atividades de criação artística ou literária, interpretação musical, pesquisas técnicas, fazer coleção de selos, jardinagem), proporcionando-lhe uma vivência criativa e integradora deste período de vida, não implicando uma rutura com o sistema e com as suas normas. A Reforma família ou reforma lazer é caracterizada por uma postura consumista dos indivíduos, dependente da acumulação de recursos sob diversas dimensões (materiais, sociais e intelectuais) ao longo da vida. Verifica-se a persistência de certas formas comunitárias de consumo paralelamente à existência do consumo em massa. Esta tipologia assume duas formas: a reforma família e a reforma lazer. Na reforma família, a prática familiar corresponde a um conjunto de condutas tradicionais e organiza-se em torno do consumo em meio familiar fechado. Como já não contribui para a produção coletiva, o reformado reencontra o seu papel de suporte no sistema das relações familiares. A instituição família aparece como mediador privilegiado que faz a ligação do reformado à sociedade e que lhe permite ter acesso a valores sociais, culturais e bens materiais.

Na reforma lazer, este tipo de prática corresponde às expectativas que a sociedade atual (não-tradicional) tem acerca dos inativos. A reforma assume o sentido de uma recompensa após uma vida de trabalho e traduz-se no plano dos comportamentos por um consumo privado de bens e serviços, tais como: viagens, férias, produtos farmacêuticos, televisão, espetáculos. Centra-se no consumo massificado de bens e serviços. Em virtude do seu papel socialmente valorizado de consumidor, o reformado reintegra-se na organização social, na medida em que injeta capital no mercado, devolvendo assim parte do que lhes é transferido pelo Estado. Fala-se cada vez mais

de um mercado da terceira idade. Para praticar uma reforma lazer, é preciso dispor de um bom nível de rendimentos, boa saúde e ter constituído ao longo da vida uma larga rede de relações sociais.

A reforma reivindicação consiste na prática de contestar a ordem social existente e as representações sociais atribuídas aos velhos, pondo em destaque os seus interesses, os seus direitos e as suas capacidades criativas. Enquanto grupo etário com interesses próprios e munido de mecanismos de reivindicação, estão conscientes do seu peso na sociedade. Esta postura militante ganha expressão nos grupos associativos e nas relações de sociabilidade primária com os seus pares. A reforma reivindicação é uma relação com a estrutura da ação mas também uma dimensão criativa ao introduzir implicitamente novas normas. A reforma participação assenta na integração social dos velhos a partir da apropriação de normas e valores da cultura dominante difundidos, maioritariamente, pelos *mass media* que perpetuam a representação social dos idosos e a assunção tática desta pelos mesmos.

Em estudos posteriores, Guillemard (1996:193) verificou uma evolução positiva em termos de estatuto económico dos idosos, contudo este não foi acompanhada pela evolução ao nível do estatuto social. As modificações nos níveis e modos de vida das pessoas mais velhas têm um impacto positivo na diminuição do fenómeno da exclusão. Constando assim o recuo da reforma reatamento. Ganhando expressão a reforma lazer e a reforma terceira idade, sendo vários os fatores que contribuíram: o aumento da esperança média de vida, a melhoria de condições de saúde, aumento do montante das pensões e o aumento de investimento noutras esferas sociais, para além da profissional. No entanto, no momento presente de crise socioeconómica, a reforma vivida sob a forma de reatamento registou um recrudescimento em Portugal, como comprova o quadro n.º 2, com 80% dos idosos-pensionistas a usufruírem de pensões de reforma baixas, com a conseqüente retração no consumo de bens essenciais.

Apesar das transformações sociais positivas, anteriormente referidas, ligadas à velhice e ao tempo de reforma, ainda se verificam algumas representações sociais pejorativas a elas associadas. O Estado legitima a saída dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho, através de políticas de pré-reforma e reforma, instaurando uma “idade” conveniente para esse efeito, independentemente das competências do individuo. Assim, vistos como improdutivos no mercado de trabalho, os trabalhadores mais velhos são, paradoxalmente, protegidos e excluídos pelo Estado, já que, se por um lado, beneficiam das pensões de reforma que substituem os rendimentos do trabalho após a

saída da vida ativa, por outro lado, são colocados numa posição de vulnerabilidade, prevalecendo representações de improdutividade e dependência públicas.

Assim, Guillemard (2007:222-230) defende que são necessárias mudanças ao nível político³⁷, estrutural, para que seja possível transformar a representação social dos reformados na vida quotidiana.

Perante estas mudanças contraditórias, surgiu uma nova prática de reforma que tem ganho cada vez mais significado na sociedade moderna, à qual a autora designa de reforma solidária. Este novo tipo de reforma distingue-se pelo exercício do direito e dever de cidadania do sujeito, envolvendo-se este, voluntariamente, em diversas atividades sociais e criativas, não mercantis, particularmente em contexto associativo. Desta forma, a autora defende uma velhice empreendedora, na qual predominam expectativas de presente e futuro, sentimentos de utilidade/produtividade e, consequentemente, reciprocidade para com a sociedade. Neste sentido, o voluntário assume-se como a negação da representação social atribuída aos reformados ao pôr em causa a dependência e a troca desigual entre estes e a sociedade.

Como acabamos de verificar são vários os especialistas do envelhecimento que refletem acerca deste momento crucial na vida das pessoas que é a passagem à reforma e dos desafios decorrentes da condição de reformado. Nesta linha, Vicente; Sousa, Patrão (2009:261) também dão o seu contributo. Para estes autores, no último estágio da vida familiar alguns acontecimentos exigem mudanças qualitativas, não apenas ajustes na vida familiar, decisivas para o desenvolvimento:

- Adaptar-se ao declínio físico (mantendo os interesses e o funcionamento individual e familiar) e explorar novas opções para os papéis familiares e sociais;
- Apoiar o papel central da geração intermédia e incorporar novos papéis, designadamente o de avó/bisavô;
- Criar espaço para sabedoria e experiência da geração idosa, apoiando-a sem a super-proteger;
- Lidar com a perda do cônjuge (viuvez), irmãos e outros pares/pessoas significativas e preparar/enfrentar a própria morte;
- Ajustar-se à doença crónica e à dependência, aceitando o suporte e cuidados familiares

37 No texto *“Uma nova solidariedade entre as idades e as gerações numa sociedade de longevidade”* - Guillemard (2007) apresentou o caso da Finlândia, em que o Estado optou por não promover medidas discriminatórias em razão da idade, através de adoção de políticas de emprego para pessoas com idades superiores aos 45 anos, contribuindo desta forma para a alteração das representações sociais face ao envelhecimento e contrariando a saída precoce destes trabalhadores do mercado de trabalho.

— Lidar com a reforma e perda de papéis sociais, ao mesmo tempo que ocorre o reenfoque na vida familiar.

É importante notar que todos os estádios de desenvolvimento familiar envolvem tarefas que implicam a interação com outros sistemas para além da família nuclear, nomeadamente, com outras gerações e sistemas sociais (idem, Ibidem:261).

Na perspetiva de Fonseca (2008:156) existem variáveis de ordem individual que são determinantes para se entender porque algumas pessoas encaram a passagem à reforma de uma forma positiva, enquanto para outras a passagem à reforma se traduz numa perda, num sentimento de abandono, depressão, tristeza e incapacidade de ocupação do tempo.

Estas duas formas de sentir a reforma traduzem precisamente a ideia de que esta passagem se vivencia de acordo com tudo daquilo que foram as trajetórias, experiências de vida e vivências de cada indivíduo, tendo em conta todos os recursos acumulados ao longo da vida: sejam eles materiais, intelectuais afetivos, psíquicos ou sociais que vão ser acionados e servir de suporte nesta fase da vida. Fonseca (Idem, Ibidem:154) realizou um estudo junto de 502 pessoas reformadas e que viviam nas suas próprias residências, distribuídas por diferentes tempos de reforma, ou seja, pessoas reformadas há menos de um ano, pessoas reformadas de um a quatro anos, e pessoas reformadas há mais de 10 anos. A passagem à reforma para estas pessoas é encarada como um acontecimento de vida inevitável, mas pouco receado e até desejado, sobretudo por pessoas com profissões menos qualificadas que estavam ansiosas por se reformar. Fonseca (Idem, Ibidem:157) verificou também que nas pessoas com menos qualificações, a saúde melhorou no primeiro ano após a reforma: de facto a reforma trouxe a estas pessoas um alívio, em termos da pressão de trabalho a que estavam sujeitas. Estamos a falar de pessoas para quem a jornada de trabalho de 8 a 9 horas diárias começa a ser de facto muito pesada e para quem a reforma trouxe uma efetiva melhoria das condições de vida. Segundo este autor, o que verdadeiramente se destacou foi ouvir as pessoas dizer que a reforma foi ótima para: ganhar liberdade, fazer o quer, não ter horários. Esta liberdade de uso de tempo era algo a que as pessoas não estavam habituadas e que veem como o mais importante desta nova condição.

Para Alves (2011): *“(...) todos os analistas do envelhecimento como fenómeno social salientam quanto é importante não dissociar este último período da vida e os modos de o enfrentar de tudo o que caracterizou a vida social e psíquica dos indivíduos nas fases anteriores (...)”*

4 - Notas Metodológicas

No âmbito do meu trabalho de projeto e para prosseguir os objetivos da investigação para a ação é necessário o recurso a instrumentos diversos no conhecimento da realidade social. Esta diversidade deve existir quer ao nível da recolha e produção da informação, quer ao nível do seu tratamento e análise. Deste modo, a metodologia adotada, metodologia de projeto, resulta na utilização em simultâneo de técnicas de recolha de informação de carácter quantitativa e qualitativa. Assim, numa primeira fase, privilegiou-se a recolha de informação estatística com base em fontes oficiais nacionais (sobretudo os recenseamentos gerais da população e nomeadamente o de 2011). Esta informação foi tratada e analisada com recurso aos seguintes indicadores do envelhecimento: Índice de envelhecimento, Índice de dependência, Índice de Longevidade. Construiu-se uma tabela, caracterizando a população residente na UF de Gondomar (São Cosme), Valbom e Jovim, segundo o grupo etário, nível de escolaridade e sexo, com objetivo de construir a amostra da população para administrar o inquérito. Foi adotada uma amostragem não probabilística por quotas ³⁸ de acordo com o género e escalão etário³⁹ garantindo assim a proporcionalidade das características em estudo relativamente à população alvo, tendo por base os dados dos Censos de 2011. Foi adotada a técnica de inquérito por questionário, discutida previamente com a orientadora do trabalho de projeto (ISSSP) e técnicos da UF, tendo por documento orientador o inquérito aplicado no diagnóstico gerontológico da Póvoa de Varzim. O Inquérito por questionário: *"(..) consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, à sua atitude social, profissional ou familiar, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores (...)"* (Quivy & Campenhoudt, 1998:188).

Aplicou-se a variante de questionário de administração indireta (Idem, Ibidem:188): o inquiridor completa o questionário a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido. A nossa escolha recai neste tipo de instrumento, porque é necessário

³⁸ Amostragem não casual ou não probabilística, não se conhece a probabilidade de um elemento da população escolhida para participar na amostra.

³⁹ Os três grupos etários retidos são: dos 65 aos 69 anos; de 70 a 74 anos e de 75 anos e mais.

interrogar um grande número de pessoas que pretendemos que sejam representativas do universo da população em análise. A opção pelo inquérito advém da exigência de representatividade do conjunto dos entrevistados que pode ser satisfeita através deste método (a representatividade nunca é absoluta pois está sempre limitada por uma margem de erro). Outros objetivos desta investigação que nos levam a optar pelo inquérito são o conhecimento de uma população enquanto tal e a análise social de um fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir da quantificação de uma multiplicidade de dados relativos da população em questão e da possibilidade de se proceder a numerosas análises de correlação. Para recolha de informação, também foram importantes dados secundários, são aqueles que já existem, que já estão publicados (publicações, jornais, sites e revistas) que nos forneceram informações de diversa ordem relativamente à freguesia, UF, concelho, país e continente europeu. Em fases posteriores seria interessante o recurso aos métodos qualitativos, nomeadamente com o recurso à entrevista, para o aprofundamento de alguns temas do diagnóstico que se revelam prioritários. As técnicas de recolha de informação utilizadas foram: o inquérito por questionário, recolha de dados preexistentes (v.g., dados estatísticos e documentais de instituições públicas e privadas) e a observação direta. No que concerne a observação foi possível recorrer a esta metodologia através do contato direto e indireto com as pessoas no seu *habitat* quer nos seus domicílios, o que me permitiu confirmar e complementar as informações obtidas através dos inquéritos nomeadamente no que respeita às questões habitacionais, mas também nas ruas o que me permitiu conhecer num contexto de proximidade, as suas necessidades, vulnerabilidades, recursos e potencialidades assistindo, por exemplo, a mulheres inquiridas a trabalhar a arte da filigrana e a homens inquiridos a esculpir objetos em madeira trabalhando como marceneiros.

O facto de na freguesia me deslocar sempre a pé para localizar rua, lugares, domicílios de potenciais inquiridos permitiu-me observar e até interagir com a população em geral e assim conhecer as dinâmicas locais assim como os recursos e vulnerabilidades de Jovim.

O inquérito por questionário intitulado “*Estudo do perfil de envelhecimento da população residente em Gondomar (S. Cosme), Valbom e Jovim*”, foi aplicado junto de uma amostra de 53 indivíduos ⁴⁰ num universo de 977 cidadãos idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, ou seja, a 5 % da população do universo, e teve a margem de erro

⁴⁰ Dos 53 inquéritos administrativos, três deles foram nulos, dado as pessoas não preencherem os critérios, duas por demência devidamente comprovada, e uma outra por beneficiar dos serviços de apoio domiciliário, tendo sido necessário aplicar mais três inquéritos.

de 5,1 % (quadro n.º 10). Um dos critérios de seleção da amostra é a população inquirida não ser utilizadora de valências específicas para idosos (Centros de dia, Lares, Apoio domiciliário).

A amostra foi estratificada em função do género e da idade ⁴¹ da população residente da freguesia de Jovim (e será posteriormente administrado nas demais localidades da UF). A administração do inquérito foi sujeito a uma fase de pré-teste, em que foram inquiridos idosos⁴², para testar a viabilidade do mesmo, e proceder às retificações necessárias.

Quadro 10 – Cálculo da amostragem

			<i>Freguesia</i>			
<i>Escalão Etário</i>			Jovim	Gondomar (São Cosme)	Valbom	Total
<i>Género</i>	Masculino	De 65 a 69 anos	9	30	19	58
		De 70 a 74 anos	6	24	14	44
		De 75 ou mais anos	9	31	20	60
		Total	24	85	53	161
	Feminino	De 65 a 69 anos	8	31	19	58
		De 70 a 74 anos	8	26	17	52
		De 75 ou mais anos	13	49	32	94
		Total	29	107	68	204
	Total		53	192	121	365
Erro 95%=		5,1%				
% inquirida=		5%				

Fonte: Ine

As técnicas de amostragem utilizadas foram a amostragem por conveniência e em bola de neve uma vez que iniciei a aplicação do inquérito junto de um grupo de idosos que frequentava as aulas de ginástica, atividade com periodicidade semanal e duração de uma hora promovida pela Junta de Freguesia. Estes idosos indicaram-me outros

⁴¹ Três grupos etários - dos 65 aos 69 anos (9 homens/8 mulheres); dos 70 aos 74 anos (6 homens/8 mulheres) e com 75 anos ou mais (9 homens)/13 mulheres).

⁴² Nesta fase foram aplicados 15 inquéritos a idosos que se disponibilizaram para o efeito.

potenciais inquiridos. O inquérito foi aplicado nas instalações da junta ou no domicílio dos inquiridos, de acordo com a preferência dos mesmos.

Esta opção foi dada aos inquiridos no sentido de respeitar a sua privacidade, o direito à confidencialidade e o respeito pela sua liberdade de escolha, para que os mesmos respondessem ao inquérito sem sentir qualquer tipo de constrangimento nas respostas dadas, sem receio da presença de terceiros que pudessem condicionar as mesmas. Por outro lado, podiam não sentir a vontade de partilhar a sua casa com uma pessoa que não lhes era próxima.

Inicialmente optou-se por apelar à participação da população no diagnóstico através da divulgação em cartazes apelando à inscrição das pessoas. Solicitou-se também ao pároco da freguesia a divulgação na missa desta iniciativa da UF. Esta escolha foi feita uma vez que o pároco seria interlocutor privilegiado junto da população de Jovim: até porque a missa é uma das atividades que os inquiridos frequentam com maior assiduidade. Como estas tentativas obtiveram resultados escassos uma vez que a adesão foi pouca. Muitas vezes efetuavam a inscrição e faltavam no momento da aplicação do questionário. Assim optou-se pela abordagem direta dos potenciais inquiridos na rua. Esta abordagem era feita por mim devidamente identificada com documento e colete da UF: apresentava-me e perguntava a idade às pessoas e caso correspondessem aos requisitos exigíveis, explicava-lhes os objetivos do inquérito e pedia a colaboração das pessoas para responderem ao mesmo. Se aceitassem colaborar, sempre que possível, tentava aplicar o inquérito nesse momento e no domicílio da pessoa. Caso a pessoa não tivesse disponibilidade naquele momento, agendava o dia, hora e local com a mesma.

Nesta fase as pessoas levantavam bastantes questões revelando bastante desconfiança face ao inquérito, o que é compreensível uma vez que não me conheciam. Questionavam sempre acerca dos benefícios que teriam caso respondessem ao mesmo. O facto de as pessoas não obterem benefícios diretos imediatos e da realização do inquérito ser demorada, dificultou a sua adesão ao mesmo.

No decorrer da aplicação do questionário as pessoas não se limitavam a responder às perguntas tentavam captar a minha atenção para as suas trajetórias de vida e expunham as suas dificuldades na expectativa de encontrar resposta para as mesmas.

Nesta fase a relação empática estava mais sólida e as pessoas mostraram-se colaborantes. A aplicação do inquérito demorou em média 60 minutos por inquérito.

Os inquiridos no final de terem respondido ao inquérito mostraram-se colaborantes no sentido de me apresentarem potenciais candidatos a serem inquiridos, acompanhando-me até algumas vezes aos domicílios dos mesmos. Os dados (respostas) dos inquéritos administrados foram inseridos no SPSS. Esta aplicação informática permitiu a análise

estatística dos dados, facultando-nos contagens de frequências, ordenação de dados, reorganização da informação em torno de variáveis definidas (v.g., grupo etário, género). A partir desta base de dados foi possível criar tabelas de frequências e respetivas percentagens, bem como a realização de algumas correlações entre variáveis. Este trabalho estatístico não seria possível sem a colaboração do professor de estatística do ISSSP, Prof. Dr. Hélder Alves.

II- Diagnóstico gerontológico de Jovim

1 - Caracterização sociodemográfica da população inquirida

A informação e análise a seguir apresentadas decorrem das informações recolhidas por inquérito junto de uma amostra de 53 indivíduos com 65 anos e mais anos, dos quais 24 são do sexo masculino e 29 do feminino (quadro n.º 11).

Quadro 11 – Distribuição dos inquiridos por género

Pergunta inquérito n.º 1 - Género	N	%
Masculino	24	45,3
Feminino	29	54,7
Total	53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Como se depreende das informações reunidas no quadro n.º 12, em termos etários, a população compreende: dezassete indivíduos com idades compreendidas entre 65 a 69 anos; catorze com idades compreendidas entre 70 a 74 anos e vinte e dois com idades iguais ou superiores aos 75 anos.

Quadro 12 – Distribuição dos inquiridos por escalões etários

Pergunta inquérito n.º 2 – Idade do entrevistado	N	%
Escalão etário - 65 a 69 anos	17	32,1
Escalão etário - 70 a 74 anos	14	26,4
Escalão etário - 75 ou mais	22	41,5
Total	53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Trinta e dois do total dos inquiridos responderam serem casados ou viverem em união de facto, seguido pelo estado civil “viúvo” (dezanove inquiridos), havendo um solteiro e um separado/a-divorciado/a (cfr. quadro n.º 13).

Quadro 13 - Estado Civil atual

Pergunta inquérito n.º 3 - Estado Civil atual		N	%	% válida	% acumulativa
Válido	Solteiro/a	1	1,9	1,9	1,9
	Casado (a) / União de facto	32	60,4	60,4	62,3
	Separado (a) / Divorciado (a)	1	1,9	1,9	64,2
	Viúvo (a)	19	35,8	35,8	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Realça-se o facto de esta população estar fortemente enraizada no concelho (86,8 %), ou seja, 46 indivíduos são naturais do concelho (Quadro n.º 14) e aí residiram toda a sua vida.

Importa, desde já, sublinhar que o segmento dos que não nasceram no concelho, equivalente a 13,2 % do universo da amostra (cfr. quadro n.º 14). Para estes, o tempo médio de residência é na ordem dos 34,8 anos, oscilando entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 63 anos (Vide, Anexo 6 – Cap. I- questão 4), o que nos permite afirmar que não há muitas situações de desenraizamento da população idosa que reside em Jovim.

Quadro 14 – Distribuição dos inquiridos por naturalidade

<i>Perguntas inquéritos n.ºs 4.1 e 4.2 – Naturalidade no concelho</i>	N	%
Sim. Natural do concelho	46	86,8
Não. Não é natural do concelho	7	13,2
Total	53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

2 -Condições Materiais da Existência

Rendimentos

As condições materiais da existência configuram uma dimensão de análise incontornável numa sociedade em que, como já referimos, a população idosa constitui, um dos grupos etários mais vulneráveis à pobreza monetária.

Relativamente a este domínio, (cfr. quadro n.º 15), importa realçar que a esmagadora maioria dos inquiridos (86,79%) já ultrapassaram a etapa que constitui a passagem à condição de reformado ou pensionista.

A única outra condição perante o trabalho que assume alguma importância é a condição de doméstica/o (“*ocupa-se das tarefas do lar*”). Importa realçar que as quatro mulheres inquiridas que declararam *ocupar-se das “tarefas do lar”*, são pessoas que não tiveram carreira contributiva, não usufruindo de qualquer tipo de prestação, quer do regime contributivo, quer do regime não contributivo. Pelo facto de terem cônjuge e estes usufruírem de reforma do regime contributivo, não lhes conferiu o direito de beneficiar de pensão social do regime não contributivo. O facto de não terem efetuado descontos não é indício que não tivessem exercido atividade laboral. Fizeram-no, mas sem descontos, aliás é prática comum em Jovim as mulheres trabalharem na filigrana⁴³ sendo remuneradas à peça, sendo que o rendimento auferido por este tipo de tarefa

⁴³ Filigrana é um trabalho ornamental feito de fios muito finos e pequeninas bolas de metal, soldadas de forma a compor um desenho. O metal é geralmente ouro ou prata, mas o bronze e outros metais também são usados. A filigrana foi utilizada na joalheria desde a Antiguidade greco-romana, sendo ainda empregada em grande variedade de objetos decorativos (retirado da ligação web - <https://pt.wikipedia.org/wiki/Filigrana>).

contribui para equilibrar o orçamento familiar, sendo por vezes um complemento importante ao mesmo.

O peso relativo dos indivíduos que ainda exercem uma atividade profissional é muito residual, não ultrapassando 1,9% da população com mais idade: uma inquirida, com a profissão de ourives mesmo reformada continua a exercer informalmente a sua atividade laboral de ourives na filigrana.

Quadro 15 – Condição perante o trabalho da população inquirida, com mais de 65 e mais anos, por sexo

Pergunta inquérito n.º 12 - condição atual perante o trabalho	Sexo		
	Masculino	Feminino	
Condição atual perante o trabalho			<i>Total</i>
Exerce uma atividade profissional	-	1	1
	-	(1,89%)	1,89%
Ocupa-se das tarefas do lar (*)	-	4	4
	-	7,55%	7,55%
Incapacidade permanente perante o trabalho	-	1	1
	-	1,89%	1,89%
Reformado	24	22	46
	45,28%	41,51%	86,79%
Outra situação	-	1	1
	-	1,89%	1,89%
Total	24	29	53
	45,28%	54,72%	100,00%

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

(*) Das quatro pessoas que disseram ocupar-se das tarefas do lar, duas encontram-se na situação de reformadas.

Passando à observação dos valores medianos dos rendimentos dos entrevistados reformados, impõe-se sublinhar, em primeiro lugar, que estes são equiparáveis, na

grande maioria dos casos, para o sexo masculino, ao valor médio de 434 €/ mês e para o sexo feminino, ao valor médio de 416 €/ mês (cfr. quadro n.º 16).

Quadro 16 – Valor mensal das pensões de reforma por sexo (€) – contagem, média

Pergunta inquérito n.º 15.2 - valor aproximado da sua pensão de reforma / mês	Sexo	
	Masculino	Feminino
Contagem	24	29
Média	434,0	416,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Relativamente ao género, verificou-se que as mulheres auferem um valor médio menor de pensão em relação aos homens. Um dos fatores que contribui para o facto mencionado foi o facto da sua carreira contributiva ser mais reduzida, mas também é o resultado da diferenciação salarial entre os géneros.

Quarenta e seis dos inquiridos referiram estar reformado/ser pensionista e três responderam que não auferiam de qualquer tipo de rendimento ou pensão (Vide, Anexo 6 – questão 15). Relativamente à questão n.º 15.2. “*Se respondeu sim na questão anterior, diga qual o valor aproximado da sua pensão de reforma / mês?*”), o valor médio é de 425,83 €. Este valor é superior à média nacional de valores de reformas auferidas em 2014 (cfr. quadro nº 2). Apesar disso, é ainda inferior ao salário mínimo nacional, revelando que as pessoas vivem a reforma de acordo com a tipologia de Guillemard, sob a forma de retraimento, orientada para a satisfação das necessidades básicas.

Dezoito dos inquiridos referiram auferir pensão de sobrevivência, recebendo a média, de 168,20 € mensais, sendo que cinco deles são homens e treze são mulheres (Vide, Anexo 7 – questão n.º 15.3). Somente uma pessoa referiu receber complemento solidário para idoso, num montante mensal de 100 € (Vide anexo 6 – n.º questão 15.3). Uma declarou receber complemento por dependência no valor mensal de 100 € (Vide anexo 6 – questão n.º 15.3.1). Sete pessoas referiram possuir outras fontes de rendimento, dos quais, dois são de propriedade imobiliária, um de rendimento da exploração da mercearia do qual é proprietária, outra pessoa referiu rendimento proveniente da pensão do marido, e duas referiram a reforma do marido (Vide anexo 6 – questões n.º 16 e 16.1). Face ao supracitado, podemos dizer que as fontes de rendimento são maioritariamente provenientes de reformas por velhice.

Relativamente à condição de trabalho que predominou ao longo da sua vida, 90,6 % dos inquiridos afirmaram ter exercido uma atividade profissional (Vide anexo 6 – questão

n.º 13). Nove dos inquiridos começaram a trabalhar aos 8 anos de idade ⁴⁴ e oito dos inquiridos prolongaram a atividade profissional até aos 60 anos de idade, cinco até aos 65 anos e dois até aos 70 anos. (Vide, Anexo 6 – questão n.º 14.1). Tal informação permite-nos afirmar que estes inquiridos dedicaram a sua vida ao exercício de uma profissão que para muitos começou cedo no seu percurso de vida.

Vinte e sete dos inquiridos exerceram sempre a mesma atividade profissional (Vide anexo 6 – questão n.º 14.3). Destes, em relação às profissões exercidas durante mais tempo, destacam-se as ligadas ao trabalho de artesanato de madeiras (6 inquiridos) e à ourivesaria (7 inquiridos), atividades económicas com importância no território local de análise (Vide, Anexo 6 – questão n.º 14.3.1).

Quadro 17 – Classificação Nacional de Profissões⁴⁵ por subgrupos

Pergunta inquérito n.º 14.3.1 e 14.3.2 – atividade profissional exercida		N	%
	4- Pessoal Administrativo e similares		
	4.2 - Empregados de Escritório Empregados de receção, caixas,	1	2,08
	6 - Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas		
	6.1 Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura,		
	7 - Operários, Artífices e Trabalhadores Similares		
	7.1 - Operários, Artífices e Trabalhadores Similares das	12	25
	7.3 - Mecânicos de precisão, Oleiros e Vidreiros, Artesãos,		
	7.4 - Outros operários, artificies e trabalhadores similares	7	14,58
	8 - Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem		
	8.1 Operadores de Instalações Fixas e Similares	2	4,17
	8.2 - Operadores de Máquinas e trabalhadores de montagem	1	2,13
	8.3 - Condutores de veículos e embarcações e operadores de	2	4,17
	9- Trabalhadores Não Qualificados /		
	9.1 - Trabalhadores Não Qualificados dos Serviços e Comércio	12	25
	Total	48	

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

⁴⁴ Os inquiridos que frequentavam a escola referiram ter trabalhado, antes e após o horário escolar. As mulheres analfabetas trabalhavam o dia todo nos cuidados dos irmãos, da casa e por vezes em apoio a uma agricultura de subsistência.

⁴⁵ A CPP/2010, cuja Estrutura foi aprovada pela 14ª Deliberação do Conselho Superior de Estatística (CSE), de 5 de Maio de 2010, posteriormente publicada na II Série do Diário da República nº 106, de 01 de Junho de 2010 http://www.misi.min-edu.pt/CNPprofissoes_by_MISI.xls

Tendo por objetivo identificar os mais importantes fatores da produção das desigualdades é crucial perceber a quantidade e qualidade dos recursos que os indivíduos podem reunir ao longo da vida para enfrentar as mudanças económicas, relacionais e do estado de saúde, decorrentes da passagem à reforma e do envelhecimento. Nesse sentido, procuramos dar atenção à distribuição dos inquiridos pelos subgrupos dos principais grupos profissionais, de que fizeram ou ainda fazem parte.

Como já referimos vinte e sete dos inquiridos responderam ter exercido sempre a mesma atividade profissional, enquanto vinte referiram não ter exercido sempre a mesma atividade profissional ao longo da sua trajetória de vida laboral (vide anexo 6, questão n.º 14.3).

Seguindo a tipologia da Classificação Nacional de Profissões, enquadrámos as respostas às questões do capítulo V, 14.3.1 “*Se sim, qual a profissão que exerceu durante mais tempo?*” e 14.3.2 “*Se não, qual a profissão que exerceu durante mais tempo?*”, nos subgrupos existentes na mesma.

Os dois subgrupos que se destacam com percentagens de 25%, cada um respetivamente são o subgrupo “7.1 (Operários, Artífices e Trabalhadores Similares das Indústrias Extrativas e da Construção Civil)” e o subgrupo “9.1 (Trabalhadores Não Qualificados dos Serviços e Comércio)” e em terceiro lugar, com 21,28 %, pelo subgrupo “7.3 (Mecânicos de precisão, Oleiros e Vidreiros, Artesãos, Trabalhadores das Artes Gráficas e Trabalhadores Similares)”.

À pergunta qual era a sua situação neste profissão, 71,7 % dos inquiridos responderam que eram trabalhadores por conta de outrem e 17 % por conta própria e 1,9% trabalhador em empreendimento familiar (vide anexo 6, questão n.º 14.4). Os trabalhadores por conta de outrem, no que respeita a sua situação contratual, 60,4 % responderam que tiveram um vínculo efetivo (vide anexo 6, questão n.º 14.5).

Na questão 14-6 – “*Com que idade é que começou a fazer descontos para a segurança social (ou para a Caixa Geral de aposentações ou outro regime)?*”, a idade média em que as pessoas começaram a efetuar descontos foi aos 22,5 anos, embora 15,1 % das pessoas responderam que começaram a efetuar descontos aos 14 anos. Estes descontos foram feitos de forma intermitente na sua carreira contributiva, pois existiram períodos em que não estiveram a trabalhar, ou estando não efetuavam descontos. Relativamente às perguntas inerentes aos anos de descontos ou a que idade iniciou a carreira contributiva, as pessoas não sabiam responder com exatidão a estas perguntas.

Para este estado de confusão pode ter contribuído o facto de vinte dos inquiridos não ter exercido, ao longo da vida, a mesma atividade profissional e o facto de a ter iniciado precocemente no mercado de trabalho, não ajuda a avivar a memória relativamente a estas questões.

Para tentar apreender de forma mais objetiva os constrangimentos materiais com os quais esta população envelhecida se confronta, integramos na análise dos recursos económicos, as despesas de saúde com medicamentos (41 inquiridos) com valor mediano de 43 € mensais e outros gastos com a saúde (9 inquiridos) com valor mediano de 40 € mensais (vide anexo 6, questão n.º 17 e anexo 7, questões n.º 17 e 18). O processo de envelhecimento traz associado à si, em muitas situações, um agravamento dos problemas de saúde, sendo que as despesas com medicamentos e outros gastos com saúde têm um peso significativo no volume das despesas dos idosos.

Quadro 18 - Tem dificuldade em fazer com que o dinheiro chegue até ao fim do mês?

Pergunta do inquérito n.º 19- dificuldade em fazer com que o dinheiro chegue até ao fim do mês	N	%
Extrema dificuldade	11	20,8
Muita dificuldade	26	49,1
Alguma dificuldade	9	17,0
Pouca dificuldade	2	3,8
Nenhuma dificuldade	5	9,4

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Da leitura do quadro n.º 18, entende-se, então, que a percentagem dos indivíduos que considera ter extrema dificuldade e muita dificuldade em fazer com o dinheiro chegue até ao final do mês seja elevada. Se olharmos ao conjunto das duas situações, 20,8 % “*extrema dificuldade*” e 49,1 % “*muita dificuldade*”, elas são largamente predominantes, contrastando com o total dos inquiridos que responderam ter “*alguma dificuldade*” 17%, “*pouca dificuldade*”, 3,8 % e “*nenhuma dificuldade*”, 9,4 % (anexo 6, questão n.º 19). Convém ressaltar que esta perceção pode resultar da não posse e do não usufruto de meios de vida suficientes para garantir oportunidade de vida dignas ou, em alternativa, pode resultar da interiorização, no decurso do trajeto biográfico ou com a entrada na reforma, de padrões de vida marcada pela restrição e austeridade que é reflexo da conjuntura macroeconómica do país.

3-Trajetos socioprofissionais

3.1.-Recursos escolares

Em função da história do sistema de ensino português, bem como o modelo de desenvolvimento económico que predominou até à década de sessenta, dando proeminência ao setor primário e às estruturas produtivas dos setores secundário e terciário que exigiam uma mão-de-obra pouca qualificada em termos escolares, não é de estranhar que os membros dos atuais grupos etários mais velhos apresentem níveis de escolaridade baixos. Os estudiosos, em especial os sociólogos, atribuem pouca relevância a este indicador como fator para captar as desigualdades no seio da população envelhecida (Grundy & Holt citado por Lopes, 2011:902).

Segundo Vaillant (citado por Aguerre & Bouffard, 2003:110), o nível de instrução pode ser um fator de desigualdade social, se considerarmos os estudos feitos a indivíduos com escolaridade superior. Estas pessoas tinham mais acesso à informação (v.g. malefícios do tabaco ou do álcool), e a postos de trabalho, quanto maior o nível de instrução maior a informação acerca de prevenção e promoção de estilo de vida saudável, em detrimento das pessoas menos instruídas e consequentemente menos informadas: “...un bon niveau d’instruction favoriserait en revanche le maintien d’une bonne forme physique tout au long de la vie, probablement puisqu’il confère un sentiment de controle sur l’existence...” (Idem, Ibidem:110).

Também tinham mais acesso a postos de trabalho que lhes permitiriam auferir salários mais elevados, uma vez que tinham outros recursos para competir no mercado de trabalho.

O grau de instrução também é proporcional ao conhecimento e exercício dos direitos e deveres de cidadania. A iliteracia ⁴⁶, inclusive a digital e informática, pode ser um fator de desigualdade social, que promove a exclusão, uma vez que condiciona o cidadão no acesso à informação e até pode ser impeditivo de ele cumprir os seus deveres como cidadão. Hoje em dia, os simples atos do quotidiano, tais como obrigações fiscais,

⁴⁶ Neste conceito inclusive a infoexclusão – segundo Hobbs, citado por Braga & Lopes (2009:1944) ter competências de literacia é ser capaz de lidar com a complexidade da informação corrente do ambiente e simultaneamente ter pensamento crítico, o que deve pressupor reflexão, análise e avaliação não só de conteúdos e de elementos estruturais dos textos de media mas também dos contextos socioeconómicos, políticos e históricos nos quais as mensagens são criadas, difundidas e usadas pelos públicos.

segurança social e outras, são feitas em suporte informático. Outra situação prende-se com o facto de os idosos serem facilmente alvos de burlas e desconhecerem, por exemplo, o estatuto do idoso e direitos inerentes ao mesmo. Também a própria cidadania fica diminuída na área da participação na vida política. Esta realidade impede a formação de uma opinião livre e esclarecida sobre diversos assuntos da vida pública.

As informações coligidas no quadros n.º 19 e 20 permitem concluir que o nível de instrução predominante nos inquiridos da freguesia de Jovim é de 4 anos de escolaridade (58,49 %),⁴⁷ sendo que os que concluíram a 3ª classe foram 11,32 % (vide anexo 6, questão n.º 5).

No que respeita a outros níveis de instruções completados, convém referir os valores praticamente residuais: um inquirido que concluiu o 9º ano de escolaridade, o grau de ensino mais elevado na amostra, o que ressalta a fraca escolarização da população inquirida (vide anexo 6, questão n.º 5).

Quadro 19 - Nível de instrução completado

Pergunta inquérito – n.º 5 Nível de instrução completado	N	%
Não sabe nem ler, nem escrever	9	16,98
Sabe ler e escrever (sem certificação)	3	5,66
3ª Classe	6	11,32
Ensino Primário completo (4 anos)	31	58,49
Ciclo preparatório	3	5,66
Outro	1	1,89

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Quadro 20 - Nível de instrução completado – outro

Pergunta inquérito n.º 5 - Outro nível de instrução completado	N	%
9 º Ano	1	1,89

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Importa, observar o peso percentual dos inquiridos analfabetos é de 16,98 %, muito superior à média nacional (5,2%), de acordo com informações fornecidas pela Pordata (Vide anexo 7, taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo em Portugal). A taxa de maior analfabetismo é maior no género feminino, esta tendência acompanha

⁴⁷ De acordo com dados da Pordata (2014) 48,3 % da população com 65 e mais anos conclui o ensino primário.

a verificada a nível nacional. Como é notório na tabela seguinte (quadro n.º 21), podemos verificar oito mulheres analfabetas, em contraposição com apenas um homem analfabeto. Estas mulheres integram-se no último escalão etário, sendo portanto as mais velhas. Tal facto comprova a tendência nacional:⁴⁸ quantos mais velhos são os indivíduos estes tendem a ter tendencialmente mais baixos níveis de instrução.

Quadro 21 - Nível de instrução completado, por género

Pergunta inquérito n.º 5 - Nível de instrução completado							
Sexo	Não sabe nem ler, nem escrever	Sabe ler e escrever (sem certificação)	3ª Classe	Ensino Primário completo (4 anos)	Ciclo preparatório	Outro	Total
Masculino	1	1	-	20	2	-	24
	1,89%	1,89%	,00%	37,74%	3,77%	,00%	45,28%
Feminino	8	2	6	11	1	1	29
	15,09%	3,77%	11,32%	20,75%	1,89%	1,89%	54,72%
Total	9	3	6	31	3	1	53
	16,98%	5,66%	11,32%	58,49%	5,66%	1,89%	100,00%

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

De acordo com o quadro seguinte (quadro n.º 22) relacionamos as variáveis – nível de instrução com a atividade profissional predominante ao longo da vida, enquadradas nas categorias da tabela da CNP.

Verificamos que na sua totalidade, as profissões exercidas eram profissões pouco qualificadas e exigiam baixos níveis de instrução. Verificamos que a população analfabeta, coincidente com as pessoas mais velhas da amostra, que tiveram oportunidade de exercer as mesmas profissões que as outras com níveis de escolaridade mais elevado. Constatamos que as pessoas com ensino primário completo exerceram atividades profissionais em maior número, o que é proporcional à sua dimensão na amostra: com 58,49 % dos nossos inquiridos a possuírem a 4ª classe. O tipo de profissões exercidas pelas pessoas detentoras dos graus de ensino mais elevado na nossa amostra, ciclo preparatório e o 9º ano, não as diferencia, contudo, dos

⁴⁸ De acordo com dados da Pordata (2014) 29,6 dos idosos com mais de 65 anos são analfabetos. Para tal contribuem explicações de ordem histórica, nomeadamente a história do sistema de ensino português e o modelo de desenvolvimento prevalecente até à década de 60.

demais, havendo profissões transversais a todos os níveis de instrução. Esta inexistente diferenciação profissional em função do grau de instrução deve-se ao já mencionado baixo grau de escolaridade dos inquiridos.

Quadro 22 - Cruzamento das questões relacionadas com a atividade profissional que predominaram/predominou (de acordo com a classificação CNP) com a instrução completado

Instrução completada	V-14.3- Exerceu sempre a mesma atividade profissional		V-13 - condição perante o trabalho que predomina/predomina ao longo da sua vida -	
	Se Sim, qual é a profissão que exerceu durante mais tempo? <i>Questão 14.3.1-</i>	Se Não, qual é a profissão que exerceu durante mais tempo? <i>Questão 14.3.2-</i>	Doméstica / ocupa-se tarefas do lar	Outra
Não sabe nem ler, nem escrever	Outros Carregadores e Descarregadores de Mercadorias ; Filigraneiro (Filigranista); Joalheiro (Ourives); (2)	Filigraneiro (Filigranista); Operador de Máquina Automática de Enchimento, Capsulagem ou Cravação – Garrafas	Doméstica (*)	
Sabe ler e escrever (sem certificação)	Filigraneiro (Filigranista)	Estampador	Doméstica	
3ª Classe	Pessoal de Limpeza de Casas Particulares e Trabalhadores Similares; Joalheiro (Ourives); Vendedor Ambulante – Produtos Comestíveis (peixe);	Joalheiro (Ourives);	Doméstica (2)	
Ensino Primário completo (4 anos)	Contínuo (Auxiliar de Apoio Administrativo) (2); Carpinteiro de Limpos; Vendedor Ambulante – Produtos Não Comestíveis (2); Encarregado – Marceneiros, Carpinteiros e Trabalhadores Similares; Operador de Caldeiras a Vapor (Foguetiro de Caldeiras a Vapor); Fundidor de Alto-Forno; Alfaiate (Modista); Motorista de Veículos Pesados – Mercadorias; Pintor – Construção Civil; Outros Soldadores e Maçariqueiros; Auxiliar de Limpeza (Servente de Limpeza) (2); Marceneiro (3); Joalheiro (Ourives);	Operador de Máquinas – Pedreiras (Trabalhador de Pedreiras); Jardineiro; Marceneiro (2); Joalheiro (Ourives) (3); Serralheiro Mecânico; Telefonista – Central Telefónica Privada; Motorista de Veículos Pesados – Mercadorias; Vendedor Ambulante – Produtos não Comestíveis;	Doméstica;	Joalheiro (Ourives) (2)
Ciclo preparatório	Contínuo (Auxiliar de Apoio Administrativo); Marceneiro;	Outros Serralheiros Mecânicos e Trabalhadores Similares		
Outro	Joalheiro (Ourives); Pedreiro;	Contínuo (Auxiliar de Apoio Administrativo)		

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

(*) – Pessoa que se dedica as tarefas da casa, sem ser por conta de outrem, esta atividade não é reconhecida como profissão na CNP.

3.2.-Trajetos profissionais

O quadro seguinte caracteriza os inquiridos face à condição predominante perante o trabalho ao longo da vida.

Quadro 23 - Qual foi a condição perante o trabalho que predomina / predominou ao longo da sua vida

Pergunta inquérito n.º 13 - Qual foi a condição perante o trabalho que predomina / predominou ao longo da sua vida	N	%
Exercício de uma atividade profissional	48	90,6
Ocupar-se das tarefas do lar	5	9,4

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

A condição perante o trabalho que predominou ao longo da vida foi o exercício de uma atividade profissional, o trabalho doméstico ocupa uma expressão limitada, ou seja, 9,4 % (cfr. quadro n.º 23). Sendo que destas, as profissões exercidas foram:

Quadro 24 – Atividade profissional segundo o género

Atividade profissional	Género Feminino	Género Masculino	Total Geral
Alfaiate (Modista)	1		1
Auxiliar de Limpeza (Servente de Limpeza)	2		2
Carpinteiro de Limpos		1	1
Contínuo (Auxiliar de Apoio Administrativo)	4		4
Encarregado – Marceneiros, Carpinteiros e Trabalhadores Similares		1	1
Estampador		1	1
Filigraneiro (Filigranista)	3		3
Fundidor de Alto-Forno		1	1
Jardineiro;		1	1
Joalheiro (Ourives);	8	3	11
Marceneiro		6	6
Motorista de Veículos Pesados – Mercadorias		2	2
Operador de Caldeiras a Vapor (Foguetiro de Caldeiras a Vapor)		1	1
Oper. Máquina Automática Enchimento, Capsulagem, Cravação Garrafas	1		1
Operador de Máquinas – Pedreiras (Trabalhador de Pedreiras);		1	1
Outros Carregadores e Descarregadores de Mercadorias	1		1
Outros Serralheiros Mecânicos e Trabalhadores Similares		1	1
Outros Soldadores e Maçariqueiros;		1	1
Pedreiro		1	1
Pessoal Limpeza de Casas Particulares e Trabalhadores Similares	1		1
Pintor – Construção Civil		1	1
Serralheiro Mecânico		1	1
Telefonista – Central Telefónica Privada;	1		1
Vendedor Ambulante – Produtos Comestíveis (peixe)	1		1
Vendedor Ambulante – Produtos Não Comestíveis	1	1	2
Total Geral	24	24	48

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Como referimos anteriormente 71,7 % referiram trabalhar por conta de outrem e 17 % por conta própria. Contudo, estes últimos tiveram experiências anteriores de trabalho por conta de outrem. Como podemos verificar maioritariamente a nossa amostra é constituída por assalariados.

Na nossa amostra, o género masculino continua a ser dominante em atividades profissionais tradicionalmente exercidos por homens, (v.g., marceneiro, carpinteiro, serralheiro, soldadores, cfr. Quadro n.º 24), já a atividade de joalheiro (ourives), filagrameiro (filagranista), bem como contínuo/auxiliar de apoio administrativo (nesta categoria inclui-se, as empregada de limpeza e auxiliares de ação educativa) são predominantes no género feminino, acompanhando a tendência tradicional da feminização deste tipo de atividades profissionais.

Durante a atividade profissional, os inquiridos tiveram oportunidade de acumular bens (v.g. construção de casa própria, aquisição de carro) e constituir poupanças para enfrentar a reforma.

4-Condições de habitação e oportunidades de vida

As apreciações que se seguem foram desenvolvidas partindo da pressuposição de que as condições de alojamento são capazes de influenciar de forma relevante o modo como os indivíduos envelhecem. As que se prendem com o conforto de alojamento podem acentuar ou, pelo contrário, relativizar a desigualdade de condições materiais de existência criadas no mundo do trabalho antes da reforma. Deve-se olhar para as condições de habitação na velhice pois nessa fase elas podem ter impacto em termos de precarização da saúde e mobilidade dos indivíduos. As condições de acessibilidade da habitação, por sua vez, contribuirão eventualmente para o isolamento social, limitando as oportunidades objetivas dos indivíduos conservarem a sua rede de relacionamentos, continuarem a frequentar lugares que foram significativos ao longo da sua vida ou, ainda, acederem, fácil e rapidamente, a serviços indispensáveis para atender às necessidades de sobrevivência quotidiana ou proteger a saúde. A experiência tende a provar que certas condições de habitação inviabilizam a permanência até ao fim da vida na sua própria casa e constroem os indivíduos fragilizados ou dependentes a recorrer à institucionalização.

De acordo com investigações já realizadas (Fragoso, 2008; Perlini, Leite e Furini, 2007; Thomas, 2005, Augusto e Simões, 2007; Thomas, 1993; Bazo, 1991; Levenson, 2001; Paúl, 2005, Guedes, 2008, citados por Santos, 2003:30), os fatores mais evocados que conduzem ao internamento são: falta de condições socioeconómicas e financeiras (que, por exemplo, limitam a manutenção da casa), morte do cônjuge, perda ou degradação habitacional.

Quadro 25 – Condições de habitação - Tipo de alojamento

Pergunta inquérito – n.º 7 – Tipo de alojamento	N	%
Casa unifamiliar	48	90,6
Apartamento	5	9,4
Total	53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Começamos, contudo, antes da análise das condições de habitabilidade, por observar a distribuição da população pelos diversos tipos de alojamento que nos dá também indicação das condições sociais de existência destes idosos. Da leitura do quadro n.º 25, podemos descortinar diferenças notórias entre os diversos tipos de alojamento (vide anexo 6, questão n.º 7), tendo como tipo mais comum de alojamento - a casa unifamiliar (90,6%) e restantes residências em apartamento (9,4 %). Tal deve entender-se pelo facto deste território ter ainda bem presentes as marcas da ruralidade, quando comparado com outras freguesias de Gondomar.

Em termos de acessibilidade, não se verifica nenhuma diferença assinalável entre os dois tipos de alojamento. Com efeito, a quase totalidade das casas unifamiliares (88,7%) está desprovida de elevador (vide anexo 6, questão n.º 7.1), daquelas que são habitadas pelo conjunto da população inquirida que, até a data, não recorre a equipamentos para idosos, o que pode vir a dificultar a mobilidade em todos os casos em que tais habitações têm degraus externos (cujo o numero mediano é de 8, oscilando entre 0 e 28 degraus, no máximo), e/ou internos (com um número mediano de 15, já com número mínimo de 8 degraus e máximo de 20 degraus)⁴⁹. O número mediano de assoalhadas neste tipo de tipologia é de 5.⁵⁰ Nos apartamentos, moram 5 dos inquiridos, sendo que eles têm

⁴⁹ Vide anexo 6, questão n.º 7.1, respetivamente degraus externos e internos (casas unifamiliares).

⁵⁰ Vide anexo 6, questão n.º 7.1.

degraus externos (cujo o número mediano é de 10, oscilando entre 10 e 84 degraus) e nas suas casas o número mediano das assoalhadas é de 6.⁵¹

Podemos constatar que no acesso às habitações, na grande maioria, existem quer degraus internos, quer degraus externos, o que pode tornar-se, como vimos, um obstáculo no que respeita a oportunidades para esta população de se manter integrada em redes de interações sociais. Estas barreiras arquitetónicas dificultam as acessibilidades e podem promover situações de isolamento social. Acresce referir a dificuldade no acesso a bens e serviços essenciais, que acontece além da restrição das relações sociais com vizinhos e familiares, existindo, assim, dificuldades de integração social. No que respeita ao tempo em que residem na habitação (casa/apartamento) a maioria respondeu 20 ou mais anos (35 inquiridos). Relativamente ao regime de ocupação, 32 inquiridos responderam ser proprietários, cinco têm casa cedida a título gratuito e dezasseis (16) são arrendatários (sendo que para este o valor da renda oscila entre 35 € até aos 250 €, com uma média de 125,06 €).

O custo do arrendamento da habitação pode constituir um fator gerador de desigualdade no seio da população envelhecida. Contudo, esta questão assume uma maior complexidade, na medida em que ser proprietário de uma habitação (o que se verifica em 60,4% da população em estudo) não garante por si só condições de existência mais vantajosas. Até porque estas populações não dispõem de rendimentos suficientes para usufruir das condições de conforto, por exemplo, através da realização de obras de manutenção que evitem a degradação das condições de habitabilidade, ou ainda, pelo aumento por exemplo, do aquecimento das habitações no inverno.

Passando para a análise mais detalhada das condições de conforto dos alojamentos, e sendo a habitação o local onde a população idosa passa mais horas (Ministério da Saúde, s/d:5), procurou-se dar atenção às infraestruturas e aos equipamentos do alojamento, quer ao seu estado de conservação.⁵²

⁵¹ Vide anexo 6, questão n.º 7.2, respetivamente degraus externos e internos (apartamentos).

⁵² A maioria dos edifícios habitacionais não necessitava de reparações. Os Censos definitivos de 2011 reportam um parque habitacional pouco envelhecido, reflexo da dinâmica construtiva das últimas décadas, em que 71% dos edifícios se encontrava em bom estado de conservação, não necessitando de reparações, 27,2% necessitava de reparações e apenas 1,7% se encontrava muito degradado. O índice de envelhecimento dos edifícios, apurado através dos Censos 2011, é de 176, o que significa que o número de edifícios construídos até 1960 é menos do dobro do que aqueles que foram construídos na última década (após 2001).

Relativamente à primeira dimensão do conforto – infraestruturas e equipamentos – algumas das informações constantes no quadro n.º 26 estão em conformidade com as tendências registadas ao nível nacional. Com efeito, já em 2001, mais de 94% do parque habitacional dispunha destas infraestruturas básicas e tivemos a oportunidade de constatar que a totalidade dos inquiridos da nossa amostra dispõe de habitações com ligação à rede elétrica e de água canalizada. Relativamente ao saneamento, constatou-se que as habitações de sete inquiridos não se encontram ligados à rede de saneamento público, tendo referido a existência de fossa, com os potenciais problemas inerentes em matéria de saúde pública. No que respeita às instalações sanitárias, as habitações dos inquiridos não se afastam significativamente do padrão nacional: cerca de 94% estão equipados com casa de banho interior.

Quanto aos equipamentos domésticos geralmente tidos em conta para avaliar o conforto habitacional, nota-se que, à semelhança do que se verificava a nível nacional em 2005 (vide anexo 7), a totalidade dos indivíduos possuem televisão (100%), que suplanta o uso do rádio (92,5 %). Todos os inquiridos tem frigorífico e máquina de lavar roupa (100%). Dado o seu potencial para aumentar o conforto dos idosos, o micro-ondas (96,2%) tem um uso tendencialmente generalizado, assim como outros eletrodomésticos.

Em contrapartida, o aquecimento central representa um fator de conforto menos frequente, sendo que o tipo de aquecimento mais comum é o aquecimento com aparelhos a gás ou elétricos (49,1 %). 22,6% dos inquiridos assinalaram o aquecimento com lareira/fogão de sala. Apenas 1,9 % (ou seja, um inquirido) usa aquecimento central. Por último, importa sublinhar que a totalidade dos inquiridos tem telefone ou telemóvel, equipamentos facilitadores da comunicação com outros, sejam eles atores individuais ou coletivos,

Quadro 26 - Equipamentos e infraestruturas

Pergunta inquérito – n.º 7 - Equipamentos e infraestruturas (condições de conforto)		N	%
Válido	Cozinha	53	100,0%
	Luz	53	100,0%
	Frigorífico	53	100,0%
	Micro-ondas	51	96,2%
	Televisão	53	100,0%
	Água canalizada	53	100,0%
	Esgotos	46	86,8%
	Fossa	7	13,2%
	Telefone / Telemóvel	53	100,0%
	Rádio	49	92,5%
	Casa de banho interior	50	94,3%
	Casas de banho exterior	4	7,5%
	Máquina lavar roupa	53	100,0%
	Aquecimento central	1	1,9%
	Aquecimento c/ Aparelhos a gás / elétricos	26	49,1%
	Aquecimento com lareira / fogão de sala	12	22,6%
	Total	53	100,0%

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

As características globalmente positivas que se acaba de constatar contrastam, de algum modo, com a perceção devolvida pelos inquiridos acerca do estado de conservação dos seus alojamentos. Mais de 49,1 % apontam para existência de infiltrações de humidade. O segundo problema mais apontado diz respeito ao fraco isolamento térmico (45,3 %). Também, embora com um menor incidência, o mau estado do chão é o terceiro problema assinalado por 11,3 % dos entrevistados (Vide, Anexo 6, questão n. 10).

Ainda que o estado de conservação dos alojamentos possa ser considerado geralmente adequado, a incidência dos diferentes problemas examinados justificam a implementação de ações destinadas a aumentar as condições de conforto das habitações da população idosa da freguesia, tanto mais quanto é notória a escassez de sistemas de aquecimento eficazes. Estas questões de aquecimento foram conferidas *in loco* uma vez que administrei grande parte dos inquéritos em pleno inverno e no domicílio das pessoas, notando que as habitações estavam frias e desconfortáveis, não existindo qualquer tipo de aquecimento a funcionar no momento, presumivelmente por questões de dificuldades financeiras e por questões de fraco isolamento térmico. O lançamento de um programa de obras para minorar as barreiras arquitetónicas e melhorar as condições de conforto e também, adaptando o alojamento às manifestações de fragilidade e dependência dos indivíduos, constitui seguramente uma das dimensões

fundamentais de uma política pública (que pode e deve envolver as autarquias locais) destinada a manter e fomentar a integração social da população envelhecida.

É hoje bem reconhecida a correlação entre deficientes condições de habitação e situações de saúde precária (Ministério da Saúde, s/d:5)⁵³, que conduzem à dependência e ao retraimento social. Efetivamente as casas com isolamento térmico deficitário e más ou deficientes condições sanitárias potenciam situações de doença ou agravam as existentes, como é o caso, por exemplo, da inexistência de rampas, elevadores, corrimões ou existência de degraus que podem conduzir a situações de dependência e isolamento de pessoas com problemas de mobilidade. Tive oportunidade, no decorrer da aplicação dos inquéritos, de me deparar com situações habitacionais potenciadoras de agravamento de doença e isolamento social.⁵⁴

A qualidade do *habitat* está longe de depender exclusivamente das condições de habitabilidade do alojamento. É sabido que a distribuição no espaço urbanizado dos grupos sociais detentores de recursos desiguais não é de todo aleatória e que a inscrição das desigualdades sociais nos lugares de vida contribui fortemente para ampliar as desvantagens dos indivíduos e grupos mais vulneráveis, ou seja, mais seriamente confrontados com privações de ordem material, relacional e cultural. Num tal contexto, e partindo do pressuposto que grande parte da população envelhecida se encontra numa situação de vulnerabilidade, no mínimo no que respeita às oportunidades de manter vivas as relações com os membros das outras gerações e de satisfazer com facilidade necessidades da vida quotidiana, entendemos ser pertinente observar a acessibilidade a uma variedade de equipamentos e serviços disponíveis no *habitat* dos inquiridos.

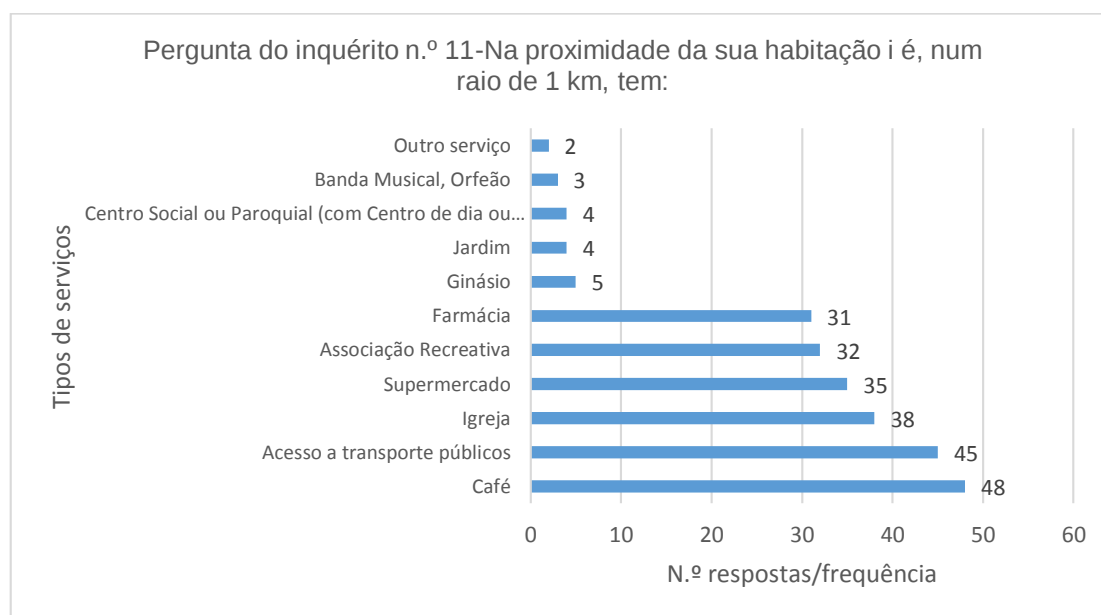
Da análise dos dados do gráfico n.º 6 referente aos serviços disponíveis na proximidade da habitação num raio de 1 km, apreciamos os seguintes resultados: em primeiro lugar, destaca-se a proximidade do café da habitação de 48 dos inquiridos; seguindo-se a proximidade num raio de 1 km das suas habitações da existência de paragens de

⁵³ De acordo com um documento publicitado no site da DGS e intitulado “*Fichas Técnicas sobre a Habitação e Saúde*” existe uma relação causa-efeito entre deficientes condições de habitabilidade e problemas de saúde. Essas relações devem ser abordadas de forma holística, pois têm um efeito cocktail e não podem ser consideradas separadamente. As habitações duram, por vezes, tempo suficiente para albergar 3 gerações, necessitando de se adaptar à evolução do estilo de vida dos residentes. A maior esperança de vida leva à necessidade de adaptação das habitações aos idosos.

⁵⁴ Fui aplicar o inquérito a uma residência cujo acesso era feito por numerosos degraus e em que a inquirida para se deslocar utilizava um andarrilho: obviamente que não conseguia subir escadas, encontrando-se numa situação de isolamento social. Outra situação com que me deparei diz respeito a uma pessoa inquirida que morava ao cimo de uma rua com uma subida bastante acentuada e de difícil acesso. Trata-se de uma pessoa com problemas de obesidade e com graves problemas de locomoção a quem o médico recomendava fazer caminhadas que ela evitava fazer pois não conseguia subir a rua nem a rampa de acesso à habitação. Inclusive dentro desta existiam degraus nos diferentes compartimentos que dificultavam a sua mobilidade.

transportes públicos, esta proximidade foi referida por 45 dos inquiridos. Esta asserção deve ser contextualizada em função da orografia da localidade de Jovim, constituído por vales e encostas íngremes, o que torna penosa para qualquer pessoa, independentemente da idade, a deslocação a pé, com a agravante de estarmos a falar de uma população com mais de 65 anos, com progressivas dificuldades de mobilidade e com elevado potencial de morbilidade. Este facto pode dificultar a deslocação para participar em certas atividades culturais e limitar a gama de mercadorias que podem comprar e de serviços que podem usufruir. Em terceiro lugar, é identificada a Igreja por 38 dos inquiridos; seguindo-se o supermercado (35 inquiridos); associação recreativa (32 inquiridos) e a farmácia (31 inquiridos). Todos os outros serviços e equipamentos foram indicados por percentagem abaixo de 50 % dos inquiridos, sendo que o fator que pode compensar esta relativa escassez de serviços é a acessibilidade aos transportes públicos. Apenas quatro dos respondentes apontaram para a existência, no seu habitat, de um centro social ou paroquial (com centro de dia ou centro de convívio). Não existe nenhum respondente que tivesse mencionado, na proximidade da sua habitação, ou seja, num raio de 1 km, qualquer estação de correio, agência bancária, biblioteca, cinema, teatro, universidade sénior, piscina, Hospital ou Centro de Saúde.

Gráfico 6 - Serviços disponíveis na proximidade da sua habitação, num raio de 1 km



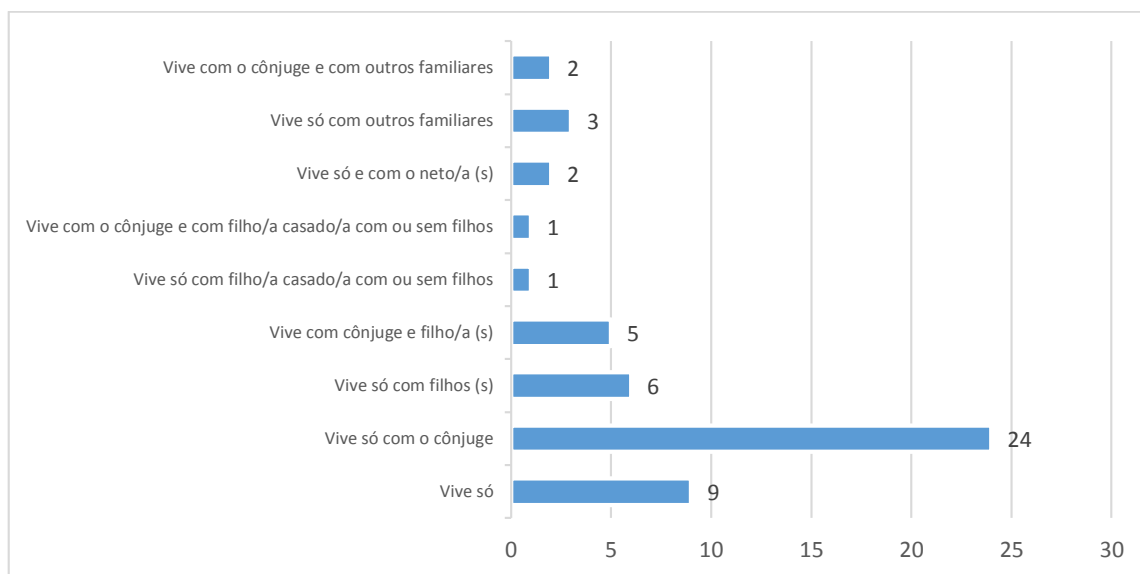
Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

5-Recursos relacionais

5.1.-Grau de isolamento da população envelhecida

Através das perguntas incluídas neste capítulo do inquérito, pretendemos apreciar, num primeiro momento, se a população envelhecida na freguesia de Jovim sofre os efeitos da generalização da família nuclear restrita com a mesma intensidade que o verificado ao nível nacional. Ou pelo contrário, é porque é um território com traços de ruralidade, se a eventual perpetuação de famílias numerosas e/ou alargadas amplia a possibilidade dos membros das gerações mais velhas ficarem integradas em redes de relacionamento familiar intergeracionais. Como referimos na introdução, as informações dos Censos de 2011 disponibilizados pelo INE permitem apurar que, a nível nacional, 19% da população idosa vive só e 39,8 % exclusivamente com outros idosos.

Gráfico 7 – Composição do grupo doméstico (questão n.º 6)



Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Segundo os Censos de 2011, cerca de 400 mil idosos vivem sozinhos em Portugal. Mais de 1,2 milhões de idosos vivem assim sozinhos ou em companhia de outros idosos, o que significa um aumento de 20% registado na última década, o que pode constituir um dos indicadores do risco para a existência de segregação de gerações, como é o caso

de gerações mais velhas. Não tem havido, para uma percentagem significativa de idosos, condições de integração social ao nível de atividades e investimentos. Consequentemente, estes indivíduos podem sentir-se cada vez mais estrangeiros no mundo que os rodeia, podendo sentir-se inúteis e improdutivos, uma vez que sentem não terem oportunidades de continuar a participar efetivamente na construção do mundo. Estas mudanças, segundo Elias (2001:76), expõem uma parte crescente da população envelhecida à exclusão da “*comunidade dos viventes (vivos)*”, muito antes da morte física. Com efeito para este autor, o risco do isolamento objetivo não decorre, para estas gerações, da diminuição da natalidade, nem de uma distância espacial crescente entre os núcleos familiares, mas do facto destas gerações serem privadas de relações significativas. De fato, para este autor, a morte dos indivíduos decorre do isolamento dos velhos e moribundos em asilos, hospitais e clínicas de saúde; as próprias rotinas asséticas destas instituições desprovidas de afetos e sentimentos, anunciam a morte prematura dos velhos. Esta morte pré-anunciada ou morte social pode ser contrariada, por um “*sentimento dos moribundos de que não causam embaraço aos vivos*” (Idem, Ibidem:76) e pela amizade e solidariedade dos vivos. A proximidade e os afetos da família, amigos e vizinhos, ou seja, das redes de sociabilidades primárias, podem constituir um fator de proteção e podem ser a primeira linha de apoio dos indivíduos quando vivenciam o isolamento e o sentimento de solidão.

Através da análise efetuada ao gráfico n.º 7 podemos analisar que vinte e quatro indivíduos inquiridos vivem só com o cônjuge. De acordo com o quadro n.º 13 existem dezanove pessoas em situação de viuvez e só uma pessoa divorciada. Podemos, assim concluir que os laços maritais foram preservados ao longo da vida na população da nossa amostra. Retomando a leitura do gráfico n.º 7, verificamos que das nove pessoas que vivem sós, elas são na sua maioria, mulheres, sete viúvas contra dois homens que vivem sós: sendo um divorciado e outro viúvo. Havendo na nossa amostra, cinco homens viúvos, os restantes quatro vivem com a família alargada, o que indicia que a mulher é mais autónoma e independente do que o homem, não necessitando de apoio de terceiros para as tarefas quotidianas.

Excluindo as nove pessoas que vivem sós e as que vivem só com o cônjuge, (vinte e quatro pessoas), todas as restantes vinte vivem com outros familiares: seis vivem sós com filho (s), cinco vivem com o cônjuge e filho (s), um inquirido vive só com filho/a casado/a, uma pessoa mora com o cônjuge e com filhos casado; dois indivíduos vivem com os netos; duas pessoas vivem com cônjuge e outros familiares (sendo que um dos inquiridos é uma senhora que mora com o marido, filhos e afilhada; e um indivíduo que coabita com filha e genro) e por fim, três pessoas moram com outros familiares (sendo

que duas senhoras moram com o irmão solteiro e uma inquirida mora com uma nora e o filho está no estrangeiro). Todas estas pessoas que coabitam com pessoas de outras gerações têm a oportunidade de partilhar a vida quotidiana com as mesmas.

5.2.-Laços/Redes de Interação social

Na resposta à pergunta – há quanto tempo se encontra casado ou união de facto, verificamos que a média dos anos de casamento / união de facto é de 45 anos (Vide, Anexos).

Dos trinta e um inquiridos que responderam ter cônjuge ou companheiro (a), trinta responderam que o mesmo está presente no seu dia-a-dia (Vide, anexos). A quase totalidade (98%), ou seja, cinquenta e dois inquiridos tem filhos. Quinze inquiridos (28,3 %) referiram ter filhos emigrantes (quadro n.º 27). O facto de existirem filhos emigrantes pode dar origem à ideia de que estes deixam os pais sem apoio na velhice. No entanto, esta falta de apoio não está manifesta nos inquiridos da nossa amostra, uma vez que os inquiridos têm outros filhos que residem perto e lhes dão todo o apoio necessário.

Quadro 27 – Tem filhos (s) emigrantes?

Pergunta do inquérito n.º 21.2. - Tem filho (s) emigrantes?		N	%
Válido	Sim	15	28,3
	Não	36	67,9
	Total	51	96,2
Ausente	Sistema	2	3,8

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Pode-se concluir das informações reunidas nos presentes quadros que o afastamento geográfico da residência dos filhos não constitui um constrangimento de relevo nesta amostra: mais de metade dos inquiridos com filhos tem um filho que reside a uma distância inferior a 1 km da sua própria casa (54,7%). Na resposta à pergunta - VII – 21-5 – *O Filho que lhe presta mais apoio é o que mora perto de si?*, verificou-se que em 83% dos casos o filho que reside mais próximo é o que presta mais apoio (quadro n.º 29), residindo a menos de 1 km. Na esmagadora maioria dos casos, é então o filho que reside mais perto, ou seja, a menos de 1 km, que presta apoio e, quando tal não

acontece, a residência dos filhos que prestam apoio não ultrapassa a distância de 5 km, havendo apenas seis (6) filhos que vivem a mais de 5 km.

Quadro 28 – Distância a que reside o filho que vive mais próximo (%)

Pergunta inquérito n. ° 21.3- O filho (s) que reside mais próximo de si, mora aproximadamente:		N	%
Válido	< 1 km	29	54,7
	1 a 5 km	15	28,3
	5 a 10 km	3	5,7
	10 a 20 km	1	1,9
	> 20 km	2	3,8
	Total	50	94,3
Ausente	Sistema	3	5,7
Total		53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Quadro 29 – Apoio prestado à população envelhecida pelo filho que reside mais próximo (%)

Pergunta inquérito n. ° 21.5 – O Filho que lhe presta mais apoio é o que mora perto de si?		N	%
Válido	Sim	44	83,0
	Não	5	9,4
	Total	49	92,5
Ausente	Sistema	4	7,5
Total		53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Quadro 30 – Caso não seja o filho que reside mais próximo a prestar apoio à população envelhecida, distância a que reside o filho que presta apoio (%)

Pergunta inquérito n. ° 21.5.1 – O Filho que lhe presta mais apoio é o que mora perto de si?		N	%	% válida	% acumulativa
Válido	< 1 km	18	34,0	78,3	78,3
	1 a 5 km	3	5,7	13,0	91,3
	5 a 10 km	1	1,9	4,3	95,7
	10 a 20 km	1	1,9	4,3	100,0
	Total	23	43,4	100,0	
Ausente	Sistema	30	56,6		
Total		53	100,0		

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Quarenta e um dos inquiridos referiram que os filhos que prestam apoio exerciam uma atividade profissional (77,4 %). Dos que não exercem qualquer atividade profissional

(Vide anexos), dez encontram-se desempregados e uma ocupa-se das tarefas do lar (Vide anexo 6, questão n.º 21.3.2).

Quadro 31 - O filho (s) que reside mais próximo de si exerce uma atividade profissional

Pergunta inquérito n.º 21.3.1. - O filho (s) que reside mais próximo de si exerce uma atividade profissional		N	%
Válido	Sim	41	77,4
	Não	10	18,9
	Total	51	96,2
Ausente	Sistema	2	3,8
Total		53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Foi importante perceber que tipo de proteção recebe o idoso no seio dos grupos primários, se a proteção é ao nível instrumental ou/e ao nível das sociabilidades: sendo que a proteção instrumental está ligada a satisfação das necessidades biológicas; enquanto a proteção ao nível de sociabilidades está ligada à satisfação das necessidades de sociabilidade.

Ao nível instrumental destaca-se o apoio dos filhos no acompanhamento dos pais às consultas médicas, sendo a saúde uma questão das mais prementes e que revela um maior nível de preocupação. Tal implica a necessidade de entendimento preciso das diretrizes do médico (41% dos inquiridos responderam que os filhos acompanhavam sempre e 24,5 % dos inquiridos responderam serem acompanhados pelos filhos muitas vezes). Relativamente a outras atividades de apoio instrumental estas são feitas pelos filhos de uma forma esporádica e pontual, caso as situações o justifiquem. Muitos dos nossos inquiridos ainda são pessoas independentes e autónomas, não necessitando de apoio instrumental, tendo eles referido que no caso pontual de doença ou incapacidade este lhes é dado pelo cônjuge (pois vinte e quatro vivem com o cônjuge). Na inexistência de cônjuge recorrem aos filhos, outros familiares ou pessoas que lhes sejam próximas. Foi referido pelos inquiridos ao longo do inquérito, ainda que de um modo informal, que devido à proximidade geográfica, os filhos iam muitas vezes a casa dos pais, algumas vezes, faziam-no diariamente.

Embora a proximidade não seja condição para a solidariedade, facilita consideravelmente os contatos e interações sociais, como refere Roussel: “...*Tout se passerait, en somme, comme si les nouveaux ménages fixaient leur domicile en fonction de celui de leur parents. La proximité des résidences exprimerait une certaine volonté de rester ensemble...*” (1976:76).

Ao nível das sociabilidades, destaca-se a disponibilidade para conversar (73, 0 % responderam que os filhos estavam disponíveis para conversar com eles muitas vezes), assim como a partilha de momentos festivos (em que 49,1% responderam sempre, e 30,2%, muitas vezes).

Face ao exposto, podemos concluir que a tipologia de família predominante na nossa amostra é a nuclear ou clássica. Sendo que o número mediano de filhos por idoso é de 3 filhos e que estes segundo os dados apresentados perpetuam a função protetora das redes de sociabilidade primárias. Esta tipologia familiar da amostra converge com a tendência ao nível nacional, em que o tipo de família predominante é o casal com filhos, sendo a média nacional de um filho por casal. Relativamente ao número de filhos, a nossa amostra ultrapassa a média nacional (INE, 2013).

Neste momento, relativamente a composição do grupo doméstico, um grande número de filhos autonomizou-se, fazendo com que predominem as famílias nucleares. No entanto, estão patentes na nossa amostra outras tipologias familiares, como são os casos da tipologia familiar extensa,⁵⁵ alargada ou complexa⁵⁶ e unipessoal⁵⁷. O que permite aos idosos de coabitar com outros núcleos familiares.

De acordo com dados do (INE, 2013), existem cada vez menos idosos a viverem em unidades domésticas de família alargada ou complexa (tendo havido decréscimo em 2001 para 2011, de 19,6% para 15,8%), paralelamente aumentou o número de idosos a viverem sós.

Nesta situação concreta, a proximidade geográfica da família contribui para que os laços primários se mantenham. Relativamente à existência ou não de netos, quarenta e oito pessoas inquiridas referiram a existência de netos (90,6%).

Quadro 32 – População com netos (%)

Pergunta inquérito nº 22 - Tem neto/a (s)?		N	%
Válido	Sim	48	90,6
	Não	5	9,4
	Total	53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

⁵⁵ As famílias extensas são compostas pelo núcleo familiar e agregados que coabitam na mesma habitação (retirado da ligação web <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/165/122>)

⁵⁶ Agregados de família complexa: 1 núcleo com outras pessoas (família alargada) retirado da ligação web: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFIACahUKEwimkvGqarAhVBPRoKHSNQDMI&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBou%3D208022128%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usq=AFQICNGFnP2FqC2QMsktpvowIB8na8W_8

⁵⁷ As famílias unipessoais são constituídas por uma só pessoa.

Das pessoas inquiridas que responderam ter netos, 64,2% referiram que os mesmos estariam presente no seu quotidiano e 26,4 % responderam que não estavam presentes (cfr. Quadro n.º 33). O número mediano de netos por idoso é de 1 neto (Vide, Anexo 6, questão n.º 22.1).

Quadro 33 – Está (ão) presentes no seu dia-a-dia?

Pergunta inquérito n.º 22.2 Está (ão) presentes no seu dia-a-dia?		N	%	% válida	% acumulativa
Válido	Sim	34	64,2	70,8	70,8
	Não	14	26,4	29,2	100,0
	Total	48	90,6	100,0	
Ausente	Sistema	5	9,4		
Total		53	100,0		

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Em relação ao apoio prestado pelos netos, ao nível instrumental, é muito residual, praticamente inexistente, devido aos fatores acima mencionados. Ao nível das sociabilidades, a única atividade em que eles têm alguma participação é na partilha de momentos festivos, exceto no caso de duas pessoas inquiridas que vivem com os netos já adultos e porque têm a mobilidade reduzida são eles que estão presentes nas atividades do dia-a-dia, quer ao nível instrumental, quer das sociabilidades e que prestam todo o apoio necessário. É curioso verificar-se que a perceção dos idosos relativamente à presença dos netos no dia-a-dia é contrariada pelo apoio efetivo dos mesmos aos avós, dado que trinta e quatro afirmarem que estão presentes no quotidiano, e, no entanto, o apoio verificado é residual. Esta incongruência pode ser explicado pelo facto dos inquiridos ter um número elevado de netos ainda crianças, acrescido do facto de serem pessoas ainda com um elevado grau de autonomia e independência. Em casos pontuais de doença, o cônjuge presta-lhes o apoio necessário. O facto dos filhos dos inquiridos morarem perto e se deslocarem frequentemente à casa dos pais, prestando-lhes o apoio necessário, evita que os idosos tenham que recorrer ao apoio dos netos adultos.

Trinta e nove pessoas mencionaram a existência de outros familiares próximos. A questão “qual o familiar próximo que está mais presente no seu dia-a-dia?”, vinte e quatro referiram ser o irmão/irmã; seis responderam cunhado/cunhada; cinco facultaram outro

tipo de resposta, das quais três válidas, nomeadamente, um inquirido referiu que era a nora, outros os tios, e outro ainda, sobrinho/sobrinha.

Quadro 34 - Outros familiares próximos

Pergunta inquérito n.º 23-Tem outros familiares próximos?		N	%
Válid o	Sim	39	73,6
	Não	14	26,4
	Total	53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Quadro 35 - outros familiares próximos – presença no seu dia-a-dia

Pergunta inquérito 23.1. - Se sim, indique qual o que está mais presente no seu dia-a-dia?		N	%	% válida	% acumula tiva
Válido	Irmã / Irmã	24	45,3	61,5	61,5
	Cunhado / Cunhada	6	11,3	15,4	76,9
	Sobrinho / Sobrinha	4	7,5	10,3	87,2
	Outro	5	9,4	12,8	100,0
	Total	39	73,6	100,0	
Ausente	Sistema	14	26,4		
Total		53	100,0		

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

O apoio prestado por estes outros familiares é residual e pouco significativo. Relativamente à pergunta “Pode contar com eles para conversar consigo?” vinte responderam muitas vezes e cinco algumas vezes. Sendo esta a única atividade com alguma relevância em que os familiares em questão participam.

Procurando prolongar a análise da sociabilidade primária e da sua persistência no quotidiano da população envelhecida, interessa dar alguma atenção às relações de vizinhança e de amizade. As respostas à pergunta: “*tem amigos/vizinhos próximos?*” sugerem que no habitat em estudo estas redes continuam a ter significado. De facto, mais de 98,1 % dos inquiridos responderam afirmativamente e 83% referiram que os mesmos estão presentes no seu dia-a-dia. No entanto, verificou-se que a relação com os vizinhos se restringia a prática quotidiana de momentos de conversa, porquanto 52,8 % referiu que pode contar com os vizinhos para conversar.

Quadro 36 - Tem amigos / vizinhos próximos?

Pergunta n.º 24- Tem amigos / vizinhos próximos?		N	%
Válido	Sim	52	98,1
	Não	1	1,9
	Total	53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Quadro 37 – Os vizinhos / amigos está (ão) presentes no seu dia-a-dia ?

Pergunta do n.º 24.1. - Está (ão) presentes no seu dia a dia?		N	%
Válido	Sim	44	83,0
	Não	7	13,2
	Total	51	96,2
Ausente	Sistema	2	3,8
Total		53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

De acordo com Hoff (2008:257), as relações de entreajuda com amigos e vizinhos são menos seguras que as relações com familiares. Tal deve-se ao facto de estas se regerem em grande medida pela regra da reciprocidade. Esta ajuda de amigos/vizinhos será muito provavelmente uma ajuda a curto prazo, que certamente não poderá ser mantida a longo prazo. Enquanto a ajuda recebida dos membros da família pode ser retribuída num período indeterminado de tempo, a troca de ajuda com amigos e vizinhos pressupõe uma reacção mais imediata.

A família é, geralmente, o centro do apoio recebido e prestado, mas o seu carácter “não voluntário” ou obrigatório tem, por vezes, efeitos complexos e mesmo negativos na qualidade de vida dos idosos (Paúl, 2005-a: 21-41). Nos dias de hoje, a presença dos amigos no quotidiano das pessoas é crescentemente significativo, uma vez que a mobilidade laboral afasta os pais dos filhos, o que não se verifica na população em estudo, uma vez que os filhos residem próximos dos pais. Os amigos vão assumindo uma importância crescente, quer ao nível da protecção instrumental, quer ao nível das sociabilidades. Na população em estudo verificou-se que os idosos inquiridos se encontravam frequentemente com os amigos para conversar.

Os idosos percecionando o apoio recebido como sendo espontâneo vão sentir-se recompensados a nível psíquico e emocional.

6-As redes de relações sociais e os modos de viver a reforma

No capítulo anterior foi possível refletir e analisar a importância dos grupos primários (família, amigos e vizinhos) como promotores de redes de sociabilidade para os idosos, neste capítulo iremos explorar as relações dos inquiridos com a diversidade de equipamentos culturais, desportivos, serviços de saúde e sociais, lugares de encontro para o desenvolvimento de atividades a partir dos quais os indivíduos podem desenvolver a sua rede relacional. Iremos também tentar perceber se a população idosa de Jovim corre o risco de vivenciar a reforma sob o registo de “morte social”, e sob a forma de reforma retraimento, (Guillemard, 1972:33), ou se pelo contrário, as suas trajetórias de vida lhes permitiram acumular recursos materiais (ao nível dos rendimentos) e imateriais (uma vida intelectualmente estimulante e laços sociais e relacionais significativos) que lhes permita enfrentar este desafio da vida, a passagem à reforma, de forma a assegurar a autonomia, a autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, aspetos fulcrais para um envelhecimento ótimo.

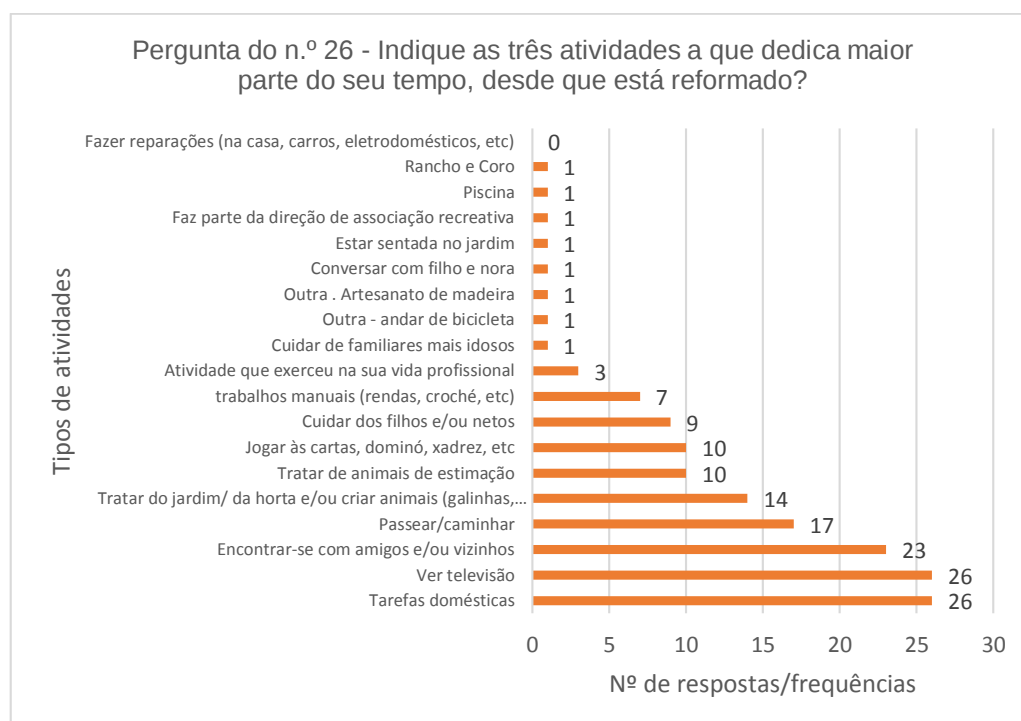
A principal conclusão a retirar é que a vida quotidiana dos idosos contém, de modo geral, muitas poucas oportunidades de interagir com outros indivíduos, que não sejam familiares, amigos e vizinhos da localidade. Numa escala de 1 a 6, em que 1 representa um contato diário e 6 a ausência total de contato, verifica-se, a partir dos valores medianos, que os principais lugares a partir dos quais podem manter ou desenvolver a sua sociabilidade são a igreja (valor mediano de 2), ida ao café (valor mediano de 1), visitar pessoas doentes (valor mediano de 5), centro de saúde (valor mediano de 5), fisioterapia (valor mediano de 5). Para além destes lugares, as únicas oportunidades de encontros com outros que sejam (ou se possam tornar) significativos são as visitas que os inquiridos fazem aos amigos e a pessoas doentes, as idas ao centro de saúde e à fisioterapia, e as visitas que recebem do padre. Contudo, estes tipos de interação social ocorrem de modo muito esporádico (o valor mediano encontrado é 5, equivalente a “algumas vezes por ano”). Os inquiridos, no seu conjunto, indicaram que nunca frequentam nem os equipamentos culturais (biblioteca, cinema, teatro, concertos), nem os equipamentos desportivos (piscinas, ginásio), nem a universidade sénior ou a associação recreativa. Também não participam em atividades de voluntariado (Vide, Anexo 6, questão n.º 25).

De facto e de acordo com a análise do gráfico n.º 8, as três atividades mais frequentemente assinaladas pelos reformados, tomadas no seu conjunto, são “ocupar-

se das *tarefas domésticas*”, “*ver televisão*” (ambas com 49,1 %) e “*encontra-se com amigos e/ou vizinhos*”. Com algum significado (embora já apenas para pouco mais de um terço dos inquiridos), figuram dois tipos de ocupação que se afastam da mera manutenção da vida biológica: um que pode eventualmente, não forçosamente, propiciar alguns contatos sociais, a saber “*passar/caminhar*” (assinalado por 32,1 % dos inquiridos); outro com uma dimensão de produção ou de ação sobre o meio envolvente que é “*tratar do jardim/da horta e/ou criar animais*” (indicado por 26,4 % dos inquiridos).

As atividades que envolvem uma componente relacional forte e/ou potenciam a preservação do sentimento de utilidade social tem uma expressão bem mais moderada. A título de exemplo, salientam-se as seguintes: “*cuidar dos filhos e/ou netos*” com 17 %, “*tratar de animais de estimação*”, com 18,9 %, “*jogar às cartas, dominó, xadrez*”, com 18,9 %, “*trabalhos manuais*” (rendas, croché, etc) com 13,2 %.

Gráfico 8 - As três atividades a que dedica a maior parte do seu tempo, desde que está reformado



Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Na questão “ *Considera que após a passagem à reforma, as pessoas deveriam ter oportunidade de participar numa atividade útil?*”, trinta cinco dos inquiridos responderam afirmativamente e dois negativamente.

O tempo de reforma pode ser rentabilizado dedicando algum dele ao voluntariado, sendo esta uma forma de a pessoa se sentir útil socialmente.

Nos dias de hoje, são muitos os idosos que dedicam parte do seu tempo a ações de voluntariado, o que vem contrariar a ideia do senso comum dos que se referem aos velhos como sendo um peso para a sociedade e para o erário público.

Os idosos através do voluntariado transmitem sabedoria, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo de uma vida, sendo uma mais-valia para quem usufrui dos seus cuidados ou para quem com eles se relacionem. Muitos idosos são o suporte e retaguarda dos filhos, uma vez que cuidam dos netos, tendo assim uma importante função social nas famílias do século XXI. Segundo o parecer de Paúl (2005:281):“...o suporte prestado aos filhos pode mesmo ser maior do que o recebido pelos idosos, assumindo diversas formas entre as quais destacamos a assistência prestada aos netos...”

O voluntariado é também importante na medida em que permite aos idosos uma participação ativa na sociedade, com efeitos significativos em termos de preservação da sua saúde e seu bem-estar.

Quadro 38 - Considera que após a passagem à reforma, as pessoas deveriam ter oportunidade de participar numa atividade útil?

Pergunta do inquérito n.º 31 - Considera que após a passagem à reforma, as pessoas deveriam ter oportunidade de participar numa atividade útil?		N	%	% válida	% acumulativa
Válido	Sim	35	66,0	94,6	94,6
	Não	2	3,8	5,4	100,0
	Total	37	69,8	100,0	
Ausente	Sistema	16	30,2		
Total		53	100,0		

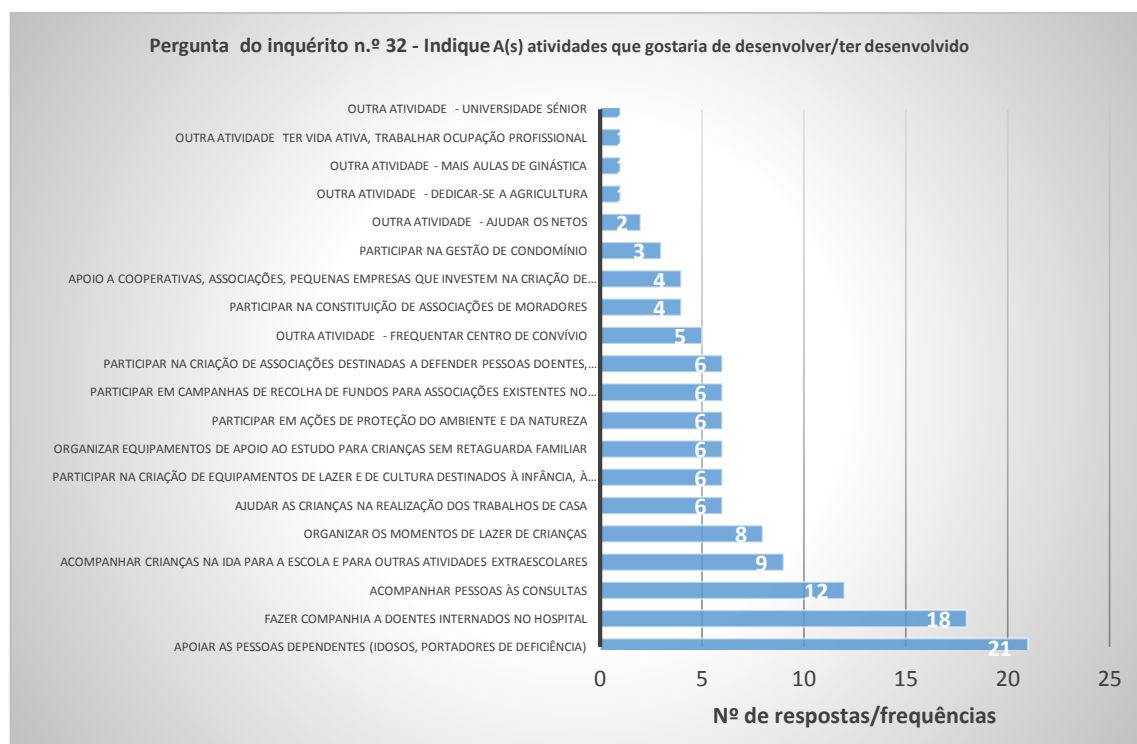
Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

De acordo com a informação apresentada no gráfico seguinte (Gráfico n.º 9), as cinco principais preferências dos idosos no que se refere às atividades que gostaria de desenvolver, vinte e uma pessoas referiram que gostariam de apoiar as pessoas dependentes (idosos, portadores de deficiência), dezoito pessoas optariam por fazer companhia a doentes internados no hospital, enquanto doze gostariam de acompanhar pessoas às consultas, nove pessoas disponibilizar-se-iam para acompanhar crianças

na ida para a escola e para outras atividades extraescolares, oito optariam por organizar os momentos de lazer de crianças.

A participação em ações de proteção do ambiente e da natureza foi indicada por seis respondentes e a implicação no desenvolvimento de dinâmicas associativas têm frequências pouco significativas; a organização de equipamentos de lazer e de cultura destinados à infância, à juventude e adultos e o apoio ao estudo para crianças sem retaguarda familiar tem ambas a preferência de seis inquiridos; participação na constituição de associações de moradores tem quatro inquiridos; apoio a cooperativas, associações, pequenas empresas que investem na criação de emprego tem quatro inquiridos; a gestão de condomínio tem três inquiridos.

Gráfico 9 - As atividade (s) que gostaria de desenvolver/ter desenvolvido



Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Estes resultados deixam claro o desinvestimento dos decisores políticos e da sociedade civil face à população idosa, manifesta pela ausência de serviços, projetos e infraestruturas com respostas integradas e inovadoras que rentabilizem os recursos, conhecimentos, *know-how*, que esta população mais envelhecida adquiriu ao longo da suas trajetórias de vida. Urge mudar o discurso associado ao idadismo, que segrega esta camada da população, e a rotula de inativa e improdutivo. Estes são estereótipos

que em nada dignificam estas pessoas. Elas deviam continuar a ser membros ativos em associações de âmbito social, cultural e recreativo. Nos tempos que correm de austeridade elas continuam a ser uma ajuda inestimável para os filhos, quer a nível do apoio económico, quer insubstituíveis na já mencionada retaguarda aos netos. Em Jovim seria interessante rentabilizar este capital de experiência e *know-how* dos mais velhos no sentido de preservar as atividades económicas tradicionais (artes e ofícios) que ainda hoje perduram: é o caso da marcenaria, a arte de trabalhar a filigrana e a joalharia. Se os mais velhos não transmitirem o conhecimento e as técnicas às novas gerações, estas atividades artesanais correm o sério risco de desaparecerem.

7-Serviços existentes destinados à população idosa no concelho

Nos capítulos anteriores apreciamos a importância das redes informais como fatores de proteção (quer no cuidado instrumental, quer na promoção de sociabilidades), seguidamente vamos refletir acerca da importância e necessidade das redes formais de apoio, que com o fenómeno do envelhecimento demográfico, foram progressivamente tornando-se necessárias. Os cuidados prestados por profissionais para a melhoria das condições de vida dos idosos, são necessários quando as redes de sociabilidades primárias são inexistentes ou se encontram enfraquecidas, não conseguindo dar uma resposta adequada às necessidades dos idosos. O Estado tem criado um conjunto de serviços e equipamentos, de forma a abranger as diferentes necessidades e níveis de carência. Assim, foram criados um conjunto de estruturas e serviços de âmbito comunitário que visam facilitar o quotidiano dos idosos e dos seus familiares, tais como: centros de dia, serviços de apoio domiciliário, acolhimento familiar, centros de convívio retardando ou evitando o recurso à institucionalização, *“pois existe (por parte dos idosos e familiares) uma opinião depreciativa generalizada em relação às instituições* (Hespanha, 1993). O recurso à institucionalização em lares só deverá ser opção, quando as demais respostas sociais existentes não conseguirem satisfazer adequadamente as necessidades dos idosos.

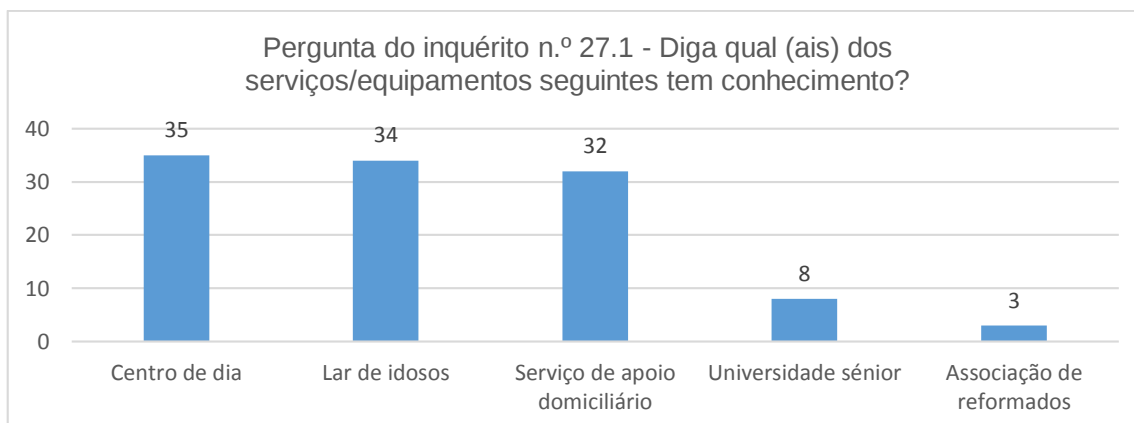
Quadro 39 - Tem conhecimento de serviços ou equipamentos destinados à população idosa que existem no concelho?

Pergunta do inquérito n.º 27- Tem conhecimento de serviços ou equipamentos destinados à população idosa que existem no concelho?		N	%	% válida	% acumulativa
Válido	Sim	35	66,0	76,1	76,1
	Não	11	20,8	23,9	100,0
	Total	46	86,8	100,0	
Ausente	Sistema	7	13,2		
Total		53	100,0		

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Numa primeira fase quisemos auscultar o nível de informação dos indivíduos relativamente ao conhecimento acerca da existência ou não de equipamentos sociais existentes no concelho. Em resposta à pergunta, 66% dos inquiridos disseram ter conhecimento desses equipamentos e 20,8 % dos inquiridos verbalizaram total desconhecimento (cfr. quadro n.º 39).

Gráfico 10 - Diga qual (ais) dos serviços/equipamentos seguintes tem conhecimento?



Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Das pessoas que assinalaram ter conhecimento da existência de equipamentos/serviços para idosos, conforme o gráfico n.º 10, trinta e cinco pessoas assinalaram ter conhecimento da existência de centros de dia, trinta e quatro pessoas de lar(es) de idosos, trinta e duas pessoas de serviço de apoio domiciliário, oito pessoas assinalaram ter conhecimento da universidade sénior e, por último, três pessoas sabiam da existência da associação de reformados. Ninguém tinha conhecimento da existência das respostas social de famílias de acolhimento, nem de unidades de cuidados continuados.

Quadro 40 - Já recorreu a alguns destes serviços ou equipamentos?

Pergunta n.º 28 - Já recorreu a alguns destes serviços ou equipamentos?		N	%	% válida	% acumulativa
Válido	Sim	9	17,0	28,1	28,1
	Não	23	43,4	71,9	100,0
	Total	32	60,4	100,0	
Ausente	Sistema	21	39,6		
Total		53	100,0		

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Apenas nove pessoas (quadro n.º 40) responderam ter recorrido a estes serviços ou equipamentos: uma pessoa diz já ter frequentado o centro de dia, cinco usufruíram dos serviços de apoio domiciliário, duas pessoas declararam ter recorrido a outro tipo de serviços que não os mencionados, especificamente: uma recorreu ao serviço de uma empregada a nível particular e outro recorreu ao apoio de um vizinho.

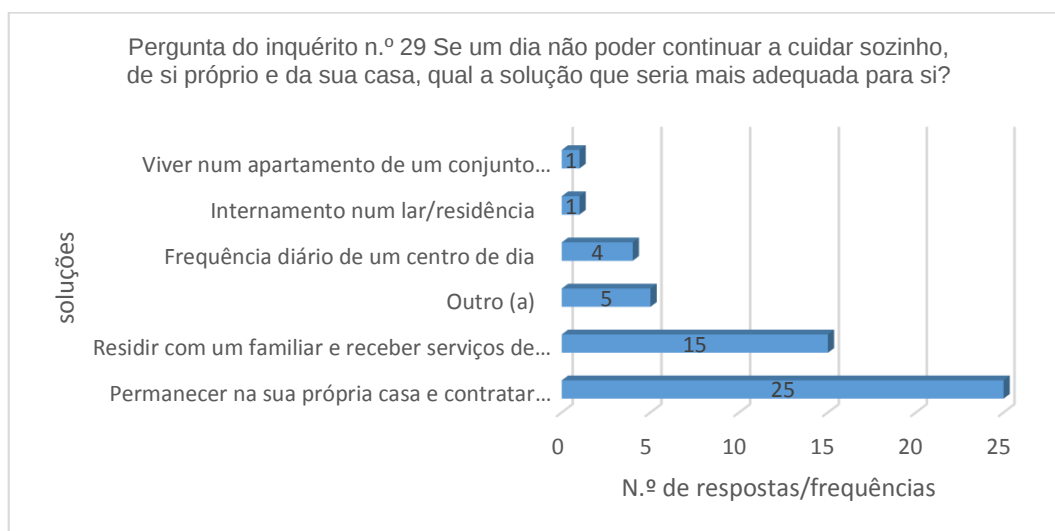
Quadro 41 - Grau de satisfação/insatisfação relativamente aos serviços prestados

Pergunta n.º 28.2 - Se respondeu sim na questão anterior, da lista a seguir indique o seu grau de satisfação/insatisfação relativamente aos serviços prestados	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito
Centro de dia			1
Serviço de apoio domiciliário	1	1	3
Outro (Empregada particular e recurso à vizinho			3

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

Relativamente ao grau de satisfação com os serviços (cfr. quadro n.º 41), uma pessoa diz estar satisfeita com o serviço prestado pelo centro de dia. No que respeita ao serviços de apoio domiciliário, três pessoas disseram ter ficado satisfeitas com os serviços prestados, uma pessoa ficou muito insatisfeita e outra insatisfeita. Outras três declararam sentirem-se satisfeitas com o recurso a emprega particular e aos cuidados prestados por um vizinho.

Gráfico 11 - Se um dia não poder continuar a cuidar sozinho, de si próprio e da sua casa, qual a solução que seria mais adequada para si?



Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

À questão presente no gráfico n.º 11 – “Se um dia não poder continuar a cuidar sozinho, de si próprio e da sua casa, qual a solução que seria mais adequada para si?”, uma pessoa respondeu que a solução mais adequada seria o internamento num lar/residência; a frequência diária de um centro de dia revelou-se a resposta para quatro pessoas; vinte e cinco dos inquiridos optariam por permanecer na sua própria casa e contratar serviços de apoio ao domicílio; quinze dos inquiridos escolheriam residir com um familiar e receber serviços de apoio no domicílio; finalmente um inquirido optaria por viver num apartamento de um conjunto residencial com serviços de apoio. Cinco inquiridos referiram outras soluções que não as anteriores que passam por: ficar em casa com os filhos, sendo estes a proporcionar todo o apoio necessário sem o recurso a serviços externos, uma vez que quando se encontra doente, os filhos já lhes prestam apoio, fazendo-o de uma forma rotativa; outra pessoa optaria pela frequência de um centro de convívio; ou inquirido optaria por residir na sua própria casa, recorrendo ao apoio dos filhos; outro dos indivíduos inquiridos escolheria viver com a filha, sendo esta a prestar-lhe todo o apoio necessário.

Destaca-se a opção dos inquiridos pela permanência na sua residência (45 respostas). Esta escolha reflete o cariz protetor e a sensação acolhedora que a sua casa lhe traz. Uma casa não é apenas um edifício, são as lembranças e os afetos que evoca o lugar onde possivelmente foi feliz, onde, por exemplo, cresceram os filhos...Os inquiridos

revelaram igualmente preferência por serem os filhos os seus cuidadores preservando deste modo os laços de solidariedade primária. Esta opção por serem os filhos a prestarem os cuidados pode dever-se ao facto dos idosos desejarem preservar a sua intimidade e as suas memórias, querendo estar na privacidade e aconchego do seu lar, com pessoas que lhe são próximas e com as quais desenvolveu laços afetivos. Provavelmente sentir-se-iam constrangidos perante uma pessoa estranha a prestar-lhe os cuidados ou/e num local impessoal e frio de afetos.

Nesta fase da vida, as pessoas tomam consciência das suas limitações: quer a nível da sua função cognitiva pois o pensamento torna-se mais confuso, a memória já não é a mesma quer ao nível da independência, pois a vitalidade física diminui, ou seja, a mobilidade progressivamente vai-se deteriorando. Há que cuidar do corpo e da mente, ou seja, das funções físicas e cognitivas. Epinay (1993:18) designa esta fase da vida como a “*vida a cuidar*” ou a “*aprendizagem do envelhecer*”.

Também é nesta fase que surge a necessidade de perspetivar de como será a sua vida quando sozinhos se já não forem capazes de cuidar de si e necessitarem do apoio de outros.

Quadro 42 - No caso de não poder contar com os seus familiares, gostaria de poder contar com a presença regular de alguém

Pergunta do inquérito n.º 30- No caso de não poder contar com os seus familiares, gostaria de poder contar com a presença regular de alguém, que:	N
O/a acompanhe as consultas médicas	43
O/a acompanhe quando precisa de realizar uma compra	42
Venha conversar diariamente consigo	40
Possa ajudar para efetuar as compras necessárias para o dia-a-dia	39
Permaneça na sua casa durante a noite quando se sente adoentado ou mais cansado	37
O/a acompanhe para sair de casa ou passear	36
O/a acompanhe para visitar vizinhos e amigos	33
Venha regularmente ler-lhe um jornal ou um livro	23
O leve a assistir regularmente a filmes, concertos, serviços religiosos, etc	20
Lhe possibilite o acesso regular a uma atividade do seu interesse e que aumente os seus conhecimentos	17
Outra (fazer alimentação)	1

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

De acordo com os resultados das frequências obtidas (cfr quadro n.º 42), destacam-se nos dois primeiros lugares da tabela, ordenada decrescentemente por número de frequência, que são atividades de apoio instrumental como o acompanhamento as consultas médicas, (com a frequência de 43 respostas), que revelam a importância dada

às questões da saúde. Tal é uma consequência da consciência da fragilidade. Outra necessidade de apoio instrumental é a que remete para a realização de uma compra mais avultada e de maior responsabilidade, o que pode refletir a consciencialização de tendencialmente o grau de independência nas atividades instrumentais da vida diária pode, diminuir com o avançar da idade. Em terceiro lugar (com 40 de frequência) os inquiridos dão importância ao facto de precisarem de alguém para conversar diariamente, o que indicia a importância das sociabilidades para não se sentir sozinho. Segue-se a necessidade de apoio para efetuar as compras necessárias para o dia-a-dia, (com 39 respostas), o que reitera a já mencionada consciencialização para a perda progressiva de funções ligadas à autonomia e a independência (em particular à mobilidade). Seguidamente surge a necessidade de que alguém permaneça na sua casa durante a noite quando se sente adoentado ou mais cansado: trinta e sete pessoas gostariam de usufruir deste tipo de apoio na situação de doença ou força diminuídas.

As necessidades de companhia para sair de casa/passear (36 respostas) ou para visitar vizinhos e amigos (33 respostas) revelam a importância das redes de sociabilidade primária e a sua função de proteção que a preservação destes laços pode assegurar. Vinte e três (23) pessoas consideraram importante a presença de alguém para lhes ler regularmente um jornal ou um livro. Nos últimos lugares da tabela, aparecem com menor número de frequência a presença de alguém que os leve a assistir regularmente a filmes, concertos, serviços religiosos (20 pessoas) e lhe possibilite o acesso regular a uma atividade do seu interesse e que aumente os seus conhecimentos (17 pessoas).

O supramencionado, vem de encontro às respostas dadas no capítulo 6 da parte II, em que os inquiridos, no seu conjunto, indicaram que nunca frequentam nem os equipamentos culturais (biblioteca, cinema, teatro, concertos), nem os equipamentos desportivos (piscinas, ginásio), nem a universidade sénior ou a associação recreativa.

Como foi mencionado nesse capítulo, o aparente desinteresse por estas atividades pode prender-se com as trajetórias e experiências de vida dos inquiridos para quem a vida laboral começou precocemente, secundarizando a sua instrução formal. No entanto, estas atividades provavelmente nunca antes experimentadas podem ser enriquecedoras para os idosos no sentido de lhes proporcionamos novas experiências e outras aprendizagens. Sendo fulcral proporcionar-lhes oportunidades de participação nas mesmas durante o processo de envelhecimento.

Mais uma vez confirmamos que os recursos económicos, intelectuais e culturais, adquiridos ao longo da vida, conduzirão maioritariamente entre os idosos a uma vivência

da reforma sob a forma de retraimento social, se nada for feito ao nível da intervenção social gerontológica neste território.

Quadro 43 - Estaria disposto a pagar algo para ter acesso a estes serviços?

Pergunta do inquérito n.º 30-1-Estaria disposto a pagar algo para ter acesso a estes serviços?		N	%
Válido	Sim	21	39,6
	Não	29	54,7
	Total	50	94,3
Ausente	Sistema	3	5,7
Total		53	100,0

Fonte: Inquérito aplicado em Jovim

A questão formulada “*Estaria disposto a pagar algo para ter acesso a estes serviços?*”, vinte e uma pessoas responderam que sim e vinte e nove responderam que não, vinte e sete destas últimas mencionaram que seria por motivos de dificuldades económicas e uma pessoa respondeu que não pagaria porque não sentia à vontade com uma pessoa desconhecida (cfr. questão nº 30.2. - *Se respondeu não na questão anterior, diga qual(ais) os motivos*).

III – Projeto – “Artes e Afetos”

1-Necessidades/Problemas identificados pelo Diagnóstico

Pretendo construir um plano de intervenção gerontológico em função das necessidades, problemas e potencialidades identificadas no diagnóstico gerontológico apresentados e descritos, de forma sucinta, no quadro seguinte (quadro nº 44).

Quadro 44 – Identificação dos problemas, causas prováveis e potencialidades

Problemas	Causas prováveis	Potencialidades presentes (recursos)
Diminuição dos recursos económicos com a passagem à reforma	Exercício de profissões pouco qualificadas e com baixos salários; que dão origem a pensões de reforma baixas acrescida de aumento de despesas de saúde	Bens (v.g. casa, carro) e poupanças adquiridos ao longo da vida profissional.
Baixa participação em atividades promotoras de sociabilidades	- Trajetórias de vida marcadas pela pobreza e restrição económica, que dificultaram o acesso a bens culturais; - Fraca iniciativa de mobilização por parte dos profissionais das estruturas existentes (equipamentos sociais, culturais, desportivos e recreativos)	Existência de associações/organizações de âmbito social, cultural, desportivo e recreativo.
Risco de isolamento/social e sentimento de solidão	- Barreiras arquitetónicas no interior e exterior das habitações; - Orografia da localidade com acentuados declives; - Inexistência de espaços exteriores v.g. parque, jardim (promotores de sociabilidades); - Perda de papéis sociais e a deterioração da definição identitária do idoso,	- Apoio do cônjuge; - Proximidade geográfica dos filhos e netos; - Relações de proximidade com amigos e vizinhos; - Conhecimentos e saberes de ofício que podem ser transmitidos aos indivíduos que pertencem a outras gerações.
Situações que colocam em risco a segurança do idoso	Existência de barreiras arquitetónicas, quer nas habitações, quer no espaço envolvente v.g., passeios, degraus	Entidades responsáveis pela manutenção e valorização dos espaços exteriores e obras de melhoramento nas habitações, v.g. Câmara Municipal, Junta de Freguesia atentas ao problema.
Fraca participação social	- Poder de mobilização diminuído; baixa escolaridade; - Inexistência de grupos de voluntariado; - Ausência de projetos comunitários que envolvam a população idosa - Passividade resultante da falta de oportunidades dos idosos se integrarem socialmente.	- Existência de associações/organizações de âmbito social, cultural, desportivo e recreativo, que podem envolver a participação de diferentes grupos etários; - Conhecimentos por parte das pessoas idosas no domínio dos saberes práticos das artes da filigrana, joalheria e marcenaria - Disponibilidade dos idosos para o trabalho voluntário (v.g., acompanhamento de doentes, crianças...).
Baixa participação em atividades físicas e cognitivas estimulantes	- Trajetórias de vida marcadas pela pobreza e restrição económica, que dificultaram o acesso bens culturais; - Fraca iniciativa de mobilização por parte dos profissionais, das estruturas existentes (sociais, culturais, desportivos e recreativos)	Existência de associações/organizações de âmbito social, cultural, desportivo e recreativo

A metodologia de projeto através da elaboração do diagnóstico permitiu-nos identificar os problemas, recursos / oportunidades (cfr. quadro n.º 44) sentidos pela população idosa e interpretá-los pela identificação dos fatores que poderão estar na sua origem.

Uma das vulnerabilidades detetadas através do diagnóstico gerontológico prende-se com a dimensão económica: maioritariamente os nossos inquiridos subsistem com baixas pensões de reforma, auferindo uma média mensal de 425,83€, valor inferior ao salário mínimo nacional. As baixas pensões constituem, na sua grande maioria, a única fonte de rendimentos e são consequência de uma vida de trabalho com baixos níveis salariais, fruto do exercício de profissões pouco qualificadas. Até porque se trata de uma população pouco escolarizada. Face a esta realidade em que os comportamentos quotidianos das pessoas se definem pela realização das atividades básicas da vida diária, (v.g, alimentação, sono, higiene corporal etc.), subalternizando a dimensão social e relacional, privam-se de bens e padrões de consumo através dos quais possam satisfazer as suas necessidades culturais e relacionais. Podemos concluir que os idosos inquiridos em Jovim vivem sobretudo a reforma sob a forma de reforma-retraimento (Guillemard, 1972:35-43). As dificuldades de ordem económica, também, poderão estar na origem da pouca participação dos inquiridos nas atividades associativas. Embora o custo monetário para frequência das mesmas seja um valor simbólico, para grande parte dos inquiridos significava um sacrifício acrescido, uma vez aproximadamente 70 % da totalidade dos inquiridos responderam que tinham “*extrema dificuldade*” ou “*muita dificuldade*” (questão n.º 19 do inquérito) em fazer com que o dinheiro chegue até ao fim do mês. O facto de os idosos não terem acumulado, ao longo da sua vida, diversos tipos de bens materiais e imateriais: rendimentos, níveis de instrução, elevadas competências profissionais e sociais, autonomia no exercício da atividade profissional, diminuíram as oportunidades de vivenciar a reforma noutro registo diferente da morte social.

Verificou-se, através da análise do diagnóstico, que uma elevada percentagem dos inquiridos optaria por passar as fases do seu processo de envelhecimento no seu domicílio, perto dos seus familiares e amigos e integrados na sua habitação na comunidade de pertença. Constatamos, pelo diagnóstico, que as suas redes de sociabilidades se limitavam aos contatos com familiares, amigos, vizinhos, sendo que os seus espaços de sociabilidade se limitavam à frequência do café e da igreja e que o seu tempo era distribuído entre a televisão, as tarefas domésticas e as conversas com os amigos. A fraca adesão dos inquiridos à frequência de atividades de âmbito social, desportivo, recreativo e cultural⁵⁸ propostas pelos diversos equipamentos, contrasta

⁵⁸ Nas respostas à pergunta 25 “Indique a frequência e o tempo que dedica aos seguintes contactos - Associação recreativa?”, apenas aproximadamente 20% dos inquiridos referiu frequentar associação recreativa. Das onze pessoas

com a oferta proporcionada pelas associações locais uma vez que há um leque diversificado de atividades promovidas pelas mesmas. Esta questão remete-nos para uma reflexão relativamente às atividades oferecidas pelas organizações/associações aos idosos. Como afirma R. Sennett (citado por Gross, 2009:84), uma das fontes do amor-próprio (ou respeito por si próprio) ou da autoestima reside no desenvolvimento de talentos ou competências, sendo crucial que sejam propostas aos idosos condições de efetiva descoberta e aprendizagem, nomeadamente na área cultural e que estas atividades sejam encaradas como promotoras de sociabilidades. *“É decisivo que as atividades deixem de refletir as baixas expectativas que existem a respeito dos idosos, em virtude quer da sua condição social, quer derivado a preconceitos que teimam em persistir acerca das possibilidades do idoso em abrir-se para o mundo e aos saberes nesta etapa da vida. Podemos-nos questionar relativamente à baixa ambição dos profissionais que as promovem, não serão estas atividades o reflexo do ainda persistente modo de conceber o envelhecimento mais focado nas perdas do que nas potencialidades dos indivíduos?”* (Gross, 2009:84)

Sabe-se hoje através de estudos (Simões, 1999) que até em idosos atingidos por algum tipo de demência, os esquemas mentais podem ser preservados desde que o seu funcionamento seja frequentemente estimulado. Mais um motivo adicional que reforça a necessidade de proporcionar aos mais velhos atividades que apelem ao uso das suas capacidades cognitivas (v.g., capacidades operatórias, memorização). É precisamente por a idade avançada não provocar o desaparecimento das capacidades de tratamento de informação, que é pertinente promover atividades que fomentem novas descobertas e aprendizagens na velhice. Na linha da autora, formulamos a seguinte questão: porque não apostar no desenvolvimento concertado de atividades de fruição e de produção culturais com a consistência necessária para gerar competências e, simultaneamente, abertas à participação de pessoas de outras gerações, na qualidade de voluntários ou participantes? (Gross, 2009:86).

Outra das vulnerabilidades percecionadas através do diagnóstico gerontológico prende-se com os riscos para a segurança dos idosos (v.g. integridade física), devido à existência de barreiras arquitetónicas no interior (as áreas mais problemáticas são, o acesso à habitação, a casa de banho e a cozinha, mas, elas são igualmente as que oferecem mais oportunidades de melhoria) e exterior das habitações e no meio envolvente. É sabido que *“...condições habitacionais restritivas podem, inclusivamente,*

utilizadoras (vide, anexo 6), duas fazem-no diariamente (sendo que, uma pertence aos órgão de direção), duas semanalmente e sete algumas vezes/ano.

exacerbar o declínio das funções e capacidades, sendo uma determinante para a saúde, a autonomia, a independência e a manutenção das pessoas idosas no seu meio...”(Howden-Chapman, Signal e Crane, 1999, citado por Martin; Santinha; Rito; Almeida, 2012:185)

A existência de degraus, corredores e portas estreitas, escadas interiores, a fraca iluminação, o acesso aos sanitários num outro piso da habitação constituem barreiras que podem favorecer quedas, reduzir a mobilidade, impedindo muitas das vezes os idosos de continuar a residir na sua casa e no habitat, conduzindo por vezes o idoso precocemente à uma situação de institucionalização. A própria área envolvente à habitação também pode constituir barreira, como são exemplos, a falta de arruamentos, a existência de passeios altos e desnivelados, a inexistência de passadeiras, as ruas ingremes, a falta de abrigos para transportes públicos.

Estas barreiras físicas podem ser impeditivas do idoso aceder às suas redes de sociabilidades, quer no seio dos grupos primários v.g., (família, amigos, vizinhos, associações) assim como aos serviços essenciais à sua vida quotidiana), constituindo um fator promotor de isolamento “...*pela incapacidade de superar barreiras físicas que confinam o idoso a um espaço exíguo e de institucionalização prematura, afetando a pessoa idosa, os seus familiares cuidadores e os serviços da comunidade quando, quer barreiras arquitetónicas, quer a ausência de estruturas de apoio necessárias, impedem a apropriada prestação de cuidados...*” (Pynoos, Caraviello e Cícero, 2009, citado por Martin; Santinha; Rito; Almeida, 2012:186).

Alguns dos problemas mais comuns nas habitações podem ser resolvidos: “...*com soluções economicamente acessíveis (custo estimado muito inferior às obras de remodelação profundas) que potenciam a melhoria no desempenho do idoso, a redução de acidentes e apoiam uma vida independente...*” (Pynoos, Caraviello e Cícero, 2009, citado por Martin; Santinha; Rito; Almeida, 2012:187).

Perante potenciais políticas de apoio à adaptação habitacional é recomendável a envolvimento e participação da pessoa idosa no processo de adaptações no seu domicílio e no meio envolvente, no sentido das obras de adaptação irem de encontro às necessidades da pessoa idosa e priorizando-se melhorias rentáveis com impacto positivo na segurança doméstica e na usabilidade.

Assim, reafirma-se: “...*a imprescindível importância de promover e garantir toda uma gama de serviços, cuidados e adaptações funcionais que facilitem a continuidade da pessoa idosa no seu domicílio ou até mesmo na instituição de acolhimento, num amplo*

espectro de situações e graus de dependência...” (Vasunilashorn, Steinman, Liebig e Pynoos, 2012, citado por Martin; Santinha; Rito; Almeida, 2012:180).

Uma das vulnerabilidades detetadas na localidade de Jovim foi a inexistência de um Jardim com sanitários públicos. Penso que a existência deste espaço é importante na comunidade local, uma vez que pode ser um espaço quer de descanso/lazer, assim como promotor de novas sociabilidades com os pares, assim como com outros indivíduos pertencentes a outras gerações. Embora o guia Global: Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) desaconselhe a partilha destes espaços, por causa dos riscos de quedas, fruto de colisões com jovens a andar bicicletas e a praticar *skate*, penso que este problema pode ser debelado, com a construção de ciclovias e um local apropriado para a prática do skate.

2-Programas de ação: a dinamização sociocultural e requalificação habitacional e urbana

De acordo com as necessidades identificadas no diagnóstico elaborado, iremos priorizar duas áreas de intervenção (cujos os efeitos se quer avaliar), definindo-se dois programas de ação: na área da dinamização sociocultural (Programa n.º 1) e a área da habitação e requalificação urbana (Programa n.º 2). Para cada programa irão ser definidas as hipóteses de ação teóricas⁵⁹ e operacionais⁶⁰, formulados os objetivos (gerais e específicos), assim como as ações a promover.

O projeto denominado “Artes e Afetos” decorrerá na localidade de Jovim e é direcionado a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, havendo atividades abertas à participação da população em geral. O projeto será promovido pela JF da União de freguesias de São Cosme (Gondomar), Valbom e Jovim. A equipa técnica será a responsável pela coordenação, planificação, implementação, execução, acompanhamento e avaliação do mesmo. Nessa equipa, a assistente social terá a função de interlocutora e mediadora, junto dos distintos atores sociais participantes no projeto e participará com estes na avaliação do mesmo.

⁵⁹ Visam compreender as situações e que muitas vezes partem de princípios ou pressupostos que têm a função de orientar a experiência.

⁶⁰ Visam modificar as situações. As hipóteses operacionais estão na origem da construção de programas de ação, que visam sistematizar e objetivar o conjunto de experiências que vão ser proporcionadas.

O projeto terá a duração de um ano, a sua prorrogação estará dependente dos resultados da avaliação do mesmo e da verba existente.

Para a concretização do projeto iremos pedir a colaboração de instituições/ organizações que atuam na comunidade local. As parcerias estabelecidas com as associações e a autarquia local serão formalizadas por protocolos, antes da implementação do projeto no terreno. Esta fase preparatória incluirá diversas reuniões com grupos de trabalhos, previamente constituídos, dos quais farão parte os dirigentes associativos, um representante do Centro Social e Paroquial de Jovim (CSPJ) e os representantes da Câmara Municipal e da UF. Nas reuniões serão apresentados os resultados do diagnóstico gerontológico previamente elaborado e o plano de intervenção. Definir-se-á o papel de cada entidade ao nível de disponibilização de recursos materiais, logísticos, humanos e financeiros. Todos os atores devem consciencializar-se que estão ao serviço de um objetivo comum, que é a promoção da qualidade de vida dos idosos, este é o “*ethos*” do projeto, o conjunto de valores que estão subjacentes ao mesmo.

A divulgação do projeto e das atividades ficará a cargo da Junta de Freguesia e das diferentes entidades parceiras, que poderá ser feita através da afixação de cartazes em locais públicos (v.g, centro de saúde, abrigos de autocarros, cafés, igreja); transmissão oral na missa através do pároco; pelo site da Junta de freguesia; nos *media* sociais (*facebook* e outros).

2.1-Programa n.º 1 – Área da dinamização sociocultural

Pelo diagnóstico gerontológico percebemos os baixos níveis de participação dos idosos em atividades culturais, de voluntariado, profissionais. Esta baixa participação ilustra o isolamento social e faz com que vão interiorizando o sentimento de inutilidade, sentindo-se desvalorizados por aqueles com os quais interagem.

Hipótese teórica: Com a passagem à reforma, os idosos sentem-se improdutivos e inúteis. O sentimento de inutilidade surge na sequência da falta de valor e de reconhecimento social por parte dos outros com quais os idosos interagem. Traduzimos esta hipótese teórica em hipóteses operacionais:

- Através da participação em ações de voluntariado, o indivíduo idoso melhora a auto-estima, sente-se valorizado e útil, combatendo os estereótipos existentes que o veem como fardo e inútil para a sociedade.

- Através da participação na dinamização dos *ateliers* das artes da filigrana, joalheria e marcenaria, o reconhecimento da sabedoria derivada da transmissão de conhecimentos e saberes do ofício, contribui para a valorização do idoso, conquistando, o respeito dos indivíduos pertencentes a outras gerações.
- Provocar a saída das pessoas para o desenvolvimento de atividades com crianças, adolescentes, jovens e adultos permite desenvolver laços significativos com indivíduos pertencentes a diversas gerações que são capazes de atenuar o sofrimento e potenciar a valorização e reconhecimento social dos idosos.

Subjacente a este primeiro domínio de análise, destacamos a questão das redes de relacionamento social.

Passando a apresentar uma hipótese teórica que traduzimos em hipóteses operacionais.

Hipótese teórica: A passagem à reforma diminuiu os contatos sociais e as redes de sociabilidade dos indivíduos, potencia o isolamento social e o sentimento de solidão.

Hipóteses operacionais:

- Através do envolvimento dos idosos em atividades desportivas, recreativas e culturais o idoso tem a possibilidade de ampliar as suas oportunidades de socializar com os seus pares e com membros de outras gerações.
- O envolvimento nas dinâmicas das associações/organizações locais amplifica a rede de relações sociais e desenvolve o sentimento de pertença e a participação social dos idosos.
- Através da participação nas atividades promovidas pelas associações/organizações locais e infraestruturas da comunidade, o indivíduo idoso aumenta as oportunidades de aceder a bens culturais aos quais não teve acesso ao longo do seu percurso de vida, permitindo-lhe viver a reforma sob outro registo que não o da reforma retrainento.
- Provocar a entrada dos idosos em associações de voluntários permite (re) tecer positivamente as suas redes de sociabilidades:
 - Pois, além da proteção social, estas associações são espaços de valorização e de reconhecimento social essenciais no seu processo de requalificação identitária.

Nessas associações os idosos devem ser sujeitos e não objetos de ação. Assistimos a organizações que intervêm sem na sua política organizacional criarem condições de participação aos utilizadores. Nesse sentido formulamos a seguinte hipótese teórica:

Hipótese teórica: Organizações/associações geridas de forma tradicional excluem os utilizadores de participar na tomada de decisão sobre os programas de ação que a eles dizem respeito.

Esta hipótese teórica foi traduzida em Hipóteses operacionais:

- A direção das organizações/associações e seus profissionais devem fomentar a implicação dos idosos e associados relativamente ao acesso à informação, processos de tomadas de decisão, regulamentos, atividades sociais, culturais e desportivas nas quais estejam envolvidos.

O programa de dinamização sociocultural diz respeito a um programa concertado de produção e fruição de atividades de âmbito cultural, recreativo, social e desportivo. Os idosos serão implicados na dinamização de atividades que lhes permitam contatar com realidades diferentes das vivenciadas no seu percurso de vida e quotidiano, assim como terão acesso a bens culturais até então inacessíveis, bem como a atividades que lhes proporcionam o contato intergeracional, fomentem a sua valorização e reconhecimento social, essenciais num processo de requalificação identitária, que reforçam o seu sentimento de pertença, potenciador de inclusão social.

Com o objetivo de implementar e executar o programa de dinamização sociocultural e na linha de orientação de Bernet (2004:26) que defende que a animação sociocultural é:“(...) o conjunto de ações realizadas por indivíduos, grupos ou instituições numa comunidade e dentro do âmbito de um território concreto, com o objetivo principal de promover nos seus membros uma atitude de participação ativa no processo do seu próprio desenvolvimento quer social quer cultural (...)”.

Com o objetivo de rentabilizarmos os recursos existentes, solicitamos a colaboração das diferentes associações recreativas, desportivas e culturais de Jovim, com a finalidade de criar dinâmicas internas nas mesmas e fomentar sinergias entre elas.

A área de dinamização sociocultural também irá ter uma componente formativa em que os idosos irão transmitir os seus conhecimentos da arte da marcenaria, filigrana e joalheria a outras gerações da comunidade de Jovim. Contribuindo, desta forma, para a manutenção destas atividades, que continuam a ser relevantes para o desenvolvimento da economia local, o contributo dos idosos para a transmissão dos conhecimentos práticos destas artes será fundamental para evitar a extinção das mesmas. O idoso será um agente privilegiado na transmissão dos saberes, criando uma oportunidade para ser respeitado e valorizado pelos membros das outras gerações.

Sendo a JF da UF de São Cosme (Gondomar), Valbom e Jovim, a entidade promotora do projeto, este só vai ser possível de ser concretizado com a participação de todos: idosos, restante população (indivíduos pertencentes a outras gerações), associações e instituições locais.

Face a multiplicidade de agentes locais envolvidos na conceção no desenvolvimento e promoção das atividades, podemos afirmar que se trata de um projeto de parcerias.

Os sentimentos de inclusão, pertença e utilidade que se pretendem incutir nos idosos, também podem ser promovidos pela criação e dinamização de um banco de voluntariado inexistente até à data em Jovim. Este mecanismo visa responder às expectativas dos idosos expressas no diagnóstico gerontológico, ao manifestarem vontade de dar apoio e serem solidários⁶¹ com outros idosos em estado de vulnerabilidade (v.g, doentes, hospitalizados, pessoas dependentes, acompanhar a consultas)⁶², alguns dos inquiridos também manifestaram vontade de prestar apoio a crianças⁶³. Com a criação do banco de voluntariado, pretende-se também apelar ao sentimento de solidariedade de outros indivíduos pertencentes a outras gerações para com os cidadãos idosos, facultando o acesso ao voluntariado a todos os grupos etários da população.

Objetivos Gerais

- Promover a inclusão dos idosos na comunidade através da promoção de atividades desportivas, culturais e recreativas e da criação e dinamização de grupos de voluntariado, de forma a evitar situações de isolamento social e o sentimento de solidão;
- Elevar o sentimento de autoestima do idoso e promover a participação social, através do envolvimento em atividades de voluntariado e outras que possibilitem a transmissão dos seus saberes (nas artes da filigrana, joalharia e marcenaria), experiências e vivências a outras gerações;

⁶¹ Das trinta (30) pessoas que responderam a questão “*Considera que após a passagem à reforma, as pessoas deveriam ter oportunidade de participar numa atividade útil?*”, trinta e cinco (35) dos inquiridos responderam afirmativamente e dois (2) negativamente.

⁶² As cinco principais preferências dos idosos no que se refere às atividades que gostaria de desenvolver, vinte e uma (21) pessoas referiram que gostariam de apoiar as pessoas dependentes (idosos, portadores de deficiência), dezoito (18) pessoas optariam por fazer companhia a doentes internados no hospital, enquanto doze (12) gostariam de acompanhar pessoas às consultas.

⁶³ Nove (9) pessoas disponibilizar-se-iam para acompanhar crianças na ida para a escola e para outras atividades extraescolares, oito (8) optariam por organizar os momentos de lazer de crianças.

- Estimular o desenvolvimento/manutenção das capacidades físicas e cognitivas do idoso através da participação em atividades que lhes proporcionem satisfação e promovam um envelhecimento bem-sucedido;
- Favorecer o clima relacional satisfatório entre os idosos e indivíduos pertencentes a outras gerações, potenciando valores como o respeito mútuo, a empatia e a entreaajuda;
- Educar para a cidadania, através da promoção de ações de sensibilização que promovam a segurança dos idosos, no sentido de evitar situações que violem a sua integridade física e psíquica;
- Criar oportunidades aos idosos de conhecer outras realidades culturais e sociais, fora do âmbito dos seus hábitos e experiências quotidianas.
- Estabelecimento de parcerias com diferentes associações e entidades locais, de modo a que estas disponibilizem os recursos necessários à concretização do projeto;

Objetivos Específicos

- Participação dos idosos nas atividades desportivas, recreativas e culturais promovidas pelo projeto, de modo a que se concretize a realização das mesmas;
- Criação da “*oficina ao domicílio*”, permitindo facultar aos idosos de baixos recursos económicos, o acesso a serviços de reparação gratuitos, prestados por voluntários, que podem contribuir para elevar os níveis de conforto na habitação (v.g., reparações de carpintaria, pichelaria, eletricidade);
- Frequência de ações de sensibilização de modo a que idosos conheçam os seus direitos, e em situações concretas de violações dos mesmos, saibam utilizar os mecanismos legais existentes no sentido de evitar ou combater situações de violência, abuso ou burla.
- Criação de ateliers de artes e ofícios tradicionais (filigrana, ourivesaria, joalharia e marcenaria), de modo a que os idosos possam transmitir o seu *know-how* a outras gerações, permitindo aos mais novos dar continuidade a estas atividades dinamizadoras da economia local;
- Participar em atividades de âmbito recreativo e cultural, que promovam o contato com outras realidades, com as quais não teve acesso ao longo da sua trajetória de vida nomeadamente, através da deslocação a outras localidades.

Plano de intervenção: as ações a implementar

Embora e como já foi referido este projeto seja direcionado para a população idosa, há atividades abertas à comunidade em geral, envolvendo também as associações locais, tendo por objetivo sensibilizar todos para os problemas vivenciados pelos idosos. Nesta linha, Osório (2004:255) reitera que *“o objetivo central da animação sociocultural é estimular nos indivíduos e na comunidade uma atitude aberta e decidida para se incorporarem nas dinâmicas e nos processos sociais e culturais que os afetam e também para se responsabilizarem na medida que lhes corresponder”*.

As ações do programa serão direcionadas para as áreas da dinamização de atividades socioculturais (culturais, sociais e recreativas) e ações que sensibilizem para a promoção do exercício de cidadania (designado por *“Espaço Cidadão”*) e ainda o desenvolvimento de atividades que visam fomentar a criação e dinamização de voluntariado (designado por *“espaço solidário”*), este espaço integrará a oficina ao domicílio e outras atividades de voluntariado, no âmbito deste programa serão dinamizados ateliers de artes e ofícios tradicionais (filigrana, ourivesaria e marcenaria), (designado por *“espaço dos mestres”*). Uma vez por mês, os idosos irão ser convidados a sair de Jovim para visitar uma cidade ou local, à sua escolha.

Seguidamente iremos apresentá-los com maior detalhe, ao nível das atividades a desenvolver, das parceiras a constituir, dos recursos a mobilizar e dos atores sociais envolvidos.

Para concretizarmos as atividades de âmbito recreativo e cultural solicitaremos a colaboração das associações locais que dinamizam este tipo de atividades, no sentido de integrarmos os idosos nestas atividades e associações. Desta forma rentabilizamos os recursos existentes, quer ao nível de infraestruturas, como ao nível de recursos humanos. A responsabilidade pela execução de cada atividade caberá aos monitores das respetivas associações.

As atividades do programa fora do âmbito das atividades promovidas pelas associações serão dinamizadas no CSPJ (Centro Social e Paroquial de Jovim), equipamento de referência para os idosos, dado já funcionar à quarta-feira um grupo de ginástica neste espaço. Esta instituição, embora possua todas as condições físicas para funcionar como centro de dia ou centro de convívio, embora beneficie de uma localização privilegiada no centro da localidade, encontra-se inativa. Sendo um dos objetivos deste projeto

mobilizar os dirigentes associativos, por forma a abrir este espaço à comunidade em geral e aos idosos em particular.

Iremos no quadro seguinte (quadro n.º 45) apresentar as associações de Jovim com as quais pretendemos estabelecer parcerias, assim como as atividades desenvolvidas por cada uma.

Quadro 45 – Associações locais com as quais pretendemos estabelecer parcerias

Designação da Associação	Atividades desenvolvidas
Clube Recreativo e Desportivo Santa Cruz	Futsal (Juniões, Iniciados, Infantis, Benjamins)
Clube Recreativo Ataense	Futebol de 11 (seniores)
Associação Desportiva Leões Cabanense	Futebol, futsal, ciclismo, dança, Bilhar, jogos de cartas, dominó, damas, xadrez
Rancho Folclórico Santa Cruz	Dança tradicional
Clube de Bilhar Recreativo de Jovim	Bilhar
Clube Náutico de Marecos	Canoagem
Rancho Folclórico e Etnográfico das Lavradeiras de Jovim	Danças e cantares tradicionais
Centro Social, Cultural e Convívio de Jovim	Ginástica
Associação Cultural Geral Independente de Trabalhadores Amadores e Recreativa (ACGITAR)	Ações culturais nas áreas do teatro, dança, exposições temáticas, animação de rua, desporto, dança infantil e juvenil, exposições temáticas, jogos tradicionais, entre outros.
Grupo Desportivo Presa do Monte	Ginástica e futsal

Fonte: Federação das Associações do concelho de Gondomar

É do nosso interesse integrar a população idosa nas atividades promovidas por estas instituições. Muitas destas atividades são por tradição direcionadas às camadas da população mais jovem. Pretendemos que estas modalidades (como é o caso do futsal e da canoagem) abranjam também a camada populacional mais envelhecida: porque além dos benefícios para a saúde dos idosos, acresce a vantagem do convívio intergeracional. Os benefícios da prática desportiva são conhecidos e inquestionáveis: os idosos terão oportunidade de praticar em atividades como canoagem, futsal, futebol e ciclismo. Para estimular as funções cognitivas, os idosos têm a possibilidade de praticar jogos de mesa (damas, xadrez, cartas, dominó) e bilhar. Osório dá ênfase à ideia: *“de que o envelhecimento não tem que se caracterizar pela perda e deterioração.*

Nestas idades, o importante é proporcionar experiências de aprendizagem às pessoas idosas e manter um ambiente rico e estimulante (Idem, Ibidem:255)”.

Parece-nos também relevante criar oportunidades para os idosos participarem em atividades que potenciem o contato com novas realidades tais como o teatro, a dança, a animação de rua, as exposições temáticas ou outras de natureza similar. A participação dos idosos nos jogos tradicionais, assim como nos ranchos folclóricos e cantares tradicionais, são uma oportunidade para eles transmitirem as suas memórias e vivências de infância para as camadas mais jovens e reforçarem os laços intergeracionais.

As atividades serão dinamizadas pelos monitores/professores das associações referidas. Semanalmente dinamizaremos uma tarde animada de baile que decorrerá numa das associações, tendo em vista a promoção do espaço de convívio e alargamento das redes de sociabilidade.

No caso de necessidade do recurso a transporte para a frequência destas atividades, a deslocação dos idosos ficará a cargo das associações e/ou Junta de freguesia, em horários e locais previamente combinados.

A frequência das atividades será sempre a título gratuito para os idosos, sendo financiadas por verbas provenientes da Câmara Municipal. O apoio financeiro do Município é imprescindível para a subsistência destas associações locais, que prestam um inegável serviço público em prol da sociedade civil. O peso da participação do Município na qualidade de *Stakeholder*⁶⁴ neste projeto é inquestionável para a viabilização e futura sustentabilidade do mesmo.

O programa de dinamização sociocultural engloba ainda a promoção de ações de sensibilização que têm como objetivo, prevenir situações de violência física e/ou psíquica. Neste âmbito vários temas irão ser debatidos, tais como os relacionados com o estatuto legal dos idosos, os seus direitos e deveres, a violência doméstica, as medidas preventivas para não serem vítima de assaltos, como evitar abuso financeiro e burla, direitos do consumidores e outras temas sugeridos pelos idosos. Dada a baixa escolaridade da população idosa, esta é mais vulnerável a situações de abuso. Para a dinamização destas ações pontualmente poderá ser pedida a colaboração do GNR, jurista (s) ou outros profissionais, em regime de voluntariado. Este conjunto de ações

⁶⁴ Segundo Bryson (1995), define-se *stakeholder* como sendo “any person, group, or organization that can place a claim on an organization's attention, resources, or output or is affected by that output”.

terá no plano gerontológico a denominação de “*Espaço Cidadão*”, que decorrerá semanalmente (período da tarde) nas instalações do CSPJ.

Relativamente a criação e dinamização do voluntariado (“*espaço solidário*”), para esta atividade pediremos a colaboração do CSPJ, na figura do pároco da freguesia. Sendo um interlocutor privilegiado junto da população local, poderá identificar potenciais candidatos a voluntários e sinalizá-los ou encaminhá-los para a técnica de serviço social. Também poderá sinalizar idosos em situação de doença impeditiva de frequentar as atividades. Os voluntários integrarão o banco de voluntariado e, dependendo do perfil e da vontade manifestada, poderão integrar a já citada “*oficina ao domicílio*”, direcionadas para a população idosa em situação de comprovada carência económica. Prestando apoio aos idosos a nível de pequenas obras e reparações necessárias no domicílio dos mesmos.

O levantamento de cariz socioeconómico será elaborado pelo técnico (a) de serviço social. A “*oficina ao domicílio*” será constituída por idosos e por pessoas de outras idades, com conhecimentos nas áreas ligadas aos pequenos consertos domésticos e obras de pequena dimensão, tais como eletricitas, canalizadores, picheleiros, trabalhadores da construção civil e outros. A mão-de-obra para idosos de baixos recursos económicos é gratuita, por forma a evitar o recurso a serviços especializados onerosos. Contudo, o material necessário ficará a cargo do idoso. A “*oficina ao domicílio*” integrará representantes de varias gerações, o que permitirá rentabilizar os saberes de cada um, promovendo o sentimento de utilidade e de solidariedade.

Outras funções dos voluntários serão a de acompanhar pessoas idosas a consultas médicas quando solicitado e, na indisponibilidade da família, a dar apoio e visitar outros idosos hospitalizados ou no domicílio, que estejam numa situação de mobilidade reduzida ou doentes impedidos de sair de casa.

Outra das atividades do voluntário, consistirá em acompanhar crianças no seu percurso casa-escola, aquando da indisponibilidade dos pais ou nos casos de ausência de retaguarda familiar; participar nos seus momentos de lazer, acompanhando-os por exemplo ao jardim ou parque. As atividades de apoio supracitadas estão em conformidade com as sugeridas pelos idosos no âmbito do inquérito efetuado no diagnóstico gerontológico. O apoio dado aos idosos em situação de vulnerabilidade pode ser de proteção instrumental ou ao nível da preservação das sociabilidades, dependendo das necessidades ou solicitações da pessoa idosa, são exemplo: a realização de pequenas tarefas domésticas, ajuda na toma de medicamentos, fazer compras, ler um livro, conversar, acompanhar num passeio, entre outros. O tipo de apoio

dado pelos voluntários aos idosos vem de encontro às preferências assinaladas pelos inquiridos no inquérito em resposta à pergunta n.º 30 – “*No caso de não poder contar com os familiares, gostaria de poder contar com a presença regular de alguém que:*”.⁶⁵

O acompanhamento é combinado entre a pessoa necessitada e o voluntário, em articulação com o(a) assistente social responsável pelo projeto. Deverá funcionar como complemento ao apoio prestado pela família, ou em caso de indisponibilidade ou ausência da mesma ou ainda inexistência.

No sentido de alargar o leque de contatos sociais e proporcionar aos idosos atividades diferentes das vivenciadas no seu quotidiano ao longo da sua trajetória de vida, irá ser sugerido uma saída com periodicidade mensal com deslocação a uma localidade fora de Jovim (num dos domingos): a data da mesma será decidida de acordo com a conveniência da maioria. Os idosos terão oportunidade de conhecer e visitar uma cidade selecionada pelos mesmos. A visita proporcionar-lhes-á a possibilidade de conhecer a cultura e costumes da cidade através da visita a monumentos, museus e outros locais de interesse ou, ainda, disfrutar de um concerto musical, uma ida ao cinema ou ao teatro, de acordo com o previamente acordado. As atividades podem ser articuladas com o programa de atividades elaborado pelos serviços do Município a visitar. Tal sucede na cidade do Porto, todos os fins-de-semana existe um leque de atividades de índole cultural promovidas pela Câmara (vg. concertos, visitas guiadas a museus e as zonas históricas da cidade, atividades desportivas, etc). Esta atividade mensal permitirá aos idosos conviver num ambiente cosmopolita, contactar com pessoas diferentes e até despertar o seu interesse para outras temáticas até aí ignoradas, alargando os seus horizontes culturais. Em simultâneo, possibilitará o estreitamento de laços entre os idosos da freguesia, será sugerido um piquenique, com a partilha da “*merenda*”. O número de participantes estará limitado ao número de lugares do autocarro que fará o transporte. O transporte e motorista para esta atividade serão providenciados e financiados pela Junta de Freguesia da UF.

⁶⁵ De acordo com os resultados das frequências obtidas (cfr quadro n.º 42), destacam-se as atividades de apoio instrumental como o acompanhamento as consultas médicas, (com a frequência de 43 respostas), seguindo-se da realização de uma compra mais avultada e de maior responsabilidade (com a frequência de 42 respostas); em terceiro lugar (com 40 de frequência) os inquiridos dão importância ao facto de precisarem de alguém para conversar diariamente; segue-se a necessidade de apoio para efetuar as compras necessárias para o dia-a-dia, (com 39 respostas); seguidamente trinta e sete (37) pessoas gostariam de usufruir deste tipo de apoio na situação de doença ou força diminuídas; as necessidades de companhia para sair de casa/passear (36 respostas) ou para visitarem vizinhos e amigos (33 respostas); Vinte e três (23) pessoas consideraram importante a presença de alguém para lhes ler regularmente um jornal ou um livro.

Outra das atividades promovidas pelo projeto e no âmbito da dinamização sociocultural, promoveu-se a criação de *ateliers* de artes e ofícios, (a filigrana, a ourivesaria, a joalheria, a marcenaria) denominado por “*Espaço dos Mestres*”. Contribuirá para a continuidade das atividades económicas com tradição na economia local, a autenticidade, o carácter original da localidade bem como a transmissão de conhecimentos práticos ou saber-fazer.

Os ateliers terão como monitores os idosos com domínio nestas artes, valorizando desta forma o papel social do idoso, enquanto membro útil da sociedade, promovendo o sentimento de respeito pelos demais e autoestima do idoso. Os *ateliers* funcionarão ao sábado durante todo o dia, estando abertos à participação de todos os membros da comunidade interessados em aprender estas artes. A participação nesta atividade está condicionada ao pagamento simbólico de cinco euros (5 €) por dia, montante que terá como finalidade uma gratificação dirigida ao idoso/monitor do *atelier*. Esta ajuda poderá contribuir para uma maior equilíbrio da sua situação financeira. Pois, como constatamos no diagnóstico, uma elevada percentagem dos inquiridos da nossa amostra vivem com baixos rendimentos, sendo este apoio um complemento à sua reforma. Relativamente à aquisição de material para o normal desenvolvimento das sessões formativas, o mesmo será doado por empresários/patrocinadores dos respetivos setores das artes e ofícios. O número máximo de participantes por dia não deverá ultrapassar um grupo de quinze pessoas, por forma a maximizar a aprendizagem. Os *ateliers* funcionarão nas instalações do CSPJ.

As inscrições para todas as atividades desportivas, recreativas e culturais incluídas neste programa serão efetuadas no edifício-sede do projeto, ou seja, no edifício da antiga junta de freguesia de Jovim ou em outro local da conveniência da população idosa, a designar posteriormente. A frequência das atividades dinamizadas no “*espaço cidadão*” – ações de sensibilização e educação para a cidadania é livre, não necessitando de inscrições. Estas atividades não decorrerão em simultâneo com outras atividades do projeto, sendo relevante a adesão do maior número de pessoas possível, dada a pertinência das temáticas abordadas, centradas no exercício de uma cidadania plena.

O facto de existirem atividades de índole desportiva, recreativa e cultural a decorrem em horários simultâneo em diferentes associações, deve-se ao facto de nem todos os idosos vão optar por frequentar as mesmas atividades, existindo um leque extenso e heterogéneo de ofertas nas associações, ajustando-se as distintas preferências pessoais. Os idosos podem participar nas atividades que desejarem, não havendo limite

de atividades que cada idoso pode frequentar, havendo, apenas obrigatoriedade de assiduidade, salvo razões de força maior.

Iremos no quadro seguinte (quadro n.º 46) apresentar a planificação do programa de dinamização sociocultural, referindo as diferentes atividades a desenvolver, os recursos (materiais, financeiros e humanos) afetos às mesmas, necessários à sua execução, assim como as entidades responsáveis pela cedência dos mesmos e custo da atividade para o beneficiário. Outros elementos referentes as atividades e mencionados no quadro seguinte, são o número de participantes, os destinatários, local de realização e atores sociais envolvidos.

Quadro 46 – Planeamento e Intervenção do Programa de dinamização sociocultural

ATIVIDADES	RECURSOS						Destinatários	Atores envolvidos	Locais de realização	N.º de participantes
	Materiais		Financeiros		Humanos					
	Recursos	Responsáveis	Custo para o beneficiário da atividade	Responsáveis	Recursos	Responsáveis				
Atividades culturais e recreativos e desportivas (*)	Transporte (**)	Associação “X” / JF	Gratuito	Câmara Municipal	Monitor / Assistente social	Associação “X” / JF	Idosos	Dirigentes Associativos/Monitores/ Assistente social e idosos	Associação “X”	A definir (***)
Espaço Cidadão	----- --	-----	Gratuito	----- --	Voluntários / Assistente social	Instituições várias (GNR e outras)	Idosos	Assistente social, voluntários idosos	CSPJ (cedência de espaço)	A definir (***)
Visita a outras localidades	Transporte	JF	Gratuito	JF	Assistente Social	JF	Idosos	Motorista, Assistente Social, idosos	A definir (***)	Limitado ao nº de lugares nos autocarros, dependente do nº de inscritos
Constituição de bolsa de Voluntariado	----- --	-----	Gratuito	----- ---	Voluntários / Assistente Social	-----	População em geral	Pároco, Assistente social, população em geral	Domicilio dos idosos / serviços ou instituições	Dependente das necessidades
“Espaço solidariedade” - Atividades desenvolvidas por voluntários (****)	----- -	-----	Gratuito	----- --	Voluntários / Assistente Social	-----	Idosos em situação de vulnerabilidade e crianças s/ retaguarda	Voluntários, idosos e instituições / serviços diversos Assistente social	-----	Dependente das necessidades
“Oficina ao domicilio” / Atividades desenvolvidas por voluntários	Material p/ reparações e obras	Idoso	idoso	----- ---	Voluntários / Assistente Social	-----	Idosos	Idosos, Voluntários Assistente social	Domicilio dos idosos	A definir (***), dependente das solicitações do idoso e da disponibilidade dos voluntários
Atelier “Espaço dos mestres”	Matéria-prima p/ desenvolvi// da atividade	patrocinadores, empresários do setor	5 € (por dia /participante)	Participantes dos workshops	Monitores, Assistente Social	-----	População em geral	idosos, participantes, Assistente social	CSPJ (cedência de espaço)	15 participantes por dia

Fonte: Projeto

(*) - Teatro, animação de rua, Dança tradicional e moderna, cantares tradicionais ciclismo, jogos de cartas, (dominó, damas, xadrez), Bilhar, Canoagem Futsal, Futebol de 11, Ginástica

(**) – Quando a distancia o justificar ; (***) – Dependente do n.º de inscrições ;(****) – Acompanhar pessoas idosos a consultas médicas quando solicitado e na indisponibilidade da família; dar apoio e visitar idosos de Jovim hospitalizados; acompanhar crianças no seu percurso casa-escola, aquando da indisponibilidade dos pais ou/ sem retaguarda familiar; participar nos seus momentos de lazer, acompanhando-os por exemplo ao jardim ou parque; dar apoio e visitar outros idosos que estejam numa situação de mobilidade reduzida ou devido a sua condição de saúde impedidos de sair de casa

2.2-Programa n.º 2 – Reabilitação habitacional e urbana

Outra das áreas por nós eleita para a intervenção é a área de reabilitação habitacional e urbana. Através do diagnóstico gerontológico foram identificados condições precárias de habitabilidade no que respeita à existência de humidade em algumas habitações e assim como se constatou que uma parte significativa das mesmas possuía fraco isolamento térmico. Assim como também se identificou a existência de barreiras arquitetónicas, v.g. (fraca iluminação, existência de degraus quer no interior, quer no exterior das habitações).Face ao exposto formulamos a seguinte hipótese teórica:

Hipótese teórica: As condições de habitação e as condições de conforto dos alojamentos dos idosos podem ter impacto em termos de precarização da saúde e mobilidade dos indivíduos.

Traduzimos esta hipótese teórica em hipóteses operacionais:

- Através da realização de obras de melhoramento é possível criar condições de conforto (isolamento térmico), tornando as casas menos frias no inverno, prevenindo a ocorrência de doenças.
- Através da realização de obras para eliminação de barreiras arquitetónicas no interior e exterior das habitações (eliminar degraus e construir rampas), promovemos a mobilidade e segurança dos idosos.

O diagnóstico gerontológico permitiu-nos ainda apreciar as vulnerabilidades existentes nos espaços envolventes e de acesso às habitações. Foi possível perceber a inexistência e a insuficiência de passeios, a necessidade de obras nos mesmos, as más condições existentes nas calçadas das ruas de acesso quer a habitações, quer a serviços ou equipamentos. Estes constrangimentos dificultam as acessibilidades dos idosos às suas redes de sociabilidades (família, amigos, vizinhos, associações), assim como a serviços indispensáveis à sua vida quotidiana. Apresento uma hipótese teórica que se vai traduzir numa hipótese operacional.

Hipótese teórica: As más condições de acessibilidade local às e das habitações contribuem para o isolamento social, limitando as oportunidades objetivas dos indivíduos conservarem a sua rede de relacionamentos, continuarem a frequentar lugares que foram significativos ao longo da sua vida ou, ainda, acederem, fácil e

rapidamente, a serviços indispensáveis para atender às necessidades de sobrevivência quotidiana ou proteger a saúde.

Hipótese operacional:

- Através da realização de obras públicas de requalificação urbana (procedendo à construção de passeios, realizando obras nos existentes, desnivelando-os; construindo rampas de acesso, corrimões de apoio, colocando bancos para descanso) melhoram-se as acessibilidades quer às habitações, quer aos serviços e equipamentos, promovendo-se o acesso a redes mais efetivas de sociabilidades.

Outra necessidade detetada pela análise do diagnóstico gerontológico e confirmada pessoalmente *in loco*, prende-se com a área da habitação e reabilitação. Um dos problemas observados refere-se à necessidade de eliminar as barreiras arquitetónicas existentes no interior e exterior das habitações (v.g., elevado número de degraus no interior e exterior das habitações) de modo a facilitar as acessibilidades às mesmas. No diagnóstico constatou-se que a quase totalidade das habitações estava desprovida de elevador (88,7%) no acesso às habitações, na grande maioria, existiam quer degraus internos (com número medianos de 15 degraus para as casas unifamiliares), quer degraus externos (com número medianos de 8 degraus para as casas unifamiliares e 10 degraus para acesso aos apartamentos).

Outro dos aspetos que carece de intervenção é a ausência de passeios nas ruas e a necessidade de melhoramentos nos passeios existentes em mau estado. Pois, por exemplo, os passeios muito altos, potenciam quedas, havendo assim necessidade de desnivelamento dos mesmos.

Verificou-se, assim como nas situações anteriores, através da observação direta, a necessidade de intervenção em zonas exteriores, nomeadamente ao nível de infraestruturas: a construção de um jardim, inexistente na freguesia e potenciador de sociabilidades. Acresce que já existe um projeto com terreno para o efeito que nunca foi concretizado.

Em concordância com o Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) a importância da existência espaços verdes é uma das características mais comumente mencionadas como amigáveis dos idosos. As reuniões e eventos para idosos ocorrem em diferentes locais das comunidades, como centros recreativos, escolas, bibliotecas, centros comunitários localizados em bairros residenciais, parques e jardins

O jardim deverá dispor de áreas de descanso, com disponibilidade de bancos para se sentar, ao cansaço natural face a eventuais problemas de saúde e locomoção sentidos pelos mais velhos, acresce o facto das ruas da localidade serem muito íngremes, sentido os idosos, uma necessidade acrescido de descanso.

O guia global: Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) apresenta outras sugestões de melhoramento: A construção de passeios amigos dos idosos, pois o estado dos mesmos tem um impacto direto na capacidade de locomoção do idoso: passeios estreitos, desniveladas, com rachaduras, que sejam muito altos ou apresentem obstáculos, afetam a capacidade dos idosos caminharem pelas ruas e são potencialmente perigosos, podem provocar situações de queda. Outra sugestão é a construção de passeadeiras seguras para peões, pois a capacidade de atravessar a rua em segurança é uma preocupação mencionada com frequência, a colocação de sinais de trânsito, “ilhas” de trânsito e faixas antiderrapantes podem melhorar as condições de travessia. A existência de sanitários públicos adequados, convenientemente localizados, limpos, bem sinalizados e acessíveis a idosos é, em geral, considerada uma importante característica amigável ao idoso. A existência de bancos públicos colocados a intervalos regulares nas ruas, nos abrigos dos transportes públicos e em espaços públicos. Os passeios devem ser desnivelados, bem conservados, com antiderrapantes e amplos o suficiente para acomodar cadeiras de rodas.

Objetivos Gerais do Programa

- Ampliar a segurança dos idosos através da eliminação de barreiras arquitetónicas;
- Promover a qualidade de vida dos idosos através da construção de zonas de descanso e lazer;
- Estabelecimento de parcerias com diferentes associações e entidades locais, de modo a que estas disponibilizem os recursos necessários à concretização do projeto;

Objetivos Específicos

- Identificar as barreiras arquitetónicas existentes, quer no interior, quer no exterior das habitações, que possam colocar em risco a segurança do idoso;

- Eliminar as barreiras arquitetónicas identificadas nos domicílios dos idosos, através da realização de obras no interior e exterior das habitações de forma a evitar quedas e acidentes e a facilitar a mobilidade;
- Construir passeios desnivelados e proceder ao desnivelamento dos existentes, evitando quedas e acidentes;
- Construir corrimões de apoio e bancos para descanso ao longo das ruas de Jovim, de modo a atenuar os efeitos da orografia local (ruas íngremes) que dificultam as acessibilidades;
- Construir rampas onde são inexistentes de modo a facilitar as acessibilidades a associações locais e serviços frequentados assiduamente pelos idosos (v.g, cafés, supermercados, igreja e outros);
- Construir um jardim, equipado com bancos, sanitários públicos e eventualmente outras infraestruturas, facilitando o convívio com os seus pares e outras gerações.

Plano de Intervenção: as ações a implementar

Para a prossecução do programa habitação/reabilitação urbana pediremos a colaboração da Junta de freguesia da UF de São Cosme (Gondomar), Valbom e Jovim e da Câmara Municipal de Gondomar, no que respeita à cedência de material de construção e de recursos humanos para a concretização de obras de melhoramento ou benfeitorias, no interior (tais como, instalação de barras de apoio em locais estratégicos; superfícies antiderrapantes; melhorar a iluminação, principalmente escadarias e corredores de acesso; desobstruir passagens; eliminar ou fixar tapeçaria; identificar ajudas técnicas adequadas que facilitem a realização de tarefas diárias; construir rampas, entre outras) no interior e exterior das habitações. O levantamento das necessidades destas obras será feito casuisticamente pela técnica de serviço social do projeto.

A eliminação ou atenuação dos efeitos nocivos das barreiras arquitetónicas, nas áreas envolventes às habitações como nos arruamentos e passeios, são da competência da CM ou da JF, tal como ficou protocolado. A intervenção incidirá na construção de passeios desnivelados, no desnivelamento dos existentes, no sentido de prevenir situações de quedas e acidentes. Dada a natureza da orografia local e de modo a facilitar as acessibilidades das pessoas, quer às suas habitações bem como o acesso às associações locais e serviços frequentados pelos idosos (v.g, cafés, supermercados,

igreja e outros), estes beneficiarão da construção de rampas e corrimões de apoio. A colocação de bancos para descanso seria outra medida que iria beneficiar os idosos e atenuar o cansaço derivado ao caminhar em subidas íngremes.

Por fim, e devido a inexistência de um jardim, urge colocar em prática o projeto já existente, como é de conhecimento dos habitantes locais. Existe um projeto e terreno há anos por viabilizar, que permitirá ultrapassar esta lacuna e construir um espaço que possibilite o descanso, de modo a que os idosos possam conviver com os seus pares e indivíduos pertencentes a outras gerações, num local aprazível e relaxante. Deverá estar equipado com bancos para descanso e sanitários públicos, uma vez que os idosos potencialmente desenvolvem incontinências e outras doenças. Iremos no quadro seguinte (quadro n.º 47) apresentar a planificação do programa de habitação/reabilitação urbana, referindo as diferentes atividades a desenvolver, os recursos (materiais, financeiros e humanos) afetos às mesmas, necessários à sua execução, assim como as entidades responsáveis pela cedência dos mesmos e custo da atividade para o beneficiário. Outros elementos referentes às atividades e que mencionados no quadro seguinte, são o número de participantes, os destinatários, local de realização e atores sociais envolvidos.

Quadro 47 – Planeamento e Intervenção do Programa de habitação/reabilitação urbana

ATIVIDADES	RECURSOS						Destinatários	Atores envolvidos	Locais de realização	N.º de participantes
	Materiais		Financeiros		Humanos					
	Recursos	Responsáveis	Custo para beneficiário atividade	Responsáveis	Recursos	Responsáveis				
Levantamento das necessidades de melhoramentos / estudos socioeconómicos dos agregados familiares	_____	_____	Gratuito	-----	Assistente social	JF	Idosos	Assistente social e idosos	Domicílios dos idosos	A definir (dependente das sinalizações)
Obras de reabilitação / eliminação de barreiras arquitetónica no interior e exterior das casas /	Material de construção	CM / JF	Gratuito	CM / JF	Assistente social, técnicos JF e CM	CM / JF	Idosos	Assistente social, técnicos da CM e JF, idosos	Domicílios dos idosos (interior e exterior)	A definir dependentes do estudo socioeconómico e necessidades dos idosos
Obras de reabilitação / eliminação de barreiras arquitetónica envolvente às casas, passeios/ruas/ acesso a serviços públicos	Material de construção	CM / JF	Gratuito	CM / JF	Assistente Social Técnicos JF e CM	CM / JF	População em geral, Idosos	Assistente social, técnicos da CM e JF, idosos	Ruas, passeios, acessos aos serviços/ equipamento s e transportes	-----
Construção de jardim (bancos e sanitários)	Material de construção, matéria-prima vegetal	CM / JF	Gratuito	CM / JF	Assistente Social Técnicos JF e CM	CM / JF	População em geral, Idosos	Assistente social, técnicos da CM e JF, idosos	Terreno / construção do jardim	_____

3-Avaliação do Projeto

Todos os atores sociais (associações, CM, JF, monitores que dinamizam as atividades, os próprios idosos e toda a população não idosa que integra o banco de voluntariado e a que participa nos workshops “*Espaço dos Mestres*”) assim como todas as pessoas e instituições envolvidas nas obras de melhoramento e processo de reabilitação irão participar no processo de avaliação e terão toda a liberdade para que sempre que o desejem manifestar a sua opinião relativamente às atividades em que estiveram envolvidos, sugerir melhorias ou até propor outro tipo de atividades. Visa-se a “*avaliação participativa*” (Guerra, 2000:182).

A avaliação de um projeto social, desde do momento do diagnóstico até a avaliação do impacto social que se dá após o término do mesmo, é uma atividade continua, sujeita a constantes reformulações, reajustamentos ou até mudanças de estratégias.

O projeto já conheceu uma primeira fase de avaliação através do diagnóstico gerontológico, com a denominada “*avaliação diagnóstica ou ex-facto*” (Guerra, 2000:195), em que se identificaram as problemáticas, áreas prioritárias de intervenção e recursos locais existentes.

Subsequentemente, pretendemos implementar uma avaliação de acompanhamento ou denominada “*on going*” (Idem, Ibidem:195). O grupo de avaliação é constituído pelo coordenador(a) do projeto (sendo o(a) responsável último/a pela avaliação) e entidades parceiras no projeto (representantes das associações, do CSPJ, da CM e da JF). O grupo reunir-se-á com uma frequência mensal. A reunião será realizada rotativamente na sede de cada entidade parceira e com o propósito de reavaliar os recursos afetos ao projeto e avaliar o grau de adesão dos participantes às atividades. Nesta fase de execução pretende-se num quadro de avaliação sistemática de acompanhamento verificar se as atividades do projeto estão a atingir a população e se estão a assegurar os recursos e serviços programados conforme previsto (Idem, Ibidem:196).

O sucesso do processo de avaliação depende, em larga medida, da capacidade para encontrar indicadores (qualitativos e/ou quantitativos) que meçam o processo e os resultados da avaliação (idem, Ibidem,197).

Os indicadores quantitativos terão como instrumentos de apoio, as folhas de assiduidade que deverão ser assinadas pelos participantes das atividades, no final das mesmas e esta informação relativa à assiduidade será transmitidas na referida reunião.

O indicador quantitativo – assiduidade, vai-nos dar o número de participantes por atividade.

Mas como nem todos os efeitos de uma intervenção são quantitativamente mensuráveis (Idem, Ibidem, 186). No nosso projeto aplicaremos um tipo de avaliação que recorre a indicadores qualitativos e quantitativos, porquanto uma avaliação eficaz deve combinar os aspetos quantitativos e os qualitativos (Idem, Ibidem:186).

Os indicadores qualitativos estão patentes nas opiniões recolhidas aos idosos e restantes participantes nas atividades que irão dar o seu feedback ao coordenador do projeto: por exemplo, relativamente à eficácia da atividade, ao desempenho do monitor, ou à motivação demonstrado pelo grupo para a mesma. Os monitores ou/e responsáveis pelas atividades de forma idêntica darão o seu parecer relativamente a motivação e desempenhos dos participantes nas atividades, apresentando assim o seu entender e sugestões de melhoria. Ele mesmo irá auscultar a opinião dos idosos relativamente ao seu desempenho e ouvir sugestões dos mesmos no sentido de melhorar a dinâmica de grupo e o grau de satisfação proporcionado pela atividade. As opiniões e sugestões serão um indicador qualitativo para a avaliação do projeto. Os idosos que usufruam do apoio de ações de voluntariado e os voluntários irão manifestar o seu parecer relativamente à eficácia das mesmas, o mesmo sucederá no “espaço dos mestres” e no “espaço cidadania”. Também nas atividades relativas às obras de melhoria a realizar nos domicílios dos idosos, o(a) assistente social fará o acompanhamento, através das visitas domiciliárias e observação no local, auscultará a opinião dos idosos e verificará se as obras estão a ser efetuadas de acordo com as necessidades identificadas e caso estas obras estejam concluídas, serão ouvidos os idosos relativamente à eficácia das mesmas.

Todas estas impressões serão comunicadas aos parceiros presentes na reunião mensal. Os responsáveis pela execução das obras (CM e JF) e os representantes das associações darão o seu feedback, que será tido em conta e caso seja necessário iremos tentar perceber no caso das obras, se as verbas afetas estão adequadas ao levantamento das necessidades previstas no projeto, ou se surgiu a necessidade de fazer reajustamentos, e no caso das atividades promovidas pelas associações e financiadas pela CM também importa perceber se há necessidade de reajustamento nas verbas e/ou atividades.

No final do projeto iremos verificar se os objetivos propostos foram atingidos (avaliação final), se os mesmos produziram as mudanças desejadas e quais os resultados não esperados (benéficos ou perversos). Iremos, também quantificar o número de ações

realizadas relativamente às obras nos domicílios dos idosos e comparar com o levantamento efetuado e as necessidades identificadas no sentido de verificar se cumpriram os objetivos previstos. Analisaremos cada objetivo e através dos relatórios e registos realizados ao longo do ano, iremos quantificar as ações realizadas e o número de participantes nas mesmas. Este indicador – assiduidade poderá permitir-nos fazer um balanço da pertinência ou não da justificação da continuidade do projeto e sucesso do mesmo. Após esta avaliação, os resultados serão apresentados às entidades parceiras. Caso o projeto seja bem-sucedido será divulgado como exemplo de boas práticas.

Este método de avaliação por objetivos, de acordo com a taxinomia proposta por Guerra (2000), tem a vantagem de ser prática, mas por vezes é frequente a falta de clarificação e precisão dos objetivos. Tem também a vantagem de haver uma discussão constante de objetivos e finalidades com todos os intervenientes.

4-Considerações éticas e institucionais

Na reunião inicial com os representantes do ISSSP e da UF, ficou acordado que a minha função seria a de elaboração do inquérito e aplicação do mesmo, ficando a cargo da UF a divulgação, contato e seleção dos participantes no inquérito, tendo em conta a amostragem previamente definida. Este acordo não foi cumprido, segundo a UF, devido a constrangimentos colocados à UF por outras instituições não colaborantes. Este processo veio atrasar a aplicação dos inquéritos.

Na minha abordagem direta às pessoas quer na rua, quer nos domicílios encontrava-me devidamente identificada com o colete da JF, e um crachá com o meu nome e logotipo da UF. Explicava-lhes os objetivos do inquérito e solicitava a sua colaboração, sendo necessário assinar uma declaração de consentimento informando, garantindo-lhes o anonimato e confidencialidade da informação, dando-lhes a escolher o local para administração do inquérito: instalações da junta ou domicílio das mesmas, no sentido de evitar desconforto ou desconfiança relativamente à presença de um estranho em casa.

A UF apoiou a divulgação da atividade solicitando ao pároco que divulgasse a mesma na missa dominical. Divulgação essa que fez uma única vez. A junta afixou ainda cartazes apelando à inscrição de pessoas com mais de 65 anos com vista à participação no plano Gerontológico. Foi um processo moroso e desgastante obter a colaboração dos idosos, devido às barreiras provenientes das suas representações sociais, uns

recusavam devido ao facto de eu representar uma instituição política, derivado às suas vivências. Tal situação em fruto do seu descrédito na política e nos seus representantes. Outros não colaboraram por não usufruírem de nenhum tipo de compensação pelo facto de responder ao inquérito, verbalizando (“*o que ganho com isto?*”). Acresce ainda, como fator de morosidade, os critérios previamente estabelecidos na amostra, nomeadamente no número de pessoas a inquirir em função do sexo e da idade, exigindo uma abordagem a um leque mais extenso de pessoas para que os requisitos do sexo e da idade correspondentes fossem preenchidos.

Outras das dificuldades prendeu-se com o facto de o inquérito ser muito extenso, demorando no mínimo, uma hora a ser ministrado, o que causava desconforto, resistência e vontade manifesta de desistência nos inquiridos. Para conseguir finalizar os inquéritos, tinha que fazer uso da capacidade de argumentação. Havendo uma área no inquérito em que se auscultava as fontes de rendimentos, assim como os valores dos mesmos, as pessoas ficavam desconfiadas. Temiam ser de alguma forma, ao fornecer essas informações, prejudicadas, facultaram-me rendimentos provenientes de reformas (quando existente), ocultando-me (se existentes) rendimentos provenientes de outras fontes como poupanças, trabalho, subsídios e ajuda de terceiros. Sendo uma área sensível, as pessoas não se queriam expor.

Fiquei com a percepção, através de verbalizações dos inquiridos, que as pessoas responderam ao inquérito na expectativa de eu poder desencadear mecanismos que lhes permitisse ultrapassar os problemas sentidos quer a nível familiar e pessoal, quer a nível dos constrangimentos locais da freguesia de Jovim.

Um fator positivo foi o contato direto com as pessoas, maioritariamente, nos seus domicílios, o que me permitiu conhecer num contexto de proximidade, as suas necessidades, vulnerabilidades, recursos e potencialidades, assistindo, por exemplo, a mulheres inquiridas a trabalhar a arte da filigrana e homens inquiridos a esculpir objetos em madeira trabalhando como marceneiros.

O facto de na freguesia me deslocar sempre a pé para localizar ruas, lugares e domicílios de potenciais inquiridos, permitiu-me interagir com a população em geral e assim observar as dinâmicas locais assim como conhecer os recursos e vulnerabilidades de Jovim.

O conhecimento da realidade de Jovim ao nível dos seus recursos e constrangimentos, assim como a identificação de áreas prioritárias de intervenção manifestas no diagnóstico também identificadas a partir da observação direta, permitiu-me construir um plano gerontológico que poderia ser aplicado nesta freguesia. No entanto, o facto

deste plano ser um exercício meramente académico faz-me sentir alguma frustração, pois não será um instrumento potenciador de mudança no quotidiano dos idosos de Jovim. Outra das considerações éticas pertinentes prende-se com o facto de não devermos fazer estudos que não sejam traduzidos em intervenções que visem melhorar as condições de vida das pessoas. No caso deste trabalho de projeto, ele surgiu porque a UF tinha por objetivo a construção de um plano gerontológico para a mesma, tendo como suporte o diagnóstico gerontológico efetuado.

5-Cronogramas

Cronograma – operacionalização temporal do Diagnóstico Gerontológico

Meses	Maio 2014	Junho 2014	Julho 14	Agosto 14	Setembro 2014	Outubro 14	Novembro 2014	Dezembro 2014	Janeiro 2015	Fevereiro 2015	Março 2015	Abril 2015	Maio 2015	Junho 2015	Julho 2015	Agosto 15	Setembro 15	Outubro 2015	Novembro 2015	Dezembro 2015
atividades																				
Protocolo																				
Reuniões preparativas UF / ISSSP																				
Elaboração do inquérito																				
Pré-teste																				
Divulgação por parte da UF																				
Administração dos inquéritos																				
Férias																				
Inserção no SPSS dos dados																				
Agrupamento de dados																				
Estatística descritiva																				
Análise, interpretação, correlações																				
Pesquisa teórica																				
Elaboração de projeto de intervenção																				
Sistematização dos conteúdos																				
Defesa do trabalho de projeto																				
Reuniões com o (a) orientador(a) ISSSP																				

Cronograma – operacionalização temporal do Plano Gerontológico

Atividades	Out 2015	Nov 2015	Dez 2015	Jan 2016	Fev 2016	Mar 2016	Abril 2016	Mai 2016	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016	Set 2016	Out 2016	Nov 2016
Reuniões preparatórias com eventuais parceiros do projeto														
Apresentação dos resultados do Diagnostico Gerontológico a potenciais entidades parceiras														
Estabelecimento de parcerias e formalização de protocolos														
Divulgação do projeto / Inscrição nas atividade														
Atividades culturais e recreativos e desportivas														
Espaço Cidadão														
Passeio mensal														
Constituição de bolsa de Voluntariado														
Atividades desenvolvidas por voluntários														
Oficina ao domicilio /														
Atelier "Espaço dos mestres"														
Angariação de patrocínios para o "Espaço Mestre"														
Levantamento das necessidades de melhoramentos / estudos socioeconómicos dos agregados familiares														
Obras de reabilitação / eliminação de barreiras arquitetónica no interior e exterior das casas /														
Obras reabilitação / eliminação de barreiras arquitetónica envolvente às casas, passeios/ruas/ acesso a serviços públicos														
Construção de jardim (bancos e sanitários)														
Acompanhamento das atividades pela Assistente social														
Acompanhamento das obras dos domicílios dos idosos através de visitas domiciliária pelo (a) Assistente social														
Avaliação do projeto														

IV – Apreciações Finais

A elaboração do diagnóstico gerontológico em Jovim remete-me para uma breve reflexão acerca deste instrumento imprescindível à construção de respostas concertadas (planos gerontológicos), na elaboração de políticas direcionadas para a população idosa que possam efetivamente responder às suas reais necessidades e expectativas.

Os casos em que se criam respostas sociais desadequadas que não correspondem às expectativas e necessidades de uma determinada população suscita-me dúvidas sobre o modo de conceção do diagnóstico ou até sobre a sua existência. Este instrumento é um efetivo suporte orientador de planos de ação. No diagnóstico gerontológico aplicado em Jovim questionamos a população idosa da amostra relativamente às expectativas no que respeita à frequência de equipamentos sociais para idosos e verificou-se que os inquiridos não desejavam frequentar as respostas sociais existentes nas instituições ou equipamentos sociais para apoio a idosos. As suas expectativas são as de ficar na sua habitação, rodeados daqueles que lhes são mais próximos (família, amigos e vizinhos) e inseridos na sua comunidade local. Tentou-se perceber a frequência das respostas sociais (centro de convívio, serviço de apoio domiciliário, lar residencial) no município de Gondomar e especificamente os existentes na União de freguesias de Jovim. Constatou-se que a frequência destas respostas estavam muito aquém da sua capacidade total, existindo em todas as valências, vagas. Esta realidade sugere várias questões, tais como:

Antes da implementação destes equipamentos sociais foi elaborado um diagnóstico relativo à necessidade dos mesmos ou este tipo de respostas correspondia às expectativas de potenciais utilizadores? As pessoas que frequentam as respostas mencionadas continuariam a frequentá-las, caso tivessem a oportunidade de beneficiar de outro tipo de respostas sociais?

Estas questões deveriam ser aprofundadas em posteriores investigações no território da UF de São Cosme (Gondomar), Valbom e Jovim.

Os resultados do diagnóstico também me fizeram refletir acerca dos modos de vida dos idosos no período da reforma. No caso da população da amostra, os baixos rendimentos condiciona o modo como vivem a reforma. A realidade desta população com baixos rendimentos condicionam o modo como vive a reforma. A realidade desta população

que passa o seu tempo de reforma entre a televisão, as tarefas domésticas, idas ao café, igreja e convívio dentro das suas residências com familiares, amigos e vizinhos, faz-nos questionar acerca das possibilidades facultadas à população idosa que vivencia a reforma sob a forma de retraimento e morte social, de frequentar atividades de âmbito cultural, de modo a beneficiar de novas aprendizagens. Apercebi-me que a maioria das associações locais tenta captar um público jovem para a frequência de atividades, manifestas na linguagem de divulgação das atividades, exemplos, “*futsal para jovens*”, “*dança para juniores*”, “*canoagem para jovens*”, o que reflete as representações sociais latentes face à população constituída pelos mais velhos, sendo esta vítima de idadismo, refletindo a mentalidade prevalente de que o declínio cognitivo acompanha o declínio biológico e que os idosos não estão abertos a novas aprendizagens nem abertos ao mundo. Urge mudar este quadro mental e estas representações sociais com medidas política que desenvolvam projetos de intervenção promotores do envelhecimento produtivo e solidário que fomentem as trocas intergeracionais e as redes de sociabilidades.

As considerações anteriores alertam-nos para a necessidade emergente de se criarem outro tipo de respostas sociais que vão de encontro às necessidades e expectativas, o que sugere a mudança do paradigma político institucional existente e praticado pelas organizações. De acordo com as recomendações para longevidade (Associação amigos da grande idade, inovação e desenvolvimento, 2014:19-21):” *que recomendam a promoção da preservação dos laços de vizinhança e de outras redes sociais de suporte, dão especial relevo ao papel da família defendendo a sua tradição e entendem que é no seio do núcleo familiar que se devem procurar os primeiros cuidadores, defendem ainda uma política de apoio às famílias e às redes de vizinhança insistem na necessidade de se darem facilidades à formação e acesso à cultura, nomeadamente na compra de livros, música, teatro, cinema e outros espetáculos às pessoas idosas, disponibilidade para colaborar com os serviços públicos e privados no desempenho de funções de utilidade em escolas, bibliotecas, autarquias, repartições de atendimento público, hospitais, museus e outros locais, enfatizam que os espaços urbanos devem ser adequados ao processo de envelhecimento com base nas recomendações feitas pela OMS (cidades amigas das pessoas idosas e cidades saudáveis) ”.*

Face às recomendações para a longevidade elaboradas por deputados dos diferentes agrupamentos políticos com assento no parlamento nacional, resta-nos a esperança que sejam implementadas as condições para a execução das mesmas, no sentido de restituirmos aos mais velhos o direito a viver com a dignidade e consideração social de que são merecedores. Tentei através do plano gerontológico que elaborei para Jovim

otimizar os recursos existentes na localidade e município sendo minha intenção colocá-los ao serviço da população no sentido de dar resposta aos problemas identificados. A implementação do plano visa ainda a manutenção das pessoas nos seus domicílios e habitat evitando ou retardando a institucionalização das mesmas (a implementação do programa de obras de melhoramento nas habitações e as obras de requalificação urbana é essencial na prossecução deste objetivo). O estabelecimento de parcerias foi uma estratégia importante para a implementação do plano, impulsionou-se a dinâmica interna das instituições/ organizações que atuam no território local pretendendo-se estimular a criação de sinergias entre elas. É um projeto feito para as pessoas e com as pessoas uma vez que se pretende que elas tenham um papel ativo no plano gerontológico, em que a população protagoniza o papel de beneficiária e atora no projeto. A participação social dos idosos consegue-se através da colaboração dos mesmos na conceção, execução e avaliação das ações do plano gerontológico. É incentivada a participação de toda a população da comunidade em algumas atividades do projeto com o objetivo de estimular a interação entre pessoas de diferentes gerações, promover ou reforçar os laços de solidariedade intergeracional, assim como sensibilizar a comunidade local para a problemática do envelhecimento.

A existência de políticas num território local que visem a otimização de recursos com oferta de respostas integradas é essencial para que não haja desperdício de recursos evitando a duplicação de intervenções no mesmo território.

Fontes bibliográficas

ABREU, A (2013) Demografia portuguesa e segurança social: realidade e retórica, (Edição Portuguesa junho de 2013. in Monde Diplomatique) pags. 28-29

AGUERRE, Colette & BOUFFARD, Léandre. (2003). *Le vieillissement réussi: théories, recherches et applications cliniques*. Reveu québécoise de psychologie, vol. 24, n.º 3.

ALMEIDA, Sidalina & GROSS, Marielle. (2012). *Diagnóstico gerontológico: instrumento para influenciar a política social*. Associação Portuguesa de Sociologia. VII Congresso Português de Sociologia (19 a 22 Junho de 2012). Acedido em 12 de Maio de 2015 em http://www.aps.pt/vii_congresso/papers/finais/PAP0524_ed.pdf

ALVES, Hélder; ALMEIDA, Sidalina & GROSS. Marielle. (2011). *Estudo do perfil de envelhecimento da população poveira*. Senhora da Hora: ISSSP.

ALVES, Hélder; ALMEIDA, Sidalina & GROSS. Marielle. (2013). *Trabalho social e diagnóstico gerontológico: um instrumento para influenciar a política social e orientar a prática profissional*. Revista do Centro de Investigação do ISSSP, n.º 2. Senhora da Hora: ISSSP.

ANDER-EGG, Ezequiel & AGUILAR Idáñez, MARIA José. (1999). *Diagnóstico social: conceptos y metodologia*. (2ª ed Revista e ampliada). Buenos Aires – Mexico: Grupo Editorial Lumen Humanias

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA GRANDE IDADE, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. (2014) *Recomendação para longevidade – Portugal 2014*. (com apoio especial da 10ª Comissão – CSST (Comissão de Segurança Social e trabalho) XII da Assembleia da República). Acessível na ligação web em http://www.associacaoamigosdagrandedade.com/wp-content/uploads/recom_long_v_dep_2015.pdf

BERNET, Jaume Trilla (2004). Conceito, exame e universo da animação sociocultural. In Trilla, Jaume (coord) – *Animação sociocultural. Teorias, programas e âmbitos*. Lisboa: Instituto Piaget (págs. 19-44)

BRAGA, Inês & LOPES, Maria Conceição Oliveira (2009) *Literacia como fundamento de cidadania*. 8º Congresso LUSOCOM. Universidade Lusófona. Acedido em 12 de Maio de 2015 em <http://conferencias.lusofona.pt/index.php/lusocom/8lusocom09/paper/view/129/105>

BRYSON, J. (1995). *Strategic Planning For Public and Non-Profit Organization*. San Francisco: JosseyBass Publishers

BRAZIA, Ana; CARDOSO, Ana & CARRILHO Paula. (2008). *Envelhecer em matosinhos, panorama atual e cenários de futuro*. Lisboa: CESIS – Centro de Estudos para a intervenção social

CABRAL, Manuel Villaverde; FERREIRA, Pedro Moura; SILVA, Pedro Alcântara; JERÓNIMO, Paula MARQUES, Tatiana (2013) *Processos de envelhecimento em Portugal. Usos do tempo, redes sociais e*

condições de vida. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos. Acedido em 15 de Julho de 2015 em https://www.ffms.pt/upload/docs/estudo-processos-de-envelhecimento-em-portugal_VFvgzy1EkaGichpumKF8w.pdf

CAMPENHOUDT, Luc Van & QUIVY, Raymond .(1998). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva

CORREIA, J. Martins (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

DELIBERAÇÃO de 5 de Maio de 2010 (14ª Deliberação). *CNP- Classificação Nacional de Profissões - versão 2010*. Diário da República nº 106, de 01 de Junho de 2010 - II Série. Conselho Superior de Estatística (CSE). Lisboa

ELIAS, Norbert .(2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

EPINAY, C. Lalive. (1991). *Vieillir ou la vie à inventer*. Paris:L'Harmattan.

EPINAY, C. Lalive d' .(2003). *La retraite et après ? Viewless entre science et conscience. leçon d'adieu*, Université de Genève, Coll. Questions d'âge, nº 2.

EPINAY, C. Lalive d' .(2004). *Les représentations de la vieillesse dans les récits autobiographiques de personnes âgées*. Laval: Biblioteca on-line da Universidade de Laval. Acedido em 12 de Junho de 2015 em (<http://www.bibl.ulaval.ca/doelec/pul/dumont/fdchap20.html>)

FONSECA, António M. (2008). “*Que vida depois da reforma ?*”. O Tempo da Vida. Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o envelhecimento (2008/2009). Cascais : Principia (153-159)

FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS .(2009) - Pordata: *Base de dados Portugal contemporânea*. Acedido em 20 de Maio de 2015 em <http://www.pordata.pt/>

GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (2014). *Orçamento Cidadão*. Acedido em 20 de Maio de 2015 em http://www.dgo.pt/politicaorcament/OrcamentodeEstado/2014/OCid_Final.pdf

GROSS, Marielle (2009). *Norma da independência entre as gerações e rupturas sociais na velhice fragilizada - da análise à Acção*. (pp.61-97). In Almeida, S.; Rocha, L. & Moraes, G. Seminário Combater a reprodução intergeracional da pobreza e da exclusão social: que intervenções?: Atas. Instituto Superior de Serviço Social do Porto: Centro de Investigação e Ciências do Serviço Social: Porto.

GROSS, Marielle, ALMEIDA, Sidalina & ALVES, Hélder (2015). *Évaluer la qualité des maisons de retraite pour développer la réflexion sur l'objet de l'intervention sociale*. Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale. 6ème Congrès AIFRIS. Porto 2015. 7 au 10 Juillet 2015. Acedido em 8 de Outubro de 2015 em http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv4225_2147.pdf

GUERRA, Isabel Carvalho. (2000), *Fundamentos e processos de uma sociologia da ação: o planeamento em ciências sociais*. Cascais: Principia

GUILLEMARD, A.M. (1972) *De la retraite mort sociale. Une mort sociale*. Paris: La Haye, Mouton

GUILLEMARD, A.M. (1996) *Vieillesse et exclusion*, in: S. Paugam, *L'exclusion des saviors*, Paris: La Découverte

GUILLEMARD, A.M. (2002). *De la retraite mort sociale à la retraite solidaire*, *Gérontologie et société* (edição revista) vol 3, nº 102

GUILLEMARD, A.M. (2005). *Les sociétés à l'épreuve du vieillissement : le défi de l'emploi en seconde partie de carrière*. Nº 299 (Juil.-Aout 2004), p. 45-68.

GUILLEMARD, A.M. (2007). *Vieillesse et parcours de fins de carrière : contraintes et stratégies*. Ramonville Saint-Agne : Érès, 2007

GRUNDY, E & Holt, G. (2001) *The socio-economic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities?*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 2001. Acedido em 25 de Maio de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731799/pdf/v055p00895.pdf>

HESPAHNA, M.J. Ferros (1993). *Para além do Estado: a saúde e a velhice na sociedade providência*. In. B. Sousa Santos (org.), *Portugal: Um retrato singular*. Porto: Afrontamento.

HOFF, Andreas. (2008). *Alteração das relações intergeracionais nas Sociedades Europeias*. O Tempo da Vida. Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o envelhecimento (2008/2009). Cascais : Principia

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. (2002) – *O Envelhecimento em Portugal – situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Acedido em 10 de Maio de 2015 em http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107149&att_display=n&att_download=y

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA . (2011) – *Censos 2011 (definitivos)*. Acedido em 2 de Fevereiro de 2015 em <http://mapas.ine.pt/map.phtml>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. (2013) *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*. Acedido em 2 de Setembro de 2015 em

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjABahUKEwjFuZ6hviXIAhWH6xoKHQKIDgl&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D207999200%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&u sg=AFQjCNE1McQY4GdGcVJmFvffBPAUMGZOQA

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL. (2002) – *Plano de desenvolvimento social*. Lisboa. Acedido em 3 Janeiro de 2015 em http://www4.seq-social.pt/documents/10152/13341/plano_desenvolvimento_social

JUNTA DE FREGUESIA DE JOVIM (2015) – *Site da antiga Junta de Freguesia de Jovim*. Acedido em 2 de Maio de 2015 em <http://juntafreguesiajovim.no.sapo.pt/freguesia.htm>

LENOIR, René. (1990). *Objet sociologique et Problème social. Initiation à la pratique sociologique*. Paris: Dunod.

LOPES, Alexandra.(2011). *Ageing and social class: towards a dynamic approach to class inequalities in old age*. In M. Sargeant (ed) *Age and discrimination, multiple discrimination from an age perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

MARTIN, Ignacio; SANTINHA, Gonçalo; RITO, Susana; ALMEIDA, Rosa (2012). *Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português*. Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Número temático: Envelhecimento demográfico, págs. 177-203. Acedido em 2 de Setembro de 2015 em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10586.pdf>

MINISTERIO DE SAÚDE (S/d). *Fichas técnicas sobre habitação e saúde*. Direção Geral de Saúde, Acedido em 10 de Setembro de 2015 <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/habsaude-fichas-tecnicas-pdf.aspx>

NAZARETH, J. Manuel (1988). *Princípios e métodos de análise da demografia portuguesa*. Lisboa: Presença,

NAZARETH, J. Manuel. (2009). *Demografia a Ciência da População*, J. Manuel Nazareth. Lisboa : Editorial Presença.

OBSERVADOR. (2014). *Quem são e como vivem os idosos em Portugal*. Blogue on-line. Acedido em 10 Julho de 2015 em <http://observador.pt/2014/09/30/quem-sao-e-como-vivem-os-idosos-em-portugal/>

OBSERVADOR.(2015). O ano em que emigramos mais do que nunca e morremos ainda mais do que nascemos. Blogue on-line. Acedido em 13 Julho de 2015 em <http://observador.pt/2015/06/16/portugal-2014-o-ano-em-que-emigramos-mais-do-que-nunca-e-morremos-ainda-mais-do-que-nascemos/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.OMS (2007). *Guia Global das Cidades amigas das pessoas idosas*. Tradução portuguesa do original Global age-friendly cities: a guide. Acedido em 15 de Junho de 2015 em http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/ProjIdosos_GuiaCidades2009.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.OMS (2008). *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso*. Tradução portuguesa do original. Acedido em 18 de Agosto de 2015 em <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>

OSÓRIO, Agustin (2004). Animação sociocultural na 3ª idade. In Trilla, Jaume (coord) – Animação sociocultural. Teorias, programas e âmbitos. Lisboa: Instituto Piaget

PAUL, Constança. (2005) *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. Porto: Sociologia: revista da Faculdade de Letras do Porto. Acedido em 18 de Agosto de 2015 em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>

PAÚL, Constança (2005-a). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

PIMENTEL, Luisa (2001). *O lugar do idoso na família na família – contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

RIBEIRO, Óscar & ARAÚJO, Lia (2012). *Centenários: que redes sociais*. In Revista Temática Kairós Gerontologia, 15(1), São Paulo (SP), Brasil. Págs. 57-74

ROSA, Maria João Valente; CHITAS, Paulo. (2010). *Portugal: os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

ROUSSEL, Louis (1976). *La famille après le mariage des enfants. Études des relations entre générations*. Paris: Presses Universitaires de France.

ROUSSEL, Louis (1992). O futuro da família. *Sociologia-Problemas e Práticas* n.º 11. 165-179. Acedido em 8 de Agosto de 2015 em <http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/29/308.pdf>

ROWE, J.R. & KAHN, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books,

SANTOS, Verónica. (2013). *Institucionalização na terceira idade: escolha ou última alternativa?*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais. Covilhã : Universidade da Beira Interior. Acedido em 25 de Abril de 2015 em https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/2833/1/Dissertacao_Veronica_Santos.pdf

SIMÕES, A. (1999). A educação dos idosos: uma tarefa prioritária. In *Revista portuguesa*, nº 2, vol.12.

SIMÕES, Maria João et al. (2008). “Desafios para os diagnósticos sociais: aprofundamento e reconfiguração”, *VI Congresso Português de Sociologia*, 25 a 28 de Junho, Acedido em 15 de Maio de 2015 em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/200.pdf>

KADAVIL, Nidhin; NOLAN, Robert .(2003). *Vaillant's Contribution to Research and Theory of Adult Development*. Apresentado na Universidade do estado de Ohio – Columbus. Acedido em 2 de Julho de 2015 em <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/341/Nolan%20%26%20Kadavil.pdf?sequence=1>

UNIÃO DE FREGUESIAS DE GONDOMAR (S. COSME), VALBOM E JOVIM (2015) – Site da União de freguesias de Gondomar (S. Cosme), Valbom e Jovim. Acedido em 5 de Março de 2015 em <http://www.uf-gvj.pt/historia/>

UNIFAI – (n.d.) *Unidade de investigação e formação sobre adultos e idosos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar / Universidade do Porto. Acedido em 7 de Janeiro de 2015 em <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/index.php/servicos?id=23->

VICENTE, Henrique; SOUSA, Liliانا; PATRÃO, Marta. (2009). *Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida* in Ribeiro, in Óscar & Paúl, Constança, “*Manual de Gerontologia*”. Lisboa: Lidel Edições (págs. 255-271)

Anexos

Anexo 1-Dados do INE (Censos 2011) - base para a constituição da amostragem

Anexo 2-Amostra do inquérito

Anexo 3-Carta a população envolvida

Anexo 4-Termo de consentimento informado dos inquiridos

Anexo 5-Exemplar do inquérito

Anexo 6-Dados estatísticos do inquérito

Anexo 7-Outros dados estatísticos