

Diana Patrícia Soares Moreira Marques

Poder e Utilidade na Terceira (C)Idade

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2020

Diana Patrícia Soares Moreira Marques

Poder e Utilidade na Terceira (C)Idade

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2020

Diana Patrícia Soares Moreira Marques

Poder e Utilidade na Terceira (C)Idade

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Acção Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento.

Resumo

O fenómeno do envelhecimento é um processo comum a todas as pessoas, que necessita de mais e melhor investigação para desconstruir as ideias de renúncia ao mesmo, através da promoção da aprendizagem, autoconhecimento e aceitação pela diversidade e pela diferença. O reconhecimento dessas diferenças, incluindo iniquidade e injustiça, deverá orientar para a criação de oportunidades acessíveis para todos, no âmbito de um envelhecimento activo e saudável.

O objectivo desta questão passa por explorar a percepção de um grupo de pessoas idosas, apoiadas pelo *Projecto Terceira (C)Idade (TCI) da ONG Médicos do Mundo* sobre o ‘poder’ e ‘ser útil’, através da identificação de formas de exercício de autonomia, cidadania e participação social. Pretende-se ainda identificar quais as barreiras percebidas pelo grupo bem como a sua opinião sobre a influência do projecto social, em que todos estão inseridos.

Para a realização deste estudo de caso, do tipo exploratório e descritivo, adoptou-se uma metodologia qualitativa. A técnica de recolha de dados seleccionada foi a entrevista semi-estruturada, aplicada numa amostra dos beneficiários do ‘Projecto TCI’ que correspondiam aos critérios de inclusão e que demonstraram disponibilidade e interesse em participar. As entrevistas foram transcritas e analisadas no seu conteúdo, com a elaboração de tabelas para uma melhor compreensão e interpretação dos resultados obtidos. Por fim, os resultados revelam as opiniões do grupo e respondem aos objectivos definidos. É de realçar que, no geral, todos gostariam de mais oportunidades para serem ouvidos e para estarem envolvidos na comunidade, desempenhando papéis socialmente úteis. A vontade de manterem a sua autonomia preservada é notória; contudo, reconhecem a necessidade de mais apoio e acompanhamento a nível social e de saúde, sugerindo que são também as políticas públicas que sustentam a desigualdade e a exclusão social dos grupos mais vulneráveis no acesso aos recursos. Além disso, foi identificada uma profunda ligação dos participantes ao ‘Projecto TCI’, o qual é por eles reconhecido com um papel essencial na promoção da autonomia, cidadania e participação, na redução das barreiras e no suporte para um envelhecimento em casa e na comunidade, em harmonia com os conceitos preconizados pelo paradigma actual do envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento activo e saudável, poder, utilidade.

Abstract

The phenomenon of aging is a common process to all people, which needs more and better research, to deconstruct the ideas of its renunciation, through the promotion of learning, self-knowledge and acceptance of diversity and difference. The recognition of these differences, including iniquity and injustice, should guide the creation of accessible opportunities for all, in the context of active and healthy ageing.

The general objective is to explore the perception of a group of elderly people supported by the *Project Terceira (C)Idade*, from the NGO Doctors of the World, about power and usefulness, aiming to identify ways of exercising autonomy, citizenship and social participation. It was also intended to identify which barriers were perceived by the group as well as their opinion on the influence of the social project, in which everyone is inserted.

For this exploratory and descriptive case study, a qualitative methodology was adopted. The data collection technique selected, was the semi-structured interview, applied to a sample of beneficiaries of the TCI project, that met the inclusion criteria and who showed willingness and interest in participating. For this exploratory and descriptive case study, following a qualitative methodology. The interviews were transcribed and analyzed in their content, with the elaboration of tables for a better understanding and interpretation of the results obtained. Finally, the results reveal the group's opinions and respond to the objectives set. Overall, everyone would like more opportunities to be heard and to be involved in the community, playing socially useful roles. The desire to maintain their autonomy preserved is notorious, however, they recognize the need for more support and monitoring at the social and health level, suggesting that it is also public policies that sustain inequality and social exclusion, of the most vulnerable groups, in access to resources.

In addition, a deep connection of the participants to the TCI project was identified, which they recognized with an essential role in promoting autonomy, citizenship and participation, reducing the barriers (identified by them) and supporting for an 'Aging in Place', in harmony with the concepts advocated by the current paradigm.

Keywords: Active and healthy aging, power, utility.

De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estamos sempre a começar. A certeza de que precisamos continuar. A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar. Portanto devemos: Fazer da interrupção um caminho novo, Da queda um paço de dança, Do medo, uma escada, Do sonho uma ponte, Da procura um encontro.

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Ao meu ET, por toda a paciência, amor, dedicação e companheirismo que me motivou para completar mais um objectivo da minha vida.

Aos meus pais, por sempre acreditarem em mim.

À minha família, que de alguma forma, está sempre a apoiar-me e faz de mim aquilo que sou hoje, em especial ao meu avô.

Aos meus colegas de curso por fazerem parte desta viagem incrível de descobertas, aprendizagem, com momentos e amizades que ficam para a vida.

Ao professor Campelo, pela motivação e orientação ao longo do ano (por me lembrar que este trabalho é produto do meu empenho).

Por fim, aos queridos participantes do meu estudo, por toda a partilha e carinho demonstrado, este trabalho é para todos vós!

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento teórico.....	5
1.1 O Envelhecimento e as respostas aos seus desafios	5
i.i.i O Envelhecimento Demográfico no Mundo e em Portugal	8
i.i.ii As idades da pessoa idosa	12
i.i.iii Representações sociais e estereótipos associados ao envelhecimento.....	15
1.2 Paradigmas do envelhecimento	21
i.ii.i Envelhecimento Activo.....	21
i.ii.ii Envelhecimento Saudável	26
i.ii.iii Envelhecimento Activo e Saudável	29
i.ii.iv Estratégias no âmbito do Envelhecimento Activo e Saudável.....	30
1.3. Definição de conceitos: Percepção, Poder e Utilidade.....	36
i.iii.i Participação e envolvimento social.....	40
i.iii.ii Do envelhecimento activo à cidadania activa.....	42
i.iii.iii Autonomia	44
i.iii.iv Vulnerabilidade e precariedade.....	46
II - Estudo Empírico.....	48
2.1 Metodologia da Investigação - Enquadramento do estudo.....	48
ii.i.i Objectivos do Estudo	50
ii.i.ii Tipo de estudo.....	51
ii.i.iii Caracterização do Projecto e da Instituição	52
ii.i.iv População alvo e Amostra.....	54
ii.i.v Técnica de recolha de dados: A Entrevista semi-estruturada.....	55
ii.i.vi Análise de Conteúdo	57
ii.i.vii Considerações éticas	58
2.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados	60
ii.ii.i Caracterização da amostra - Dados sociodemográficos.....	60
ii.ii.ii Discussão dos resultados – Categorias no âmbito do poder e utilidade	67
ii.ii.iii Formas de exercício da autonomia	68
ii.ii.iv Formas de exercer cidadania activa	70
ii.ii.v Formas de Participação Social	74
ii.ii.vi Barreiras para as pessoas Idosas	76

ii.ii.vii Influência do Projecto TCI	80
Conclusão	83
Bibliografia.....	86
Anexos.....	98
Anexo I. Parecer do Professor Orientador	99
Anexo II. Pedido de realização de estudo na ONG Médicos do Mundo e respectiva autorização.....	101
Anexo III. Parecer Comissão Ética da Universidade Fernando Pessoa	104
Anexo IV. Consentimento Informado e documento informativo para os participantes 106	
Anexo V. EPAG sobre o envelhecimento e a saúde e os ODS	109
Anexo VI. Diagrama de Conceitos – Tomar medidas/acções na autonomia para um envelhecimento saudável em casa	112
Anexo VII. Caracterização do Projecto e da Instituição	114
Anexo VIII. Guião da Entrevista.....	119
Anexo IX. Gráficos e diagramas da caracterização sociodemográfica	122
Anexo X. Tabelas de Análise de Conteúdo das entrevistas	124
Anexo XI. Tabela análise de conteúdo com citações das respostas às perguntas da entrevista.....	131

Índice de Figuras

Figura 1. Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projecções) (INE, 2018).....	9
Figura 2. Pirâmide Etária, Portugal, homens e mulheres, 2008 (sombreado), 2018 (cores) (INE, 2018).....	10
Figura 3. Participação numa cidadania activa por grupo de idades, 2015 (como % da população total) (Eurostat, 2019).	11
Figura 4. Frequência de contactos de idosos com pessoas familiares– todos os dias, 2015 (como % de população com 65 anos ou mais de idade) (Eurostat, 2019).....	11
Figura 5. Determinantes do envelhecimento activo (OMS, 2008).....	23
Figura 6. Quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades para ação da saúde pública durante o curso da vida (OMS, 2015, p.15).	27
Figura 7. Mapa-Mundi de parcerias do projecto ‘Cidade Amiga da Pessoa Idosa’ (OMS, 2008).....	32
Figura 8. Distribuição percentual por idade dos participantes	60
Figura 9. Profissões exercidas pelos participantes	62
Figura 10. Distribuição percentual do nível de escolaridade dos participantes.....	63
Figura 11. Distribuição percentual das patologias mais comuns nos participantes.....	64
Figura 12. Distribuição percentual do tipo de habitação dos participantes	66
Figura 13. Diagrama de Conceitos – Tomar medidas/acções na autonomia para um envelhecimento saudável em casa (Gouvernement du Québec, 2018).	113
Figura 14. Distribuição percentual por sexo dos participantes.....	123
Figura 15. Distribuição percentual por estado civil dos participantes.....	123
Figura 16. Distribuição percentual do lugar favorito dos participantes	124
Figura 17. Distribuição percentual do número de elementos por habitação	124
Figura 18. Distribuição percentual da presença de retaguarda familiar	124

Índice de Tabelas

Tabela 1. Rendimentos auferidos pelos participantes	123
Tabela 2. Formas de exercer Autonomia no âmbito do poder e utilidade.....	126
Tabela 3. Formas de exercer cidadania activa no âmbito do poder e utilidade.....	127
Tabela 4. Formas de participação social no âmbito do poder e utilidade.....	128
Tabela 5. Barreiras para as pessoas Idosas (no âmbito do poder e utilidade)	129
Tabela 6. Influência do projecto TCI (no âmbito do poder e utilidade).....	130

Lista de Abreviaturas

AVD – Actividades de Vida Diária

AVDI's – Actividades Instrumentais de Vida Diária

CMP – Câmara Municipal do Porto

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSPSN – Centro Social e Paroquial de São Nicolau

EPAG – Estratégia e Plano de Acção Global sobre o envelhecimento e a saúde

MdM – Médicos do Mundo

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE – União Europeia

Introdução

A Sr^a. S. é uma senhora idosa que vive no Porto, sozinha, num apartamento arrendado. Tem dois sobrinhos como retaguarda familiar, com quem apenas fala por telefone e muito raramente a visitam. A Sr^a. S. sente-se sozinha. Refere que foi uma costureira conceituada, chegou a costurar o enxoval do duque D. Duarte e, nessa altura, não lhe faltavam amigos ou companhia. Agora, vê-se com uma pequena reforma (a qual sempre teve dificuldades em gerir e cumprir as suas responsabilidades), necessita de apoio com a sua higiene e gestão doméstica, sendo os cuidados prestados pela Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP) (com custos associados). A única oportunidade de ver e falar com alguém é precisamente nesse momento, quando lhe vão prestar os cuidados (onde muitos destes serviços estão no geral sobrecarregados e com pouco tempo para algo mais que a prestação dos serviços em si). Durante o dia ‘arrasta-se’ pela casa e já caiu por várias vezes. Refere ainda ver as suas capacidades físicas e psicológicas diminuírem de dia para dia e não conseguir fazer nada para o travar. Mas o que tem esta história de errado?

A Sr^a. R. é outra senhora idosa que vive no Porto, sozinha, num apartamento arrendado. Era o seu marido que a ajudava com tudo. Agora que é viúva e com uma reforma pequena, sente muitas dificuldades. É conhecida pelos seus vizinhos por alimentar mais de 50 gatos e cães e, ultimamente, tem gerado preocupação com comportamentos de risco, deambulando sozinha na rua à noite; perde-se e não sabe como lá foi parar, por vezes nem se recorda do seu próprio nome... A Sr^a. R. tem mais de 20 sobrinhos (que se recorde) mas pouco contacto tem com eles. Apenas sabe que nas festas como Natal ou Páscoa costuma ir para a terra onde eles estão, mas que rapidamente se cansa e sente a falta do seu espaço. Esta senhora vive numa casa sem condições de salubridade nem higiene, e tem o diagnóstico de demência. No entanto, nunca chegou a ir às consultas de Psiquiatria, pois esquecia-se... O centro de saúde, que fica na mesma rua onde a senhora mora, está a par de toda a situação. Ela sofre de incontinência, mas não sabe, ela não toma a medicação como prescrito, mas também não o sabe, ela não toma banho pois não tem um chuveiro funcional, mas se lhe perguntarem ela não se lembra e diz que sim. A Sr^a. R. não consegue cozinhar pois o tecto da cozinha desabou e nunca foi arranjado, por consequência não se tem alimentado de forma suficiente e tem perdido peso, mas ela diz

que está tudo bem. Tudo isto toda a gente sabe, mas ninguém parece saber... O que está errado aqui?

O Sr. E. é um idoso que viveu na rua muitos anos, com comportamentos de dependência (álcool), abandonado pela família, amigos e sociedade, que não tiveram mais resposta nem intervenção para os seus comportamentos. Agora, conta com o apoio da técnica social de uma Organização Não-Governamental (ONG), recebe uma pensão social e um complemento solidário do idoso, que já lhe permite pagar um quarto numa pensão. Além disso, a mesma técnica também lhe prestou apoio na procura de outras respostas sociais, para o ajudar com as suas actividades de vida diária. Vai a uma cantina social almoçar, tem serviço de apoio para a lavagem da roupa e frequenta um grupo social com actividades recreativas. O Sr. E. não sabe como chegou até aqui, mantém comportamentos aditivos que vai conseguindo gerir e não possui objectivos nem projectos. O que está errado aqui? Quantas mais destas histórias poderão existir? Como podemos melhorar as respostas e, por conseguinte, o final destas histórias?

Estas são apenas três histórias e três exemplos da vida actual de uma pessoa idosa na cidade do Porto. Histórias estas apreendidas no contexto diário do trabalho da investigadora, enquanto enfermeira no 'Projecto TCI' dentro da ONG Médicos do Mundo (MdM), o que suscitou o seu interesse no desenvolvimento de um estudo com um grupo de pessoas idosas, sujeitas a um maior risco de exclusão social e situação de vulnerabilidade. Será que os paradigmas e estratégias de promoção de um envelhecimento activo e saudável que foram surgindo, em resposta aos desafios crescentes associados ao envelhecimento, estão a chegar a todos os grupos da população?

Sendo o envelhecimento um processo comum a todos os indivíduos, torna-se necessário que se desenvolvam mais estudos nesta área, com pertinência na promoção para o desenvolvimento, um dos pilares do mestrado de acção humanitária, cooperação e desenvolvimento. O estudo desta temática tem ainda o propósito de desconstruir a imagem de que quando uma pessoa se reforma, deixa de participar, de se relacionar ou de ser activo para a sociedade, não sendo capaz de acompanhar esta sociedade em constante mudança. O ideal seria que independentemente das imagens e estereótipos socialmente contruídos, toda a sociedade, instituições e pessoas responsáveis pela definição de políticas públicas, criassem espaços e se dirigissem aos locais necessários, para permitir

que todos os grupos da população idosa tivessem a oportunidade de se expressar, não se limitando a ouvir quem os apoia e acompanha, para efectuar o levantamento de necessidades.

Os estudos realizados no âmbito da exploração das opiniões e da oportunidade de dar voz àqueles em situação de maior vulnerabilidade são poucos, tendo em conta todos os constrangimentos associados à aplicação do estudo, salvaguardando a dignidade e a privacidade dos participantes.

Assim, foi elaborado um estudo de caso, de Setembro de 2019 a Junho de 2020, com um grupo específico da população idosa tendo por objectivo explorar a percepção dos mesmos acerca do seu ‘poder’ e ‘utilidade’. Os objectivos específicos consistem em identificar formas de exercício da autonomia, cidadania e participação, as barreiras para as pessoas idosas bem como a influência do ‘Projecto TCI’, percebida pelos participantes do estudo.

O método escolhido foi o fenomenológico, de carácter exploratório, tendo em conta o objectivo de descrever um fenómeno tal como ele é vivido e relatado pelos participantes, com a ajuda de um desenho qualitativo. Na investigação qualitativa o processo é interactivo, e é esta proximidade que permite uma atenção detalhada ao discurso, de forma a ampliar a percepção que se tem da sua experiência (Fortin, 2009). Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semi-estruturada (incluindo alguns dados socio-demográficos). A entrevista foi elaborada considerando os objectivos do estudo, no sentido explorar a percepção e opiniões dos participantes.

Sendo este um estudo de caso, e a amostra constituída por um grupo específico de pessoas idosas, existem limitações inerentes que impossibilitam a generalização dos resultados obtidos.

Este estudo foi assim dividido em duas partes. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, em que é feita a revisão da literatura científica, organizada em três capítulos. No primeiro capítulo, é analisado o conceito de envelhecimento numa perspectiva de introdução à temática. De seguida, é examinado o fenómeno de envelhecimento em termos demográficos (no mundo e em Portugal), através de gráficos de comparação e projecção, de modo a contextualizar a relevância e pertinência do tema.

É ainda estudado o processo de envelhecimento e a classificação da pessoa idosa através das diferentes idades, para melhor compreender quais são os factores responsáveis pela heterogeneidade deste processo, para cada indivíduo. Por fim, é efectuada uma análise das representações sociais e estereótipos associados ao envelhecimento com o objectivo de melhor perceber os comportamentos e atitudes relacionadas com o mesmo. No segundo capítulo são explorados os actuais paradigmas do envelhecimento (envelhecimento activo e envelhecimento saudável) e a posição de Portugal, em relação ao paradigma preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e União Europeia (UE). No ponto seguinte, são discutidos alguns exemplos de estratégias que promovem o envelhecimento activo e saudável ('Cidades Amigas das Pessoas Idosas' e 'Envelhecer em Casa e na Comunidade'). O terceiro capítulo culmina com o esclarecimento de alguns conceitos fundamentais para o estudo, e de que forma se relacionam com o paradigma de envelhecimento. Estes incluem o significado de 'poder' e 'utilidade' bem como da 'percepção', do 'exercício de autonomia e da cidadania', da 'participação social' e ainda das questões de 'vulnerabilidade'.

A segunda parte é dedicada ao estudo empírico, sendo dividida em dois capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento, a concepção e planeamento da investigação, a metodologia, e ainda, as considerações éticas relativas a todo o processo de investigação. Já no segundo capítulo é feita uma apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, com a caracterização sociodemográfica da amostra, através de gráficos e tabelas, e de um processo de análise de conteúdo das entrevistas, com a disposição dos resultados em tabelas e da respectiva interpretação.

Para concluir, espera-se que este estudo seja um ponto de partida para que mais estudos e práticas futuras se debrucem sobre a importância de incluir a voz das pessoas sobre as quais as políticas públicas incidem, principalmente sobre aquelas que não se conseguem fazer ouvir ou nem sequer sabem que são dignas de ser ouvidas.

I. Enquadramento teórico

Para um estudo de investigação, a revisão da literatura é essencial de modo a permitir que o investigador explore os conhecimentos e amplie a sua compreensão sobre o tema em estudo. De facto, a clarificação dos conceitos e das suas relações vão ser a base para o desenvolvimento e análise da problemática. (Fortin, 2009).

1.1 O Envelhecimento e as respostas aos seus desafios

A reflexão e preocupação com as questões associadas ao envelhecimento por norma só surgem a partir da certa idade, em que as mudanças biológicas, sociais e até psicológicas começam a ser notórias. No entanto, estas começam a ocorrer desde o momento em que nascemos. A sociedade contemporânea tem observado o fenómeno do envelhecimento da população com maior atenção, uma vez que a população idosa continua a crescer de forma exponencial e a população jovem a diminuir. Isto será um dos grandes desafios do século XXI, em que as respostas devem considerar os recursos existentes e os diversos campos de estudo.

Como é definido o envelhecimento? Quais as dimensões influenciadoras desse processo? Quais os motivos do aumento desta faixa etária? Quais os factores de heterogeneidade desta população? O que significa ser idoso na actualidade? Estarão as políticas públicas que servem esta população devidamente actualizadas? Como se situa Portugal no mundo em relação a este fenómeno? Quais as representações sociais sobre esta população e qual o seu impacto? Como podemos reconhecer e valorizar as pessoas idosas? Quais os paradigmas actuais do envelhecimento? Existem políticas e estratégias globais dirigidas para esta população? São as pessoas envolvidas e ouvidas no desenvolvimento e avaliação das mesmas, com a inclusão de amostras significativas deste grupo tão heterogéneo?

Este capítulo pretende, assim, procurar as respostas para algumas destas questões, explorando a temática e abrindo o caminho para o desenvolvimento do estudo.

O envelhecimento ocorre ao longo do tempo e é caracterizado como um processo complexo e multifactorial que depende, entre outros, do género, da hereditariedade ou condições genéticas, do contexto histórico-geográfico-social, da cultura, do estatuto socioeconómico, do nível de actividade e envolvimento social, de viver ou não em países

industrializados (Lima *cit. in* Lopes, 2010). Desta forma, pode-se dizer que o processo de envelhecimento é influenciado por variáveis sociais, psicológicas, fisiológicas e temporais (Ribeiro *cit. in* Lopes, 2010).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera o envelhecimento como “um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torna menos capaz de lidar com o stress causado pelo meio ambiente e, portanto, aumenta a sua possibilidade de morte.” (Ministério da Saúde, 2006, p.8).

O envelhecimento compreende, portanto, o processo natural de senescência, onde há uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos. As células que entram em senescência perdem a capacidade de proliferação e regeneração depois de um determinado número de divisões celulares, tal como ocorre na juventude (Popov, 2014). Em determinadas circunstâncias (stress, acidentes, doenças, entre outros), porém, pode levar ao processo patológico de envelhecimento, que se caracteriza por um declínio gradual do funcionamento dos sistemas corporais. Aqui o processo denomina-se de senilidade pois existe um declínio físico mais acelerado que o ‘expectável’, podendo ocorrer alterações no funcionamento cognitivo em simultâneo, como a perda de memória, o que, muitas vezes, implica a necessidade de cuidados (Ministério da saúde, 2006).

Posto isto, é fundamental referir que as consequências do processo de senescência podem ser retardadas e minimizadas, ao optarmos por comportamentos de um estilo de vida saudável e activo. Aliada à promoção de hábitos saudáveis, está a prevenção e detecção precoce de patologias, evitando assumir que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa são resultantes do seu envelhecimento natural. É, assim, essencial haver um equilíbrio na avaliação da senescência e senilidade de forma a evitar exames e tratamentos desnecessários (Ministério da saúde, 2006).

Uma definição mais holística do envelhecimento é referida por Osório; Pinto (*cit. in* Santos, 2016), como uma etapa de procura de um equilíbrio entre as limitações e as possibilidades associadas à idade, evitando criar expectativas elevadas, mas também sem as retirar por completo. Efectivamente, o maior repto no cuidado à população idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver a sua própria vida com a máxima

qualidade possível. Essa possibilidade aumenta, na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e reconhece as potencialidades e o valor das pessoas idosas, combatendo o estigma enraizado na própria cultura que as limita e desvaloriza (Ministério da saúde, 2006).

O envelhecimento populacional é indubitavelmente uma história de triunfo do ser humano, com o sucesso da saúde pública, dos avanços médicos, do desenvolvimento económico e social sobre as doenças, lesões e mortes precoces, que foram limitando a expectativa de vida ao longo da história. Todavia, persistem diferenças significativas entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma adequada reorganização social nem da área de saúde, para dar resposta aos desafios emergentes (UN DESA, 2019).

Os indicadores como o risco de mortalidade, o estado de saúde, o tipo e o nível de atividade, a produtividade e outras características socioeconómicas das pessoas idosas mudaram significativamente em muitas partes do mundo. Por conseguinte, foram desenvolvidos conceitos e medidas alternativas para oferecer uma perspetiva mais abrangente do significado de envelhecimento da população, nos diversos contextos. Estas novas medidas e conceitos têm implicações importantes na avaliação das condições e modos de vida das pessoas idosas, das suas contribuições (produtivas e outras não quantificáveis em termos económicos) para a sociedade, e das suas necessidades de protecção social e cuidados de saúde (UN DESA, 2019).

Já há mais de mil milhões de pessoas com 60 anos ou mais, e a maioria vive em países de baixo e médio rendimento. Muitos não têm sequer acesso aos recursos para satisfazer as necessidades básicas de uma vida com sentido e dignidade, enquanto outros enfrentam múltiplas barreiras que impedem a sua plena participação na sociedade (WHO, 2020c).

Deste modo, torna-se pertinente conhecer melhor a realidade demográfica, em números e gráficos que auxiliem a uma melhor compreensão deste fenómeno global.

i.i.i O Envelhecimento Demográfico no Mundo e em Portugal

O ritmo de envelhecimento da população é muito mais acelerado do que no passado. Entre 2015 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos quase duplicará de 12% para 22%. Esta realidade está directamente ligada a dois factores: um aumento considerável da longevidade; um decréscimo acentuado nas taxas de natalidade da população jovem. Existem consequências decorrentes desta mudança demográfica, uma das que mais preocupa os decisores públicos é a que diz respeito ao impacto que poderá ter nos sistemas de saúde e sociais (WHO, 2020a). A preparação para as mudanças económicas e sociais associadas ao envelhecimento da população é essencial para garantir o progresso em direção à conquista dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) incluídos na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (UN DESA, 2019).

Em 2019, existiam 703 milhões de idosos com 65 anos ou mais, a nível mundial. É no Leste e o Sudeste da Ásia que existe o maior número de população idosa (260 milhões), seguidos pela Europa e América do Norte (mais de 200 milhões). Globalmente, o número de pessoas idosas é projetado para mais do dobro nas próximas três décadas, atingindo mais de 1,5 mil milhões de pessoas em 2050 (UN DESA, 2019).

As projeções indicam que em 2050 quase 80% da população idosa de todo o mundo viverá nos países em desenvolvimento. Estes países terão assim de se adaptar muito mais rapidamente às populações envelhecidas, pois possuem baixos rendimentos nacionais, infraestruturas e capacidade de bem-estar social, quando comparados com os países que se desenvolveram muito mais cedo (WHO, 2019).

É importante salientar que o aumento exponencial de pessoas idosas se torna um problema face ao decréscimo da população jovem e de crianças, e conseqüente decréscimo das contribuições para responder às necessidades dessa população.

Em 2017, as mulheres representavam 54% da população global com 60 ou mais anos, e 61% dessa população tinha 80 ou mais anos. Entre 2020 e 2025, a esperança de vida das mulheres à nascença ultrapassará a dos homens em 3 anos, existindo uma discrepância considerável entre a saúde e a capacidade de sobrevivência (WHO, 2019).

Relativamente a Portugal, a percentagem de população com 65 ou mais anos de idade era de 21.8%, em 2019, e as projecções apontam para 26.7%, em 2030, e 35.1% em 2050. É também relevante verificar qual a percentagem de pessoas idosas, correspondente a cada intervalo de idades, sendo que para a faixa dos 65 aos 74 anos são 10.7%; dos 75 aos 84 anos são 7.8%; e aqueles com mais de 85 anos são 3.3% da população. Mais especificamente, existem dados de comparação do número de homens e mulheres nestas faixas etárias:

- Para cada 100 homens (idade 65-74) existem 122 mulheres;
- Para cada 100 homens (idade 74-85) existem 147 mulheres;
- Para cada 100 homens (idade > 85) existem 211 mulheres (INE, 2018).

Já a esperança de vida, em 2017, atingiu os 77,8 anos para homens e 83,4 anos para as mulheres (INE *cit. in* PORDATA, 2020). De seguida, é apresentado a figura 1, com a evolução do índice de envelhecimento em Portugal (1991-2080).

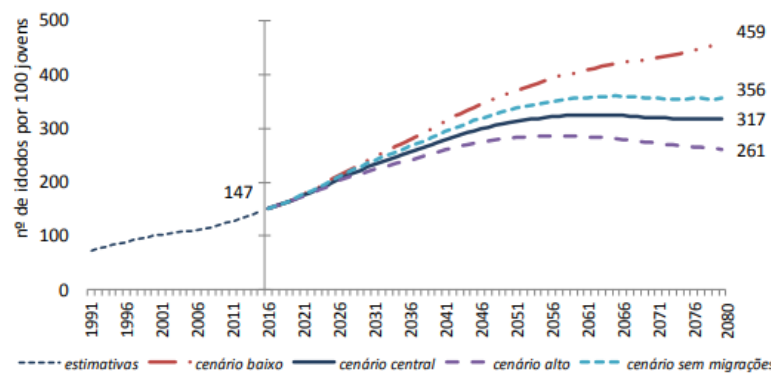


Figura 1. Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projecções) (INE, 2018).

O índice de envelhecimento compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem). Desde 2000 que o número de idosos é superior ao de jovens. Em 2008, por cada 100 jovens residiam em Portugal 116,4 idosos, número que aumentou para 159,4 em 2018, o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo, e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes. Em termos de projecções futuras, mantêm-se as tendências de redução da população e de envelhecimento demográfico. Portugal poderá reduzir a sua população, e passar dos actuais 10,3 milhões para 7,5 milhões de pessoas em 2080, e abaixo do limiar de 10 milhões já em 2031 (INE, 2018). A estabilização do

índice de envelhecimento tenderá a ocorrer apenas em meados de 2060, “(...) quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais anos” (INE, 2017, p.1).

Quanto à população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) as projecções indicam que diminuirá, passando de 6,6 milhões em 2018 para 4,1 milhões em 2080 (INE, 2018).

Outro indicador importante de analisar é o índice de sustentabilidade (quociente entre o número de pessoas com idades entre 15 e 64 anos e o número de pessoas com 65 e mais anos), que poderá diminuir de forma acentuada, face ao decréscimo da população em idade ativa, a par do aumento da população idosa. Este índice passará de 315 para 137 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos, entre 2015 e 2080 (INE, 2017). Isto significa que a definição de pessoa activa deve ser ajustada, e valorizadas as potencialidades da população idosa na sociedade. Na figura 2 pode-se observar a Pirâmide Etária em Portugal (2008 e 2018).

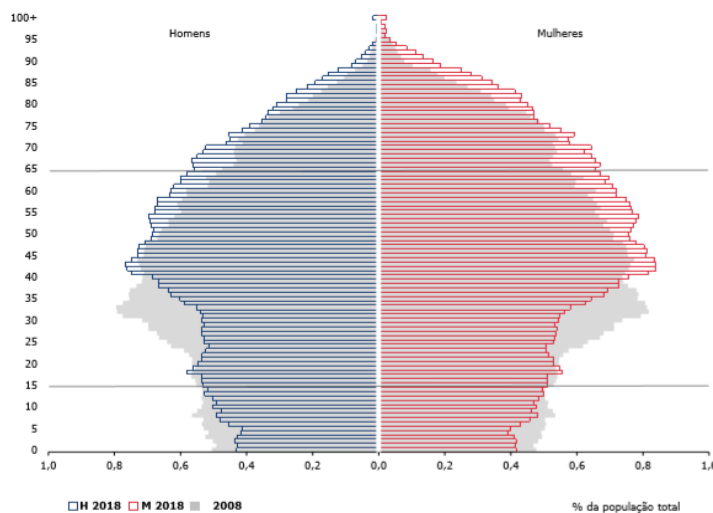


Figura 2. Pirâmide Etária, Portugal, homens e mulheres, 2008 (sombreado), 2018 (cores) (INE, 2018).

Nos últimos dez anos é visível, através da sobreposição das pirâmides etárias, o duplo envelhecimento demográfico: a base da pirâmide apresenta um estreitamento, enquanto o seu topo se alarga. Neste período, o número de pessoas idosas (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou 345 922 e o número de jovens diminuiu 223 419 (INE, 2018).

O envelhecimento populacional é uma resposta à transformação de alguns indicadores, especialmente a descida da taxa de fecundidade e da mortalidade bem como o aumento da esperança de vida. Todavia, este não é um processo homogéneo, sendo essencial estar alerta para os factores de discriminação e exclusão, quer seja pelo género, origem étnica

e racial, condições sociais e económicas, região geográfica de origem ou o contexto onde vive (Ministério da Saúde, 2006). De seguida é apresentada na figura 3, a distribuição percentual na Europa, da participação numa cidadania activa, por grupo de idades.

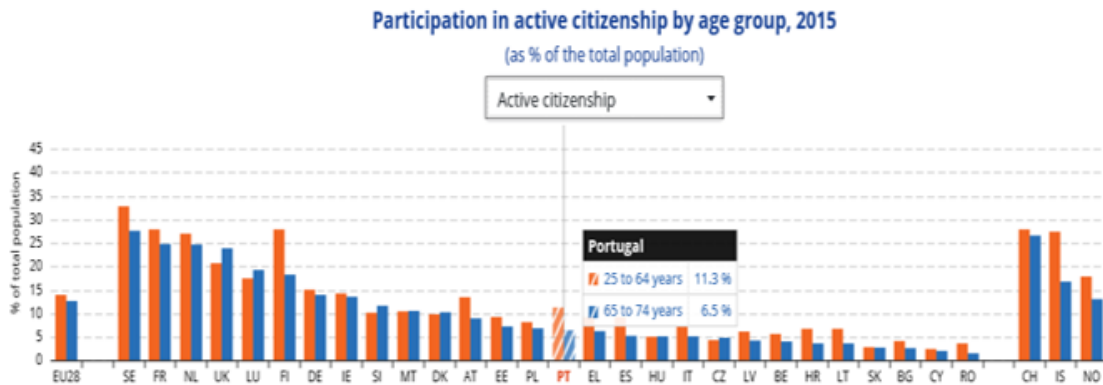


Figura 3. Participação numa cidadania activa por grupo de idades, 2015 (como % da população total) (Eurostat, 2019).

Na figura 3 verifica-se para Portugal uma discrepância acentuada das percentagens de participação numa cidadania activa, entre os dois grupos de idades (25–64 anos e 65–74 anos), de 11.3% para 6.5%, o que leva a reflectir na importância da criação de mais oportunidades para um maior envolvimento social da população idosa. Comparativamente com o resto da Europa, Portugal situa-se numa posição intermédia. Na figura 4 é apresentada a percentagem de população idosa que tem contacto com familiares diariamente.

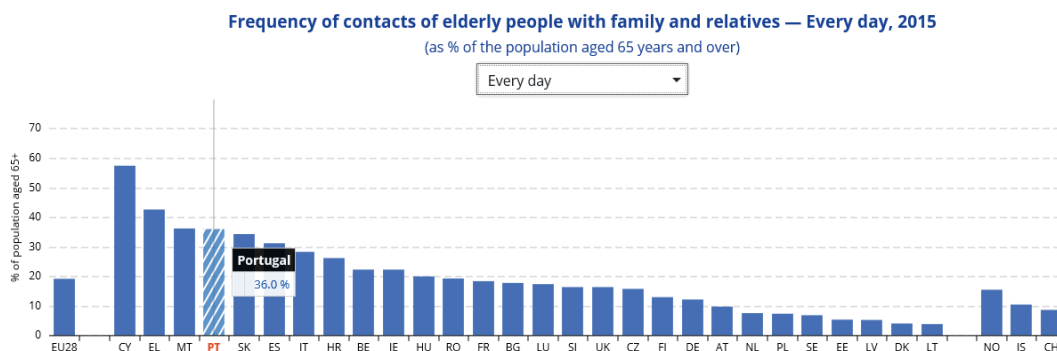


Figura 4. Frequência de contactos de idosos com pessoas familiares– todos os dias, 2015 (como % de população com 65 anos ou mais de idade) (Eurostat, 2019).

Com a análise da figura 4 pode-se verificar que Portugal é dos países com a percentagem mais elevada de pessoas idosas que contactam com os seus familiares todos os dias (36%). No entanto, é também um dos países com a percentagem mais elevada de pessoas idosas que não têm qualquer contacto com os familiares, durante o último ano (4,6% em 2015),

situação esta que requer bastante atenção, considerando os riscos associados ao isolamento e à solidão (Eurostat, 2019).

Concluindo, percebemos que muito embora haja um reconhecido aumento da longevidade da população portuguesa, a qualidade desses anos de vida ganhos é ainda um potencial para melhorar, que dependerá muito do empenho e envolvimento de cada um, enquanto agente activo da sua própria saúde, participação e segurança, bem como da sociedade, como um todo, ao promover as oportunidades para tal em todas as fases da vida (WHO, 2002).

i.i.ii As idades da pessoa idosa

A velhice é apenas uma fase da vida, como todas as outras, tem um início e um fim e, cada vez mais, precisa de ser aceite como tal.

A classificação de uma pessoa como idosa é, geralmente, baseada na questão cronológica considerada desde o nascimento. Todavia, para Neri (1991, p. 79), esta acarreta uma certa ambiguidade, visto que “(...) as idades funcionam como ‘relógios sociais’ que estabelecem uma agenda para o tempo e o ritmo esperados”. Na realidade, existem diferentes dimensões da idade que compõem o processo de envelhecimento e, ao tentar compreendê-las, podemos desenvolver um perfil de idade mais compreensivo para qualquer indivíduo. Deste modo, além da idade cronológica é importante perceber a dimensão biológica, psicológica e social. Todas estas questões são significativas, mas não determinantes, ao considerarmos a infinita variabilidade de cada pessoa (genética e ambiental), o que também acaba por dificultar o próprio estabelecimento de parâmetros (Irigara, Schneider, 2008).

A idade cronológica regista a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos, e é um dos meios mais comum e simples, para se adquirir informações sobre uma pessoa. Diferentes variáveis de tempo, como tempo histórico ou idade (nascimento), podem modificar esse conceito de características clássicas e físicas, para algo mais relativo e subjectivo. Portanto, esta não é um índice de desenvolvimento biológico, psicológico e social, pois ela, por si só, não causa o desenvolvimento (Irigara, Schneider, 2008). Ainda segundo Hoyer;Roodin (*cit. in* Irigara, Schneider, 2008, p.590), a idade é apenas um

marcador aproximado, com características objectivas e subjectivas, “num processo que influencia o comportamento do indivíduo ao longo do tempo”. No entanto, precisamos de uma referência temporal para poder apoiar as legislações e políticas públicas. Posto isto, torna-se pertinente esclarecer qual a idade que define a entrada da população adulta na população idosa.

A OMS definiu o limite de idade entre o indivíduo adulto e a pessoa idosa de 65 anos ou mais, para os indivíduos de países desenvolvidos, e de 60 anos ou mais, para os indivíduos de países em desenvolvimento (Pinto, 2012). Esta idade marca também a chegada da reforma, que representa um período de mudanças concretas e reais, na vida dos indivíduos. É, assim, o início de uma nova etapa que poderá estender-se por 30 ou mais anos (Irigara, Schneider, 2008).

Autores como Piedrala (*cit. in* Lopes, 2010), sugerem uma divisão das pessoas idosas segundo determinadas características, defendendo que a terceira idade começa com a reforma e saída do mercado de trabalho; a quarta idade inicia-se quando a pessoa idosa deixa de ser autónoma, com patologias associadas, e dependendo do grau de dependência pode necessitar de institucionalização. O autor sugere ainda, que numa última fase, a pessoa idosa perde o interesse por tudo à sua volta e, descomprometendo-se, fica à espera da morte. Esta visão demonstra-se bastante redutora, mas é interessante perceber a necessidade que urgia de separar esta população em diferentes grupos.

Numa proposta do Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América, as pessoas idosas são divididas e classificadas pelas seguintes faixas etárias: ‘Idosos Jovens’ - com idade igual ou superior aos 65 anos até aos 74 anos; Idosos, com idade igual ou superior a 75 anos e até aos 84 anos; e, por último, Muito Idosos, com idade igual ou superior aos 85 anos (Lima *cit. in* Lopes, 2010). Desta forma, seja qual for a idade usada nos diferentes contextos, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso das mudanças que acompanham o envelhecimento, visto que podem existir variações dramáticas no estado de saúde, na participação social e nos níveis de independência e autonomia entre pessoas idosas da mesma idade (WHO, 2018). A adopção de políticas sociais baseadas apenas na idade cronológica poderá acabar por ser discriminatória e contraproducente para o bem-estar da população idosa. Cabe à

sociedade e aos elementos responsáveis por tomar decisões, tê-lo em consideração, na elaboração e avaliação de políticas e programas para essa população (WHO, 2018).

A idade biológica é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência (Irigara, Schneider, 2008).

Hoyer; Roodin (*cit.in* Irigara, Schneider, 2008), definem a idade psicológica como as capacidades de resiliência dos indivíduos para se adaptarem às exigências do meio. Esta pode ser descrita pelo uso de várias características psicológicas, como a aprendizagem, memória, inteligência, controlo emocional, estratégias de *coping*, entre outras.

No quotidiano, a caracterização do indivíduo como idoso é dada quando este começa a ter lapsos de memória, dificuldade de aprendizagem ou falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com as suas capacidades cognitivas anteriores (Irigara, Schneider, 2008). Mesmo durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem naturalmente. No entanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência. Na maioria das vezes, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pela ‘falta de uso’, doenças (depressão), factores comportamentais (consumo de álcool e medicamentos), factores psicológicos (falta de motivação, de confiança e baixas expectativas) e factores sociais (solidão e o isolamento), mais do que pelo envelhecimento em si (WHO, 2005). Outro conceito de idade psicológica, é relacionado com o sentido subjetivo da idade baseado na comparação com o outro (Irigara, Schneider, 2008).

Por sua vez, a idade social é definida pela obtenção de hábitos, comportamentos/attitudes e status social do indivíduo, no contexto histórico da sociedade, para o preenchimento de papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas da mesma idade, que variam de acordo com a cultura, o género e a classe social. As desigualdades destas condições levam a desigualdades no processo de envelhecimento (Irigara, Schneider, 2008).

A cultura tem, portanto, um papel fundamental nesta dimensão pois define como uma sociedade vê as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Socialmente, pode-se

inferir que a pessoa é definida como idosa a partir do momento em que deixa o mercado de trabalho, isto é, quando se reforma e deixa de ser economicamente ativa. Já para Bebert (*cit. in* Irigara, Schneider, 2008), a entrada na reforma não significa a passagem para a terceira idade, isolamento, apatia e descanso, mas sim sinónimo de actividade e lazer. Isto só demonstra o quão heterogénea e complexa a experiência de envelhecer pode ser. Para construir uma cultura que valorize e respeite a pessoa idosa, torna-se necessária a redefinição desses conceitos, muitas vezes assimilados pelos próprios idosos.

Concluindo, o envelhecimento é o resultado de uma construção que o indivíduo fez durante toda a sua vida. A capacidade de este superar as adversidades determina o nível de adaptação a mudanças e a crises, próprias do processo de envelhecimento (WHO, 2005). A resiliência revela-se assim, uma das capacidades essenciais para um envelhecimento bem-sucedido. Posto isto, as idades biológica, psicológica, social e cronológica podem corresponder a níveis diferentes no mesmo indivíduo, num processo dinâmico de envelhecimento, sendo imperativo considerar o fenómeno em toda a sua abrangência e incluir todos os factores que podem contribuir para a variação das histórias de cada um, ao longo do tempo (Irigara, Schneider, 2008).

i.i.iii Representações sociais e estereótipos associados ao envelhecimento

Com a modernização a sociedade tem vindo a sofrer transformações que levam à desvalorização e discriminação da pessoa idosa. Outrora os idosos eram vistos como pessoas sábias, com mais experiência para as decisões importantes, o que ainda acontece em algumas culturas. Posto isto, as pessoas idosas tornaram-se num grupo mais vulnerável à exclusão por parte dos mais jovens, com a valorização do belo, o saudável, a destreza física, onde se privilegia a produtividade, a inovação e tecnologias e há repulsa pelo processo de envelhecimento e das suas consequências, tanto físicas como psicológicas (Catita, 2008).

O uso de inúmeros termos e expressões para se referir às pessoas mais velhas e à velhice revela a existência de preconceitos sociais por parte da sociedade e do próprio indivíduo que envelhece. Ao longo das últimas décadas, os indivíduos envelhecem, mas não querem

parecer velhos, pois na sociedade, cada vez mais, a pessoa idosa carece de valorização (Rodrigues, Soares, 2006).

De um modo geral o indivíduo e a sociedade associam aos conceitos de idoso e envelhecimento o declínio físico, a degeneração e a perda de capacidades. Estas são realidades incontornáveis no processo de envelhecimento. O problema está na fácil e, por vezes, errónea associação entre a perda de capacidades físicas a dependências físicas e sociais ou à inatividade, definindo estes como pessoas frágeis, inúteis e/ou até senis. Desta maneira, são formadas crenças, estereótipos e representações sociais com conotação negativa que levam, por vezes, a que a própria pessoa idosa assuma as mesmas como parte da sua identidade e, assim, condicione os seus comportamentos e atitudes (Catita, 2008).

“As representações sociais compreendem um sistema de interpretação da realidade constituído por processos sociocognitivos, com implicações nas relações dos indivíduos com o mundo, nas suas condutas e nos seus comportamentos no meio social” (Ferreira et al., 2010, p.358). Além disso, estas são construídas socialmente, por meio de informações, relações e movimentos sociais, onde também se transformam e deixam de existir, sendo por isso muito importante reconhecer o contexto de onde surgiram para melhor poderem ser compreendidas (Ferreira et al., 2010).

Os estereótipos e imagens associadas ao envelhecimento são muitas vezes gerados pela falta de informação e conhecimento da população em geral e a necessidade do ser humano de categorizar para facilitar o processo de compreensão daquilo que o rodeia. As consequências destas falsas crenças podem ser devastadoras e conduzem ao isolamento e abandono desta população. Estas podem ainda contribuir negativamente para a auto-estima e comprometer o desenvolvimento de competências, o que pode acelerar o próprio processo de envelhecimento, com a falta de estimulação e de envolvimento com a família, comunidade e sociedade (Castro *cit. in* Lopes, 2010). Em suma, para construir uma cultura que valorize o envelhecimento e respeite a pessoa idosa, torna-se necessário a transformação desses conceitos, muitas vezes assimilados pelos próprios.

- **Formas de estereotipação e discriminação – Os Auto-Estereótipos**

A forma como a pessoa idosa percebe o seu envelhecimento é também importante de ser analisada, uma vez que os estereótipos etários podem ser assimilados pela própria pessoa idosa. Estes podem internalizar representações e imagens negativas durante décadas e, com os acontecimentos associados ao processo natural de envelhecimento, acabam por aceitar uma auto-definição negativa, muitas vezes sem correspondência com a realidade, mas que inadvertidamente se repercutirá nos seus comportamentos (Cathalifaud et al. *cit. in* Lopes, 2010).

O impacto desta forma de estereótipo foi investigado por Levy; Langer (1994), onde verificaram que há uma tendência para as pessoas idosas expostas a estereótipos etários negativos, terem piores resultados, principalmente a nível da memória, pela internalização de certos comportamentos, do que aqueles a quem são apresentados estereótipos positivos (Hess et al., 2004).

Levy (2003) analisou os resultados de dois estudos longitudinais que averiguaram se auto-percepções positivas do envelhecimento podem prever uma melhor saúde funcional ao longo do tempo (Levy et al. *cit. in* Levy, 2003) e uma melhor sobrevivência (Levy et al. *cit. in* Levy, 2003). Ambos os estudos se baseiam no Estudo Longitudinal de Envelhecimento e Reforma de Ohio (Ohio Longitudinal Study of Aging and Retirement – OLSAR) que se estendeu por 20 anos. Os participantes tinham 50 ou mais anos e responderam a um conjunto de itens de auto-percepção de envelhecimento. O primeiro indicou que os indivíduos com uma auto-percepção mais positiva do envelhecimento em 1975, relataram uma melhor saúde funcional de 1977 a 1995 (controlando as variáveis: idade, saúde funcional, sexo, solidão, raça, saúde e estatuto socioeconómico) (Levy et al. *cit. in* Levy, 2003). O segundo estudo analisou os dados da OLSAR combinados com os dados de sobrevivência do Índice Nacional de Morte, para descobrir que os indivíduos mais velhos com auto-percepções mais positivas do envelhecimento, medidos até 23 anos antes, viveram mais 7,5 anos do que aqueles com uma auto-percepção negativa.

De facto, as percepções das pessoas têm um grande impacto não só na sua saúde e número de anos de vida, mas também no seu estilo e qualidade de vida, o que impele à realização de reflexões sobre a prioridade do combate destes tipos de estereótipo, na formulação de políticas públicas. Quando o grande objectivo das políticas é apoiar e melhorar a

qualidade de vida das pessoas, durante todas as fases das suas vidas, é crucial começar por ouvir o que estas pensam, para depois as poder informar das opções e das consequências das suas escolhas, tendo em conta a diversidade dessa população (influenciando de forma positiva).

- **Gerontofobia**

Outro tipo de atitude discriminatória face às pessoas idosas e que se torna pertinente referir é a *gerontofobia*. Como a própria semântica da palavra indica, consiste numa fobia ou medo irracional à pessoa idosa e tudo relacionado com o envelhecimento, condicionando as atitudes em relação à mesma. A aceitação do processo de envelhecimento, para muitos, nunca é alcançada, de modo que evitam confrontar-se com as potenciais consequências relacionadas com o mesmo, inclusive a aproximação da morte, podendo se traduzir em comportamentos de recusa, apatia e até indiferença pela pessoa idosa. Adicionalmente, a ‘infantilização’ das pessoas idosas é também um preconceito generalizado que ocorre devido às situações de aumento da dependência e perda de autonomia. Esta forma discriminatória leva a uma inevitável redução do seu estatuto social (Catita, 2008).

- **Idadismo**

“*Agism*” ou “Idadismo” em português, foi inicialmente definido por Butler (*cit.in* Marques, 2011), como o processo sistemático de discriminação e estereotipação negativa, baseado na idade da pessoa, categorizando a população idosa. Pode assumir várias formas, incluindo atitudes prejudiciais, práticas discriminatórias, ou políticas e práticas institucionais que perpetuam essas crenças estereotipadas (WHO, 2020a).

Como em todos os estereótipos, existe uma generalização do grupo, sem considerar as características individuais de cada um (Sousa et al. *cit. in* Lopes, 2010). Estes surgem da interação com meio, que modela percepções e os comportamentos com esta faixa etária (Combe, Schmader, 1999).

Vários autores defendem que alguns acontecimentos relacionados com esta faixa etária, como a saída no mercado de trabalho, a entrada na reforma e a institucionalização,

acabam por desencadear certas crenças que podem se iniciar na infância e ser mais tarde reforçadas quando adultos (Dobbs et al., 2008).

As atitudes etárias negativas são amplamente mantidas em todas as sociedades e não se limitam a um grupo social ou étnico. A investigação sugere que o ‘Idadismo’ pode agora ser ainda mais abrangente do que o sexismo e o racismo, funcionando como um instrumento de poder invisível que pode conduzir a graves consequências tanto para as pessoas idosas como para a sociedade em geral (Lopes, 2010).

Para salvaguardar os direitos das pessoas idosas, a Constituição da República Portuguesa (CRP) dispõe no quadro dos direitos e deveres económicos, sociais e culturais, o 72.º artigo que afirma “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.” (Diário da República, 2015, p.6281), aliado ao direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade (DGS, 2017). No entanto, ao contrário do que acontece com o clausulado na Carta dos Direitos Fundamentais da UE, o artigo 13.º da CRP, não considera a idade como um factor potencialmente discriminatório, o que de certa forma dá abertura para a prática de atitudes discriminatórias, que descure a heterogeneidade desta população, e aprova medidas, muitas vezes, não inclusivas.

O ‘Idadismo’ impõe assim barreiras poderosas ao desenvolvimento de boas políticas sobre o envelhecimento, uma vez que limita a maneira como os problemas são conceptualizados, abordados e estruturados. Este também tem implicações importantes para a saúde e bem-estar das pessoas idosas, pois quando socialmente enraizado pode promover estereótipos de isolamento social, declínio físico e cognitivo, falta de atividade física e sobrecarga económica. Já foi, inclusive, demonstrado que pode causar stress cardiovascular, baixos níveis de autoeficácia e diminuição da produtividade. Para transformar as concepções sobre envelhecimento e saúde, a OMS está a trabalhar em conjunto com os seus principais parceiros para desenvolver uma campanha global que visa mudar a maneira como todos pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento, sendo um dos objectivos estratégicos: *Combater o Idadismo e transformar a compreensão do envelhecimento e da saúde* (WHO, 2020a).

Sendo Portugal um país tão envelhecido, e existindo mais pessoas idosas do que jovens, há agora uma maior probabilidade de desconstruir os estereótipos negativos, com a valorização dos seus conhecimentos e experiência para o desempenho de papéis sociais úteis. “A mudança da visão do envelhecimento como sinónimo de doença, declínio e perdas evoluiria para a concepção de que esta fase do ciclo vital é um momento propício para novas conquistas e para a continuidade do desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural”, devendo a pessoa idosa potencializar os seus próprios recursos e procurar participar activamente na construção da sua identidade (Irigara, Schneider, 2008, p.593).

Concluindo, trata-se de dar às pessoas a oportunidade de abraçar o envelhecimento como algo natural, com um futuro, e não algo a temer; vê-lo como um período de crescimento, e não apenas de declínio; aprender a reconhecer as oportunidades, não apenas os desafios; e, talvez a mais importante, ver-se a si mesmo e aos outros como contribuintes para a sociedade, não como um fardo (Veloso, 2015). Posto isto, todos devemos contribuir para a divulgação de campanhas de sensibilização, baseadas em evidências, que garantam uma visão equilibrada do envelhecimento, com a comunicação das melhores práticas, aumentando o conhecimento e a compreensão deste processo entre os meios de comunicação social, o público, os decisores políticos, os empregadores, os prestadores de serviços e a sociedade em geral. É por fim, também fulcral legislar contra a discriminação baseada na idade em todos os aspectos da sociedade, para que, cada vez mais, as pessoas possam escolher e decidir (por si próprias) como querem viver, à medida que envelhecem (WHO, 2020a).

1.2 Paradigmas do envelhecimento

Para analisar o fenómeno do envelhecimento e as políticas públicas correspondentes, torna-se fulcral investigar os paradigmas que se foram erguendo, de forma a dar resposta às mudanças nos papéis assumidos durante o ciclo de vida e possibilitar o desenvolvimento das potencialidades de todos os indivíduos.

No século XX, o ciclo de vida de uma pessoa era conceptualizado pelas três fases seguintes: jovem-aprendizagem, adulto-trabalho, idoso-envelhecimento e reforma (Barrio *et al.*, 2018). No entanto, para a sociedade contemporânea este já não será adequado tendo em conta as mudanças sociais e demográficas que implicaram as novas gerações. Estas gerações apresentam características distintas das gerações anteriores, com maior formação académica e oportunidades, mais cosmopolita dentro do fenómeno de globalização, com maior acesso à informação e maior capacidade reivindicativa (activista). É, sem dúvida, uma geração com maior abertura para a discussão de questões polémicas, que luta pelos direitos humanos, pela democracia, que exige ser ouvida bem como ter o seu espaço, pois quer participar e contribuir para a sociedade, desempenhando um papel em que se reconhece (Prieto *et al. cit. in* Barrio *et al.*, 2018).

Os paradigmas seguintes surgem como respostas da sociedade face às necessidades das populações que são dinâmicas e alteram consoante o tempo e contexto sociocultural (OMS, 2002). Neste momento, Portugal adopta o paradigma do Envelhecimento Activo e Saudável, a junção de dois paradigmas altamente complementares, estando comprometido com a Estratégia e Plano de Acção Global sobre o envelhecimento e a saúde (EPAG) da OMS ao mesmo tempo que integra os valores e objetivos fundamentais da UE, que promove um Envelhecimento Activo (DGS, 2017). Para compreender estes dois paradigmas, a sua definição e como se interligam é necessário analisar a sua origem.

i.ii.i Envelhecimento Activo

O conceito 'Envelhecimento Ativo' surgiu pela primeira vez durante o Ano Internacional das Pessoas Idosas (1999) num editorial, escrito por Kalache, onde estabeleceu uma associação de atividade com oportunidade para ser saudável na terceira idade (Barrio *et al.*, 2018). O mesmo autor, definiu o Envelhecimento Ativo como "o processo de

otimização de oportunidades para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida para aumentar a esperança de vida saudável" (Kalache 1999, p. 299). Este conceito foi posteriormente adoptado em 2002 pela OMS para desenvolver uma mensagem mais abrangente, uma vez que reconhece outras questões importantes no processo de envelhecimento, para além da saúde, tais como a atividade e a participação (WHO, 2002).

As raízes do conceito de Envelhecimento Ativo persistem até hoje e podem ser relacionadas com a 'teoria da atividade' que se desenvolveu nos anos 40 e 50 em que enfatiza a importância de um estilo de vida ativo para poder obter satisfação de vida e bem-estar na velhice (Havighurst *cit. in* Barrio et al., 2018). Foi ainda desenvolvido em consonância com outros conceitos associados ao paradigma positivo do envelhecimento, como o envelhecimento 'produtivo' ou 'saúdavel' (Marsillas, 2016). A construção desse conceito foi um processo complexo e de natureza multidimensional, com um papel fundamental na estratégia global para a gestão das populações envelhecidas (Stenner et al. *cit. in* Barrio et al., 2018). O termo 'activo' engloba mais do que capacidade física ou ser profissionalmente activo, pois também se refere à participação social, económica, cultural, espiritual e cívica, assumindo um carácter mais abrangente que os paradigmas anteriores (OMS, 2002).

Para a sua implementação ser bem-sucedida, o paradigma do 'Envelhecimento activo' inclui nos objectivos a revisão das políticas sociais e dos estereótipos e preconceitos que foram moldando as representações sobre o envelhecimento na sociedade das últimas décadas (Barrio et al., 2018).

Na figura 5 são apresentados os determinantes do paradigma do envelhecimento activo: determinantes sociais, económicos, pessoais, comportamentais, o ambiente físico, serviços sociais e de saúde, o género e a cultura. Estes determinantes influenciam directa ou indirectamente o bem-estar dos indivíduos, bem como o modo como estes lidam com os seus problemas (OMS, 2008).



Figura 5. Determinantes do envelhecimento ativo (OMS, 2008).

O ambiente físico é o que vai determinar as possibilidades de manutenção das interações sociais promovendo relações de proximidade, permitindo ou não condições de segurança assim como o acesso aos serviços; os serviços sociais e de saúde são essenciais para garantir o bem-estar do indivíduo, sendo primordial garantir a equidade no seu acesso e tratamento de todos com dignidade e respeito; os determinantes pessoais são marcados pela biologia, genética e factores psicológicos; os determinantes comportamentais são referentes ao auto-cuidado e aos hábitos do estilo de vida adoptado ao longo de toda a vida; os determinantes sociais referem-se à existência ou não de apoio da sociedade com oportunidade de educação, proteção e segurança; os determinantes económicos prendem-se com o trabalho, os rendimentos e a proteção social, no sentido de promover a equidade e reduzir as vulnerabilidades; a cultura é determinante no modo como a sociedade olha as pessoas idosas e que, por sua vez, influencia o processo de envelhecimento; Por fim, o género diz respeito ao quão equitativa ou discriminatória a sociedade pode ser através da adequação de políticas para o bem-estar dos diferentes géneros (OMS, 2002).

A análise e compreensão do potencial impacto destes factores além da relação entre eles, deve ser efectuada numa perspectiva longitudinal, reconhecendo a diversidade do indivíduo, da família e da comunidade que aumenta ao longo do tempo. Isto irá permitir elaborar políticas e implementar programas com as devidas considerações e com maiores probabilidades de sucesso das mesmas (OMS, 2008).

O envelhecimento ativo é ainda constituído por três pilares fundamentais: saúde, participação e segurança com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que

as pessoas envelhecem (WHO, 2020). Cada pilar tem o seu objectivo, sendo o do primeiro promover a saúde e reduzir os factores de risco, de forma a aumentar a esperança de vida e melhorar a qualidade de vida desses mesmos anos; o pilar da participação pretende estimular as pessoas idosas para continuarem a contribuir para a sociedade através do apoio a uma participação integral nas atividades socioeconómicas, culturais e espirituais; o pilar da segurança (física, social e financeira) refere-se à intervenção da sociedade para garantir proteção, dignidade e assistência às pessoas idosas (OMS, 2002).

Os princípios orientadores para a realização dos objectivos deste paradigma são a participação, a capacitação (*empowerment*), a interdependência e a solidariedade entre gerações (DGS, 2017). Estes são implementados através da promoção de uma cidadania activa, em que os indivíduos conhecem e lutam pelos seus direitos, com acesso à informação e opções de escolha pessoais, assim como pela existência de uma comunicação mais fluida e horizontal entre a sociedade civil e as áreas políticas responsáveis pela tomada de decisões (Walker, 2002). Posto isto, uma forma simples de definir o ‘Envelhecimento Activo’ será uma ajuda pertinente para que todos possam continuar responsáveis pelas suas vidas, o máximo tempo possível, enquanto envelhecem. E, quando possível, contribuam para a economia e sociedade (EC *cit. in* Barrio et al., 2018).

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e dos Princípios das Nações Unidas de independência, participação, dignidade, cuidado e auto-realização. O planeamento estratégico muda de uma abordagem que passa por apenas se basear nas necessidades ‘inferidas’, onde se pressupõe que os idosos são destinatários passivos e adaptativos ou simples utilizadores de recursos sociais (WHO, 2002); para uma abordagem que reconhece os direitos humanos de igualdade de oportunidades e tratamento em todas as áreas, à medida que as pessoas envelhecem, permitindo à pessoa idosa participar na construção e produção do próprio ambiente social (Wahl, Lang 2004). Assim, a sociedade tem o dever de apoiar o indivíduo a assumir a sua responsabilidade participar no processo político e em outros aspetos da vida comunitária (Barrio et al., 2018). Conquanto, esta abordagem é ainda de formulação e implementação limitada.

De igual modo, é fulcral rever as críticas a este paradigma para se poder perceber o que se pode e deve mudar e, se está verdadeiramente a cumprir os objectivos a que se propõe. Segundo Foster; Walker (2015), este paradigma não está preparado para incorporar a noção de senescência. A própria palavra activo como cerne da identidade do paradigma torna a actividade e trabalho como um dever, o que leva a, inadvertidamente, excluir as pessoas do mercado de trabalho ou actividades produtivas, como o voluntariado ou os cuidadores informais. De certo modo, este paradigma parece promover uma determinada imagem social, que apenas se adequa às pessoas idosas funcionalmente independentes e activas, com capacidades mentais e físicas para a implementação de um estilo de vida activo, e com recursos financeiros para poder participar nas instituições onde este seja promovido. Já as pessoas classificadas como ‘não ativas’, frágeis e/ou dependentes, com poucos recursos e competências, irão permanecer excluídas e estigmatizadas, a enfrentar barreiras que nem sequer estão a ser reconhecidas (Venn, Arber *cit. in* Barrio et al., 2018).

Ainda segundo Barrio et al. (2016), algumas das actividades gerais que são promovidas dirigem-se às pessoas idosas como um utilizador, consumidor ou espectador e tornam-se triviais ao acabar por negligenciar a participação e o envolvimento dos mesmos nos processos de produção e de tomada de decisão. Posto isto, as expectativas associadas ao paradigma podem ser assumidas como um desafio ou como uma ameaça, dependendo das circunstâncias pessoais em termos de saúde, grau de educação ou rendimentos (Pavlova, Silbereisen *cit. in* Barrio et al., 2018). Se nada for feito para promover a inclusão de diferentes formas de envelhecer activamente, este paradigma corre o risco de se tornar numa nova categorização da população idosa, com expectativas excessivas e excludentes (Foster, Walker 2015).

Concluindo, é essencial reconhecer e aceitar a diversidade, permitir que todos participem através da criação de espaços que sejam liderados por aqueles a quem estes são direccionados, com políticas de coprodução, independentes da sua idade, sexo, classe social ou origem. A sociedade e os decisores políticos têm a responsabilidade de alcançar aqueles cujas vozes não estão a ser ouvidas e não sabem como ou onde o fazer e que, muitas vezes, nem sequer conhecem os seus direitos.

i.ii.ii Envelhecimento Saudável

Em 2015, a OMS divulgou o relatório mundial sobre envelhecimento e saúde e estabeleceu um novo entendimento conceptual e quadro operacional para o Envelhecimento Saudável, focado na EPAG. O ‘Envelhecimento Saudável’ é agora o paradigma em foco da OMS, entre 2015 e 2030, e veio substituir o paradigma anterior, o ‘Envelhecimento Activo’. Contudo, ambos enfatizam a necessidade de acção em vários sectores que possibilite às pessoas idosas continuarem a ser um recurso para as suas famílias, comunidades e economia (WHO, 2018).

Por sua vez, o conceito de ‘Envelhecimento Saudável’ refere-se ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, sendo o resultado das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais), dos factores ambientais relevantes bem como da interação entre os dois (DGS, 2017). Os factores ambientais incluem as políticas, os sistemas e serviços relacionados com transportes, a habitação, a protecção social, a segurança, as instalações sociais e os serviços de saúde (incluindo cuidados de longa duração); os produtos e as tecnologias; as relações com amigos, familiares e cuidadores; e, por fim, atitudes, valores culturais e sociais (WHO, 2017). São estes factores que potenciam ou criam barreiras para as pessoas poderem fazer aquilo que valorizam. Isto é, muito embora as pessoas mais velhas possam ter algumas capacidades limitadas, estas podem ser colmatadas através da disponibilização de recursos e da promoção de relações de proximidade (OMS, 2015).

Portanto, o ‘envelhecimento saudável’ é mais do que o reflexo dos hábitos e estilo de vida adoptado, é também o resultado do sucesso, da dedicação e trajetória de cada um, do apoio e das oportunidades disponibilizadas pela sociedade que promovam o bem-estar, através da manutenção da funcionalidade (OMS, 2015). De seguida são apresentadas, na figura 6, as oportunidades de intervenção na saúde pública.

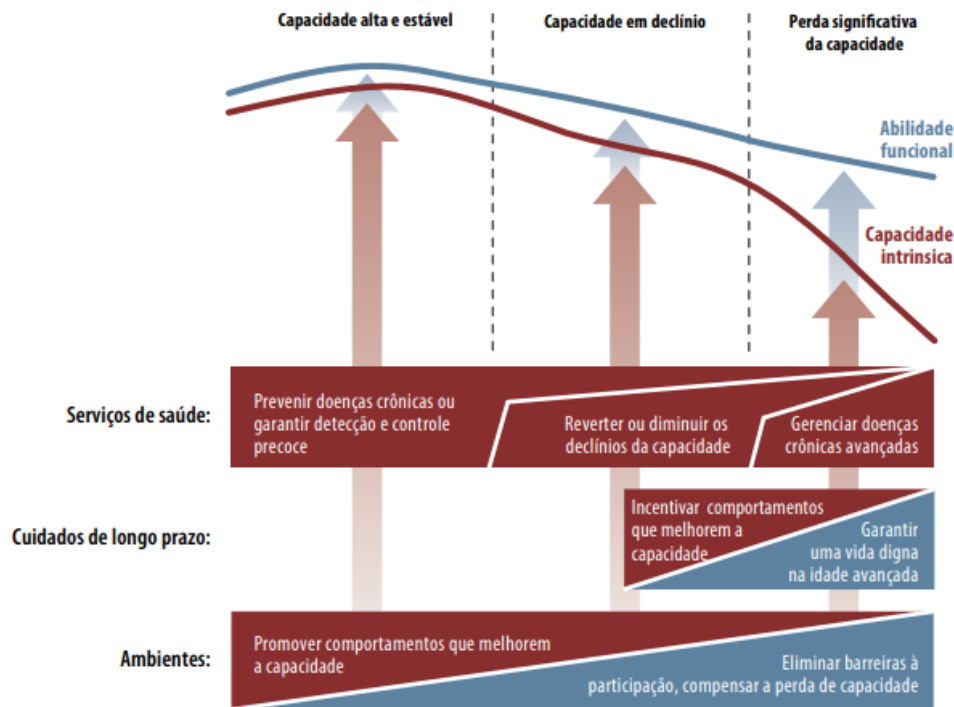


Figura 6. Quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades para ação da saúde pública durante o curso da vida (OMS, 2015, p.15).

Através da análise da Figura 6 é possível perceber que as ações estão divididas em três campos (ambientes, serviços de saúde e cuidados a longo prazo) e são diferenciadas tendo em conta se as pessoas têm um nível estável e/ou alto de capacidade intrínseca, ou se, pelo contrário, têm uma redução das mesmas. No primeiro caso, as ações são direcionadas para manter e aumentar esses níveis ao longo do tempo e, no segundo caso, as ações pretendem reduzir, parar ou reverter e gerir esses quadros, restringindo o impacto que possam ter na sua capacidade funcional, também ao longo do tempo (OMS, 2015).

A EPAG assenta na nova conceptualização da OMS de ‘Envelhecimento Saudável’ sendo muito mais do que a ausência de doenças, seguindo os princípios dos direitos humanos, da equidade, e da não discriminação (especialmente com base na idade), da igualdade de género e da solidariedade intergeracional, disponibilizando orientações abrangentes para guiar os países e intervenientes no desenvolvimento e implementação de políticas sobre como estimular a capacidade funcional das pessoas idosas para serem e fazerem o que valorizam. Neste seguimento, foram estabelecidos cinco objetivos: i) um apelo para que os países se comprometam a agir no âmbito do ‘Envelhecimento Saudável’; ii) o desenvolvimento de ambientes que respeitem as pessoas idosas; iii) reorganizar os

sistemas de saúde para responderem às necessidades das populações mais idosas, promovendo a sua autonomia e incentivando à participação social; iv) desenvolver e gerir sistemas sustentáveis e equitativos de cuidados a longo prazo, com qualidade; v) incentivar à monitorização e investigação do envelhecimento saudável, envolvendo as pessoas idosas em todas as decisões que lhes dizem respeito. A sua implementação exigirá aos Estados-membros a reformulação das suas políticas nacionais, o combate activo do ‘idadismo’, a orientação dos sistemas de saúde em torno da capacidade intrínseca e da capacidade funcional, a garantia de formação dos profissionais de saúde e cuidadores informais, além de uma maior literacia em saúde para a população em geral. Esta apela ainda ao estabelecimento de parcerias para respostas mais inclusivas e integrativas e à construção de plataformas globais para a partilha de evidências e boas práticas (WHO, 2017). Além de tudo isto, a EPAG pretende também responder aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com relevância para 15 dos 17 objectivos em particular (Anexo V).

As críticas a este paradigma apontam para o carácter reducionista do mesmo, focado nas capacidades funcionais e na medicalização dos conceitos de saúde e de envelhecimento, o que continua a promover uma certa imagem do que deveria de ser uma pessoa idosa bem como um ‘envelhecer com sucesso’ (Barrio et al., 2018). As pessoas que aleatoriamente são afectadas pela doença crónica ou com algum tipo de incapacidade podem sentir-se excluídas pois, por mais que adoptem os estilos de vida saudáveis, a sua situação pode não reverter ou estagnar, como o caso das doenças degenerativas. Outras pessoas podem simplesmente querer fazer escolhas conscientes sobre o seu estilo de vida que podem não ir ao encontro do preconizado e essas também não se sentirão incluídas. Os paradigmas devem ser olhados com uma maior abertura e abrangência, criando espaço para as pessoas se identificarem e oportunidades de bem-estar para todos. Adicionalmente, devem possibilitar a qualquer indivíduo, no decurso das suas vidas, o acesso a informação e recursos, num balanço entre o respeito das vontades individuais e das necessidades colectivas.

A realidade é que, apesar da previsibilidade do envelhecimento da população e do seu ritmo acelerado, os países encontram-se em diferentes estados de preparação. Muitas das pessoas idosas de hoje não conseguem aceder aos recursos básicos necessários para uma

vida com sentido e dignidade. Muitos outros enfrentam barreiras diárias que os impedem de experimentar a saúde e o bem-estar bem como de participar plenamente na sociedade. Estas dificuldades são exacerbadas para os idosos que vivem em ambientes expostos a situações de maior vulnerabilidade e/ou emergências, onde os recursos são mais limitados e as barreiras são maiores (WHO, 2017a).

Resumindo, uma vida mais longa traz mais oportunidades. Todavia, o modo como as pessoas, comunidades e sociedade aproveitam estes mesmos anos vai depender grandemente da saúde da população. As evidências sugerem que as pessoas idosas não estão a perceber uma melhor saúde do que as gerações anteriores, e que aqueles expostos a situações de maior vulnerabilidade, ao longo da sua vida, sofrem maiores riscos e, portanto, a implementação da estratégia deverá ajudar a quebrar barreiras e permitir que todas as pessoas possam continuar a fazer as coisas que valorizam, ou até a descobri-las (WHO, 2017).

i.ii.iii Envelhecimento Activo e Saudável

O envelhecimento ativo e saudável é então definido como o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, promovendo uma melhor qualidade de vida ao longo da sua trajectória de vida, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional (OMS, 2015).

Em Portugal foi proposta a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Activo e Saudável (ENEAS 2017-2025) num grupo de trabalho com parceria interministerial e intersectorial (Despacho n.º 12427/2016, de 17 de outubro). Os objetivos da ENEAS assentam no reconhecimento que o envelhecimento se inicia antes do nascimento e se prolonga por toda a vida, e que, portanto, será importante rever as políticas de forma a darem resposta para os determinantes que o influenciam, em todas as fases da vida e nos vários domínios sociais. Este repensar do envelhecimento exigirá uma abordagem mais holística e intersectorial (justiça, educação, saúde, segurança social, etc.) com desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, no sentido de contruir uma ‘sociedade para todas as idades’ e que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida activa e saudável (WHO, 2002). Segundo a

ENEAS é ainda peremptório responder às expectativas e necessidades (económicas e sociais) das novas gerações de idosos, considerando a sua experiência, capacidades, sabedoria e todo o potencial para continuar a contribuir activamente para as suas famílias e comunidades ao participar na vida económica, política, social e cultural. O plano de acção inclui questionar e envolver as pessoas idosas na formulação das políticas e programas para quem estes são dirigidos. Todavia, ainda está longe de incorporar todas as vozes dos diferentes grupos da população idosa, principalmente dos mais excluídos e vulneráveis, para quem estas têm um maior impacto, de forma a, efetivamente, poderem responder à diversidade e garantir a inclusão.

Independentemente do paradigma e estratégia em foco, torna-se fundamental alargar para uma perspectiva mais abrangente das formas de envelhecer, processo este que vai sempre ser único para cada indivíduo, de acordo com as suas escolhas, recursos disponíveis e trajetória. O foco dos especialistas e das políticas públicas, mais uma vez, dever ser disponibilizar a informação e recursos necessários para apoiar as pessoas nas suas escolhas, sensibilizando para os possíveis resultados, enquanto se mantêm centralizados no bem comum. Com tudo isto, percebemos a importância de passar também uma mensagem de aceitação dos possíveis cenários associadas a esta fase da vida, continuando a estimular as potencialidades de cada indivíduo para vivê-la da melhor forma possível, e como pretende.

i.ii.iv Estratégias no âmbito do Envelhecimento Activo e Saudável

Viver mais tempo constitui-se um desafio para todas as comunidades. No entanto, esse desafio é consistentemente visto como um problema e não como uma oportunidade. Algumas pessoas têm a capacidade de procurar e criar oportunidades de participação social e de reivindicação dos seus direitos, já outras precisam de uma orientação e sensibilização para como e por que razão o devem fazer, assim como da disponibilização dos recursos necessários para tal. Neste âmbito, torna-se fundamental analisar o trabalho desenvolvido pelo governo, organizações e pela sociedade civil na elaboração e implementação de programas e projectos que estimulem um envelhecimento activo e saudável nas suas comunidades.

Os programas e projectos são baseados na conjectura de que o ambiente pode influenciar o bem-estar físico e psicossocial, a participação social, a saúde e o nível de dependência da população. O ambiente físico (infraestruturas públicas e as condições habitacionais) afectam, por exemplo, a segurança (proteção e prevenção de acidentes), o acesso e a mobilidade individual. Já o “(...) ambiente da sociedade, o apoio comunitário e dos serviços de saúde, o nível cultural e de literacia individual podem, igualmente, influenciar o bem-estar psicológico, a participação social e o nível de saúde da mesma população.” (Oliveira et al., p.4, 2012).

Estes ambientes onde as pessoas envelhecem, tal como as próprias pessoas, são diversos, dinâmicos e em constante mudança, mas devem ser adaptados de modo a oferecer as condições necessárias para a pessoa poder lá habitar, em qualquer fase da sua vida, independentemente das adversidades e deterioração das suas capacidades (WHO, 2020b). As adaptações dos contextos são assim essenciais para a promoção do bem-estar e saúde das pessoas idosas ao permitir que estas possam continuar a ser autónomas e socialmente activas, pelo máximo tempo possível e desejado (Fonseca, 2018). O desafio é perceber que tipo de respostas ou serviços de proximidade podem combater a desvinculação gradual das pessoas idosas que tendem muitas vezes a ficar abstraídas, quer da participação social, quer da vida familiar (Oliveira et al., 2012). Deste modo, é crucial a tomada de consciência sobre estas questões através de uma abordagem multidimensional de respostas em rede, com estabelecimento de parcerias que reconhecem as necessidades tanto dos indivíduos como da sociedade, repensando o fenómeno de envelhecimento através de projectos intergeracionais que envolvam a mudança de hábitos e comportamentos bem como a sensibilização e responsabilização de todos no combate à exclusão social, aos estereótipos, à discriminação e à indiferença (Fonseca, 2018).

De facto, um dos princípios orientadores para a elaboração de estratégias é que sejam participativas e potenciadoras, com contributos combinados do cidadão e dos governantes. Isto é, deve haver uma combinação de ‘políticas de cima para baixo’ com ‘políticas de baixo para cima’ (Estado, decisores políticos e membros da sociedade civil), de forma a poderem ser desenvolvidas políticas mais verdadeiramente democráticas, inclusivas e motivadoras. Estas devem assim possibilitar e estimular a actividade, com a existência de oportunidades para os cidadãos tomarem decisões e fazerem escolhas, permitindo também criarem a sua própria forma de atividade (Foster, Walker 2015).

Com base no referido anteriormente, procedeu-se à análise de dois exemplos de estratégias a nível global, no âmbito do paradigma actual de envelhecimento, que visam a promoção de melhores condições de vida para as gerações envelhecidas, na resposta ao desafio de maior longevidade. Estas são a ‘Cidade e Comunidade Amigas das Pessoas Idosa e o ‘Aging in Place - Envelhecer em Casa e na Comunidade’.

- **Cidades e comunidades amigas das pessoas idosas**

“Uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento activo ao otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (OMS, 2008, p.7). O Projeto Mundial Cidade Amiga do Idoso surgiu em 2005 e foi desenvolvido por Alexandre Kalache e Louise Plouffe, da sede da OMS em Genebra (Suíça), tendo em conta as prioridades das Nações Unidas, que pretende melhorar o ambiente físico de modo a propiciar melhores condições toda a população no processo de envelhecimento (OMS, 2008).



Figura 7. Mapa-Mundi de parcerias do projecto ‘Cidade Amiga da Pessoa Idosa’ (OMS, 2008).

Para entender as características de uma cidade amiga da pessoa idosa era fundamental ouvir a experiência e expectativas dos próprios interessados. Assim, em 2006 foi implementado um protocolo de estudo, trabalhando com grupos focais de cerca de 1500 pessoas idosas e 750 prestadores de cuidados de serviços dos sectores público, voluntário e privado, em 33 cidades de 22 países (países desenvolvidos e em desenvolvimento). Deste trabalho resultou a formulação de um modelo de cidade amiga da pessoa idosa e a produção de um Guia com a partilha de boas práticas nesse âmbito. A partir dessas consultas foram identificadas as características-chave de uma cidade amiga da pessoa idosa, com base nas preocupações expressas nos 8 seguintes tópicos da vida urbana: espaços abertos e prédios; transporte; moradia; participação social; respeito e inclusão

social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; apoio comunitário e serviços de saúde. A cada tópico foi dedicada uma secção no Guia, onde é feita a descrição e análise dos resultados obtidos pela pesquisa, incluindo uma lista de verificação das principais características ‘amigáveis’ para as pessoas idosas. Esta lista foi desenvolvida como uma ferramenta de autoavaliação e monitorização de progressos para cada cidade, e não como meio de comparação ou classificação, auxiliando no diagnóstico e definição da estratégia a implementar para a melhoria das condições que esta oferece à sua população mais envelhecida (OMS, 2008).

O envolvimento das pessoas idosas e prestadores de serviços assim como a sua capacitação enquanto parceiros deve ser mantido em todas as etapas do projecto. Isto significa que estes devem ser ouvidos na identificação das áreas prioritárias de actuação, participar na implementação e monitorização dos projectos a nível local e, ainda, dar orientações e sugestões na formulação de políticas. Deve também ser promovida a aprendizagem para reforçar as competências dos prestadores de cuidados (formais e informais), o que levará à melhoria das próprias instituições e à integração na ‘Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas’ (Oliveira et al., 2012 p.4). Esta Rede da OMS foi lançada em 2010 e contempla, neste momento, mais de 830 cidades e comunidades em 41 países, incluindo Portugal (WHO, 2020).

O Guia é, por fim, “destinado a todos as pessoas interessadas em tornar suas cidades mais amiga das pessoas idosas, o que inclui as organizações governamentais, organizações académicas e não governamentais, grupos de voluntários, o sector privado e sociedade civil em geral” (OMS, 2008, p.15).

O conceito de ‘cidade amiga das pessoas idosas’ veio responder de forma global e inovadora aos desafios do fenómeno de envelhecimento, modificando a visão da pessoa idosa pela sociedade e pelos respectivos decisores políticos. A OMS retrata as pessoas idosas como membros iguais da sociedade que podem ainda contribuir activamente, se as respostas sociais os apoiarem na promoção de saúde e prevenção de doença assim como na identificação e eliminação de barreiras à participação enquanto cidadãos (OMS, 2008).

Uma ‘Cidade Amiga das Pessoas Idosas’ adapta, portanto, as suas estruturas e serviços de forma a serem acessíveis e inclusivos para todos, tendo em conta as diferentes necessidades e capacidades. Os benefícios deste projecto não são apenas para as pessoas

idosas, mas, de alguma forma, são para todas as faixas etárias que habitam nessa área. Posto isto, “Tornar as cidades mais amigáveis aos idosos é uma resposta necessária e lógica para promover o bem-estar e a contribuição de idosos residentes (...). E, como o envelhecimento ativo e saudável é um processo de toda a vida, uma cidade amiga do idoso é uma cidade amiga de todas as idades” (OMS, 2008, p.9).

Em resumo, neste projecto as políticas, os serviços, os ambientes e estruturas dão apoio e capacitam para as pessoas envelhecerem activamente. A sua implementação começa por desmitificar estereótipos e valorizar as capacidades e recursos das pessoas idosas, promover a flexibilização de respostas, adaptar às necessidades e preferências de cada um, respeitar as decisões e o estilo de vida escolhidos (autonomia), e ainda promover a inclusão e proteção daqueles que são mais vulneráveis (OMS, 2008).

- **Envelhecer em Casa e na Comunidade**

Existe um guia de boas práticas sobre ‘Aging in Place – Envelhecer em casa e na Comunidade’, elaborado por Fonseca (2018), que procedeu ao levantamento de iniciativas promotoras de inclusão social dos cidadãos mais velhos, nas respectivas comunidades. De seguida, serão apresentadas as suas ideias-chave expostas na introdução do documento visto que a sua análise possibilita uma melhor compreensão deste conceito.

A casa e a comunidade são, por norma, um local escolhido pelo indivíduo e o lugar onde mais gostam de estar, pela sensação de conforto que traz. De acordo com o autor, o ambiente onde o indivíduo está inserido é determinante na evolução das capacidades individuais e responsável por propiciar as condições que lhe permitem manter uma vida autodeterminada, com confiança e autoestima. Assim sendo, torna-se necessário analisar o significado deste conceito num sentido abrangente, em que representa não só o espaço físico, como também o contexto concreto onde se insere, nomeadamente, a acessibilidade e proximidade aos edifícios e serviços públicos, a rede de transportes, as ligações com a vizinhança bem como o sentimento de pertença. Logo, a vontade de envelhecer na comunidade, um lugar familiar, garante uma maior preservação de significados e de memórias, que permitem manter a identidade social da pessoa. Os sentimentos subjectivos, crenças e valores associados à casa e comunidade (dimensão cultural) podem ser uma fonte significativa de bem-estar enquanto se promove um sentido de continuidade

entre as diferentes etapas do ciclo de vida, independentemente das condições do local onde vive e da capacidade funcional do indivíduo. Contudo, todas estas condições irão influenciar directamente o processo de envelhecimento do indivíduo, como socialmente participativo ou excluído.

‘Envelhecer em casa e na Comunidade’ é uma necessidade nos países em desenvolvimento devido aos baixos recursos da segurança social. Já nos países desenvolvidos recorre-se cada vez mais à institucionalização quando a pessoa começa a perder autonomia e capacidades. Este conceito surge então como um dever social de proteger as pessoas idosas, considerando as suas prioridades, incluindo a vontade de permanecer nas suas casas, o maior tempo possível. Idealmente, para que esta fase possa ser vivida de forma plena e em segurança, deve-se promover e prolongar a sua autonomia instrumental, facilitar o acesso aos serviços, promover a manutenção de interação social assim como medidas de prevenção e promoção de saúde. No entanto, ‘Envelhecer em casa e na Comunidade’ deve também considerar responder às diferentes necessidades desta população tão heterógena, como pessoas autónomas ou dependentes, com ou sem apoios sociais, mas que todas possam, efectivamente, escolher onde vão passar a última fase das suas vidas.

O autor apresenta ainda como argumento que os decisores políticos referem o cuidado institucional como mais dispendioso do que a prestação de cuidados na comunidade. Esta observação tem influenciado as políticas desenvolvidas e a implementação de medidas que dão prioridade ao envelhecimento em casa, através da proliferação de serviços nesta área, desenvolvendo novas respostas de apoio e capacitação. Estas respostas devem considerar as progressivas limitações funcionais dos indivíduos e centrar na implementação de programas de assistência ao domicílio como o SAD (Sistema de apoio domiciliário) cuidados de saúde no lar, hospitalização domiciliária, cuidados paliativos domiciliários, programas de nutrição e serviços de apoio para cuidadores e familiares, teleassistência, entre outros. Todos estes são essenciais para reforçar a autonomia e segurança bem como para melhorar a qualidade de vida. Desta maneira, abrangem a necessidade de monitorizar e apoiar nas rotinas diárias, desde o auto-cuidado a outras actividades significativas para o indivíduo, e disponibilizam ainda alternativas para ultrapassar as barreiras inerentes ao processo de envelhecimento.

‘Envelhecer em casa e na comunidade’ não deve ser sinónimo de ‘ver o tempo a passar’, nem de uma fase de vida que apenas aguarda pelo fim, vazia de sentido ou de objectivos. Pelo contrário, as pessoas devem ser estimuladas para pensarem em objectivos e projecto de vida, sensibilizadas para reconhecerem as suas responsabilidades e valorizadas pelas funções socialmente úteis que desempenham ou podem desempenhar. É urgente repensar o envelhecimento com a eliminação de estereótipos e barreiras, devendo começar por criar mais espaços, “programas e intervenções que promovam a inclusão, participação e interação social, a atividade física e recreativa, o envolvimento cultural e a educação contínua” (Fonseca, 2018, p.11). De facto, o indivíduo ao envelhecer tem a tendência de passar mais tempo em casa e na comunidade, num ambiente familiar, pelo que se torna fundamental reforçar esta relação positivamente. É de salientar que as necessidades das pessoas mudam à medida que elas envelhecem e, por isso, o local onde habitam deve ser ajustado, acompanhando a evolução tecnológica que nos permite criar respostas e estratégias inovadoras, sustentáveis e pensadas a longo prazo (Fonseca, 2018).

Em síntese, a ideia de ‘Envelhecer em Casa e na Comunidade’ é possibilitar à pessoa efectuar escolhas relacionadas com a sua própria vida, como habitação, redes de transportes, acesso a serviços sociais, serviços de saúde e à informação, oportunidades recreativas, envolvimento cultural e de educação contínua, prestação de serviços de longa duração, promoção de interação social e das relações pessoais. Fundamentalmente, esta modalidade pretende que as pessoas possam exercer os seus direitos básicos de cidadania e que não se tornem passivos, potenciando as suas funcionalidades (autonomia e independência), quando possível, para poderem usufruir de forma plena e em segurança do contexto que os circunda (Iecovich *cit. in* Fonseca, 2018).

Estas duas estratégias globais são bons exemplos de respostas que tentam considerar as opiniões das pessoas para quem são dirigidas (incluindo as mais vulneráveis), sendo flexíveis e ajustáveis ao longo do tempo, tal como as pessoas, os contextos e as suas necessidades.

1.3. Definição de conceitos: Percepção, Poder e Utilidade

Com base na pesquisa bibliográfica efectuada, para o ‘estado da arte’ foi possível verificar a existência de poucos estudos que remetem os seus objectivos para perceber o que as

peças idosas pensam e percebem sobre determinados assuntos inerentes ao paradigma do envelhecimento, de modo a podermos avaliar se as estratégias e políticas públicas estão a ser bem sucedidas ou se necessitam de ser revistas. Mais especificamente, urge a necessidade de recolher informação junto daqueles com maior vulnerabilidade e que, portanto, poderão precisar de maior apoio e acompanhamento das respostas sociais, para poderem exercer os seus direitos e deveres, no contexto de um paradigma que se diz inclusivo e ciente da diversidade. Esta diversidade tem de estar expressa na flexibilidade de ajuste das respostas face às necessidades de cada um.

Em primeiro lugar, é essencial elucidar sobre o próprio conceito de percepção. Estudar algo subjectivo pode parecer difícil, mas é, sem dúvida, interessante do ponto de vista dos potenciais ganhos e aprendizagens inerentes ao processo.

O conceito de percepção deriva do latim *perceptio* '*ōnis*' e refere-se à acção e ao efeito de perceber ou perceber, ao receber, elaborar e interpretar a informação (sensações, imagens, pensamentos, impressões) de modo a podermos tentar conhecer e compreender o meio envolvente (AA.VV, 2008, p.492). É um processo de construção inferencial da representação interna como hipótese, daquilo que acontece no exterior. Essa representação resulta tanto da análise e interpretação da informação oriunda pelos sentidos (olfacto, audição, visão, tacto, gustação), como da informação proveniente da memória. Além disso, esta vai ser influenciada pelos aspectos culturais da pessoa, pelo seu estado emocional, pelas suas crenças, preconceitos e experiências (Nóbrega, 2008).

Segundo Fontaine (2010, p.58),

“a percepção não é uma recepção passiva das mensagens provenientes do meio ambiente, mas um conjunto de actividades complexas de recepção e análise. No entanto, é raro considerarmos um conhecimento perceptivo de uma situação através de um único meio sensorial. A nossa percepção é polissensorial: é o produto de uma integração de mensagens sensoriais diversas”.

Em suma é através da mente, pela seleção de estímulos (...) “que ocorre a percepção (imagem) e a consciência (sentimentos e pensamentos) resultando numa resposta que conduz a um comportamento” (Okamoto, 2002, p.27).

Ao longo da vida vamos formando ideias a partir das experiências de relação que estabelecemos como a realidade. Isto significa que cada indivíduo constrói a sua própria

realidade e não existe uma realidade absoluta. Deste modo, a percepção da vida de uma criança é muito diferente da percepção de um adulto e, por sua vez, de um idoso. Com o envelhecimento, os órgãos sensoriais sofrem alterações (principalmente a audição e visão), sendo que os estímulos podem ser percebidos com maior dificuldade, a velocidade de resposta pode tornar-se mais lenta, a interação social com os outros pode ser afectada e conduzir ao isolamento. São as experiências vividas que determinam o comportamento e a capacidade de aceitação e resiliência de cada pessoa. Portanto, é pertinente avaliar como o processo de envelhecimento e as consequentes mudanças físicas e psicológicas podem influenciar a capacidade perceptiva do indivíduo, por exemplo, face a como este passa a gerir as suas rotinas e AVD's (Actividades de Vida Diária) (Hazin, 2012).

Outra questão pertinente está relacionada com o facto de, na maioria das vezes, serem os indivíduos a adaptarem-se ao meio envolvente, para responder às suas necessidades, ao invés de se procurar as soluções e ajustes no próprio meio. E, quanto mais tempo se passar numa determinada rotina, mais difícil será aceitar a mudança, a qual pode surgir como ameaça dentro de uma sensação de inquietude (Okamoto, 2002). Um ambiente que é familiar, traz sentimentos de segurança e bem-estar, lembranças e afectos, uma identidade social associada ao lugar e, por isso, é comum as pessoas idosas guardarem consigo (no seu ambiente) objectos que remetem ao passado, como forma de resgatar um tempo de maior 'domínio' e 'poder'. Com a velocidade dos avanços na tecnologia e inovação, torna-se cada vez mais complicado acompanhar as mudanças de modo a continuarem envolvidos com o mundo à sua volta. Nesta fase da vida, por norma, os seus filhos já têm a sua própria família, podendo as responsabilidades e papéis desempenhados pela pessoa idosa tornarem-se reduzidos e, de forma a não se verem desamparados, é essencial manter um suporte e uma procura de projecto de vida (Hazin, 2012).

Até recentemente, os discursos na cultura ocidental sugeriam o processo de envelhecimento como um declínio inevitável, redução de atividades e de competências. A tendência era para que as pessoas idosas fossem consideradas como clientes ou consumidores de serviços, em vez de cidadãos. No entanto, as teorias emergentes apontam para a importância da auto-determinação e envolvimento de forma significativa das pessoas idosas através da criação de oportunidades para estas exercerem algum

‘poder’ e influência sobre as questões que afectam o seu quotidiano (Gallantand, Hutchinson, 2016).

Surge assim o foco na percepção sobre as questões relacionadas com o ‘poder’ e a ‘utilidade’ (reconhecimento do seu próprio potencial).

O termo ‘poder’ é usado para fazer referência à faculdade ou possibilidade, à autorização e ao direito, a ser capaz de, ter ocasião ou oportunidade, ter direito ou capacidade de decidir e/ou agir ou capacidade natural ou adquirida para fazer algo, tendo, portanto, múltiplas definições (AA.VV, 2008, p.546). Segundo Menge (2018), o ‘poder’ pode ser definido como a capacidade de um indivíduo afectar as acções de outros indivíduos ou a sua disposição para agir. É muitas vezes considerado como um conceito central no pensamento social e político que pode contribuir para a explicação de muitos fenómenos sociais e com o seguinte significado: a capacidade de utilizar a força; o acesso aos recursos ou a aceitação coletiva. No contexto da investigação, o conceito ‘poder’ está associado à capacidade de tomada de decisões e resolução de problemas, à autonomia e ao exercício dos direitos e deveres enquanto cidadãos (cidadania).

O conceito de utilidade vem do latim *utilitas*, significando o interesse/préstimo, proveito ou vantagem que se obtém de algo. O termo também permite fazer referência à qualidade do que é útil (AA.VV, 2008, p.700). Para Kaminitz (2017), o conceito de utilidade pode ser dividido em três pontos essenciais apresentados de seguida. Primeiro, este deve ser entendido num sentido mais amplo do que o de prazer e dor, efeito positivo e negativo ou satisfação (emocional e cognitiva) de vida, considerando também o seu sentido moral e de virtude. Depois, não se refere apenas à utilidade no contexto da tomada de decisão, mas também nos contextos mais amplos dos procedimentos sociais e das instituições em que as pessoas vivem, onde são vistas como fontes de utilidade independentes. Por fim, a utilidade processual contemporânea deve reconhecer o indivíduo como um todo, na sua complexidade. O autor refere ainda que a utilidade para a sociedade é uma importante fonte de sentimentos agradáveis para os indivíduos e que, portanto, ganha a sua aprovação. Embora a aprovação da utilidade seja uma tendência universal, a questão de saber se algo é ou não útil está dependente do contexto.

Com base no referido anteriormente, este conceito assume particular relevância para a investigação no âmbito da participação e envolvimento social, na procura de objectivos e

projectos para esta fase da vida, para a desmitificação de estereótipos e promoção da capacidade de auto-valorização (para usufruto próprio e/ou dos outros).

Seguidamente, torna-se importante clarificar alguns dos conceitos associados ao significado contextual do ‘poder’ e ‘utilidade’ e que estão interligados ao actual paradigma de envelhecimento.

i.iii.i Participação e envolvimento social

A idade que marca a passagem de adulto para idoso está associada à entrada na reforma. Este representa um período de mudanças na vida dos indivíduos e, se for acompanhada por inatividade, pode levar à ansiedade, depressão, sensação de abandono e isolamento ou estado de dependência (Carvalho, 2012). Além disso, a cessação de actividade laboral pode resultar em perda de poder económico e influência social, o que, aliado à vulnerabilidade física e ou/psicológica, pode restringir o exercício dos seus direitos e deveres. Outras razões estão relacionadas com a dificuldade de acesso à informação, a pobreza e dependência económica, a incapacidade física e/ou psicológica associada a alguma inércia social, a baixa preparação dos prestadores de cuidados e dos poucos recursos disponíveis e adaptados na comunidade. No entanto, a idade por si só não deve ser considerada como um factor redutor de capacidade ou condicionante da participação e envolvimento social (Barroso, 2014).

Segundo Carvalho (2012), nesta fase há mais ‘tempo livre’ para exercer a sua cidadania, com as pressões sociais mais reduzidas (trabalho, escola, etc.) sendo, por isso, fundamental intervir para que a pessoa continue a participar na sociedade. Para a OMS (2002), a participação social refere-se ao envolvimento em actividades recreativas, culturais, educacionais, espirituais e de socialização, permanecendo integrados na sociedade. Esta interação social e prática de actividades deve significar mais do que ‘ter uma ocupação’. É essencial que a pessoa idosa possa sentir prazer na sua realização enquanto percebe como pode contribuir nas mais diversas esferas da vida (família, trabalho, voluntariado, política, lazer, cultura, etc.), destruindo os estereótipos que o definem como alguém passivo e/ou inactivo (Santos, 2016).

Segundo Barrio et al. (2018), a participação dos cidadãos engloba o participar nas decisões sociais e políticas através da interação e relações em rede, num enquadramento territorial específico. Baseia-se também na condição de cidadania, como exercício sustentado pela prática, para garantir eficiência, qualidade e boa orientação das políticas públicas. As oportunidades de participação social podem ser inclusivas para todos os grupos etários ou dirigidas especificamente para cada um deles. O ‘empowerment’ e a auto-estima são reforçados por uma cultura e sociedade que reconhece, respeita e inclui as pessoas idosas (OMS, 2008).

As pessoas idosas consultadas pela OMS, em 2008, referiram algumas das dificuldades (barreiras) que as impediam de participar formal e informalmente na vida social. Eles sugerem que haja mais atividades, e mais variadas, próximas de onde moram. Contudo, a sua participação não depende apenas das atividades oferecidas, mas também das informações que recebem sobre essas atividades e da disponibilidade de acesso adequado aos transportes e aos locais onde elas se realizam. Sugerem ainda que gostariam de ter oportunidades onde fosse fomentada a integração dentro da própria comunidade e com pessoas de outras faixas etárias. As maiores preocupações são relativas ao custo e ao acesso, especialmente para pessoas com mobilidade reduzida ou qualquer incapacidade, bem como quanto à divulgação das atividades e eventos, visto que muitos referem nem saber da sua existência (OMS, 2008).

Por conseguinte, o ‘Guia das Cidades Amigas da Pessoa Idosa’ propõe as seguintes abordagens de forma a promover a participação social de todos: actividades e eventos diversos com custos acessíveis; locais e ambientes das actividades, promoção, divulgação e descrição das actividades bem os meios de acesso; combate ao isolamento, identificando casos individuais com estratégias específicas quando necessário; integração de todos na comunidade através da promoção de eventos que despertem o interesse das diferentes faixas etárias. O Guia sugere ainda que esta participação social e a estimulação ao exercício da cidadania não vai ocorrer sem medidas de promoção de respeito e inclusão das pessoas idosas. Para isso, as estratégias de intervenção devem também focar-se na inclusão económica de todas as classes em eventos públicos, privados ou voluntários; no desenvolvimento de serviços públicos respeitosos e inclusivos, contemplando a formação dos prestadores de serviços; a promoção das relações familiares e intergeracionais através

de actividades que envolvam todas as gerações; no uso dos *media* para desmitificar estereótipos e promover uma imagem positiva do envelhecimento; e ainda, na conscientização social pela educação nas escolas, pelas oportunidades de formação ao longo da vida e pela criação de acções comunitárias que possibilitem às pessoas idosas a partilha de histórias e experiências (OMS, 2008).

i.iii.ii Do envelhecimento activo à cidadania activa

A pessoa idosa é cada vez mais encorajada a desempenhar um papel de cidadão activo, tendo em conta a ideia de que um estilo de vida activo contribui para o bem-estar e para a satisfação pessoal. No entanto, o termo activo e actividade resulta de uma construção social que pode estar influenciada pelas questões de género e marcada por relações de poder que variam entre épocas e culturas. Por consequência, esta construção social impede, muitas vezes, de considerar outras formas significativas de acção, que não resultem de uma actividade produtiva estereotipa, mas que também contribuam para o bem-estar do indivíduo, da família, da comunidade ou da sociedade no geral. Da mesma forma, a participação, o envolvimento social e a cidadania são também conceitos influenciados pelas questões de género, devido à divisão histórica dos espaços público-privados e do trabalho, remunerado e não remunerado (prestação de cuidados), realizado por homens e mulheres (Marchand, 2018). Contudo, embora historicamente possam ser conceitos marcados pelas relações de género, no paradigma do envelhecimento activo estes prevalecem como conceitos políticos e normativos.

O conceito de cidadania refere-se à pertença e ao reconhecimento, de forma jurídica, a uma comunidade política que lhe confere direitos, liberdades e garantias, mas também deveres e responsabilidades cívicas (Soares, Maia, 2004). Isto implica o desenvolvimento e aprendizagem de competências cognitivas sociais e cívicas (Santos, 2016).

O conceito moderno de cidadania foi construído sobre o *modelo de Marshall* (1963) que defende o acesso pleno a direitos para todos os cidadãos. Estes direitos foram divididos em três categorias e na sua inter-relação para uma realização plena da cidadania: direitos civis, relacionados com os direitos e liberdades individuais; direitos políticos, relativos à representação e à participação na vida política e socioeconómica; direitos sociais,

referentes ao bem-estar e à segurança económica para os membros de uma comunidade específica (Marshall *cit. in* Marchand, 2018).

A sensação de estar numa relação interdependente com uma pessoa, um grupo, ou com a comunidade é central para uma cidadania viva, onde permanece envolvido. Esta acentua a importância do poder das dinâmicas relacionais e de interdependências que permitem a afiliação social e o sentimento de pertença (Marchand, 2018). Assim, "(...) a cidadania ativa inclui autonomia, autorresponsabilidade, flexibilidade, mobilidade geográfica, uma educação profissional e a capacidade de se envolver na sociedade civil para satisfazer os seus próprios interesses" (Pfau-Effinger, 2005, p.189). Portanto, para qualquer pessoa poder exercer uma cidadania activa requer capacidades e recursos que lhe permitam gerir a sua vida de forma autónoma, consciente e interactiva, activa e proactivamente, nos contextos sociais em que vive (Luppi, 2010).

Deste modo, as políticas e estratégias de intervenção social devem analisar individualmente quais os recursos acessíveis para a pessoa idosa e se esta é capaz de os usar autonomamente. Aqui devem estar incluídas as actividades e serviços educacionais, sociais e de cuidados assim como as oportunidades que a comunidade proporciona para não limitar o acesso aos indivíduos que, por várias razões (condições de saúde, vulnerabilidade socioeconómica, etc), ficam de fora dos espaços de envolvimento cívico. Se queremos pensar num conceito de cidadania inclusivo e assente no direito de envelhecer com dignidade para todos, é essencial pensar em várias formas de ser activo enquanto cidadão, tendo em conta as necessidades e capacidades de cada um, a vulnerabilidade e fragilidade humana causada pelo envelhecimento, com ênfase nos princípios morais e políticos (Trento, 2013).

O objetivo de gerar uma cidadania ativa potencia, igualmente, o risco de fortalecer ainda mais uma 'elite' da população idosa e perpetuar a exclusão daqueles que já estão desfavorecidos. Posto isto, torna-se fulcral mudar os contextos sociais, considerar novas formas de pensar na diversidade e estar atento à possibilidade de excluir parte do grupo desta população tão heterogénea (Barrio et al., 2018).

Os autores Barrio et al. (2018) preconizam a mudança do movimento 'cidade amiga da pessoa idosa' para um movimento de 'ambiente amigável de todos'. Este movimento assenta na motivação e comprometimento colectivo (de todos os membros da sociedade) para 'recriar' a cidade. A construção de um novo ambiente deverá assentar na criação de

espaços para novas formas de interação e participação social, considerando cada indivíduo como cidadão. Além disso, deverá igualmente promover a corresponsabilidade social, as relações intergeracionais e a comunicação, com o intuito de melhorar a qualidade de vida de todos. Este é o caminho indicado para a transformação numa sociedade mais justa e igualitária, capaz de reconhecer o valor de cada pessoa, independentemente da sua idade e origem social, cultural ou racial, que considera a diversidade e prioriza grupos excluídos e vulneráveis de populações envelhecidas (Buffel; Phillipson *cit. in* Barrio et al., 2018).

i.iii.iii Autonomia

Segundo a OMS, autonomia é definido como “a capacidade de ser independente e capaz de tomar as suas próprias decisões” (OMS, 2016, p. 30). Este conceito pode significar coisas diferentes para indivíduos diferentes. Para Luppi (2010), com o envelhecimento as pessoas vêem as suas capacidades reduzidas e implementam várias formas de selecção, optimização e compensação que lhes permite permanecer activos face às suas limitações. A própria capacidade de escolha revela resiliência e adaptação.

A região do Québec (Canadá) criou em 2017, para o *Encontro Técnico Internacional sobre Envelhecimento em casa e na comunidade* (International Technical Meeting on Aging in Place), um diagrama conceptual (Anexo VI) que analisa como ‘Tomar medidas sobre a autonomia para o envelhecimento saudável em casa e na comunidade’. Começa por reconhecer uma mudança essencial no paradigma ao tornar a ‘pessoa’ no ponto focal de um sistema que incentiva a sua autonomia ao longo da sua vida, valorizando e optimizando o seu potencial. Este propõe que as vozes das pessoas idosas sejam ouvidas e ponderadas a todos os níveis (por exemplo, no desenvolvimento de legislação e política, na governação, em projetos inovadores e em decisões clínicas que lhes dizem respeito), garantindo uma variedade de formas de participação e tomada de decisão e ainda permitindo inovações com normas flexíveis e evolutivas (Gouvernement du Québec, 2018).

Este diagrama providencia uma perspectiva mais ampla sobre um envelhecimento activo e saudável, como um contínuo de ações para apoiar a autonomia desde a promoção,

prevenção e apoio em saúde até ao suporte no final de vida, independentemente do ambiente e cuidados prestados. Aqui, a noção de ‘autonomia’ aplica-se tanto a toda a população como à própria pessoa, independentemente da idade. O diagrama demonstra ainda como os macro-sistemas influenciam os micro-sistemas desde as políticas nacionais e locais, incluindo a comunidade local, a saúde e rede de serviços sociais por território e a pessoa como um indivíduo.

Um aspeto inovador do diagrama é a divisão em 4 eixos: ‘Tomar medidas sobre políticas’, ‘Tomar medidas sobre o Ambiente’, ‘Tomar medidas com a Pessoa’, e ‘A Pessoa e as suas Ações’, em que todos se dedicam ao movimento, à motivação e à vontade de agir. Em particular, o quarto eixo foca na pessoa, com as suas escolhas e ações, e reconhece o impacto que estas podem ter na sua autonomia, para um ‘envelhecimento com sucesso’. É dedicada especial atenção à perceção da pessoa sobre o que significa um envelhecimento bem-sucedido, bem como sobre quais os factores que incentivam ao envolvimento social e geram motivação. Pretende assim compreender como as políticas existentes e as intervenções em prática podem ser percebidas pela pessoa, como parte de um todo consistente e geral. Por fim, o diagrama cria uma interligação global entre os diferentes patamares/eixos, o que ajuda a pessoa a sentir-se envolvida e motivada a fazer escolhas, a tomar medidas sobre o seu estilo de vida, autonomia e saúde e a tornarem-se cidadãos ativos e empenhados. Este modelo permite ainda mostrar aos indivíduos que, através das suas escolhas e ações, podem eles próprios iniciar a mudança desejada (poder e capacitação).

Em suma, as pessoas idosas devem ser sensibilizadas para as oportunidades e recursos existentes no contexto social onde vivem, das formas de acesso, dos seus direitos bem como dos projectos educacionais existentes que estimulem competências cognitivas, garantindo a divulgação e acesso à informação sobre as decisões e projectos que afetem a sua vida, a sua comunidade e a sua família. Talvez seja igualmente importante demonstrar o impacto que a sua participação pode ter, com casos ou exemplos práticos, por mais pequena que a sua intervenção seja. Apenas desta forma as pessoas poderão, de forma livre, autónoma e informada, escolher quando participar e quando se abster.

O envelhecimento activo e saudável pretende consciencializar as pessoas acerca do poder, controlo e oportunidades existentes através de mecanismos de aceitação e valorização; de

participação social e exercício da cidadania com o desempenho de papéis sociais e das responsabilidades; de promoção de autonomia e competências para tomar decisões para gerir a sua vida; de adaptação e sensibilização para os possíveis obstáculos e, por fim, das ferramentas e recursos disponíveis para os ultrapassar (Ribeiro, Paúl, 2011).

i.iii.iv Vulnerabilidade e precariedade

Ao remeter a pesquisa para a percepção de determinados temas associados ao paradigma de envelhecimento actual, da população idosa em situação de maior vulnerabilidade, é ainda pertinente explorar o conceito de ‘vulnerabilidade’, bem com o seu potencial impacto.

A ‘vulnerabilidade’ é um conceito multidimensional e dinâmico que se pode referir às pessoas e/ou comunidades que estão numa situação de fragilidade, seja por motivos sociais, económicos, ambientais ou outros. Isto é, este conceito está associado a uma condição de risco e são as consequências da exposição a esse risco que as torna mais vulneráveis. Facilmente se consegue tornar esta definição menos abstrata quando se analisa a situação em específico, sobre quem, como, onde e porquê. Adicionalmente, pessoas com capacidades iguais podem enfrentar barreiras diferentes, tendo em conta quem são, onde vivem ou o que fazem (PNUD, 2014).

Segundo o trabalho dos autores Grenier; Phillipson (2018), além do conceito de ‘vulnerabilidade’ é importante perceber que existem novas formas de criar e manter a insegurança que afecta a população idosa. Surge assim o conceito de precariedade, o que é relativamente novo fora da análise do mercado de trabalho. A precariedade pode ser definida como a falta de serviço público, e a sua existência resulta da política.

Relativamente à população idosa, o conceito de precariedade refere-se à insegurança num contexto de mudança económica e social, aos perigos que resultam da globalização, neoliberalismo e da protecção social (em termos de políticas públicas) cada vez mais reduzida. Estes riscos quando ocorrem ao longo do tempo e em condições de austeridade podem aumentar as desvantagens que atingem os diferentes grupos desta população. Os efeitos da precariedade podem se fazer sentir de forma cumulativa e moldam a idade avançada, podendo acentuar-se nos grupos de idosos que são apoiados de forma

insuficiente, com reformas e complementos sociais baixos (principalmente migrantes, trabalhadores informais e casuais, mulheres, pessoas com deficiência ou incapacidade). Além disso, os autores referem que as pessoas idosas têm uma maior probabilidade de necessitar de cuidados de saúde, ou dos cuidados de alguém, o que requer atenção por parte dos serviços de saúde visto que estas situações podem amplificar os riscos e inseguranças encontradas ao longo da vida, potenciados por um contexto em que os próprios compromissos/responsabilidades sociais e familiares estão em declínio (Grenier, Phillipson, 2018).

Conquanto, esta condição inexorável da vida, num mundo de insegurança e incerteza, torna-se ao mesmo tempo um possível factor promotor de resiliência. A desvalorização dos riscos, neste grupo em particular, coloca todos as pessoas idosas em risco de abandono ou maus-tratos. Quando as evidências sugerem que existem falhas nos apoios sociais e principalmente nas respostas dadas às pessoas em situação carenciada, é crucial que se faça uma revisão das prioridades nas políticas públicas, focalizando nos ideais de justiça social e cidadania, inerentes à democracia (Grenier, Phillipson, 2018).

O êxito na redução das vulnerabilidades implica uma acção política com uma perspectiva mais sistémica e abrangente para construir uma melhor comunicação nas comunidades, com a disponibilização de oportunidades e possibilidades de escolhas para todos. As pessoas restringidas pela sua vulnerabilidade, quer seja por práticas de exclusão, de discriminação, de violação de direitos de grupos ou indivíduos (tendo em conta a sua classe social, educação, saúde, localização geográfica, entre outros), devem também ter o poder de recusar e negociar as oportunidades disponibilizadas, assim como contestar quando as estruturas sociais estão a ser injustas (PNUD, 2014).

Assim, para atentar manter a dignidade humana, e em conformidade com os objectivos do paradigma de envelhecimento activo e saudável, é sugerido pelos autores Grenier; Phillipson (2018) que haja uma mudança social e cultural com a valorização dos cuidados e dos apoios sociais de forma a prevenir as desigualdades e a discriminação, através da existência de oportunidade para todos poderem florescer e descobrir o seu potencial, durante todo o percurso da vida, incluindo o seu fim.

II - Estudo Empírico

2.1 Metodologia da Investigação - Enquadramento do estudo

A Investigação consiste na procura de conhecimento que se obtém através do estudo sistemático, do pensamento, da observação e da experimentação. Embora cada disciplina possa utilizar abordagens diferentes, todas partilham a motivação de melhorar a compreensão de nós próprios e do mundo em que vivemos (Declaração de Helsínquia, 2013).

A preocupação crescente com os desafios do fenómeno do envelhecimento demográfico, o paradigma e as estratégias para promoção de um envelhecimento activo e saudável aliado ao contexto e experiência profissional da investigadora, constituíram as principais razões que levaram a esta pesquisa. Além disso, sendo o envelhecimento um fenómeno comum a todos indivíduos, torna-se indispensável mais investigação nesta área, no âmbito de um dos pilares do mestrado, a promoção para o desenvolvimento.

A investigadora trabalhou durante alguns anos como enfermeira em hospitais prestando cuidados principalmente a pessoas idosas, fundamentando o progressivo interesse por esta população. Iniciou funções na ONG Médicos do Mundo (Representação Norte) em Agosto de 2019, num projecto de intervenção com a população idosa em situação de vulnerabilidade social e/ou económica, o que suscitou o interesse em estudar esta população em particular, perspectivando contribuir de alguma forma para dar voz à partilha das suas opiniões, visões, dificuldades e vontades, nos conceitos relacionados com o actual paradigma do envelhecimento. Adicionalmente, o facto da investigadora viver com o seu avô e poder observar, ao longo do tempo, a sua evolução enquanto pessoa bio-psico-social, como o impacto da reforma, da doença crónica, da solidão, da perda de papéis sociais na comunidade, dos amigos e familiares que foram morrendo, o que conduziu a uma baixa motivação para este construir um projecto de vida, nesta fase. Enfim, tudo isto serviu como impulso para desenvolver um estudo que possa contribuir positivamente para a compreensão desta última fase do ciclo da vida, aumentando as possibilidades de todos poderem viver o seu potencial de forma plena.

Dentro do paradigma do envelhecimento activo e saudável, destacam-se os conceitos de ‘poder’ e ‘utilidade’. O ‘poder’ está aqui associado ao exercício da cidadania, ao acesso à informação, recursos e serviços, à capacidade de resolução de problemas e de tomada de decisões, às responsabilidades, opiniões e interesses individuais. Por sua vez, o conceito de ‘utilidade’ refere-se ao âmbito da participação e envolvimento social, da procura de objectivos concretos e projectos, ajustados às suas capacidades, bem como da auto-valorização (com usufruto próprio e/ou pelos outros) focando na desmitificação de estereótipos.

Na actualidade, poucos são os estudos que procuram perceber as opiniões das pessoas idosas sobre os conceitos associados ao paradigma de envelhecimento, como as questões de ‘poder’ e a ‘utilidade’, junto da população em situação de maior vulnerabilidade, com o intuito de promover uma maior participação e inclusão dos mesmos.

O acesso, compreensão e uso da informação e dos serviços não é igual para todos, pelo que tem de ser adaptado aos diferentes grupos, principalmente àqueles que menos recursos económicos, sociais, tecnológicos e literacia tenham. Embora haja mais recursos disponíveis para todos de forma a reduzir as desigualdades sociais, podem ainda não ser suficientes, além de que algumas pessoas podem nem sequer estar sensibilizadas para a sua existência ou operacionalização. A necessidade de mais e melhor educação para todos é cada vez mais importante nesta sociedade em constante mudança.

Este estudo, ao considerar as opiniões e percepções daqueles que mais dificuldade têm em ser ouvidos, poderá representar uma mais-valia no levantamento de diagnósticos para reflexão nas políticas públicas, e contribuir para o desenvolvimento de uma intervenção social mais inclusiva e ciente das necessidades e barreiras da população. Consoante os resultados obtidos, poder-se-á pensar em estratégias que apoiem este grupo específico da população idosa a ter acesso às oportunidades de participação social, preconizadas pelo paradigma actual e, ao mesmo tempo, sugerir meios para educar as pessoas com competências que os auxiliem a contornar e reduzir os obstáculos, de modo a poderem tomar as suas decisões com autonomia e a definir projectos de vida que vão ao encontro das suas potencialidades, realizando actividades que não só as façam sentir úteis mas também preenchidas (auto-satisfação).

O estudo foi desenvolvido entre Setembro de 2019 a Junho 2020, na Representação Norte da MdM.

Assim, tendo por base o tema proposto e considerando o referido anteriormente, definiu-se a seguinte questão central da investigação: Qual é a percepção sobre o poder e utilidade das pessoas idosas apoiadas pelo Projecto ‘Terceira (C)Idade’ da ONG Médicos do Mundo? Esta deu origem a questões mais específicas, as quais simplificaram a compreensão do problema e levaram à construção dos objectivos.

ii.i.i Objectivos do Estudo

Os objectivos do estudo especificam “(...) as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos os dados e o verbo de acção que serve para orientar a investigação” (Fortin, 2009, p.160). Após a formulação da problemática e identificação da questão de orientação à investigação, foi definido o objectivo geral: Explorar a percepção sobre as questões relacionadas com o ‘poder’ e ‘utilidade’ dos beneficiários do ‘Projecto TCI’. Na sequência da construção do objectivo geral surgiram os seguintes objectivos específicos que sustentaram a definição da natureza do trabalho, a selecção do problema e quais os dados a recolher (Marconi, Lakatos, 2006):

- Identificar formas de exercício de autonomia;
- Identificar formas de exercício de cidadania;
- Identificar formas de participação social;
- Identificar as barreiras percebidas, na sua comunidade (no âmbito do poder e utilidade);
- Identificar a percepção sobre a influência do projecto social TCI (no âmbito do poder e utilidade).

Nos objectivos não será tão importante perceber o significado do ‘poder’ e ‘utilidade’, mas de que forma estas pessoas sentem que têm algum ou nenhum ‘poder’ e ‘utilidade’ (para a família, comunidade e para o próprio) através da narração das experiências do seu quotidiano. Isto é, com esta pesquisa pretende-se aumentar o conhecimento sobre as questões de poder (autonomia e exercício da cidadania) e utilidade (valorização e desempenho de papéis sociais/responsabilidades) neste grupo específico de idosos, de

modo que, se houver necessidades, possam ser identificadas, bem como as potenciais estratégias e recursos disponíveis para as colmatar.

Em função das questões de investigação, as variáveis estudadas foram a percepção dos temas relacionados com as questões de ‘poder’ e ‘utilidade’, e as variáveis sociodemográficas consideradas relevantes. Um conceito pode ser assumido como uma variável quando é analisado numa investigação e é definido por ter uma propriedade ou característica inerente de variação e atribuição de valores. Segundo Polit *et al.* (2004, p. 46), “a variável é, então, qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores”. A selecção das variáveis a serem utilizadas em qualquer investigação deve ter em conta os objectivos do estudo, as questões de investigação, a população em estudo, e não deve resultar de uma escolha livre e arbitrária do investigador (Richardson, 1999).

ii.i.ii Tipo de estudo

De acordo com Fortin (2009), a metodologia de um estudo é a apresentação dos procedimentos a adoptar durante as várias fases da investigação e tem como objectivo oferecer um plano, ao investigador, que lhe permita seguir o melhor percurso de acordo com a natureza do problema em estudo. Considerando a problemática e objectivos do estudo, previamente definidos, foi efectuado um desenho qualitativo para a recolha e análise dos dados.

“A metodologia qualitativa é utilizada para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a acção; visa compreender de forma aprofundada os fenómenos e usa o raciocínio indutivo.” (Fortin, 2009, p.20).

Ainda segundo Fortin (2009, p.21), “(...) o objectivo desta metodologia é descritivo e apoia-se na compreensão mútua do investigador e participantes, que visa compreender o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes”, num processo dinâmico e interactivo.

A compreensão do comportamento Humano, de uma forma mais holística é primordial na investigação qualitativa. Esta assenta no paradigma naturalista (interpretativo) em que existe a possibilidade de várias realidades. “Cada realidade é baseada nas percepções do indivíduo e muda com o tempo e o espaço (contexto) onde ocorrem, devido ao carácter único do processo, em que a base do saber são a significação e a descoberta” (Fortin, 2009, p.31).

O método escolhido foi o fenomenológico, que tem por objectivo a descrição de um fenómeno tal como ele é vivido e relatado pelos participantes (subjectividade), salientando que é na experiência das pessoas onde se encontra a informação mais significativa (Fortin, 2009). De acordo com Polit et al., (2004) a informação pode ser recolhida através de conversas ou anotações sobre os comportamentos num meio natural para os entrevistados. O investigador exerce assim um papel activo ao partilhar a experiência descrita pelos participantes, acabando, de certa forma, por influenciar os participantes e ser influenciado por estes. Esta proximidade é o que permite uma atenção detalhada ao discurso de forma a ampliar a percepção que se tem da sua experiência (Fortin, 2009).

Seguindo o desenho do estudo descritivo, o estudo de caso será a opção que permite aumentar o conhecimento que se tem sobre um determinado fenómeno, sobre um determinado grupo, num dado espaço de tempo, destacando observações e comportamentos e estabelecendo relações, para eventualmente formular hipóteses com base nos resultados obtidos. Um estudo de caso qualitativo debruça-se sobretudo pelos indivíduos e pela exploração do significado das experiências vividas, mais do que pela generalização dos resultados, sendo esta uma investigação detalhada e em profundidade, que possibilita a identificação de novas necessidades e/ou soluções que potencialmente podem também ser encontradas noutros grupos. Pode sugerir ainda a relevância de aplicar este estudo em maior escala e a uma maior diversidade da amostra, dentro da população idosa. Por fim, para garantir o rigor científico deste estudo, é fundamental respeitar todas as etapas de investigação e o seu intuito, ressaltando que os resultados não podem ser generalizados a outros grupos (Fortin, 2009).

ii.i.iii Caracterização do Projecto e da Instituição

O estudo foi realizado na MdM, representação Norte (Porto), com os beneficiários do 'Projecto TCI'. A MdM é uma ONG que faz parte de uma Rede Internacional composta por 16 delegações, em mais de 70 países, que lutam para que o acesso à saúde seja um direito pleno para todos os cidadãos do mundo. Estes trabalham de forma autónoma, mas numa estratégia integrada, que permite chegar a mais pessoas e combater várias injustiças sociais (Médicos do Mundo Portugal, 2019).

O Diagnóstico Social da cidade do Porto indica como a população idosa está entre os grupos mais vulneráveis em termos de acesso a condições de habitação condigna, saúde, segurança e cuidados sociais. Assim, iniciou-se o projeto TCI em 2006 e cresceu com o trabalho no terreno que tem validado e direcionado as preocupações associadas à população idosa, em específico os grupos em situação de maior vulnerabilidade socioeconómica, onde as respostas não chegam ou são insuficientes (Médicos do Mundo Portugal, 2019a). O objectivo geral do projecto consiste na fidelização das pessoas idosas ao SNS (Sistema Nacional de Saúde) e permanência em ambiente familiar através da promoção e manutenção da funcionalidade. Os objectivos específicos são: Melhorar os determinantes de autonomia e independência das pessoas idosas nas AVD's e AVDI's (Actividades Instrumentais de Vida Diária); promover a aproximação e fidelização das pessoas idosas ao SNS; promover um envelhecimento activo.

Por sua vez, as intervenções baseiam-se nas seguintes actividades e indicadores: Avaliação das sinalizações recebidas; identificação das necessidades e levantamento dos diagnósticos; Introdução de ajudas técnicas; Adaptações/alterações domiciliárias (baixo custo); Higienização de domicílios; Treinos de funcionalidade de AVD's e AVDI's; Educação terapêutica (treino para a utilização correcta das ajudas técnicas, sensibilização para a prevenção de risco de queda); Acompanhamentos de saúde; Acompanhamentos sociais; Consultas de Enfermagem; Adesão e Gestão terapêutica; Acções de educação para a saúde; Espaço TCI; Actividades lúdico-terapêuticas; Classes de movimento; Sessões de terapias alternativas; Articulação institucional; Monitorização e visitas de acompanhamento.

A população alvo do projecto são as pessoas residentes no Concelho do Porto com idade igual ou superior a 65 anos de idade, em situação de isolamento e/ou vulnerabilidade social, com ou sem diagnóstico de patologia; e pessoas com idade inferior a 65 anos desde que comprovada a situação de incapacidade. Já a equipa é constituída por uma coordenadora/ terapeuta ocupacional (tempo inteiro), uma enfermeira (tempo parcial), uma médica (em regime de voluntariado) e uma terapeuta de medicinas alternativas também em regime de voluntariado. Neste momento o projecto tem cerca de 85 beneficiários, alguns dos quais apenas tiveram um contacto ou intervenção, como por exemplo para a entrega de ajudas técnicas e ensinamentos face à sua utilização e funcionamento.

Contudo, estão referenciados para o projecto e a qualquer momento podem necessitar de novas respostas face o levantamento de necessidades. Neste grupo existem cerca de 15 utentes que beneficiam de um acompanhamento mais regular e contínuo devido às suas características e necessidades socioeconómicas, bem como à disponibilidade e interesse para participar semanalmente nas actividades desenvolvidas com as técnicas.

Concluindo, este projecto ambiciona complementar as respostas sociais já existentes, articulando com as estruturas de apoio da rede social, facilitando o acesso aos serviços públicos, funcionando como uma ponte que promove a proximidade. A identificação e intervenção precoce da equipa do projeto fomenta, assim, contextos saudáveis ao longo da vida, o que permitir reduzir os custos e a sobrecarga do SNS e dos serviços sociais na cidade do Porto. O Anexo VII contém uma informação mais detalhada sobre o projecto.

ii.i.iv População alvo e Amostra

Fortin (2009, p.311) define população alvo ou população estudada como “o conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”. É fundamental definir corretamente a população que se pretende estudar de modo a se obter informação fidedignas sobre o fenómeno em causa.

Segundo o Diagnóstico Social da cidade do Porto, os idosos estão entre os grupos mais vulneráveis em termos de acesso a condições de habitação condigna, saúde, segurança e cuidados sociais (Azevedo, Batista, 2010). A experiência dos técnicos da Organização Não-Governamental MdM, que estão no terreno desde 2006, possibilitou o levantamento de dados que contribuíram para a elaboração do diagnóstico e avaliações consequentes. Deste modo, foram identificados factores que afectam a capacidade de a pessoa idosa exercer o seu direito de cidadania e que conduzem ao isolamento, entre os quais estão a existência de doença crónica, a ausência de apoio familiar, a reduzida capacidade financeira, as dificuldades de acesso e comunicação com o sistema de saúde, as redes de solidariedade enfraquecidas e as escassas respostas sociais. Acresce a isso, a especificidade geográfica e arquitectónica da cidade do Porto que oferece óbvios obstáculos e contribui determinadamente para a solidão e exclusão social dos idosos (Médicos do Mundo, 2019).

Neste contexto, a presente investigação define como população alvo as pessoas idosas, em situação de vulnerabilidade social e/ou económica, beneficiárias do ‘Projecto TCI’ (cerca de 85 utentes). Geralmente, é impossível estudar toda a população alvo, por esse motivo são definidos critérios de forma a seleccionar uma amostra da mesma. As amostras podem ser probabilísticas ou não probabilísticas. O presente estudo recorre a uma amostra não probabilística. A amostra não probabilística consiste em tomar uma amostra em que se encontrem as características conhecidas da população. Corre o risco de não ser representativa e, por conseguinte, menos fiável no que concerne a generalização dos resultados, mas, esse não é o objectivo do estudo. Este método de amostragem ainda é bastante comum nas diversas áreas profissionais onde é difícil ter acesso a toda a população. De entre os modelos de amostras não probabilísticas, destacam-se as amostras voluntárias ou por conveniência, as intencionais ou por acerto, as acidentais ou ao acaso e as amostras por quotas (Fortin, 2009). O método de amostragem seleccionado foi de uma amostragem por conveniência, onde os participantes respondem aos critérios de inclusão, estão mais facilmente acessíveis e disponíveis para participar no estudo (Fortin, 2009). O número de participantes é, por norma, pequeno (6 a 10), dependendo da complexidade do fenómeno e pode ser interrompido quando os dados já não trouxerem novos conteúdos (Sandelowski *cit. in* Fortin, 2009). Para formar uma amostra significativa, a investigadora propôs-se a incluir o maior número de participantes que lhe for acessível durante o período temporal de Março a Abril de 2020. Assim, a amostra foi constituída por nove participantes, destacando os seguintes critérios de selecção: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, beneficiários do ‘Projecto TCI’, e que participem semanalmente nas actividades realizadas na MdM (lúdico-terapêuticas, estimulação cognitiva e motora, sessões de educação para a saúde, entre outras).

ii.i.v Técnica de recolha de dados: A Entrevista semi-estruturada

A recolha de informação é um processo organizado que permite obter informações necessárias, válidas e pertinentes, com o objectivo de aumentar conhecimentos sobre o objecto de estudo. Essa recolha de dados é efectuada através de instrumentos que são seleccionados, desenvolvidos e produzidos como método de colheita de dados, que tem em conta o tipo de estudo, os objectivos, as variáveis e a sua operacionalização (Fortin,

2009). O instrumento escolhido e trabalhado para este estudo foi a entrevista semi-estruturada, um instrumento privilegiado para recolha de dados numa investigação qualitativa. Esta pode ser definida como um modo de comunicação entre duas pessoas, uma que recolhe os dados e outra que dá a informação. Neste estudo de carácter exploratório, o objectivo das entrevistas é tentar perceber como um fenómeno é percebido pelo participante (Fortin, 2009). A escolha da entrevista semi-estruturada deve-se à necessidade de obter informações sobre um tema em particular.

Para os participantes se sentirem confortáveis para colocar questões e partilhar as suas opiniões espontaneamente, será importante realizar esta entrevista como uma conversa informal. Além disso, para assegurar que a entrevista decorre com qualidade, são valorizadas outras particularidades como o tom de voz e a fisionomia do investigador, estabelecendo uma relação empática, num ambiente de confiança com motivação para a partilha e particular atenção para os enviesamentos verbais e não verbais (Fortin, 2009). Para além de vantagens é necessário estar atento para as possíveis limitações, como por exemplo: a falta de motivação do entrevistado para responder às perguntas; a inadequada compreensão do significado das perguntas; respostas falsas; a influência exercida pelo aspeto pessoal do entrevistador sobre o participante, sendo por isso essencial uma postura imparcial, evitando qualquer tipo de comentários ou opiniões às respostas do entrevistado.

Posto isto, foi definida uma lista de conceitos a abordar e, tendo em consideração a pesquisa bibliográfica e discussão da temática, foram formuladas algumas questões para explorar a percepção do significado dos mesmos, com o intuito de responder à questão central e objectivos do estudo. Questões essas apresentadas com uma determinada ordem e flexibilidade, consoante o decurso e desenvolvimento da entrevista e das respostas obtidas (Anexo VIII). Para abordar todos os temas definidos e permitir a liberdade de repostas, poderia ser necessário mais que um momento de entrevista, o que deveria ser previamente acordado com os participantes.

O instrumento de recolha de dados foi assim dividido em duas partes. Primeiramente foram colocadas questões de natureza pessoal e de índole contextual (dados sociodemográficos) e, depois, as questões orientadas para explorar a percepção sobre ‘poder’ e ‘utilidade’. Os dados sóciodemográficos (o sexo, a idade, o estado civil, a

escolaridade, rendimentos, entre outros) permitem caracterizar a amostra em estudo enquanto factores que potencialmente influenciam a percepção sobre ‘poder’ e ‘utilidade’.

As entrevistas semi-estruturadas, individuais e informais foram realizadas apenas durante o mês de Março a uma amostra dos beneficiários do ‘Projecto TCI, devido a circunstâncias inusitadas/inesperadas (pandemia COVID-19), que reduziu o número de contacto para as intervenções extremamente necessárias de modo a controlar o risco desta população especialmente vulnerável ao vírus.’. No decorrer da entrevista o discurso foi adaptado para cada indivíduo, de modo a garantir a compreensão das questões, orientando as respostas no sentido dos objectivos do estudo. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram dois: o guião da entrevista (Anexo VIII) e um gravador de áudio. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. De acordo com os participantes, esta representou uma agradável oportunidade para reflectirem e falarem sobre si mesmos, tendo em média a duração de uma hora. Por fim, a entrevista permitiu obter informações sobre temas complexos com respostas detalhadas. No entanto, o tempo requerido para as realizar, codificar e analisar os dados obtidos, foi bastante elevado, o que deve ser ponderado aquando da escolha das técnicas de recolha de dados.

ii.i.vi Análise de Conteúdo

Seguidamente, após a transcrição e análise dos dados, é fulcral recorrer a uma análise de conteúdo de forma a poder identificar temas em comum e proceder à sua classificação, consoante os objectivos do estudo. Segundo Bardin (2008, p.90), a análise de conteúdo:

“(…) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

A análise das entrevistas foi efectuada em três fases diferenciadas. Primeiro, uma pré-análise com o intuito de organizar as ideias de uma forma mais sistemática. De seguida, procedeu-se à exploração dos dados recolhidos tomando decisões sobre as operações de codificação para tratamento dos resultados. Deste modo, foi possível organizar os textos das entrevistas com a representação do seu conteúdo em unidades de registo. Através da

codificação das unidades de registo surgem as unidades de contexto, que são os ‘segmentos de mensagens’ que permitem compreender o seu significado (Bardin, 2008, p.133). As unidades de registo identificadas são quantificadas individualmente e em relação às categorias e subcategorias correspondentes, avaliando a frequência com que cada uma surge. A definição de categorias e subcategorias foi executada através das unidades de registo obtidas, aquando da análise e discussão dos resultados, considerando a revisão bibliográfica dos conceitos previamente referidos. A última fase corresponde à inferência e interpretação dos resultados que deve variar entre “o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade” (Bardin, 2008, p.92). Em resumo, a análise de conteúdo consiste em procurar certas palavras, frases, expressões e acontecimentos para avaliar em frequência, ordem e intensidade, podendo assim dividir esse mesmo conteúdo por categorias e subcategorias de modo a melhor interpretar os resultados obtidos (Fortin, 2009).

O guião da entrevista semi-estruturada enquanto instrumento de recolha de dados foi submetido a um pré-teste de maneira a garantir a sua adequação e exequibilidade, avaliando se as questões eram compreendidas tendo em conta os objectivos definidos. Segundo Polit *et al.* (2004, p.254), “(...) o pré-teste é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.” Este foi realizado no início de Março a dois utentes do ‘*Projecto TCI*’, não pertencentes à amostra do estudo, verificando-se que o guião era adequado para proceder à colheita de dados.

ii.i.vii Considerações éticas

Segundo Fortin (2009), o desenvolvimento do estudo em questão deve prever o respeito pelos direitos fundamentais dos indivíduos que nele aceitem participar, em conformidade com os princípios éticos inerentes ao processo de investigação científica. Sendo este um grupo com características de vulnerabilidade devem ser protegidos respeitando a integridade pessoal dos indivíduos em causa (direitos humanos).

Foi planeada a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, sob a forma escrita, tendo em consideração o respeito pela liberdade e autonomia dos participantes

(solicitação de consentimento indirecto). Por conseguinte, foram fornecidas informações sobre a natureza, os objetivos e os métodos do projeto de investigação numa linguagem acessível, inscritas numa folha juntamente com o termo de consentimento, tendo sido entregue uma cópia a cada participante. Houve ainda lugar e tempo para o esclarecimento de qualquer dúvida relativa à participação no estudo. De igual modo, respeitando o seu direito à autodeterminação, cada participante foi informado de que poderia desistir a qualquer momento do estudo no qual consentiu participar previamente, sem ter de se justificar e sem qualquer prejuízo daí resultante (direito a um tratamento justo e equitativo). Foi também garantido ao participante o acesso a qualquer altura à informação relativa à sua participação no estudo.

As entrevistas foram individuais e decorreram num dos gabinetes da representação norte da MdM, onde se realizam por norma atendimentos sociais e de saúde, salvaguardando a privacidade dos intervenientes durante a realização das entrevistas. O participante foi livre de decidir sobre a extensão das informações íntimas e privadas que aceita partilhar e pode recusar responder às questões colocadas, sendo assim assegurado o seu direito à intimidade. Para gravar a entrevista foi solicitada a permissão com o objectivo de proceder posteriormente à análise do conteúdo, salvaguardando a confidencialidade das informações e a destruição da mesma após conclusão do estudo. Caso o participante pretenda conhecer os resultados do estudo, estes serão facultados após a sua respetiva conclusão. A codificação e armazenamento dos dados durante a investigação foi efectuada apenas pela investigadora, sendo a única com acesso aos mesmos durante o período do desenvolvimento do estudo.

Apesar de não ser expectável que os resultados deste estudo conduzam a benefícios directos para os participantes, poderá ser considerado como potencial benefício para os participantes o facto de saberem que a sua participação nesta investigação contribuirá para o aumento dos conhecimentos nesta área. Espera-se ainda que a demonstração de interesse pelas suas opiniões promova a auto-estima e valorização pessoal dos participantes, enquanto promove uma reflexão sobre os conceitos relacionados com o paradigma actual de envelhecimento e como esta poderá influenciar as políticas públicas dirigidas à população idosa. Não foram detectados riscos assinaláveis para os participantes.

2.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados

A apresentação dos resultados dos dados colhidos através das entrevistas semi-estruturadas procura cumprir os objectivos previamente definidos e responder à questão de investigação que conduziu toda a pesquisa. Os resultados referentes às variáveis sociodemográficas da população em estudo, analisadas quantitativamente e qualitativamente, serão apresentados através de gráficos com a respectiva discussão, enquanto as variáveis qualitativas serão obtidas e analisadas a partir de pequenos excertos das entrevistas, expostas em tabelas (Anexo X), para facilitar a visualização e posterior discussão. Os dados sociodemográficos foram agrupados para sua interpretação recorrendo ao uso da estatística descritiva, através do software Microsoft Office Excel 2007 que possibilitou tratar os dados estatisticamente e elaborar os respectivos gráficos e diagramas. Por sua vez, os dados obtidos nas entrevistas foram tratados através da análise de conteúdo, como previamente referido.

ii.ii.i Caracterização da amostra - Dados sociodemográficos

As variáveis sociodemográficas são importantes não só na caracterização da amostra, mas também porque influenciam a percepção e comportamento das pessoas. As características seleccionadas para análise foram: Sexo, Idade, Estado Civil, Retaguarda familiar, Agregado familiar, Escolaridade, Profissões exercidas, Tipo de habitação, Patologias mais comuns e Rendimentos.

Primeiramente, é apresentado na figura 1, a divisão dos participantes por faixa etária e a percentagem correspondente a cada intervalo.

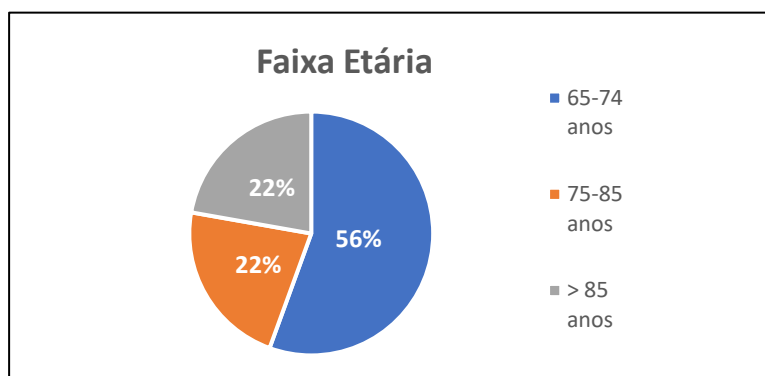


Figura 8. Distribuição percentual por idade dos participantes

Para caracterizar a amostra relativamente à variável idade os resultados foram agrupados por faixas etárias. Os dados do INE (2018), revelaram a seguinte percentagem de pessoas idosas correspondente a cada intervalo de idades: 10.7% na faixa etária dos 65 aos 74 anos; 7.8% nos 75 aos 84 anos; 3.3% para todos os outros com mais de 85 anos. Com a análise da figura 8 podemos constatar o predomínio de participantes na faixa etária entre os 65 a 74 anos (56%), sendo uma amostra com maior representatividade dos idosos ‘mais jovens’, em acordo com os dados estatísticos nacionais. Os restantes participantes estão em igual percentagem para as restantes faixas etárias (22% entre os 75-85 anos; 22% têm mais de 85 anos). A média de idades é de 76,7 anos, existindo pessoas com uma diferença de idade superior a 20 anos, em que o mais novo tem 67 anos e o mais velho 88 anos.

O processo de amostragem foi de conveniência tendo em conta a disponibilidade e acessibilidade para participarem no estudo, assim sendo, e tendo por base o conhecimento de que a esperança média de vida é superior nas mulheres (83.4 anos) do que nos homens (77.8 anos), poderia ser expectável que esta amostra fosse constituída por mais mulheres do que homens (INE *cit. in* PORDATA, 2020). Contudo, tal não se confirmou, visto que 67% dos participantes são homens e 33% são mulheres, o que provavelmente se deve ao facto da maioria dos beneficiários do projecto, que participam nas actividades semanais, serem do sexo masculino (Anexo IX, Figura 14).

O estado civil mais frequente entre os participantes do estudo é *viúvo* (67% da amostra), seguido de *solteiro* (22%) e *divorciado* (11%) (Anexo IX, figura 15). Nesta amostra nenhum participante se encontra casado. Segundo Amorim (2011), a viuvez provoca perdas diferenciadas e, por si só, pode ser um factor de risco de maior vulnerabilidade e dependência, isto porque uma pessoa que fica sozinha numa fase da vida avançada terá de aprender a readaptar-se no seu contexto social e no seu lar, de forma a garantir as condições mínimas de segurança e autonomia. Se esse processo de adaptação ao novo quotidiano não for bem-sucedido poderá limitar a sua funcionalidade e independência.

Seguidamente, pode-se observar representadas na figura 9, as profissões exercidas pelos participantes.

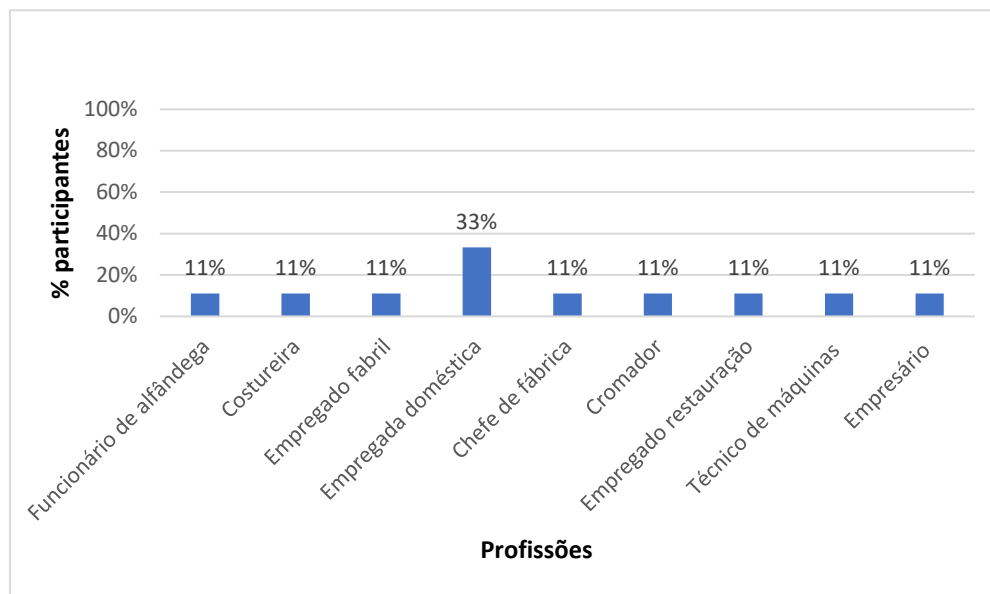


Figura 9. Profissões exercidas pelos participantes

A figura 9 relewa a variedade de profissões que os participantes possuíram ao longo das suas vidas. A profissão mais frequente foi empregada doméstica, comum a todas as mulheres da amostra, acrescentando que uma delas também exerceu outra profissão para além dessa (Costureira). Dos restantes participantes quase todos desempenharam a mesma profissão ao longo do tempo, com a exceção de mais um participante, que também exerceu duas profissões diferentes (empregado de restauração e técnico de máquinas). Adicionalmente, todos referiram sentir saudades dos tempos em que podiam/conseguiram desempenhar as suas profissões e de ter gostado das mesmas.

Segundo o estudo de Braga et al. (2010), constatou-se que o baixo nível de escolaridade das pessoas idosas pode prejudicar a sua condição socioeconómica e cultural e até a própria saúde, ao considerar que quanto menor o nível de escolaridade, menor o nível de conhecimentos e acesso a informação, o que leva também a um menor acesso a recursos e potencial exclusão social. Por conseguinte, torna-se relevante para o estudo analisar o nível de escolaridade da amostra, através da figura 10.

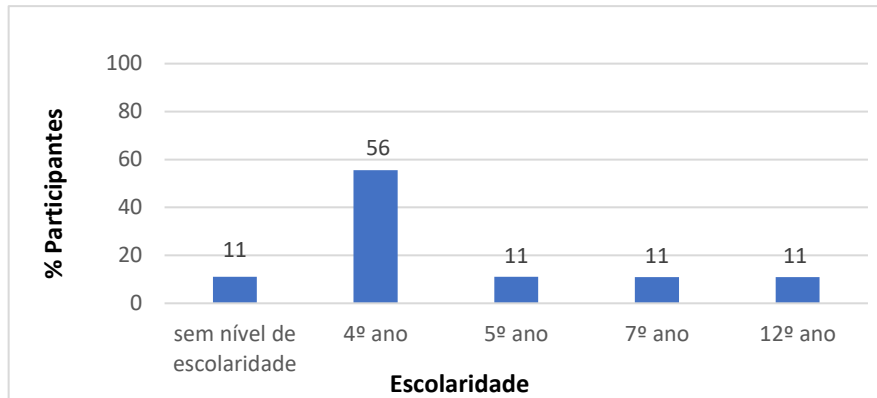


Figura 10. Distribuição percentual do nível de escolaridade dos participantes

Na figura 10 verifica-se que 56% da amostra possui a 4º ano, ou seja, o 1º ciclo, e os restantes elementos possuem diferentes níveis de escolaridade, desde o 5º, 7º (2º ciclo) ao 12º ano (ensino secundário). Segundo a base de dados Portugal Contemporâneo, PORDATA (2020), em 2019, a percentagem da população com mais de 65 anos e sem nível de escolaridade era de 20%; 52.8% com o 1º ciclo; 4.6% com o 2º ciclo; 9.9% com o 3º ciclo; 5.3% com o secundário e pós-secundário; e ainda 7.3% com o ensino superior. Estes dados estão em concordância com aqueles obtidos na amostra.

Um dos participantes não apresenta qualquer nível de escolaridade, pois nunca teve a oportunidade de frequentar a escola. Este facto é reflexo das políticas de educação e das desigualdades sociais que marcavam o início do século passado, onde o acesso à escola era restrito, principalmente para as mulheres que tendo em conta o padrão cultural ficavam em casa na gestão doméstica e/ou como cuidadoras (Braga et al., 2010). É ainda de salientar que dois dos participantes concluíram os seus estudos já em adultos, enquanto trabalhavam, inclusive outro frequenta, neste momento, a Universidade Sénior.

Na figura 11 estão descritas as patologias mais comuns nos participantes da amostra.

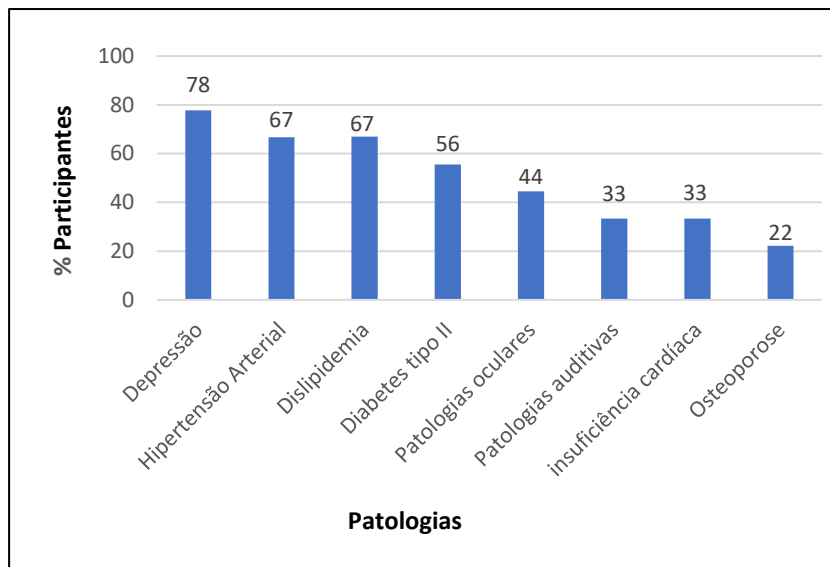


Figura 11. Distribuição percentual das patologias mais comuns nos participantes

As patologias mais comuns dos participantes estão representadas na figura 6, onde se verifica que a depressão é a patologia mais frequente, ou seja, partilhada por um maior número de participantes (78%). Seguidamente, a Hipertensão Arterial e a Dislipidemia são observadas em 67% da amostra e a Diabetes tipo II, em 56%. As patologias oculares e auditivas, bastante comuns devido ao declínio fisiológico surgem em 44% e 33% dos participantes, respectivamente. Por fim, é ainda importante de mencionar a insuficiência cardíaca, que afecta 33% dos participantes bem como a Osteoporose presente em 22%. Todas as patologias referidas são comuns nas pessoas idosas, por uma variedade de factores e está em conformidade com a literatura. A depressão é das doenças de saúde mental mais comuns nas pessoas idosas, porém, a percentagem referente a esta amostra é bastante elevada e requer que se explore se existem factores que tornam os elementos desta amostra em específico, mais susceptíveis à doença mental, hipótese esta que teria de ser corroborada em estudos futuros.

É ainda pertinente relatar que todos os participantes são independentes nas suas AVD's e AVDI's, com a excepção de um que recentemente viu a sua mobilidade reduzida, necessitando de apoio de família para algumas tarefas do auto-cuidado e para gestão da casa. As doenças e incapacidades bem como as consequentes dependências têm um grande impacto no indivíduo, mas também nas suas famílias, nos sistemas de saúde e segurança social assim como na economia, que deve responder a essas mesmas necessidades (WHO, 2014). As principais condições que contribuem para uma excessiva

carga global da doença e que afectam as pessoas idosas (23%) são as doenças crónicas não transmissíveis, como o cancro, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crónicas, as doenças musculoesqueléticas (como a artrite e a osteoporose) (WHO, 2014); as doenças mentais e neurológicas, como a depressão e a demência (Prince et al. *cit. in* WHO, 2002). Em Portugal, as perturbações musculoesqueléticas (30,5%) e as perturbações mentais e do comportamento (20,5%) são as principais responsáveis por um maior número de anos de vida com incapacidade (DGS, 2015). Um grande desafio nesta área é a polimedicação da população idosa, na tentativa de responder às múltiplas patologias que vão surgindo e, que leva a grandes problemas a nível da adesão e gestão da terapêutica.

De facto, uma boa saúde, sem doenças ou incapacidades que causem sofrimento e dor revela-se como um factor condicionante do nível individual de bem-estar e felicidade. Quando a saúde do indivíduo está comprometida é a família que numa primeira instância, seguidas por instituições públicas ou privadas, que garantem o apoio necessário quer na prestação de cuidados de saúde, quer na capacidade económica, colmatando as suas necessidades (CMP, 2013).

Na amostra analisada, os rendimentos auferidos provêm das pensões de velhice, algumas com a pensão de sobrevivência associada, outros são provenientes de pensões sociais de velhice que mais tarde foram apoiadas com o complemento social do idoso. O requerimento desse apoio foi muitas vezes prestado pelas técnicas do MdM e '*Projecto TCI*'. De outra forma, até então, os beneficiários do projecto desconheciam a existência do complemento ou como e onde fazer esse pedido. Através dos valores dos rendimentos referidos pelos participantes (Anexo IX, Tabela 1) pode-se verificar que a média de rendimentos é de 466,19€, valor este inferior ao ordenado mínimo nacional e inferior ao que corresponde o valor médio anual das pensões das pessoas idosas em Portugal (6 674€) (INE, 2018). Neste momento, três dos participantes desta amostra são apoiados com as despesas da medicação (na totalidade) pois de outro modo estes não conseguiriam gerir os seus rendimentos para as restantes necessidades. É de ressaltar que este projecto sendo de uma ONG (Terceiro sector), depende de candidaturas e financiamentos, pelo que podem ficar sem este apoio a qualquer altura. Segundo um estudo desenvolvido no Brasil de Lima-Costa et al., (2003) as pessoas idosas com os rendimentos mais baixos

apresentaram pior estado de saúde (pior percepção de saúde, interrupção de atividades devido a problemas de saúde e ainda relato de doenças crónicas), capacidade física e baixa adesão aos serviços de saúde (acompanhamento e visitas a médicos e dentistas). Os resultados desse trabalho demonstraram assim que a situação socioeconómica é um factor determinante no estado de saúde dos indivíduos e populações.

A figura 12 apresenta o tipo de habitação dos participantes desta amostra.

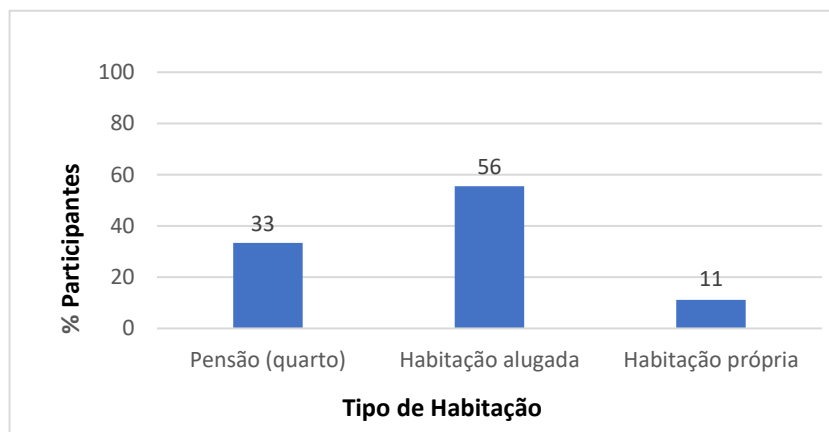


Figura 12. Distribuição percentual do tipo de habitação dos participantes

A maioria dos participantes vive numa habitação alugada (56%) sendo que neste grupo, um deles, neste momento, não está a pagar renda porque o senhorio é um amigo e assim concordou. Outros dois participantes, foram recentemente despejados da casa onde viveram toda a sua vida de adulto, devido a contractos de arrendamento que não salvaguardavam os seus direitos. Com o apoio da MdM, conseguiram encontrar uma outra habitação, um deles numa casa camarária. Ainda de acordo com a figura 7, 33% dos participantes vive num quarto arrendado, numa Pensão ou Hospedaria, solução esta apoiada pela MdM, uma vez que estes se encontravam em situação sem abrigo até então. Apenas 11% dos participantes possui casa própria.

Quando questionados sobre o lugar onde mais gostavam de estar (onde se sentiam melhor) através de uma pergunta aberta, entre as diferentes respostas destaca-se a casa, presente no discurso de 45% dos participantes. Seguidamente, a MdM é um dos locais favoritos (22%), onde vão semanalmente participar em actividades de grupo. Alguns dos indivíduos que referiram casa também referiram MdM e café (22%). Os locais públicos referidos são justificados por possibilitarem a escrita e o convívio com as pessoas da sua comunidade. Por fim, ainda foi referida a praia (11%) por ser um local para passear e

conviver com os amigos. Com a exceção da casa todos os outros locais são locais promotores de interação social, o que, de certo modo, revela uma procura activa pela mesma (Anexo IX, Figura 16).

Relativamente ao número de elementos que constituem o agregado familiar de cada um dos participantes verificou-se que 78% dos participantes vivem sozinhos (alguns deles acrescentaram que têm animais domésticos e que, portanto, não se consideram sozinhos). Os restantes 22% correspondem a participantes que vivem com um filho (ambos apresentam alguma incapacidade e dependência) (Anexo IX, Figura 17)

Considerando que a grande maioria dos participantes vive sozinho é importante esclarecer se possuem algum tipo de retaguarda familiar. Com a análise dos dados obtidos (Anexo IX, Figura 18) verifica-se que 56% da amostra tem retaguarda familiar, enquanto 44% não tem qualquer tipo de apoio dos familiares, mesmo quando existe algum contacto com os mesmos. Adicionalmente, pode-se verificar que apenas 33% da amostra não tem filhos. Ou seja, os motivos que levam à inexistência de uma retaguarda familiar activa não é apenas o facto de não ter descendentes, mas também pelo facto de não possuírem familiares vivos, ou ainda pela carência de laços e apoio com a família existência. As questões do abandono, isolamento e sentimento de solidão foram bastante presentes no discurso dos participantes durante as entrevistas. É ainda de salientar que apesar de 44% dos participantes possuírem uma retaguarda familiar activa continuam a precisar de apoio, quer seja por falta de acesso a informação e de literacia dos familiares, ou mesmo por falta de tempo e disponibilidade para o acompanhamento necessário.

ii.ii.ii Discussão dos resultados – Categorias no âmbito do poder e utilidade

Com a análise detalhada do conteúdo das entrevistas foram estabelecidas as seguintes cinco categorias: ‘Formas de exercer Autonomia no âmbito do poder e utilidade’; Formas de exercer Cidadania Activa no âmbito do poder e utilidade’; Formas de exercer Participação Social no âmbito do poder e utilidade’; ‘Barreiras para as pessoas Idosas’; ‘Influência do Projecto TCI’. Estes dados estão sintetizados em Tabelas no Anexo X e XI.

Para as citações recolhidas do discurso dos participantes foram utilizadas as seguintes abreviaturas: P– Participante; Q– Questão; L– Linha.

ii.ii.iii Formas de exercício da autonomia

A categoria ‘Formas de exercício da autonomia’ foi dividida em quatro subcategorias: Tomada de Decisão; Crenças/Representações Sociais; Resolução de problemas; e Valorização da Autonomia (Anexo X, Tabela 2). Os resultados da análise do conteúdo referentes a esta categoria vão ao encontro da definição de autonomia relacionada com as competências e auto-confiança para tomar decisões e realizar tarefas de forma independente, e não tanto com a capacidade física para realizar essas tarefas (Marchand, 2018).

A autonomia é também a dimensão que se refere à “ (...) auto-regulação e libertação dos limites de muitos condicionalismos externos que passam a influenciar, em lugar de determinar, o curso da acção do indivíduo, nos níveis mais elevados da maturidade pessoal” (Sá-Chaves, 1997, p.42). Esta pode ainda ser definida como a faculdade de se governar por si mesmo, a liberdade ou independência (moral e intelectual), o direito de se reger por leis próprias, ou seja, emancipação e independência, com a liberdade para julgar e tomar decisões face às necessidades. A decisão pode ser de acordo com os valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias (Gomes, Oliveira, 2004).

Posto isto, surgiu a subcategoria ‘Tomada de decisão’, com as seguintes unidades de Registo: ‘Liberdade de escolha’, ‘Escolhas influenciadas’ e ‘Respeito pelas decisões’. A maioria dos participantes refere ser eles quem toma as suas decisões, mas que também têm em conta as opiniões daqueles em quem confiam. Adicionalmente, referiram que conseguem fazê-lo porque sentem o respeito e apoio das pessoas à sua volta. Por exemplo: “Sou eu que decido por mim mesmo. Às vezes com bastantes dificuldades (...) mas depois ouço as opiniões das pessoas a ver de se facto estou correcto ou não na minha decisão.” (P1Q5L36).

A ‘Tomada de decisão’ é um processo cognitivo para deliberar face a uma situação (riscos/benefícios), mais ou menos complexa, de modo a tentar atingir o resultado esperado, indissociável do conceito de autonomia e de resolução de problemas (Jesus, 1999). Contudo, é importante referir que nem todas as decisões conduzem à resolução de problemas. Por conseguinte, a subcategoria resolução de problemas engloba as seguintes

unidades de registo: ‘Resolução independente’, ‘Resolução com apoio da MdM’, ‘Resolução com apoio da família’.

A ‘Resolução de Problemas’, quer sejam simples ou mais complexos, requer a combinação da capacidade de pensar com o conhecimento e a experiência, tendo em conta o contexto onde o processo de pensamento ocorre (Silva, 2006). A maioria dos participantes refere que são eles próprios quem resolve os seus problemas “Ainda há pouco tive um problema com uns senhores da EDP e assinei um contracto, mas afinal não eram da EDP. Mas assim como estraguei também o resolvi” (P5Q5L49). Alguns desses acrescentaram que consideram as opiniões dos outros antes de resolver (família/amigos ou MdM) e pedem ajuda dependendo da complexidade do problema: “(...) agora quando foi de dar a contagem da luz que mandaram por mensagem eu não percebia nada disso, telefonei para a MdM e ajudaram-me logo e resolveram-me a situação” (P1Q10L30).

Os familiares, ou mais especificamente, a MdM, prestam apoio na tomada de decisão, (organizações sociais) e devem ter em conta que a capacidade de um indivíduo para resolver problemas é influenciada pela sua percepção sobre as suas competências. Por exemplo, quando uma pessoa se vê como alguém que precisa e depende de ajuda, pode afectar negativamente o seu estado físico e mental e perderem-se num círculo vicioso de dependência e atitude de resignação (Luppi, 2010). Assim sendo, é essencial que as intervenções neste âmbito sejam desenvolvidas com o objectivo de dotar as pessoas com ferramentas para resolver os seus próprios problemas, remetendo sempre para um processo de reflexão e procura de soluções conjuntas, ao invés de simplesmente resolverem por ela (dependente da complexidade do problema). Este tipo de estratégias irão promover a autonomia das pessoas, independentemente da idade, como referido na revisão bibliográfica. Um dos participantes relata: “(...) mas agora por exemplo já sei ir sozinho à consulta ao centro de saúde, conversei com os MdM antes se for preciso”. (...) logo quando sair daqui sou capaz de ir ao centro de saúde pedir a receita, ou quando está a acabar alguma receita também sei fazer sozinho. Já consigo ir sozinho” (P4Q11L105).

No que respeita à subcategoria ‘Crenças/Representações sociais’, estão subjacentes as unidades de registo ‘Manutenção da capacidade decisória e de resolução de problemas’ e ‘Redução da capacidade decisória e de resolução de problemas com a idade’. As representações sociais são como o nome indica, socialmente construídas, ou seja, influenciadas pelo contexto. Estas implicam processos cognitivos como um meio de

conhecer a realidade e modelar as relações do indivíduo com o meio (Ferreira et al., 2010). Com o envelhecimento, as pessoas implementam várias formas de seleção, optimização e compensação que lhes permitem permanecer activos face às suas limitações (Luppi, 2010). É neste contexto que foi importante perceber o que os participantes pensam sobre a sua capacidade decisória e qual o impacto da idade. As opiniões foram claramente divididas pois alguns expressaram que a idade em si não é motivo para perder capacidades, pois será resultado de um conjunto de factores, enquanto que outros, ao verem as suas capacidades alteradas, atribuem causalidade ao processo de envelhecimento (Anexo X, Tabela 2).

Existem ainda poucos estudos sobre as capacidades decisórias no processo de envelhecimento, pelo que é controverso. Os autores Schneider (2004) e Schneider; Parente (2006), sugerem em alguns estudos que os déficits nos processos decisórios dos idosos podem ser resultado das dificuldades de memória e atenção desses participantes (funções do lobo frontal). Posto isto, um outro estudo foi desenvolvido para averiguar se ao minimizarem as dificuldades de memória e atenção (controlo da quantidade de informação e de interferências) os participantes teriam possibilidade de conseguir decidir com menor risco, autonomamente, e tal foi verificado (Wagner, Parente, 2009).

Por último, na subcategoria ‘Valorização da autonomia’ surge a unidade de registo ‘Desejo de manter-se autónomo’, unânime entre os participantes (Anexo X, Tabela 2). Todavia, dois participantes relataram que estão cansados e que gostariam de ter maior apoio na tomada de decisões e resolução de problemas, partilhando ou delegando o peso e pressão das responsabilidades, como se observa nesta citação “(...) Mas às vezes gostava que fossem os outros, por exemplo o meu filho para me aliviar, porque já tenho 86 anos, já estou muito velha e muito doente” (P5Q7L31).

ii.ii.iv Formas de exercer cidadania activa

A categoria ‘Formas de exercer cidadania activa’ foi identificada no discurso dos participantes e dividida pelas seguintes subcategorias: ‘Envolvimento social’, ‘Responsabilidades’, ‘Projecto de vida’, ‘Representação e participação política’ (Anexo IX, Tabela 3).

A cidadania activa foi também um dos conceitos explorados na revisão da literatura que assoma como pano de fundo no desenvolvimento e implementação de intervenções e actividades para sustentar o paradigma de envelhecimento activo e saudável (Marchand, 2018). Este refere-se assim ao sentimento de pertença e ao reconhecimento, de forma jurídica, a uma comunidade política que lhe confere direitos, liberdades e garantias; deveres e responsabilidades cívicas; bem como a possibilidade de representação e participação na vida socioeconómica e política (Soares e Maia, 2004). A sensação de estar numa relação interdependente com uma pessoa, com um grupo ou com a comunidade é central para a cidadania permitindo permanecer envolvido na vida. A subcategoria ‘Envolvimento social’ é uma das formas de exercício de cidadania, relatada pelos participantes quer seja no meio familiar ou na comunidade, reconhecendo-se enquanto membros da comunidade e com um papel significativo.

O ‘Envolvimento social no meio familiar’ foi descrito por vários participantes, tal como esta citação exemplifica: “A minha família (netas e filha adoptiva) (...) vêm cá visitar-me e quando vêm eu faço umas compras mercearias e carne para elas poderem levar para casa. Por vezes até são elas que me pedem para arranjar algumas coisas que sabem que eu tenho e sei onde há coisinhas melhores” (P1Q12L98). Ainda importante de referir é o ‘envolvimento com a comunidade’ relatado por seis participantes, com o seguinte exemplo: “A minha vizinha de baixo, tem as chaves daqui. Se acontecer alguma coisa eles podem-me ajudar. E elas também podem contar comigo. A minha vizinha de cima cuida do marido e eu já tenho ajudado, reencaminhei para os MdM que agora estão a ajudá-los e se precisam de alguma informação eu estou sempre disposto” (P1Q12L114). Esta subcategoria acentua a importância do poder das dinâmicas relacionais e de interdependências que permitem a afiliação social e o sentimento de pertença (Marchand, 2018). “Nós enquanto cá andamos precisamos todos uns dos outros. Os meus filhos vivem bem os que estão lá fora, mas eles podem um dia precisar de voltar e precisar de mim. A bíblia é bem clara ‘o filho pródigo foi e voltou a casa do pai’” (P7Q12L173).

A subcategoria ‘Responsabilidades’ foi enunciada pelos participantes sob a forma de ‘Responsabilidade individual’, enquanto cidadão que deve pagar os seus encargos, respeitar as leis e todos as pessoas à sua volta; e ainda ‘Responsabilidade com os outros’, mencionadas principalmente como ‘obrigações’ com os filhos ou familiares.

De seguida, surge a subcategoria ‘Projecto de vida’, na qual se pode verificar vários participantes preenchidos com sonhos, ambições e objectivos, muitos deles

concretizáveis e orientados no sentido de continuar a contribuir para a sua comunidade e sociedade em geral, permanecendo de alguma forma útil (Anexo X, Tabela 3). Estes são concordantes com os objectivos das estratégias do paradigma actual, previamente explorados, o que reforça a importância de se estimular as pessoas idosas para pensarem num projecto de vida e serem sensibilizados para reconhecerem as suas responsabilidades, valorizando as funções que desempenham ou podem desempenhar como socialmente úteis (Fonseca, 2018).

Os objectivos da maioria dos participantes compreendiam o manter-se activo e saudável, para continuar a fazer as suas actividades: “Os meus objetivos seriam ter saúde e cabecinha no sítio para conseguir resolver os meus problemas do dia-a-dia (...) Não me isolar, conviver, caminhar não estar sempre no sofá, ir ao medico, tomar sempre a medicação” (P6Q16L62); e poder ajudar os outros: “Eu sempre quis fazer um giro à noite (ronda) com os MdM, ajudar os toxicodependentes. Não gosto que façam pouco deles. Já tive um filho que me faleceu por causa dessa porcaria. Isso marcou-me muito” (P7Q16L96). Já os sonhos, foram expressos como algo que não será concretizável, tendo em conta a sua situação e contexto actual, mas se oportunidade existisse, de tudo fariam para o concretizar: “(...) era ser autónomo, independente do aspecto financeiro, ter uma vida melhor, uma casa. Algo que os MdM sempre me incutiram...” (P3Q15L125); “O que eu gostava era de construir uma casa para as pessoas com demências, AVC ou outras dependências, como a minha mulher precisou de cuidados continuados gratuitos” (P7Q14L78).

Contudo, alguns deles referiram ser a primeira vez que reflectem e pensam sobre ter objectivos, como algo mais concreto e palpável, o que revela como as intervenções nesta área não estão a incluir a todas as pessoas idosas, nem todos os contextos. Além disso, um dos participantes referiu já não encontrar motivos para sonhar ou procurar oportunidades para desenvolver o seu potencial, o que pode ser influenciado pelo peso dos estereótipos negativos, associados a ser idoso: “Nada, eu já fiz tudo. Não tenho assim nada de objectivos ou planos, já não tenho idade” (P5Q14L104).

Um exemplo bastante interessante e com grande visibilidade da tentativa de reformulação dos estereótipos associado ao envelhecimento é o caso do lançamento de um filme da Disney, com um herói protagonista de 78 anos. A publicidade associada ao filme gerou muitas dúvidas pelas respectivas empresas, mas para grande surpresa este teve muito sucesso nas bilheteiras e nas vendas de produtos associadas ao mesmo, com grandes lucros económicos e até sociais. A aceitação por parte do público em geral foi notória e

resultou ainda num aumento do público da faixa etária mais velha a visualizar um filme da Disney. O filme ‘Up – Altamente’ pretendia de certa forma dar ênfase a este problema social e de alguma forma contribuir para o combate contra este tipo de exclusão que nos afecta, ou afectará, a todos um dia. A sociedade exige que as pessoas trabalhem até mais tarde e que permaneçam saudáveis e activas por mais tempo. Estas exigências não são compatíveis com as visões mais restritas do envelhecimento que persistem em evitar pensar nas potencialidades de pessoas como o protagonista, Carl Frederiksen, de 78 anos a demonstrar a uma criança de 5 anos que nunca é tarde para sonhar e concretizar os seus desejos. Embora este assunto seja ainda pouco abordado, existem sinais claros de que as nossas sociedades estão permeáveis à mudança e podem ser influenciadas para se tornar menos preconceituosas a longo prazo (Marques, 2011).

Ainda na categoria ‘Formas de exercício de Cidadania’ destaca-se a subcategoria ‘Representação e participação política’, onde todos os participantes deram os seus contributos sobre as temáticas prioritárias para discussão política, caso tivessem a oportunidade de ser ouvidos. Estas prioridades dividiram-se em três unidades de registo: ‘Desigualdades e injustiça’, ‘Proteção dos grupos vulneráveis’ e ‘Administração do dinheiro público’ (pelo estado).

As ‘Desigualdades e injustiças’ são aludidas como uma questão prioritária a ser discutida e, denota-se no próprio discurso de alguns dos participantes, ao referirem não ter voz nem capacidade, ou conhecimento de oportunidades para expor as suas opiniões. “(...) não gostava de ir falar à assembleia, Deus me livre. Eu não tenho voz, vamos ao destino e é nos fechado tudo. Sabe que os pobres não têm voz. E os que têm é-lhes fechado (...) Eu acho que devia haver mais justiça e menos desigualdade, (...) mas já não se endireita o mundo” (P6Q17L68).

As preocupações expressas com os grupos mais vulneráveis, com necessidade de protecção incluiu neles as pessoas idosas, doentes e incapacitados, mulheres e crianças e pessoas em situação sem-abrigo. Por último, a unidade de registo ‘administração do dinheiro público’ relata na unidade de contexto as inquietações quanto à gestão do dinheiro público e da corrupção existente no sistema (Anexo X, Tabela 3).

ii.ii.v Formas de Participação Social

A categoria ‘Formas de Participação Social’ é mais um dos conceitos previamente estudados na procura de resposta para os objectivos do estudo. Esta foi dividida pelas seguintes subcategorias: ‘Participação em Actividades’ e Auto-valorização’ (Anexo X, Tabela 4).

A existência de oportunidades de participação social estimula o desenvolvimento das relações sociais, o que dá poder às pessoas e é a chave para que estas se mantenham informadas (OMS, 2008). Segundo Barrio et al., (2018), a participação dos cidadãos engloba o participar nas decisões sociais e políticas através da interação e relações de rede. Para tal, é ainda necessário que as pessoas estejam dispostas a participar nas actividades existentes na sua comunidade.

A subcategoria ‘Participação em Actividades’ surge associada às unidades de registo: ‘lazer’, ‘trabalho’, ‘voluntariado’ e ‘disponibilização para ajudar o outro’. Todos os participantes referiram alguma forma de participação, porém, esta nem sempre era reconhecida pelo próprio, talvez devido às construções sociais em torno das questões de actividade e participação. A definição de ‘Actividades’ deve ser abrangente de modo a conseguir englobar as diferentes formas de participação social e não se reduzir a estereótipos nem conduzir à exclusão de algum grupo da população idosa. Esta deve assim consistir em todas as procuras significativas que contribuam para o bem-estar do indivíduo, da família, da comunidade ou da sociedade em geral (Marchand, 2018). Tal como referiu um dos participantes: “(...) Uma pessoa sozinha tem de ter uma actividade que o dia passa mais facilmente, eu pelo menos se tiver coisas pra fazer sinto-me bem, se não tiver sinto-me inútil” (P9Q9L56).

Como exemplos de actividades de ‘Lazer’, foram referidas as actividades realizadas no Centro Social e Paroquial de São Nicolau (CSPSN) e na MdM, as quais alguns dos participantes frequentam semanalmente e onde são valorizados o convívio e a aprendizagem. A actividade ‘Trabalho’ foi expressa por um dos participantes, sob a forma de trabalho informal: “Sim ainda há. Eu ainda me considero útil ao meu semelhante. Ainda vou duas tardes por semana ajudar uma senhora idosa, com os meus 72 anos. Por isso eu ainda me sinto requisitada. É mais que precisar, é uma responsabilidade e uma preocupação” (P6Q14L49). As actividades de ‘voluntariado’ surgem sob diversas formas e incluem referências a participar em trabalhos

artesanais para angariação de fundos, grupos de trabalho voluntário de adaptações domiciliares, voluntariado de acção humanitária e, ainda, sob a forma de partilha de experiências como aqui explícito: “Fiquei muito satisfeito quando me pediram para ir falar a um congresso internacional sobre a alzheimer à universidade de Viseu. Eu fui escolhido porque era uma pessoa mais comunicável e com mais experiência sobre o assunto por cuidar da minha mulher. Ela tinha falecido há pouco tempo” (P1Q14 L60).

A ‘gestão doméstica’, é também um tipo de actividade e participação social, a cargo de todos os participantes do estudo, embora não mencionado pelos mesmos.

Segundo o autor Luppi (2010) ajudar os outros não é apenas uma questão de "valores sociais e familiares", mas também um "papel de cidadão", o que é observado no discurso de muitos participantes. A subcategoria ‘Disponibilização para ajudar o outro’ surge de forma unânime pois todos mencionaram, de alguma forma, estar sempre disponíveis para ajudar o outro, com vontade de ser úteis. Inclusive, referiram que só não faziam mais porque não tinham a oportunidade: “Ainda há pouco tempo fui com os MdM a casa de uma sra. minha conhecida que precisava de ajuda e fui eu que pedi aos MdM para lá ir. E fiquei muito satisfeito” (P7Q14L6).

Posto isto, a subcategoria ‘Auto-valorização’ surge para englobar as unidades de registo ‘Respeito e dignidade’ bem como a ‘Consideração das opiniões pessoais’. Esta permitiu perceber que os participantes, no geral, sentem-se considerados, valorizados e respeitados pelas pessoas envolvidas na sua rede de proximidade, relativamente às suas opiniões e decisões, como por exemplo: “Sim. Têm em consideração. Sempre que preciso de alguma coisa, estão disponíveis. Quando eu tenho uma opinião diferente eles aceitam, mas se estou a fazer alguma coisa errado tento ouvir e corrigir (...)” (P4Q4L40). Com a excepção de um participante que referiu não sentir que os outros valorizam aquilo que tem a dizer: P2Q4L24 “A minha irmã diz que a aborrego, a minha madrastra quer controlar tudo, como se fosse capacho, quer que faça milagres com o dinheiro que tenho, as minhas filhas não querem saber do que digo”.

É ainda significativo acrescentar que dois participantes relataram a falta de respeito mútuo entre gerações e outros dois que não se sentem ouvidos pelos profissionais de saúde dos serviços públicos: “(...) No centro de saúde não sei se eles me ouvem... eu queixava-me de estar a emagrecer, a médica dizia que era bom para a idade (...). E no final estava doente e elas não estavam a tomar atenção” (P8Q4L25). Este tipo de situação requer atenção e a devida intervenção de forma a sensibilizar para a importância de ouvir as preocupações, em qualquer serviço

público, principalmente com aqueles que não têm qualquer retaguarda familiar ou suporte institucional, de modo a estarem salvaguardados de riscos evitáveis.

De facto, muitas pessoas nem sequer estão sensibilizadas para as oportunidades, recursos, formas de acesso e projectos existentes na comunidade, enquanto formas de participação, sendo este um bom ponto de partida para garantir a possibilidade de todos os membros da sociedade poderem tomar decisões e escolhas informadas, assim como desenvolver as suas potencialidades para permanecerem ou se tornarem activos, no contexto onde vivem.

ii.ii.vi Barreiras para as pessoas idosas

A categoria ‘Barreiras para as pessoas idosas’ estruturou-se com conteúdos para as três seguintes subcategorias: ‘Dificuldade de acesso aos serviços públicos’, ‘Isolamento’ e ‘Idadismo’ (Anexo X, Tabela 5).

A ‘Cidade Amiga da Pessoa Idosa’ é uma estratégia fulcral para a promoção de um envelhecimento activo e saudável, referenciada na revisão bibliográfica. Um aspecto essencial deste projecto e movimento global, para responder aos desafios do fenómeno de envelhecimento, foi o envolvimento dos próprios idosos enquanto participantes activos, em todas as suas etapas, inclusive na identificação de barreiras (como à sua participação enquanto cidadãos) e sugestões de resolução das mesmas. Estas consultas ambicionaram promover a inclusão e ouvir a diversidade de opiniões deste grupo tão heterógeno, ao possibilitar a oportunidade destes se expressarem e exporem as suas dificuldades (OMS, 2008). A cidade do Porto, integra a ‘Rede Mundial das Cidades Amigas da Pessoa Idosa’, no entanto, como se pode verificar pela análise do discurso dos participantes deste estudo, muitas dessas barreiras ainda existem o que demonstra que as acções realizadas nesse âmbito ainda não estão a chegar a todos, incluindo aqueles que estão sozinhos e não possuem qualquer tipo de apoio social ou oportunidades para participar e exercer a sua cidadania.

A ‘Dificuldade de acesso aos serviços’ foi relatada pelos participantes na ‘falta de informação, capacitação e acompanhamento’ e também nos ‘recursos e oportunidades de transportes e mobilidade’. Foi relevante perceber que também para esta amostra, a participação não depende apenas das atividades oferecidas, mas igualmente das

informações que recebem sobre essas atividades bem como da disponibilidade de acessos e transportes aos locais onde elas se realizam. A divulgação dos eventos e actividades é primordial tendo em conta que num grupo tão heterogéneo como o das pessoas idosos, a informação não chega a todos os contextos, principalmente àqueles de maior vulnerabilidade, como menciona um dos participantes: “Tenho visto nas aldeias os crimes, a maneira como as pessoas são tratadas, que estão com maior isolamento. Essas pessoas têm menos cultura e vivem naquele buraco têm menos acesso às coisas” (P1Q9L51).

Os participantes mencionaram ainda que gostariam de mais apoio na redução de barreiras físicas para acesso aos serviços e outros gostariam de mais oportunidades e actividades estimulantes para poderem socializar, como por exemplo: “Sei que gostava que fosse mais como antes, ter mais espaço, mais gente, mais actividades, ginástica, teatro” (P8Q9L96).

Relativamente ao transporte e mobilidade, um dos participantes relata: “Eu não consigo andar sem cair, apenas alguns passos, então preciso sempre de transporte (...) conto com os MdM para me levarem às consultas, se eles não podem tenho de ir de táxi, mas o dinheiro não dá para tudo e às vezes prefiro não ir” (P5Q9L66). Aqui é notório como as dificuldades de acesso e transportes podem comprometer a saúde e a qualidade de vida de alguém, o que não será justificável na sociedade actual. Estas preocupações com o transporte e acessos surgem não só naqueles com algum tipo de incapacidade ou mobilidade reduzida, mas em todos os participantes no geral, como uma potencial barreira. Outros sentem-se desprotegidos, com baixos recursos económicos, o que lhes impede de participar em actividades ou até de concretizar objectivos: “Gostava de ir visitar a campa da minha esposa a Lisboa, que desde que o SEF me transferiu para o Porto, nunca mais tive possibilidades de lá voltar e prestar a devida homenagem” (P3Q15L115).

De igual modo, a falta de acompanhamento quer social, quer em saúde, é referida pelos participantes, no sentido de facilitar a própria comunicação com os serviços e salvaguardar os seus direitos. Um dos problemas indicados é associado à baixa literacia em saúde e ao pouco tempo disponibilizado nos serviços de saúde públicos para se estabelecer uma relação empática e poder trabalhar alguns problemas que de outra forma, estes não são capazes de os expressar. “(...) Gostava de poder estar sempre acompanhado, eu ouço mal e às vezes não compreendo tudo o que dizem. E vocês (MdM) sabem explicar ou dizer-me como explicar as minhas dificuldades. Vocês falam pelo email com as médicas, escrevem uma carta para levar comigo às consultas, quando não vão comigo (...)” (P1Q11L95).

O ‘Isolamento’ foi uma subcategoria que surgiu através das referências de alguns participantes às unidades de registo ‘Solidão/abandono’ e ‘Medo/vergonha’. Este pode significar um afastamento físico, social ou psicológico que se espelha e afecta o comportamento do indivíduo. O acto de se isolar, conformar ou ser passivo podem ser reforçados pelas expectativas sociais e pelos estereótipos negativos que levam à discriminação (Maia, 2002).

Alguns autores, na tentativa de definir a solidão, acordaram em três pontos: “a solidão é uma experiência subjectiva que pode não estar relacionada com o isolamento objectivo; esta experiência subjectiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de alguma forma de relacionamento deficiente” (Perplau, Perlman *cit. in* Neto, 2000, p.321). Além disso, é crucial aumentar a investigação e intervenções neste âmbito, visto que o estar mais sozinho ou isolado é algo relativamente comum nas pessoas idosas e, segundo Menec (2016), as relações sociais reduzidas podem ser um factor de risco tão grande, para a mortalidade, como o tabagismo, a obesidade ou a falta de atividade física. Posto isto, é preciso estar atento ao isolamento social, enquanto mudança de comportamento habitual, à perda de papéis, reforma e problemas de saúde que podem acentuar este sentimento de solidão (Menec, 2016).

O ‘Medo e a vergonha’ referidos nas unidades de registo são sentimentos que foram associados à dificuldade da pessoa se expressar ou pedir ajuda, talvez com medo de perder o seu ‘estatuto’ de pessoa autónoma e ser catalogado como alguém velho e dependente, associando com os estereótipos negativos do envelhecimento (Goll et al., 2015), tal como podemos verificar nesta citação: “As pessoas idosas acanham-se, não pedem ajuda” (P1Q9L74).

Por último, a subcategoria ‘Idadismo’, foi expressa em conteúdos referentes à ‘Exclusão e discriminação’ bem como à ‘Ausência de Leis e estatutos protetores do Idoso’. Tal como outras formas de discriminação social, esta serve um propósito social e económico: legitimar e sustentar as desigualdades entre grupos (injustiças sociais/segregação). Assim, em 2014, os estados membros das Nações Unidas, reconheceram o ‘Idadismo’ como ‘a raiz’, por detrás da discriminação etária (WHO, 2020a).

De facto, como explicado no enquadramento teórico, “para além do artigo 72º da CRP que expressamente se refere à ‘terceira idade’ e de diplomas provenientes das áreas da segurança social e saúde, são praticamente nulas as referências legislativas aos cidadãos mais velhos” (Barroso, 2014, p.120).

Muitos dos participantes foram capazes de identificar que a população idosa, particularmente aqueles em situação de maior vulnerabilidade, sofre com a perpetuação de práticas de exclusão social, política e económica, como aqui explícito: “Há muitas desigualdades... Eu gostava de ter uma conversa com essas pessoas que estão lá no governo, com quem pode mudar as coisas, que a gente não tem voz para expor os nossos problemas” (P4Q17L153).

Outros referiram a ‘Ausência de leis protectoras das pessoas idosas como algo que os impede de ser tratados como membros igualitários da sociedade: “quem faz as leis, não nos chegam, não estão no lugar do idoso e podiam dar mais atenção, mas escolhem não dar (...)” (P319 L69).

Para transformar as concepções sobre envelhecimento e saúde, a OMS está a trabalhar em conjunto com os principais parceiros no desenvolvimento de uma campanha global, sendo um dos objectivos estratégicos: ‘Combater o Idadismo e transformar a compreensão do envelhecimento e da saúde’ (WHO, 2020a). Este combate ao ‘Idadismo’ e à invisibilidade das pessoas idosas requer uma ação intersectorial entre os diferentes níveis de governo e os intervenientes não governamentais, de forma a re-educar as instituições e serviços públicos para uma inclusão sustentável (perpetuável no tempo), bem como para capacitar as pessoas idosas a alcançarem coisas que as gerações anteriores nunca poderiam imaginar (WHO, 2019a). Uma das medidas pode passar pelo desenvolvimento de programas intergeracionais entre idosos, crianças/jovens, com troca de experiências e partilha de informações, de maneira a promover a adopção de atitudes positivas face ao envelhecimento, a reconhecer a diversidade e ainda as desigualdades (Gonçalves et al., *cit. in* Lopes, 2010).

Concluindo, todas estas condições (barreiras) irão influenciar directamente o processo de envelhecimento do indivíduo, como socialmente participativo ou excluído (Fonseca, 2018).

ii.ii.vii Influência do Projecto TCI

Por último, a categoria ‘Influência do Projecto TCI’, dividiu-se com conteúdos para as seguintes subcategorias: ‘Promoção da autonomia, exercício da cidadania e participação social’, ‘Redução dos obstáculos/barreiras’ e ‘Permanência em ambiente familiar’. Estas representam uma avaliação da influência do ‘projecto TCI’ nas categorias anteriores, também resultante da análise do discurso dos participantes (Anexo X, Tabela 6).

A pessoa idosa deve poder encontrar os recursos para exercer o seu direito de se manter activo na sociedade no seu contexto/ambiente. O ‘projeto TCI’ da ONG Médicos do Mundo funciona como uma estrutura de articulação entre os serviços e as pessoas idosas, aproximando e facilitando o seu acesso. Este é particularmente eficaz e a satisfação foi expressa em várias ocasiões pelos participantes do estudo, onde confirmam a sua importância: “Sim ajuda muito. Em tudo no geral. Sinto me só, sou uma pessoa que vive a solidão, e necessito de ouvir uma voz diferente.”(...) mesmo que que erre, porque ser idoso não esta livre de errar, porque errar é humano, portanto é aí que eu me aconselho, que eu oiço, não me magoa, não me cria constrangimentos (...)” (P3Q17L88).

Essas iniciativas e projectos são fundamentais para criar redes de proximidade que estimulam a participação e o envolvimento com outras pessoas. Essas redes permitem que as pessoas idosas possam ajudar o que, por sua vez, faz com que se sintam úteis enquanto se promove a implementação de verdadeiras oficinas de cidadania nos projectos sociais.

A primeira subcategoria ‘Promoção da autonomia, exercício da cidadania e participação social’ surge através das unidades de registo: ‘Desenvolvimento de competências’, ‘Divulgação de oportunidades e estímulo à participação’, ‘Acesso à informação, recursos e serviços’ e, ainda, ‘Capacitação/*Empowerment*’. Cada uma destas unidades é acompanhada por exemplos, do discurso dos participantes, em como este projecto as promove. Por exemplo, alguns referiram que o único dia que saem de casa para qualquer actividade é quando vão à MdM, onde são promovidas actividades de estimulação de competências cognitivas e motoras, bem como de competências sociais pela interacção e convívio proporcionado. Outros acrescentaram ainda o gosto por aprender através das sessões de educação para a saúde: “Gostei de algumas actividades, como aquela sobre saúde mental, gosto quando podemos todos conversar e falar da nossa experiência uns com os outros, não somos os únicos, ficamos menos sozinhos” (P2Q11L142). No ‘Projecto TCI’ as oportunidades e estímulo à

participação ocorrem para além daquelas nas actividades semanais, como em visitas e passeios de grupo, parcerias institucionais para discussão de temáticas actuais entre diferentes grupos, actividades de voluntariado, transporte para garantir oportunidade de voto, entre outros.

O ‘acesso à informação, recursos e serviços’ traduz-se, por vezes, em coisas simples, mas que para alguns são essenciais para a sua subsistência: “(...) já foram comigo ao médico e ajudame a tratar da saúde, cuidam dos meus problemas dos pés aqui na MdM, (...) arranjam-me os sítios onde ir comer de graça e buscar. Se não os tivesse as coisas seriam muito diferentes” (P4Q11L50).

Quanto à ‘Capacitação’, esta foi claramente expressa por alguns participantes: “(...) mas agora por exemplo já sei ir sozinho à consulta ao centro de saúde, conversei com os MdM antes se for preciso” (...) logo quando sair daqui sou capaz de ir ao centro de saúde pedir a receita ou quando esta acabar alguma receita também sei fazer sozinho. Já consigo ir sozinho” (P4Q11L105). É ainda de salientar, a criação de um grupo de voluntários com alguns dos beneficiários do ‘Projecto TCI’ em parceria com o CSPSN, sendo que um dos participantes o referiu como algo que lhe traz muito alento e satisfação por fazer parte: “Temos um grupo de voluntários que ajudam a ajeitar coisas em casa, carpinteiros, picheiros, eletricitas e vamos a casa de outras pessoas idosas aqui da zona” (P9Q11L68).

Os participantes aludiram também o apoio que recebem na redução de barreiras, através de ‘acompanhamentos em saúde, sociais e apoios em medicação’. Este apoio foi descrito pelos participantes como fulcral, funcionando como uma ‘ponte’ e uma ‘voz’ juntos dos serviços, para conseguirem responder às suas necessidades, enquanto que o apoio em medicação é prestado através da compra e gestão do regime medicamentoso, aliado ao apoio recebido na promoção de adesão ao regime terapêutico.

A subcategoria da ‘Permanência em ambiente familiar’ foi mencionada por alguns dos praticantes como algo possibilitado e assistido pelo ‘Projecto TCI’, em específico, através de adaptações domiciliárias e ajudas técnicas, porém, no global é possibilitado por todo o apoio recebido descrito nas restantes subcategorias. Estes referiram como exemplo de adaptações domiciliárias, os trabalhos de pichelaria, carpintaria ou outros pequenos arranjos, e ainda, os apoios com ajudas técnicas quer sejam cadeiras de rodas, andarilhos ou alteadores de sanita, e até com elementos mais pequenos como as fraldas: “Já me puseram uma barra nas escadas para não cair, no chuveiro...” (P1Q11L33).

De facto, é notória a influencia deste projecto na vida destas pessoas entrevistadas. Todavia, também foi perceptível que estes apoios não são suficientes para estes participarem autonomamente e exercerem a sua cidadania, com acesso a todos as oportunidades, recursos e informação preconizados pelo paradigma actual. Sendo um dos seus objectivos combater a discriminação e promover a inclusão de todos os membros da sociedade, de forma equitativa, ainda há muito trabalho por ser feito que exige o repensar e desenhar de novas estratégias, com os recursos existentes, de forma a garantir que ninguém é deixado para trás, mas sim tratado com dignidade e respeito.

Conclusão

Segundo Kalache (2010), pensar no idoso de amanhã é pensar no adulto de hoje e na criança de ontem. Envelhecer e ser idoso é algo comum para todos e repensar as condições e possibilidades oferecidas pela sociedade para esse grupo é pensar no futuro de todos.

As populações de todo o mundo estão a envelhecer a um ritmo mais rápido do que no passado e esta transição demográfica terá impacto em quase todos os aspetos da sociedade, exigindo a sua atenção. O mundo uniu-se em torno da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, em que todos os países e todas as partes interessadas (stakeholders) se comprometeram em não deixar ninguém para trás, determinados a garantir que cada ser humano possa cumprir o seu potencial em dignidade e equidade, num ambiente saudável (WHO, 2020c). As questões práticas e objectivas deste compromisso têm de ser avaliadas, de modo a garantir e validar as intervenções que, nesse âmbito, estão a ser bem-sucedidas.

Com este estudo urge uma reflexão focada nos valores de justiça, equidade e dignidade, sobre a realidade actual da população idosa: pensarmos enquanto futuros idosos se estaríamos satisfeitos com as presentes condições (ou seja o que não se considera aceitável para nós, também não poderemos considerar aceitável para os outros) e, se não, actuarmos para concretizar as mudanças pretendidas, resultantes desta reflexão. O dever de contribuir para a construção de uma sociedade ideal é de todos, agindo com gestos simples e que estão ao nosso alcance no próprio seio familiar e comunidade em que estamos inseridos (Carvalho, Nogueira, 2012).

Os resultados obtidos pelas técnicas de análise de conteúdo têm as suas limitações, não só da possibilidade de inferências (uma vez que estes são os resultados de relatos de experiências individuais), como também por não poderem ser assumidos como uma prova irrefutável. Todavia, essa análise permite corroborar, ou não, os pressupostos que conduziram a investigação, servindo o seu propósito para explorar as percepções dos participantes com base na narrativa de cada um (Bardin, 2008).

Os objectivos deste estudo foram atingidos através da partilha enriquecedora de experiências e opiniões, que contribuíram para melhor compreender o significado dos conceitos de ‘poder’ e ‘utilidade’ para este grupo. Foram identificadas áreas prioritárias

de intervenção social, que podem ser comuns a outros grupos, revelando a necessidade de mais investigação e diagnóstico das populações com maior vulnerabilidade, valorizando a importância da aprendizagem com o outro para promoção do seu potencial de forma mais equitativa como com a restante população. Uma área com necessidade de intervenção (com alguma simplicidade de resolução) é a dos transportes e respectivos acessos para pessoas sem retaguarda familiar e/ou com dificuldades socioeconómicas, dado que sem estes não se consegue garantir o acesso e uso de determinados serviços, como por exemplo o da saúde, que é um direito universal. Além disso, a questão do ‘Idadismo’ é tão real e presente tal como o racismo e o sexismo; no entanto, esta é muito pouco discutida, pois os seus interlocutores possuem baixa projecção mediática e poucos espaços para serem ouvidos, não se encontrando nas prioridades da agenda política nacional. É, portanto, responsabilidade de todos contribuir activamente para melhorar as respostas existentes, sensibilizar e alertar para a relevância da discussão deste tema e derrubar os estereótipos que permanentemente criam barreiras.

As intervenções, para serem bem-sucedidas, precisam consultar e incluir aqueles para quem estas são dirigidas, através de iniciativas de promoção ao acesso à informação, de educação e de capacitação das mesmas. É ainda essencial a valorização e reconhecimento dos seus papéis, quer na família quer na comunidade, como socialmente útil, com a disponibilização de oportunidade para os descobrir, enquanto se incentiva a um maior interesse e participação social. As pessoas gostam de se sentir precisas e úteis com o seu semelhante, devendo este ser o foco das estratégias para reduzir o isolamento bem como os sentimentos de solidão e abandono.

Uma das sugestões que surge com este estudo é a importância das parcerias do estado com as ONG’s, organizações sociais e académicas, bem como o envolvimento das pessoas idosas dos mais diversos contextos e dos respectivos prestadores de cuidados (regime formal e informal), de modo a poder fazer-se uma avaliação mais fidedigna e completa da realidade. Esta articulação poderá assim ocorrer de uma forma mais profícua e harmoniosa ao existir a partilha em rede dos dados referentes à população idosa, das intervenções de sucesso e de boas práticas, para que estas possam ser potencialmente replicadas noutros locais.

Adicionalmente, o cariz deste tipo de projectos é temporário, dependente de candidaturas e financiamento de entidades públicas ou privadas. Este modelo não traz segurança nem estabilidade para as pessoas que estão dependentes das intervenções de projectos sociais. Assim sendo, seria uma mais-valia aproximar o trabalho do estado com o trabalho de terreno das organizações do terceiro sector, neste tipo de projectos, articulando as respostas e garantindo o financiamento de uma forma mais sustentável. Isto porque, afinal, o apoio prestado pelos projectos é, muitas vezes, para colmatar as respostas sociais insuficientes, considerando as necessidades dos diferentes grupos da população.

A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 surgiu enquanto esta pesquisa decorria, o que afectou directamente a mesma, reduzindo o número de contactos e o número de entrevistas realizadas.

Os desafios colocados pela COVID-19 levaram ao desenvolvimento de esforços e medidas para proteger as pessoas, principalmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade, como as pessoas idosas. O processo decisório sobre de que forma esta pandemia iria alterar as nossas vidas foi exercido pelas entidades competentes na área da saúde e o respectivo governo. Todavia, os esforços e medidas tomadas para proteger as pessoas mais velhas devem ser avaliados de uma forma mais lata, uma vez que as mesmas podem levar a prejuízos cognitivos, psicológicos, emocionais e até mesmo fisiológicos. Deste modo, urge uma reflexão sobre as consequências das medidas de proteção e prevenção, na tentativa de perceber se os fins almejados justificam os meios utilizados para lá chegar. De facto, as consequências desta pandemia continuam a ter maior impacto nas pessoas com maior vulnerabilidade, como as pessoas idosas, e grande parte das decisões tomadas levaram a um maior isolamento social, uma questão já tao preocupante para este grupo que agora tomou proporções gigantescas.

Com tudo isto, destaca-se o facto de estes, mais uma vez, não terem sido envolvidos ou participado no processo decisório e de não terem liberdade para poder escolher se as medidas propostas eram concordantes com os seus interesses. De facto, estas decisões são constantemente tomadas sem consulta, onde as entidades responsáveis actuam na procura da melhor solução e bem-estar geral; porém, o termo ‘bem-estar’ é algo abrangente e que cada pessoa tem a liberdade de o interpretar de forma diferente.

O SARS-CoV-2 acarreta maiores riscos para a saúde, inclusive de morte, para as pessoas idosas ou com maior morbidade. Contudo, esta é a última etapa da vida para este grupo que lida com a proximidade da morte diariamente, independentemente da situação de pandemia. Ao impedirmos toques, abraços, beijos e interação social em geral, com a justificação de prevenir o risco associado ao vírus, podemos não estar a perceber como o impacto destas medidas poderá também levar a uma morte precoce mais triste e distante.

Torna-se assim importante e necessário mais investigação futura, não só sobre as consequências e impacto das decisões inerentes à gestão da pandemia, bem como do não envolvimento das pessoas idosas em todos os processos decisórios que afectem directamente as suas vidas.

Ao longo da revisão bibliográfica foi sempre aludida a importância de respeitar e ouvir as opiniões das pessoas idosas, principalmente daqueles em situação de maior vulnerabilidade, para a definição de políticas públicas dirigidas aos mesmos, e que só assim se pode, efectivamente, contribuir para o bem-estar de todos. Tudo isto revelou pertinente a realização deste estudo de caso, com esta população, orientado e analisado sob a luz dos conceitos e estratégias do actual paradigma do envelhecimento. É, cada vez mais, necessário que as estratégias sejam baseadas em compromissos de responsabilidade e de solidariedade colectiva, para a acção e cooperação, de modo a podermos aumentar o potencial da qualidade do envelhecimento da humanidade.

Concluindo, a abordagem das estratégias de intervenção com a população idosa e os seus diferentes grupos, incluindo aqueles com maior vulnerabilidade associada, deverá ser mais proactiva e de responsabilização por quem tem o poder de fazer chegar a informação a quem não tem, de forma a aumentar a potencialidade de exercer a sua cidadania, autonomia e participação social (poder e utilidade) de forma plena.

Bibliografia

AA.VV. (2008). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.

Amorim, E. (2011). *Resiliência em idosos viúvos*. Angra do Heroísmo: Universidade dos Açores. Mestrado em Gerontologia Social. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3223/1/DissertMestradoResumoIndIntroEMA2012.pdf>>. [Consultado em 20/05/2020].

Azevedo, Batista. (2010). Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto.

Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. - 5ª edição revista e actualizada. - Lisboa: Ed. 70, 2009. - 281 p.; 21 cm. - Tít. orig. : L'analyse de contenu. - ISBN 978-972-44-1506-2.

Barrio, E. *et alii*. (2016). Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. In: *La visión territorial y sostenible del desarrollo local: Una perspectiva multidisciplinar*. (Editado por Joan Noguera). Valencia: Universitat de València. Serveide Publicacions. pp.141–67.

Barrio, E. *et alii*. (2018). *From Active Aging to Active Citizenship: The Role of (Age) Friendliness*. Soc. Sci. 2018, 7, 134; doi:10.3390/socsci7080134. [Em linha]. Disponível em <www.mdpi.com/journal/socsci>. [Consultado em 10/10/2020].

Barroso, R. (2014). *Há Direitos dos Idosos?* Coimbra: Editora ® Julgar - N.º 22 – 2014. p. 117-127.

Braga, LS., *et alii*. (2010). *Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa*. Cad. Saúde Pública 26 (12): 23072315. [Em linha]. Disponível em <http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010001200009&Ing=en>. [Consultado em 28/05/2020].

Carvalho, F. Nogueira, F. (2012). *A marca e o contributo da pessoa idosa na construção de uma sociedade mais livre e humana. A pessoa. Idoso ou Velho?* Focus social – Revista de economia social. [Em linha]. Disponível em <<http://www.focussocial.eu/noticia.php?id=44>>. [Consultado em 03.01.2020].

Carvalho, P. (2012) *Processos e estratégias do envelhecimento*. Euedito.

Catita, P.A.L. (2008). *As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso*. Universidade Aberta: Lisboa. (Comunicação e Saúde).

CMP-Câmara Municipal do Porto. (2013). *Envelhecimento populacional e Qualidade de Vida Identificação de boas práticas no domínio do Urbanismo*.

Combe, K., Schmader, K. (1999). *Naturalizing Myths of Aging: Reading Popular Culture*. *Journal of Aging and Identity*, 4 (2), 79-109.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. (2013). [Em linha]. Disponível em <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>>. [Consultado em 10/03/2020].

DGS-Direcção Geral de Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016).

DGS-Direcção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa.

Diário da República. (2015). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015 Diário da República, 1.ª série — N.º 165 — 25 de agosto de 2015, (p.6280-6289)*.

Dobbs, D., et alii. (2008). *An Ethnographic Study of Stigma and Ageism in Residential Care or Assisted Living*. *The Gerontologist*, 48 (4), 517–526.

Ferreira, O.G., *et alii*. (2010). *Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo*. Psico-USF, vol. 15, n. 3, p. 357-364. [Em linha]. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/96a2/7f5ed5cc156d6ea2773407932692b1d72b3d.pdf?_ga=2.233521694.1601625080.1593424456-89332804.1591778478>.

[Consultado em 24/01/2020].

Fonseca, A. (2018). *Boas práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa.

Fontaine, R. (2010). *Psicologia do Envelhecimento*. São Paulo: Edições Loyola. 2010.

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.

Foster, L., Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist* 55: 83–90. [CrossRef]. [Em linha]. Disponível em <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/55/1/83/570558>>. [Consultado em 02/05/2020].

Gallantand, G. Hutchinson, S. (2016). *Perceptions of Power Within a Membership-based Seniors'Community Center*. *Leisure sciences*, V.38, N.4, Pag. 357-372. Routedledge Taylor and Francis group. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1080/01490400.2015.1095660>>. [Consultado em 02/05/2020].

Goll, J., *et alii*. (2015). *Barriers to Social Participation among Lonely Older Adults: The Influence of Social Fears and Identity*. *Academic Editor PLOS ONE* 13(7): e0201510. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201510>>. [Consultado em 24/03/2020].

Gomes, A. M. T., Oliveira, D. C. (2004). *Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem*. [Em linha]. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. [Consultado em 28/05/2020].

Gouvernement du Québec. (2018). *Concept Note: International Technical Meeting Aging in Place*. [Em linha]. Disponível em <<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2018/12/Concept-note.pdf>>. [Consultado em 05/05/2020].

Governo de Portugal. (2012). *Programa de Ação de Portugal para o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*.

Grenier, A., Phillipson, C. (2018). *Precarious Aging: Insecurity and Risk in Late Life*. (Special report) Hastings Center Report 48, no.5 S15-S18. [Em linha]. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hast.907>>. [Consultado em 16/03/2020].

Hazin, H. (2012). *Os espaços residenciais na percepção dos idosos activos*. Universidade Federal de Pernambuco. Recife. [Em linha]. Disponível em <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/3575/1/arquivo9641_1.pdf>. [Consultado em 1/05/2020].

Hess, T.M., Hinson, J.T., Statham, J.A. (2004). *Explicit and Implicit Stereotype Activation Effects on Memory: Do Age and Awareness Moderate the Impact of Priming?* *Psychology and Aging*, 19 (3), 495–505.

INE-Instituto Nacional de Estatística Statistics Portugal (2017). *Projeções de População Residente – 2015-2080*. [Em linha]. Disponível em <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt>. [Consultado em 24/03/2020].

INE-Instituto Nacional de Estatística Statistics Portugal (2018). [Em linha]. Disponível em

<https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt>. [Consultado em 03/02/2020].

Irigara, T., Schneider, R. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. Estudos de Psicologia, Campinas I 25(4) pp. (585-593). [Em linha]. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. [Consultado em 10/02/2020].

Jesus, É. (1999). *A decisão Clínica de Enfermagem*. Universidade do Porto. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Kalache, A. (1999). *Active ageing makes the difference*. Editorial: Bulletin of the World Health Organization: The International Journal of Public Health 1999; 77(4): 299. [Em linha]. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/56468>>. [Consultado em 20/01/2020].

Kalache, A. (2010). *Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features That Promote Active Aging*. J Urban Health. 87(5):733-9. [Em linha]. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20549569/>>. [Consultado em 06/05/2020].

Kaminitz, S. (2017). Contemporary Procedural Utility and Hume's Early Idea of Utility. J Happiness Stud (2019) 20:269–282. Springer Science+Business Media B.V. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s10902-017-9943-1>>. [Consultado em 04/04/2020].

Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 58 (4), 203–211.

Lima-Costa, M. F., et alii. (2003). *Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 745-757. Universidade Federal de Minas Gerais. Rio de Janeiro, Brasil.

Lopes, M. (2010). Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento, em idosos institucionalizados e não institucionalizados. [Em linha]. Disponível em <<https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2500>>. [Consultado em 04/04/2020].

Luppi, E. (2010). Autonomy and citizenship in the late third age. *Educational Gerontology*, 36: 872–892, Copyright Taylor & Francis Group, LLC2. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1080/03601271003715921>>. [Consultado em 10/10/2020].

Marchand, I. (2018) *Stories of contemporary aging: An analysis of “lived” citizenship in later life*. *Journal of Gerontological Social Work*, 61:5, 472-491. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1420001>>.

Marconi, M., Lakatos, E. (2006). *Metodologia Científica*. 4^a ed. São Paulo: Atlas.

Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Ensaios da Fundação N° 12. Edição de FFMS e Relógio d'Água. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ffms.pt/publicacoes/detalhe/37/discriminacao-da-terceira-idade>>. [Consultado em 28/03/2020].

Marsillas, S. (2016). *Desarrollo y validación de un Índice Personal de Envejecimiento Activo adaptado al contexto gallego*. Ph.D. Thesis, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain.

Médicos do Mundo Portugal (2019). *Projectos Nacionais – Terceira Idade* [Em linha]. Disponível em <<https://www.medicosdomundo.pt/projectos-nacionais/terceira-idade>>. [Consultado em 29/10/2019].

Médicos do Mundo Portugal. (2019a). *A nossa história* [Em linha]. Disponível em <<https://www.medicosdomundo.pt/quem-somos/a-nossa-historia>>. [Consultado em 29/10/2019].

Menec, M. (2016). *Loneliness and social isolation are important health risks in the elderly*. McMaster University. [Em linha]. Disponível em <<https://www.mcmasteroptimalaging.org/blog/detail/professionals-blog/2016/04/08/loneliness-and-social-isolation-are-important-health-risks-in-the-elderly>>. [Consultado em 24/04/2020].

Menge, T. (2018). *The role of power in social explanation*. European Journal of Social Theory. Vol. 21(1) 22–38 Northwestern University in Qatar journals.sagepub.com/home/est. DOI: 10.1177/1368431017714426 [Consultado em: 1/06/2020].

Ministério da Saúde (BR). (2006). *Cadernos de atenção básica nº 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: MS.

Neri, A. (1991). *Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: Editora da UNICAMP.

Nóbrega, T. (2008). *Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty*. Estudos de Psicologia 2008, 13(2), 141-148. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Okamoto, J. (2002). *Percepção Ambiental e Comportamento*. São Paulo: Editora Mackenzie.

Oliveira, P., *et alii*. (2012). *Cidades amigas das pessoas idosas – Alguns dados exploratórios do Concelho de Portalegre* - Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre. [Em linha]. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4076/1/Paula%20Oliveira_Helena%20Arco_Andreia%20Costa%20et%20al.pdf>. [Consultado em 30.05.2020].

OMS-Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.

OMS-Organização Mundial da Saúde (2008). *Guia global: cidade amiga do idoso*. Dados internacionais de catalogação na publicação - Biblioteca da OMS.

OMS-Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. [Em linha]. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6>. [Consultado em 20/03/2020].

Ribeiro, Ó., Paúl, C. (2011). *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, lda.

Pfau-Effinger, B. (2005). News forms of citizenship and social integration in European societies. In: Andersen, J. G., et alii (Ed.), *The changing face of welfare: Consequences and outcomes from a citizenship perspective* (pp. 189–204). Royaume-Uni, Oxford, UK: Policy Press.

Polit, F., Beck, T., Hungler, P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Trad. de Ana Thorell .5 ed. Porto Alegre: Artmed.

Popov, D. (2014). *Gerontologia e Geriatria: Aspectos Fisiológicos, Psicológicos e Sociais do Envelhecimento*. Serie eixos Saúde e ambiente. Edições Saraiva Educação S.A.

PORDATA (2020). *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>>. [Consultado em 28/05/2020].

PNUD-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2014). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*. Tradução Camões - Instituto da Cooperação e da Língua. [Em linha]. Disponível em <<http://hdr.undp.org>>. [Consultado em 02/06/2020].

Richardson, R., et alii. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas.

Rodrigues, L., Soares, G. (2006) *Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea*. Revista Ágora, Vitória, n.4, p. 1-29.

Sá-Chaves, I. (1997). *Percurso de formação e desenvolvimento profissional*. (pp. 107-118). Porto: Porto editora, Coleção CIDInE (ISBN: 978-972-0-34723-7).

Santos, J. (2016) *Concepções de cidadania na idade dos cabelos grisalhos: Envelhecimento ativo e participação social das pessoas idosas*. Universidade de Coimbra. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação.

Schneider, D. D. G., Parente, M. (2006). *O desempenho de adultos jovens e idosos no Iowa Gambling Task: um estudo sobre a tomada de decisão*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19, 442-450. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Soares, L., Maia, M. (2004). *Cidadania e Competências essenciais*. Lisboa: ESEL [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1203/1/Cidadania%20e%20compet%C3%A2ncias%20essenciais.pdf>>. [Consultado em 03/05/2020].

Trento, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New-York, USA: NYU Press.

UN DESA-United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/430). [Em linha]. Disponível em <<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>>. [Consultado em 03/02/2020].

Veloso, A. (2015) *Envelhecimento, Saúde e Satisfação Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. Universidade de Coimbra. Coimbra. Faculdade de Economia.

Wagner, P., Parente, M. (2009). *O Desempenho de Idosos quanto a Tomada de Decisão em Duas Variações do Iowa Gambling Test*. Psicologia: Teoria e Pesquisa Jul-Set 2009, Vol. 25 n. 3, pp. 425-433. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a17v25n3.pdf>>. [Consultado em 19/05/2020].

Wahl, HW., Lang, F. (2004). Aging in context across the adult life: Integrating physical and social research perspectives. In: *Aging in Context: Socio-Physical Environments*. New York: Springer. pp.1–33. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/285009160_Aging_in_context_across_the_adult_life_course_Integrating_physical_and_social_environmental_research_perspectives>. [Consultado em 19/02/2020].

Walker, A. (2002). *A strategy for active ageing*. International Social Security Review 55:121–39. [Em linha]. Disponível em <https://is.muni.cz/el/1423/podzim2013/SOC570/um/Walker__Strategy_for_AA_2002.pdf>. [Consultado em 18/02/2020].

WHO-World Health Organization (2002). *Ageing and Life Course Programm. Active Ageing A Policy Framework*. WHO/NMH/NPH/02.8. [Em linha]. Disponível em <<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/who-active-ageing-framework.pdf>>. [Consultado em 20/05/2020].

WHO-World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Tradução Suzana Gontijo. [Em linha]. Disponível em <<https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/401>>. [Consultado em 24/03/2020].

WHO-World Health Organization. (2014). “Ageing well” must be a global priority. *Media centre*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/>>. [Consultado em 20/05/2020].

WHO-World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>>. [Consultado em 20/01/2020].

WHO-World Health Organization. (2017a). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)*. Disponível em <<https://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>>. [Consultado em 20/01/2020].

WHO-World Health organization. (2018). *Aging in Health-key facts*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>>. [Consultado em 20/01/2020].

WHO-World Health Organization. (2019). *Decade on Healthy Aging*. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/full-decade-proposal/decade-proposal-fulldraft-en.pdf?sfvrsn=8ad3385d_6>. [Consultado em 20/01/2020].

WHO-World Health Organization. (2019a). *Aging and Life-course - Healthy Aging and the sustainable development goals*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.who.int/ageing/sdgs/en/>>. [Consultado em 20/11/2019].

WHO-World Health organization. (2020). *The Global strategy and action plan on ageing and health*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>>. [Consultado em 20/01/2020].

WHO-World Health organization. (2020a). *Ageing and life-course*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.who.int/ageing/features/faq-aun-desageism/en/>>. [Consultado em 20/01/2020].

WHO-World Health organization. (2020b). *Ageing and life-course*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.who.int/ageing/age-friendly-environments/en/>>. [Consultado em 20/01/2020].

WHO-World Health organization. (2020c). *Online consultations for Decade proposal zero-draft*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing/a-proposal-for-'a-decade-of-healthy-ageing-2020-2030>>. [Consultado em 20/03/2020].

Anexos

Anexo I. Parecer do Professor Orientador

*Para a Exma.
Comissão de Ética da
Universidade Fernando Pessoa*

Carta do Orientador

Eu, Álvaro Campelo M. Pereira, Professor Associado da Universidade Fernando Pessoa e orientador da investigação *“Os conceitos de Poder e Utilidade na terceira (c)idade”*, da discente Diana Patrícia Soares Moreira Marques, conducente ao projeto de Dissertação no Mestrado em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento, atesto que tenho conhecimento da submissão do projeto de investigação à Comissão de Ética da UFP. Confirmo o meu acordo à submissão deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,



Álvaro Campelo

Porto, UFP, 4 de novembro de 2019.

**Anexo II. Pedido de realização de estudo na ONG Médicos do Mundo e respectiva
autorização**

31 de Outubro de 2019, 12:38

Diana Marques <diana.marquesmedicosdomundo.pt>

Para: fernando.marquesmedicosdomundo.pt; ana.oliveiramedicosdomundo.pt

Exmo. Dr. Fernando Marques e Exma. Dr^a. Ana Oliveira

O meu nome é Diana e sou enfermeira no projecto Terceira (C)Idade.

No âmbito do meu mestrado (Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento) estou agora a desenvolver a minha tese e decidi escolher um tema que fosse pertinente para aplicar aqui no *Projecto TCI* e Médicos do Mundo.

Neste momento, depois de debater com o meu prof. orientador pensamos em algo como perceber o significado dos conceitos de utilidade, poder, abandono/solidão, numa amostra de utentes do TCI, de forma também a perceber qual o impacto deste projecto nos paradigmas associados ao envelhecimento, que de certa forma já não é apenas o de proteção e acompanhamento mas um paradigma de motivação para uma cidadania mais activa, com atribuição de responsabilidades e empoderamento para tomada de decisão/auto-determinação. E, isto seria particularmente interessante de perceber neste grupo de idosos que estão numa situação de maior vulnerabilidade e exclusão. Só depois de fazer este levantamento conceptual se poderia se pensar em estratégias de intervenção. Isto seria feito com perguntas abertas colocadas aos utentes, com diários de bordo, observação, entre outros para depois se fazer um trabalho de análise de conteúdo, e claro, com a garantia de anonimato e confidencialidade dos utentes que aceitarem participar.

As colegas e coordenadoras do projecto apoiaram a realização desse mesmo estudo.

Nesta fase necessito de enviar à comissão de Ética da Universidade (Fernando Pessoa) a proposta de tese e a autorização da organização.

Peço deste modo o vosso feedback para proceder à sua submissão.

Desde já agradeço a vossa atenção

Diana Marques

Ana Oliveira 31 de outubro de 2019, 16:20

Para: Diana Marques

Boa tarde Diana,

Espero encontrá-la bem. Obrigada pelo seu email e por incluir a MDM no seu trabalho académico, que a apoia totalmente. No entanto aplicando ssó à população do TCI não poderá influir além disso.

Obrigada

Cumprimentos

Ana Oliveira

Directora do Departamento de Projectos Nacionais e internacionais

Fernando Marques 31 de outubro de 2019, 16:27

Para: Diana Marques

Caros e principalmente Diana, há qu elevar em conta o reparo da Ana, aquando do desenho do projecto, e nomeadamente, na discussão dos resultados obtidos.

Fernando Vasques Marques

Presidente da Direcção

Anexo III. Parecer Comissão Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

*Deu conhecimento à turma e
sua decisão (a).
11.03.2020*

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Pedro Reis
Diretor da FCHS

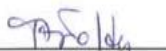
Porto, 10 de Março de 2020

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de reapreciada a documentação relativa ao projeto de Mestrado em Acção Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento, de Diana Patrícia Soares Moreira Marques, intitulado "Os conceitos de poder e utilidade na terceira (C)idade", considera nada haver a opor ao mesmo, uma vez que as questões colocadas no parecer anterior foram resolvidas, devendo, contudo o formulário de consentimento informado a utilizar ser o da CE da UFP.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Toldy

Anexo IV. Consentimento Informado e documento informativo para os participantes

ÂMBITO DO ESTUDO E OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Mestrado em Acção Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a ser desenvolvido um trabalho de projecto sobre a percepção dos conceitos de poder e de utilidade dos idosos com associada vulnerabilidade social e/ou económica.

Com este estudo pretende-se aumentar o conhecimento sobre as questões de poder (exercício da cidadania) e utilidade nos utentes do projecto ‘Terceira (C)Idade’ da Organização Não-Governamental Médicos do Mundo, permitindo identificar potenciais necessidades, bem como as potenciais estratégias e recursos disponíveis para as colmatar. Mais especificamente, poderá contribuir para a elaboração do diagnóstico social do Porto e a melhoria das políticas públicas que incidem directamente sobre esta população

A sua participação neste estudo é de carácter voluntário e consiste na resposta a algumas questões numa entrevista que irá despende entre 30 a 60 minutos do seu tempo. Serão garantidos o seu anonimato e a confidencialidade das informações que fornecer. O material recolhido na forma de entrevista, depois de tratado anonimamente, será destruído.

Apesar de não serem esperados benefícios imediatos para si, a sua participação nesta investigação irá contribuir para o avanço dos conhecimentos nesta área.

No caso das questões colocadas lhe causarem algum desconforto, poderá interromper ou desistir a qualquer momento, sem ter de se justificar. A sua desistência não dará lugar a perda de qualquer tipo de apoio que tem por parte dos Médicos do Mundo ou qualquer outra instituição.

Obrigada pela sua colaboração.

Para qualquer questão ou informação suplementar, poderá contactar-me:

Diana Marques

917419616 / dipatmarques@gmail.com

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português): -----

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/_____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo V. EPAG sobre o envelhecimento e a saúde e os ODS

A EPAG sobre o envelhecimento e a saúde foi submetida a uma extensa consulta regional e global envolvendo Estados-Membros, organizações não governamentais, representantes de agências das Nações Unidas, peritos e técnicos de departamentos científicos da OMS e do público em geral. Foi adoptada pelos 194 Estados-Membros da OMS, na 69.^a Assembleia Mundial de Saúde, a 26 de Maio de 2016 e fornece uma orientação política para a ação necessária a garantir que todos tenham a oportunidade de viver uma vida longa e saudável. A EPAG também pretende responder aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo relevante para 15 dos 17 objectivos em particular: Objectivo 1- Acabar com a pobreza em todas as suas formas em todo o lado. Isto exigirá políticas de reforma flexíveis, pensões mínimas financiadas por impostos, segurança social e acesso a serviços de saúde e de cuidados de longa duração; Objectivo 2 - Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhorar a nutrição e promover uma agricultura sustentável, incluindo para os idosos; Objectivo 3- Garantir uma vida saudável, prevenir a dependência dos cuidados e promover o bem-estar de todas as idades através de um acesso universal à saúde, incluindo a proteção dos riscos financeiros; Objectivo 4. Garantir uma educação de qualidade inclusiva e equitativa e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos, permitindo que os idosos façam o que valorizam, mantenham a capacidade de tomar decisões e preservar o seu propósito, identidade e independência; Objectivo 5- A luta interrupta pela igualdade de género ao longo do curso da vida conduzirá a melhores resultados mais tarde na vida. Por conseguinte, os sistemas devem promover uma participação equitativa na actividade formal e nas pensões sociais de modo a aumentar o estatuto económico das mulheres idosas e melhorar o seu acesso aos serviços. A violência baseada no género tem de ser eliminada; Objectivo 8- A população em idade ativa, que inclui muitos idosos, deve ter oportunidades de emprego e condições de trabalho decentes. Os seus rendimentos e o acesso aos serviços financeiros contribuirão para o acesso a serviços e produtos de saúde e reduzirão o risco de despesas catastróficas. Trabalhadores saudáveis aumenta a produtividade e reduz o desemprego; Objectivo 9- As infraestruturas para um envelhecimento saudável exigirão um acesso à Internet inclusivo e acessível; intervenções de investigação e de evidência que tornem os idosos visíveis por dados e análises desagregados da idade; Objectivo 10- Os idosos têm acesso desigual a serviços e apoios nas suas casas, bairros e comunidades, muitas vezes devido ao seu sexo, etnia, classe social ou nível de educação. O envelhecimento inclusivo a nível social, político e

económico exige políticas para superar esta desigualdade em todos os sectores; 11- Tornar as cidades e comunidades inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis, proporcionando acesso universal a espaços verdes seguros acessíveis, em especial para as pessoas idosas; Objectivo 16- Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas. Este exige campanhas para sensibilizar para sobre o envelhecimento e leis para prevenir a discriminação baseada na idade a todos os níveis; Objectivo 17- O processo de envelhecimento não deve deixar ninguém para trás, mas sim possibilitar criar um futuro para pessoas de todas as idades. Exigirá parcerias ativas entre muitos sectores, com investimentos em ambientes favoráveis à idade e sistemas integrados de saúde e de assistência social (WHO, 2020c).

Anexo VI. Diagrama de Conceitos – Tomar medidas/acções na autonomia para um envelhecimento saudável em casa



Figura 13. Diagrama de Conceitos – Tomar medidas/acções na autonomia para um envelhecimento saudável em casa (Gouvernement du Québec, 2018).

Anexo VII. Caracterização do Projecto e da Instituição

O estudo foi realizado na Médicos do Mundo (MdM), representação Norte (Porto), com os beneficiários do projecto ‘Terceira (C)Idade’ (TCI).

A MdM é uma ONG, que faz parte de uma Rede Internacional composta por 16 delegações, em mais de 70 países, que lutam para que o acesso à saúde seja um direito pleno para todos os cidadãos do mundo. Estes trabalham de forma autónoma, mas numa estratégia integrada, que permite chegar a mais pessoas e combater várias injustiças sociais (Médicos do Mundo, 2019).

O Diagnóstico Social da cidade do Porto indica como a população idosa está entre os grupos mais vulneráveis em termos de acesso a condições de habitação condigna, saúde, segurança e cuidados sociais. Assim, iniciou-se o projeto TCI em 2006 e cresceu com o trabalho no terreno que tem validado e direcionado as preocupações associadas à população idosa, em específico os grupos com maior vulnerabilidade socioeconómica, onde as respostas não chegam, ou são insuficientes. Os factores que influenciam o seu bem-estar são inúmeros, mas destaca-se a existência de doença crónica, a ausência de apoio familiar, baixos recursos económicos, redes de solidariedade enfraquecidas, baixa literacia, a escassez de respostas sociais, e ainda os obstáculos geográficos e arquitectónicos específicos da cidade do Porto. Estes criam barreiras à participação social e exercício dos seus direitos/da cidadania além de promover/aumentar o risco de isolamento e exclusão (Médicos do Mundo, 2019).

Ano após ano o projecto foi conseguindo financiamento para continuar a garantir a sua intervenção, sendo criado tendo em conta a revisão da literatura para além da experiência no terreno. A coordenadora do projecto participa nas reuniões da Câmara Municipal do Porto, no âmbito do projecto internacional “Cidades amigas da pessoa idosa” de modo que a sua intervenção procura ser veículo facilitador de escolhas informadas. O ‘Aging in Place’, ou ‘Envelhecer em casa e na Comunidade’, é um dos focos do projecto, com intervenção de uma equipa de proximidade que visa a identificar e referenciar situações de vulnerabilidade, aumentar a autonomia, reduzir as barreiras e potenciar as capacidades das pessoas idosas para permanecerem nos seus contextos domiciliários (casa, rua, vizinhança, etc.), o máximo de tempo possível, se assim o desejarem. Estas têm como objectivo a eliminação de barreiras arquitectónica ou adaptações com produtos de apoio e a educação para a adopção de práticas seguras que previnam o risco de queda e de outros

acidentes, enquanto lhes permitem continuar independentes nas suas rotinas, como no autocuidado, e gestão doméstica (cozinhar, limpezas, etc) (Médicos do Mundo, 2019).

O objectivo geral do projecto consiste na fidelização das pessoas idosas ao SNS e permanência em ambiente familiar através da promoção e manutenção da funcionalidade. Os objectivos específicos são: melhorar os determinantes de autonomia e independência das pessoas idosas nas AVD's e AVDI's; promover a aproximação e fidelização das pessoas idosas ao SNS; promover um envelhecimento activo.

Por sua vez, as intervenções baseiam-se nas seguintes actividades e indicadores: Avaliação das sinalizações recebidas, identificação das necessidades e levantamento dos diagnósticos; Introdução de ajudas técnicas; Adaptações/alterações domiciliárias (baixo custo); Higienização de domicílios; Treinos de funcionalidade de AVD e AVDI; Educação terapêutica (treino para a utilização correcta das ajudas técnicas, sensibilização para a prevenção de risco de queda); Acompanhamentos de saúde; Acompanhamentos sociais; Consultas de Enfermagem; Adesão e Gestão terapêutica; Acções de educação para a saúde; Espaço TCI; Actividades lúdico-terapêuticas; Classes de movimento; Sessões de terapias alternativas; Articulação institucional; Monitorização/visitas de acompanhamento.

A população alvo do projecto são as pessoas residentes no Concelho do Porto com idade igual ou superior a 65 anos de idade, em situação de isolamento e/ou vulnerabilidade social, com ou sem diagnóstico de patologia; e pessoas com idade inferior a 65 anos, desde que comprovada a situação de incapacidade.

A lista de parceiros actualmente inclui: Rede Social do Porto – Unidade Operacional de Intervenção com a População Sénior; Help-phone – Aparelhos de teleassistência; Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; VOU – Associação de Voluntariado Universitário; Cooperativa Povo Portuense; Norte Vida - Associação para a Promoção da saúde; GAS Porto; Associação Coração Amarelo; Junta de Freguesia de Paranhos; União de Freguesias Cedofeita, Sto. Ildefonso, Sé, Miragaia, S. Nicolau e Vitória (parceria informal); Programa Integrado de Policiamento de Proximidade (PIPP) (parceria informal).

A equipa é constituída por uma coordenadora/ terapeuta ocupacional (tempo inteiro), uma enfermeira (tempo parcial), uma médica (em regime de voluntariado) e uma terapeuta de medicinas alternativas também em regime de voluntariado.

Neste momento o projecto tem cerca de 85 beneficiários, alguns dos quais apenas tiveram um contacto ou intervenção, como por exemplo para a Entrega de ajudas técnicas e ensinios face à sua utilização e funcionamento. Contudo, estão referenciados para o projecto e a qualquer momento podem necessitar de novas respostas face o levantamento de necessidades. Neste grupo existem cerca de 15 utentes que beneficiam de um acompanhamento mais regular e contínuo devido às suas características e necessidades socioeconómicas bem como à disponibilidade e interesse para participar semanalmente nas actividades desenvolvidas com as técnicas.

Relativamente ao acesso ao SNS, a experiência dos profissionais demonstra que, ainda persistem alguns problemas, essencialmente na fidelização ao SNS, com comportamentos de resistência e de desacreditação na sua intervenção bem como uma pobre adesão e gestão terapêutica. Quer seja em contexto de urgência ou consultas de rotina, estas levam a alterações de terapêutica, marcações de novos exames, identificação de novos diagnósticos que muitos, por se sentirem envergonhados e sem capacidade para expressar, não as entendem nem cumprem. O acompanhamento demonstra-se essencial e se este geralmente é efetuado pelos familiares, neste grupo, essa retaguarda não está disponível ou sem capacidade de resposta, quer por baixa literacia em saúde quer por falta de interesse. Além de tudo isto, a carência económica em que a maioria das pessoas deste grupo se encontra, dificulta o cumprimento integral e rigoroso dos regimes terapêuticos bem como o acesso aos serviços, principalmente quando a mobilidade é reduzida.

Já quanto à reabilitação/manutenção física e cognitiva, são realizadas actividades lúdico-terapêuticas que lhes proporcionam prazer e diversão de modo a tentar ultrapassar alguma resistência do grupo. Mensalmente, é ainda realizado uma acção de educação para a saúde que aposta na sensibilização, prevenção e promoção de saúde, além de um “espaço TCI” para discussão de temáticas actuais que promovem a participação social, começando por valorizar as suas opiniões num espaço para reflexão e que promove a partilha, numa tentativa de aproximação com o outro, por mais distante que pareça (Médicos do Mundo, 2019).

Concluindo, este projecto ambiciona complementar as respostas sociais já existentes, articulando com as estruturas de apoio da rede social, facilitando o acesso aos serviços públicos, ao funcionar como uma ponte que promove a proximidade. A identificação e intervenção precoce desta equipa do projeto, fomenta assim contextos saudáveis ao longo do ciclo de vida, o que irá permitir reduzir os custos e a sobrecarga do SNS e dos serviços sociais na cidade do Porto, e potencialmente em outras cidades, se o mesmo fosse replicado.

Anexo VIII. Guião da Entrevista

GUIÃO PARA ENTREVISTA

Este Guião não será entregue aos nossos informantes. As entrevistas serão orais, com gravação áudio, e integram-se dentro da pesquisa, que inclui observação não participante. A todos os elementos seleccionados para amostra, segundo as regras de selecção manifestas no projeto entregue, será entregue o documento da Declaração de Consentimento Informado, da UFP. As pessoas só farão parte da amostra desta entrevista semi-estruturada depois de toda a informação prestada e manifesta a sua aceitação livre, conforme o documento referido estabelece.

Caraterização sociodemográfica:

1. Idade:
2. Sexo:
3. Estado Civil:
4. Habilitações:
5. Agregado familiar: Retaguarda Familiar: S/N
6. Profissões exercidas:
7. Tipologia de habitação/residência:
8. Rendimentos:
9. Patologias/Doença Crónica:

A. Questões Introdutórias

1. - Como teve contacto e apoio da Médicos do Mundo?
2. - Tem contato e apoio de outras organizações/associações/entidades?
Quais?
3. - Onde, em que local, mais gosta de estar? Porquê?

B. Questões no âmbito do ‘Poder’

4. - Sente, ou não, que as suas opiniões e decisões são tidas em conta no seu dia-a-dia? (na família, com os profissionais de saúde, técnicos dos MDM) Pode dar exemplos?
5. - Quem é que acha que decide sobre os seus problemas?
6. - Quando é que sente que respeitam ou não as suas decisões?
7. - Na sua opinião, com a idade, as pessoas ficam com menos ou a mesma capacidade para decidir a sua vida? Porquê?
8. - Para si, o que prefere: ser o(a) senhor(a) a decidir sobre o que pode ou não fazer, ou, pelo contrário, serem os outros a decidir por si?
9. - O que gostaria que fosse diferente para os idosos?
10. - Se tem um problema com a casa ou com a sua pensão, por exemplo, como faz para o resolver? Com quem fala, quem procura?
11. - O apoio da Médicos do Mundo ajuda-o(a), ou não, a tomar decisões por si mesmo(a)? (Se sim): que tipo de apoio recebe da ONG Médicos do Mundo?

C. Questões no âmbito da ‘utilidade’

12. - Entende que as pessoas e a família ainda precisam de si ou entende que já não precisam?
13. - O que sente quando outras pessoas pedem a sua ajuda e a pode dar?
14. - O que ainda gostaria de fazer (e não fez)?
15. - Sente, ou não, que tem ainda tem responsabilidades em relação a algumas pessoas, ou a fazer alguma coisa?
16. - Tem alguns objectivos que gostaria de atingir?
17. - Há alguma coisa na sociedade, deste momento, sobre a qual gostaria de fazer-se ouvir e até participar?

Anexo IX. Gráficos e diagramas da caracterização sociodemográfica

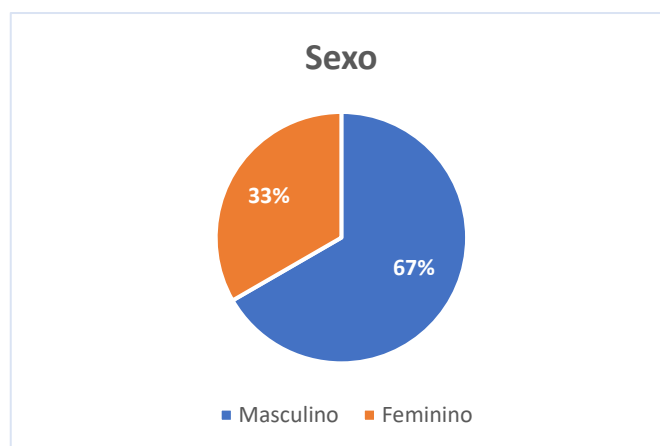


Figura 14. Distribuição percentual por sexo dos participantes

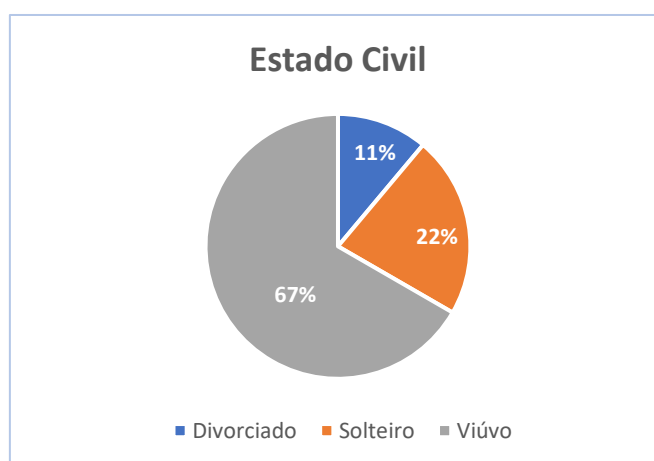


Figura 15. Distribuição percentual por estado civil dos participantes

Tabela 1. Rendimentos auferidos pelos participantes

Participantes	Rendimentos (€)
1	≈ 400
2	388,84
3	≈ 400
4	438
5	872
6	420
7	≈ 400
8	476,88
9	≈ 400

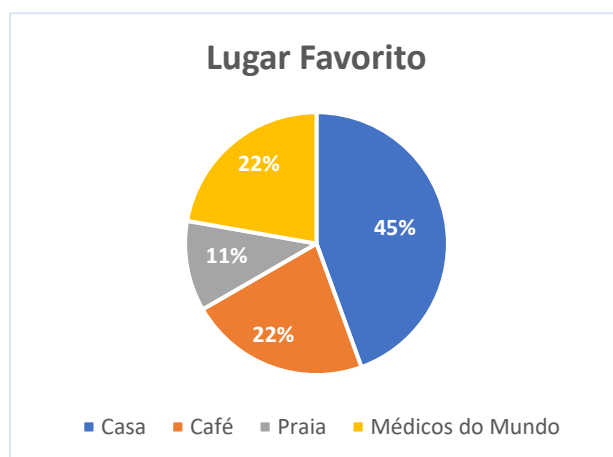


Figura 16. Distribuição percentual do lugar favorito dos participantes

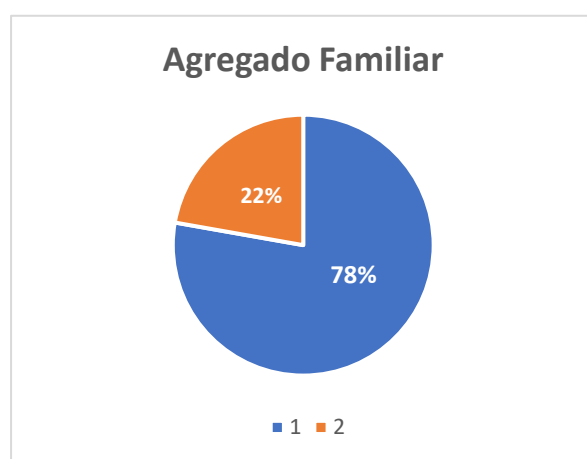


Figura 17. Distribuição percentual do número de elementos por habitação

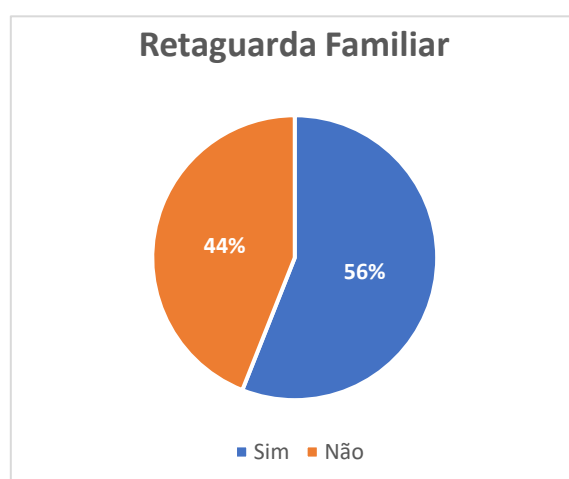


Figura 18. Distribuição percentual da presença da retaguarda familiar

Anexo X. Tabelas de Análise de Conteúdo das entrevistas

Tabela 2. Formas de exercer Autonomia no âmbito do poder e utilidade

Categoria: Formas de exercer Autonomia no âmbito do poder e utilidade			
Subcategoria	Unidade de registo	Unidade de contexto	Score:
Tomada de decisão	Liberdade de escolha	P6Q5L22 “(...) Eu é que decido e pronto as pessoas aceitam”. P7Q5L34 “Eu tudo que decido é sempre correcto porque também penso dez vezes (...) que façam todos como eu”.	7
	Escolhas influenciadas	P2Q5L102 “vejo a minha opinião e a dos outros e depois tomo a minha decisão”.	4
	Respeito pelas decisões	P1Q6L46 “Sinto que me respeitam sempre a opinião, família, MdM, vizinhança, amigos, tudo. Porque eu também respeito as pessoas”.	9
Crenças/representações sociais	Capacidade decisória e de resolução de problemas independente da idade	P8Q8L48 “Não acho que seja da idade. Há pessoas que são mais novas do que eu e a cabeça já não da. Depende”.	5
	Capacidade decisória e de resolução de problemas alterada com a idade	P2Q8L112 “sinto que estou muito diferente, naquela altura estava muito lúcido, (...) agora estou muito esquecido (...) Sim, vai-se perdendo a capacidade.”. P3Q8 L56 “(...) o passar da idade afecta, a memória fica mais frágil, o pensamento também é uma carga maior do que quando era mais jovem (...) raciocínio menos rápido. Eu acho que na maioria esta é a realidade”.	4
Resolução de problemas	Resolução independente	E6Q10L32 “Vou ao local e resolvo. Para já sou eu que resolvo. Nunca tive assim nada que tivesse de pedir ajuda a alguém mas chegando à altura peço”.	7
	Resolução com apoio da MdM	P4Q10L36 “Os meus problemas não são muitos nem são poucos, já resolvemos um bocadinho passo-a-passo, já resolvemos muitas coisas, mas sem o apoio das mdm eu não podia”.	8
	Resolução com apoio da família	P7Q10L24 “(...) Às vezes se tiver algum problema falo com o meu neto que trabalha na PSP.”	3
Valorização do exercício da autonomia	Desejo de manter-se autónomo	P1Q7L84 “Eu primeiro recebo os conselhos e opiniões de quem respeito.” “Mas gosto sempre de ser eu a decidir as minhas coisas. Só quando tenho dificuldade é que peço a quem sabe para me ajudar”.	8

Tabela 3. Formas de exercer cidadania activa no âmbito do poder e utilidade

Categoria: Formas de exercer cidadania activa no âmbito do poder e utilidade			
Subcategoria	Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Responsabilidades (direitos cívicos) pergunta 13	Responsabilidade individual	P2Q13 L173 “As minhas responsabilidades serão ser um cidadão que respeite as leis, mas também gosto que o governo cumpra as suas”.	8
	Responsabilidade pelo outro	P7Q13L88 “O meu neto pode sempre precisar de mim e tenho essa responsabilidade, nem que seja em conselhos, que é bom para isto ou aquilo”.	4
Envolvimento social	Meio familiar	P5Q12L83 “Infelizmente as pessoas que estão aqui em casa precisam de mim. O meu filho de 54 anos é muito doente, já foi operado ao coração, tem glaucoma e está quase a ficar sem ver, coitadinho, sai à mãe (...)”.	4
	Comunidade	P1Q12L114 “A minha vizinha de baixo, tem as chaves daqui. Se acontecer alguma coisa eles podem-me ajudar. E elas também podem contar comigo. A minha vizinha de cima cuida do marido e eu já tenho ajudado, reencaminhei para os MdM que agora estão a ajudá-los e se precisam de alguma informação eu estou sempre disposto”.	6
Projecto de vida (direitos sociais)	Objectivos	P6Q16L62 “Os meus objetivos seriam ter saúde e cabecinha no sítio para conseguir resolver os meus problemas do dia-a-dia (...) Não me isolar, conviver, caminhar não estar sempre no sofá, ir ao medico, tomar sempre a medicação” (6 incluíam saúde)	8
	Sonhos/desejos	P1Q15L106 “Uma das coisas que gostaria de fazer era ir viajar (2 viajar) P9Q15L95 “Gostava de fazer muita coisa, ajudar muita gente, oferecia uma carrinha aos médicos do mundo. Mas eu sei o que posso ou não fazer que recebo pouco, 400 e poucos €” (3 incluíam ajudar)	8
Representação e participação política (direitos políticos)	Desigualdades/ Injustiças	P4Q17 L153 “Há muitas desigualdades...Eu gostava de conversar com essas pessoas que estão no governo, que a gente não tem voz para falar dos nossos problemas” P3Q17L131“Gostaria imenso de participar num tema específico na minha classe de veterano, sénior e de falar sobre isso se eu soubesse de uma oportunidade...”	7
	Protecção dos grupos vulneráveis	P7Q16L78 “O que eu gostava era de contruir uma casa para as pessoas com demências, AVC ou outras dependências, como a minha mulher precisou, de cuidados continuados gratuitos”. P9Q17 L99 “...os sem-abrigo que era das primeiras coisas que tinha de falar que eles tinham de arranjar a todos sítio para viver.”	5
	Administração dinheiro público	P7Q17L102 “voltaram a injectar dinheiro no novo banco, milhões. Onde é que está o dinheiro que lá estava que desapareceu? vão injectar com os descontos dos Portugueses.”	2

Tabela 4. Formas de participação social no âmbito do poder e utilidade

Categoria: Formas de participação social no âmbito do poder e utilidade			
Subcategoria:	Unidade de contexto:	Unidade de registo:	Score:
Participação em Actividades	Lazer	P5Q11L68 “Foram tantas actividades (na MdM) ... Ainda me lembro da última sobre a SIDA e outras infecções. Aquilo é bom para o convívio, divertimo-nos e aprendermos alguma coisa”.	9
	Trabalho	P6Q14L49 “Sim ainda há. Eu ainda me considero útil ao meu semelhante. Ainda vou duas tardes por semana ajudar uma senhora idosa, com os meus 72 anos. Por isso eu ainda me sinto requisitada. É mais que precisar, é uma responsabilidade e uma preocupação”.	1
	Voluntariado	P1Q14L54 “Quando nós fomos com a mesma a Castanheira de Pera depois dos incêndios ver aqueles pobres, não há descrição, não há explicações. Fomos todos descascar batatas, cenouras, couves. A técnicas vieram também para a nossa beira. Mas foi uma festa. Para tentar animá-las. (...)”. P5Q2L8 “O centro social paroquial S. Nicolau, vou lá à terça feira, fazemos trabalhos artesanais, de costura, coisas para depois vendermos nos mercados e ajudar quem mais precisa” P9Q14L68 “Temos um grupo de voluntários que ajudam a ajeitar coisas em casa, carpinteiros, picheleiros, eletricitas e vamos a casa de outras pessoas idosas aqui da zona, com a S. do MdM e do Centro S. Nicolau”.	5
	Disponibilização para ajudar o outro	P9Q14L73 “Eu gosto, eu adoro é isso que gosto de fazer é ajudar as outras pessoas, o meu coração sente-se bem eu sinto-me bem”.	9
Auto-Valorização	Respeito e Dignidade	P1Q6L46 “Sinto que me respeitam sempre a opinião, família, MdM, vizinhança, amigos, tudo. Porque eu também respeito as pessoas”. P4Q6L73 “a mocidade não respeita as pessoas de idade, e os idosos às vezes também não respeitam (...) É essencial o respeito mútuo”	9
	Consideração das opiniões pessoais	P4Q4 L40 “Sim. Têm em consideração. Sempre que preciso de alguma coisa, estão disponíveis. Quando eu tenho uma opinião diferente eles aceitam, mas se estou a fazer alguma coisa errado tento ouvir e corrigir (...) Família não tenho família, a minha família são os médicos do mundo e o centro de São Nicolau”.	7

Tabela 5. Barreiras para as pessoas idosas no âmbito do poder e utilidade

Categoria: Barreiras para as pessoas idosas no âmbito do poder e utilidade			
Subcategoria:	Unidade de contexto:	Unidade de registo:	Score:
Dificuldades de acesso aos serviços públicos	Falta de Informação e capacitação	P1Q9L51 “Tenho visto nas aldeias os crimes, a maneira como as pessoas são tratadas, que estão com maior isolamento. Essas pessoas têm menos cultura e vivem naquele buraco têm menos acesso às coisas.” P5Q9L78 “Se tivessem educação, tratavam bem dos velhos, tinham mais respeito pelas pessoas que já fizeram muitos sacrifícios e já olharam deles”.	6
	Recursos e oportunidades (na comunidade)	P8Q9L52 “Sei que gostava que fosse mais como antes, ter mais espaço, mais gente, mais actividades, ginástica, teatro”. P3Q9L66 “(...) eu agora já estou nessa classe, mas já estive noutra classe principal na minha juventude, e agora sinto me um bocadinho afastado das decisões, das ajudas”.	4
	Transporte e mobilidade	P8Q9L54“(...) ter transporte para poder chegar aos sítios, só vou às actividades porque as meninas me vêm buscar (...) Lembro-me que da última vez que fui votar foi porque a MdM nos veio buscar a todos com uma carrinha”.	3
	Falta de acompanhamento	P1Q9L90(...) penso que precisam de melhor acompanhamento, até para conhecerem melhor as ajudas que existem, para terem melhor acesso aos serviços”.	7
Isolamento	Solidão/abandono	P6Q9L45 “Por exemplo têm muita solidão, e gostava que fosse diferente, que tivessem mais acompanhamento. Eu acho que nisso as pessoas estão um pouco esquecidas. A solidão mata!”.	4
	Medo/vergonha	P1Q9L77 “(...) Às vezes até pessoas com capacidade monetária bastante grande, fecham-se nelas e o fechar-se nelas acaba por lhe matar. Porque não são capazes de pedir ajuda. (...) Até pessoas com dinheiro, por terem medo, vergonha ou por não terem acesso.	2
Idadismo	Exclusão e discriminação (política social económica)	P3Q17 L134 “Nós devíamos ter um dia, nem que fosse uma comissão parlamentar (...) ouvirem a voz viva, para olharem nos nossos olhos, e verem que o rosto que eu tenho agora (..) o cabelo, as dificuldades físicas... Tudo mudado” (...) L140 “(...) acho que estamos um bocado esquecidos!”	5
	Ausência de Leis e estatutos protetores do Idoso	P7Q17 L63 “era preciso uma lei que proteja os idosos. Porque nós os idosos, se existe aquilo que está cá na cidade do Porto, fomos nós que fizemos, e os novos têm de meter isso na cabeça”.	2

Tabela 6. Influência do projecto TCI (no âmbito do poder e utilidade)

Categoria: Influência do projecto TCI (no âmbito do poder e utilidade)			
Subcategoria:	Unidade de contexto:	Unidade de registo:	Score:
Promoção da autonomia e exercício da cidadania e participação social	Desenvolvimento de competências	P6Q11L41 “(...) nas actividades de quarta-feira eu sinto que aprendemos e ajuda para depois sermos mais informados e esclarecidos”.	7
	Divulgação de oportunidades e estímulo à participação	P8Q11L59 “É bom ir à MdM, pois claro que não estamos tão presas como quando estamos em casa. (...) Eu não sei ler não sei explicar tão bem, mas vou e vou aprendendo alguma coisa. Temos o nosso convívio todos juntos (...).	8
	Acesso à informação, recursos e serviços	P5Q9L69 “Na MdM, eles vão nos buscar e levar a casa para ir às actividades todas as semanas, se vamos a alguma visita ou actividade fora eles têm cadeiras de rodas e levam-nos na mesma aqueles que não conseguimos andar”.	7
	Capacitação/ <i>Empowerment</i>	P7Q11L53 “Já fui acompanhá-las para entregar uma cama a um elemento do grupo, já participei nas oficinas com trabalhos para venda, para ajudar os que precisa... (1,3,4,5,7,9)	6
Redução dos obstáculos/barreiras	Acompanhamentos em saúde	P1Q11L95 “A mdm apoia-me na tomada de decisões principalmente na área da saúde (acompanhamento medico), mas em tudo em geral. Gostava de poder estar sempre acompanhado, eu ouço mal e às vezes não compreendo tudo o que dizem. E vocês (MdM) sabem explicar ou dizer-me como explicar as minhas dificuldades. Vocês falam pelo email com as médicas, escrevem uma carta para levar comigo às consultas (...)”	6
	Apoio em medicação	P3Q11L99“tratam (compram) da minha medicação, que de outra forma eu não conseguia comprar e agora até ma põe em caixinhas porque falhava alguns medicamentos já”.	4
	Acompanhamentos/ apoios sociais	P4Q11L56“Foram eles que me tiraram da rua e arranjar um quarto, que me arranjaram a receber o que estou a receber de reforma, a meter os papeis que eu não percebia nada disso”.	4
Permanência em ambiente familiar	Adaptações domiciliárias	P1Q11L33 “Já me puseram uma barra nas escadas para não cair, no chuveiro...”.	2
	Introdução de ajudas técnicas	P5Q11L71 “Olhe até em casa me ajudaram com coisas. Por exemplo tenho no wc um elevador de sanita e uma barra no chuveiro, para não cair”.	2

Anexo XI. Tabela análise de conteúdo com citações das respostas às perguntas da entrevista

<p>Tomada de decisões (Autonomia)</p>	<p>Pergunta 5 e 6</p> <p>P1</p> <p>L36 “sou eu que decido por mim mesmo. Às vezes com bastantes dificuldades (...) mas depois ouço as opiniões das pessoas a ver de se facto estou correcto ou não na minha decisão.”</p> <p>L46 “Sinto que me respeitam sempre a opinião, família, MdM, vizinhança, amigos, tudo. Porque eu também respeito as pessoas”.</p> <p>L23 “Sim, até ao momento pode haver uma ou outra divergência, mas sou sempre respeitado.</p> <p>P2</p> <p>L105 “Sempre me senti respeitado”.</p> <p>L81 “as minhas opiniões são respeitadas porque eu não sou pessoa de reclamar, não sou exigente”.</p> <p>L102 “vejo a minha opinião e a dos outros e depois tomo a minha decisão”.</p> <p>L86 “Sou eu que tomo as decisões quanto ao meu dinheiro, mas ouço todos os conselhos. Por exemplo aqui a dra. da MdM está sempre a tentar ajudar com as contas”.</p> <p>P3</p> <p>“Eu posso tomo as minhas decisões em pequenos casos, mas em casos muito complicados tenho de ter um acompanhamento, com a evolução das leis e tudo por vezes a pessoa não capta e não consegue resolver isso. Antes de qualquer coisa que queira fazer a opinião dos técnicos é importante para mim”.</p> <p>L51 “o caso da mudança recente do local onde dormia, numa pensão aqui perto das MdM e tive de me mudar para uma pensão mais longe. não conseguiram encontrar uma pensao aqui perto.Não foi minha decisao mas compreendi não havia mais opções”.</p>
--	---

L46 “as vezes não é bem não ser respeitado... cerebros diferentes captam coisas diferentes e para não haver divergencias é melhor respeitar o que o outro diz.”

P4

L65 “Há certas coisas que sou eu que decido e há outras que gosto de compartilhar com outras pessoas.”

L66 “há coisas que não sei decidir e peço sempre uma opinião a outra pessoa”.

L47 “Se for um problema pequenino tomo eu a decisão e ninguém me diz nada. Se for grande, chego a beira de uma pessoa da MdM ou outro técnico, e peço a opinião” (...) tenho uma dívida a pagar à segurança social e a dra. da MdM não descansou enquanto não resolveu. (...) vou começar a pagar (...) Nestas situações eu conto mais com a opinião dos técnicos para decidir.

L73 “a mocidade não respeita as pessoas de idade, e os idosos às vezes também não respeitam (...) É essencial o respeito mútuo”

P5

L28 “sou eu que decido, eu e mais eu e mais eu... Tem de ser, porque tem de ser.”

L39 “Respeitada sou, sim sou. As minhas decisões são respeitadas senão virava logo do avesso”

P6

L18 “Não sei o dia de amanhã, mas até este momento sou.”

L21 “nós temos de nos respeitar uns aos outros.”

L22 “Eu também não estou a dar satisfações ... eu é que decido e pronto as pessoas aceitam”.

P7

L34 “Eu tudo que decido é sempre correcto porque também penso dez vezes (...) que façam todos como eu”.

	<p>L37 “Ouvi uns conselhos de um médico amigo e decidi deixar de fumar, há mais de 20 anos”.</p> <p>L30 “Porque eu também respeito os outros.”</p> <p>L31 “Eles respeitam-me porque sabem que eu penso várias vezes e acabam por ver que eu tenho razão no que digo.”</p> <p>P8</p> <p>L35 “Ainda sou eu que decido, claro que sou eu.</p> <p>L32 “Antigamente era que que fazia tudo. mas agora eu não sei lidar com o cartão, nem as cadernetas então é a minha filha que toma conta disso. Mas sou eu que lhe digo o que fazer e ela paga” “não estou triste que sejam elas a tratar dessas coisas porque as minhas filhas são serias.”</p> <p>L68 “Eles trazem-me as coisas que eu peço do supermercado, mas eu preferia ser eu a lá ir escolher”.</p> <p>L38 “Já não tenho a mesma capacidade, levava tudo a frente. Mas eles fazem tudo que eu mando e peço. A casa está no meu nome sou eu que mando. Sempre gostei de ter tudo à minha maneira.”</p> <p>P9</p> <p>L41 “Sobre os meus os problemas sou eu, não tinha mais ninguém para decidir. Já com a esposa eu é que decidia tudo, ela estava em casa e eu é que trabalhava sozinho”</p> <p>L44 “Ora bem, julgo que sim eu sempre respeitei os outros e eles também me respeitam a mim. Mas sinto que sim que me respeitam”.</p>
--	---

<p>Resolução de problemas (Autonomia)</p>	<p>Pergunta 10</p> <p>P1</p> <p>L28 “Se tenho um problema primeiro tento resolvê-lo, ligo a quem for preciso ou vou onde tiver de ir. Quando tenho dúvidas ou não sei bem ligo à MdM para me ajudarem”.</p>
--	--

L30 "... agora quando foi de dar a contagem da luz que mandaram por mensagem eu não percebia nada disso, eu telefonei para a MdM e ajudaram-me logo e resolveu-me a situação"

L34 "também recorro a elas (netas) se tenho algum problema".

P2

L101 "Ora bem eu falo a toda a gente quando tenho um problema, mas depois vou analisá-lo e estudar as coisas todas e vejo a minha opinião e a dos outros e depois tomo a minha decisão".

L173 "Bom, a maneira de resolver um problema é ver a quem já pedi para não pedir outra vez e assim. (risadas). Recorria muitas vezes à minha madrastra, mas agora tenho tido muita dificuldade, porque estava a fazer de mim muito capacho. Mas com ela sei que podia sempre contar. Ela é mais nova do que eu, 65 anos. E tem uma filha doutorada. Se for um problema de saúde ou já tive exames que me pediram para fazer e não sabia como e dirigi-me aqui (MdM) e têm-me ajudado. Vou falando com as diferentes pessoas das diferentes organizações conforme os problemas. Não às outras pessoas em geral. Mas muitos deles resolvo-os sozinho. Tenho uma amiga surpreendida com as minhas capacidades. Ela não conseguia levantar um medicamento na farmácia e eu fui lá e consegui o medicamento".

P3

L81 "Seria sempre ligado a esta instituição, onde eu apresento os meus problemas (...) mas sempre haverá uma forma de solucionar/explicar e apontar um caminho."

L36 "Os meus problemas não são muitos nem são poucos, já resolvemos um bocadinho passo-a-passo, já resolvemos muitas coisas, mas sem o apoio das MdM eu não podia". L32 "Eu não podia resolver alguns dos meus problemas de incapacitado que estou. Portanto toda a ajuda que me

derem ou quando apresento um problema preciso dessa ajuda para me capacitarem”.

L85“(…) tentam sensibilizar como podemos colmatar esse problema, dar um prazo por exemplo”.

P4

L96 “Se tenho algum problema não falo com ninguém. Aguento. Bem, se for um problema com a pensão, reforma ou segurança social venho aqui aos MdM e peço à minha assistente para me resolver o meu problema. Ou para me dar nas orelhas. Mas por norma ou venho aos MdM ou não faço nada. Venho cá se estiverem abertos, ou então telefono.

P5

L47 “Geralmente peço ajuda em problemas financeiros”

L49 “Ainda há pouco tive um problema com uns srs da EDP e assinei um contracto, mas afinal não eram da EDP. Mas assim como estraguei também o resolvi”.

L47 “Geralmente peço ajuda em problemas financeiros”.

“Mas tem sido muitas preocupações com luz água renda, são problemas que tenho de resolver, para gerir a casa.”

“ainda ontem fui eu que liguei para o centro de saúde para resolver e pedi uma prescrição do meu filho (filho tem 56 anos). Mas primeiro liguei para a MdM, que me disseram o que fazer”.

P6

L32 “Vou ao local e resolvo. Para já sou eu que resolvo. Nunca tive assim nada que tivesse de pedir ajuda a alguém mas chegando à altura peço”.

L35 “Já tive algumas coisas em casa para arranjar uma torneira e uma janela e foi um grupo dos MdM com voluntários que me vieram arranjar”.

P7

	<p>L41 “não deixes para amanhã o que podes fazer hoje. Eu sou muito persistente e resolvo”.</p> <p>L43 “Se for com a medicação vou à farmácia comprar ou vou ao centro de saúde. Também ligo à médicos do mundo se tenho alguma queixa e eles dizem para onde ligar ou onde ir.</p> <p>L24 “(...) Às vezes se tiver algum problema falo com o meu neto que trabalha na PSP.”</p> <p>P8</p> <p>L32 “Antigamente era que que fazia tudo”.</p> <p>L39 “Tento resolver, se não conseguir peço ajuda às minhas filhas ou à MdM”.</p> <p>L84 “Com dificuldades, mas vou resolvendo. Não falo com ninguém. Tento resolver eu. Não sou de me queixar. Tenho prioridades, primeiro a renda, depois as outras contas, as compras, o seguro, a advogada. Vou aos locais e tento resolver. Se não puder ligo a alguém para ir comigo ou para me ajudar a tratar, ligo á minha filha mais velha, ou a vocês (MdM), ou ao meu filho, mas se tiver nas actividades dele não pode”.</p> <p>P9</p> <p>L84“Vou ver como é que é, vou ao sítio onde tenho de resolver. (...) quando eu não sei e preciso de alguma ajuda é à S. da MdM que peço, que já a conheço há muitos anos e pôs me à vontade para que se precisasse de alguma coisa para lhe pedir. No dia que faleceu a minha esposa ela é que estava lá comigo, portanto ficou um laço muito grande”.</p>
--	---

valorização da autonomia	Pergunta 7 P1
---------------------------------	-------------------------

<p>na tomada de decisões,</p>	<p>L80 “Referente a casa eu gosto imenso de fazer o meu serviço, as minhas netas vêm de vez em quando dar uma geral. Relativamente a saúde gosto imenso do vosso apoio. Gostava de poder estar sempre acompanhado”.</p> <p>L84 “Eu primeiro recebo os conselhos e opiniões de quem respeito.” “Mas gosto sempre de ser eu a decidir as minhas coisas. Só quando tenho dificuldade é que peço a quem sabe para me ajudar”.</p> <p>P2</p> <p>L137 “Às vezes procuro que sejam os outros a decidir por mim. É a questão financeira. Nas outras coisas prefiro ser eu a decidir por mim”.</p> <p>P3</p> <p>L61 “Há situações que eu gostaria e gosto de decidir, mas há outras que eu respeito que me ajudem porque eu posso estar a ir por um caminho errado. Preciso de conselhos antes de decidir. Numa maioria ser eu a decidir (...)”.</p> <p>P4</p> <p>L53 “Há certas coisas que sou eu que decido e ninguém me diz nada, faço o que me apetece, e há outras que gosto de partilhar com outras pessoas. L65” Penso sempre na opinião dos outros. (...) Aceito tanto conselhos de uma pessoa de idade, como de uma criança...”.</p> <p>P5</p> <p>L31 “Sim gosto, mas às vezes gostava que fossem os outros, por exemplo o meu filho para me aliviar, porque já tenho 86 anos já estou muito velha e muito doente.</p> <p>L35 “Nem sempre é bom ser eu a decidir, nós não estamos sempre bem para decidir da melhor maneira”.</p>
--------------------------------------	--

	<p>L57 “As minha filhas respondem que eu sei resolver. Que remédio eu tenho, mas gostava de ter mais apoio deles. Até que a cabeça não é a mesma”.</p> <p>P6</p> <p>L29 “Quando eu não conseguir terá de ser outra pessoa, mas enquanto tendo capacidade quero ser eu a resolver os meus problemas.”</p> <p>P7</p> <p>L27 “Eu prefiro ser eu decidir porque antes de decidir eu penso 10 vezes sobre o assunto”.</p> <p>P8</p> <p>L42 “Eu gostava de ser eu a decidir claro, mas não podendo terá de ser outra pessoa. Sempre gostei de ter tudo à minha maneira”.</p> <p>P9</p> <p>L52 “Prefiro ser eu, eu gosto de decidir por mim, outros a decidir por mim, não! Isso não! Não me sentiria bem, não poderia fazer o que quisesse”.</p>
--	--

<p>representações sociais sobre a capacidades pessoa idosa para tomar decisões</p>	<p>Pergunta 8</p> <p>P1</p> <p>L71 “Há pessoas que podem conservar um pouco. A idade também tira um bocado à mentalidade e a desenvoltura da pessoa. Também há pessoas novas que a desenvoltura não passa por eles”.</p> <p>L74 “as pessoas idosas se acanham não pedem ajuda”.</p> <p>L77 “Às vezes até pessoas com capacidade monetária bastante grande, fecham-se nelas e o fechar-se nelas acaba por lhe matar. Porque não são capazes de pedir ajuda”.</p>
---	--

P2

L117 “Sim, vai-se perdendo a capacidade.”

L112 “sinto que estou muito diferente, naquela altura estava muito lúcido, (...) agora estou muito esquecido.”

L116 “Os exercícios de memória fazem me sentir com menos capacidade”.

L118 “é muita carga”

P3

L56 “(...) o passar da idade afecta, a memoria fica mais frágil, o pensamento também é uma carga maior do que quando era mais jovem (...) raciocínio menos rápido. Eu acho que na maioria esta é a realidade”.

L58 “pensamentos as vezes muito fortes que ficam la presos na caixinha”

P4

L57 “Eu acho que as pessoas no geral ficam com menos capacidades. Mas tem conselhos importantes”.

L58 “Já não faz as coisas que fazia antigamente, parece que uma pessoa fica debilitada, como uma pessoa que já não presta para nada (...) Tanto no físico e mental, como a memoria fica afectada e isso faz com que não tem a mesma capacidade, é isso que eu sinto”.

P5

L41 “. Para mim eu ainda não me sinto alterada. Em ser eu a fazer certas coisas muda sim, mas a escolher e decidir ainda sou capaz.

L43 “Acho que depende um pouco da idade, mas no fim depende muito das pessoas”.

P6

	<p>L25 “Depende há gente muito velha ainda com capacidade e outras muito mais novas e sem essa capacidade. Eu acho que depende, a idade não quer dizer que a pessoas fica sem capacidade”.</p> <p>P7</p> <p>L34 “Não, não muda. Muda para aqueles que não pensam.</p> <p>L36 “A mim não muda. Em outros sim, mas que façam o que eu fiz. Deixei de beber álcool, (...) Deixei de fumar”.</p> <p>P8</p> <p>L48 “Não acho que seja da idade. Há pessoas que são mais novas do que eu e a cabeça já não da. Depende”.</p> <p>P9</p> <p>L47 “Eu ainda tenho a mesma capacidade que tinha há 20-30 anos atras, não quer dizer que todos têm”.</p> <p>L49 Acho que depende, mas não só da idade. (...) Há pessoas que se vão abaixo mais psicologicamente da cabeça”.</p>
--	--

<p>Barreiras e obstáculos (O que gostava que fosse diferente para as pessoas idosas)</p>	<p>Pergunta 9</p> <p>P1</p> <p>L87 “era terem um bom auxílio. Monetário, social, higiene, isto falta a muitos que vivem em situações difíceis. Até pessoas com dinheiro, por terem medo, vergonha ou por não terem acesso. (...) penso que precisam de melhor acompanhamento, até para conhecerem melhor as ajudas que existem, para terem melhor acesso aos serviços”.</p> <p>L74 “as pessoas idosas acanham-se não pedem ajuda”.</p> <p>L77 “Às vezes até pessoas com capacidade monetária bastante grande, fecham-se nelas e o fechar-se nelas acaba por lhe matar. Porque não são capazes de pedir ajuda”.</p>
---	---

L51 “Tenho visto nas aldeias os crimes, a maneira como as pessoas são tratadas, que estão com maior isolamento. Essas pessoas têm menos cultura e vivem naquele buraco têm menos acesso às coisas.”

P2

L132 “Ter uma companhia”.

P3

L66 “(...) eu agora já estou nessa classe, mas já estive noutra classe principal na minha juventude, e agora sinto me um bocadinho afastado das decisões, das ajudas”.

L69 “quem faz as leis, não nos chegam, não estão no lugar do idoso e podiam dar mais atenção, mas escolhe não dar (...) gostaria que acarinhassem mais as pessoas idosas, sobre as decisões dos idosos, a violência, o abandono, a saúde, o sermos ouvidos e aceites, tal como as outras vozes. Era preciso mais acompanhamento daqueles que não têm o apoio da família e mais meios de transporte acessíveis”.

L78 “. O abandono e solidão é independente na classe social (...) Mas o rico sempre fica num patamar superior”.

P4

L72 “O respeito mútuo. (...) haver mais respeito, agora não respeitam as pessoas de idade, a mocidade não respeita e os idosos às vezes também não respeitam, era preciso mais educação.”

P5

L71 “Olhe que todos as pessoas que estivessem numa situação como eu estava que arranjassem uns médicos do mundo. Um apoio assim”.

L78 “Se tivessem educação, tratavam bem dos velhos, tinham mais respeito pelas pessoas que já fizeram muitos sacrifícios e já olharam deles. Precisamos de mais carinho, até mais atenção que carinho”.

P6

L45 “Por exemplo têm muita solidão, e gostava que fosse diferente, que tivessem mais acompanhamento. Eu acho que nisso as pessoas estão um pouco esquecidas. A solidão mata!”.

P7

L59 “Eu gostava que os idosos dos lares fossem mais bem tratados, que as casas onde vivem tivessem melhor condições, às vezes é só fachada e até batem neles lá dentro”.

L63 “era preciso uma lei que proteja os idosos. Porque nós os idosos, se existe aquilo que está cá na cidade do Porto, fomos nós que fizemos, e os novos têm de meter isso na cabeça”.

P8

L98 “Não gosto que as pessoas entrem em minha casa sem ser convidados, e tem uma vizinha que o tem feito”.

L52 “Sei que gostava que fosse mais como antes, ter mais espaço, mais gente, mais actividades, ginástica, teatro.

L54“(…) ter transporte para poder chegar aos sítios, só vou às actividades porque as meninas me vêm buscar, ter mais acompanhamento para ir ao médico ou a outros sítios que preciso de ir e às vezes não consigo” (…)
Lembro-me que da última vez que fui votar foi porque a MdM nos veio buscar a todos com uma carrinha”.

P9

L55 “Podia haver mais companhia, estão muito sozinhas. Uma pessoa sozinha tem de ter uma atividade que o dia passa mais facilmente, eu pelo menos se tiver coisas para fazer sinto-me bem se não tiver sinto-me inútil”.

influência deste projecto social	<p>Pergunta 11</p> <p>P1</p> <p>L42 Com os MdM qualquer problema que eu leve, se eles puderem resolver resolvem, se não dizem para ir a tal parte onde me possam ajudar”.</p> <p>L82 “Relativamente a saúde gosto imenso do vosso apoio”.</p> <p>L95 “A MdM apoia-me na tomada de decisões principalmente na área da saúde (acompanhamento medico), mas em tudo em geral. Gostava de poder estar sempre acompanhado, eu ouço mal e às vezes não compreendo tudo o que dizem. E vocês (MdM) sabem explicar ou dizer-me como explicar as minhas dificuldades. Vocês falam pelo email com as médicas, escrevem uma carta para levar comigo às consultas, se não podem ir comigo, preparam-me a medicação em caixas semanais para não fazer erros ao tomar, é mesmo muito importante este apoio...”</p> <p>L98” Nas actividades discutimos temas importantes e actuais nas actividades para ficarmos e informados e gostei muito da última”.</p> <p>L32 “A MdM é útil em tudo. As minhas netas ficaram muito contentes e sossegadas por saberem que eu estou acompanhado pelos MdM. Já me puseram uma barra nas escadas para não cair, no chuveiro...”.</p> <p>P2</p> <p>L140 “Uma coisa que me tem ajudado foi a dra. aqui na MdM no pedido do atestado de incapacidade financeiro que vai me ajudar em me alargar mais um bocadinho”</p> <p>L142 “Gostei de algumas actividades, como aquela sobre saúde mental, gosto quando podemos todos conversar e falar da nossa experiência uns com os outros, não somos os únicos, ficamos menos sozinhos”.</p> <p>P3</p> <p>L88 “Sim ajuda muito. Em tudo no geral. Sinto me só, sou uma pessoa que vive a solidão, e necessito de ouvir uma voz diferente.”(...) mesmo que que erre, porque ser idoso não esta livre de errar, porque errar é humano, portanto é aí que eu me aconselho, que eu oiço, não me magoa,</p>
---	--

não me cria constrangimentos. (...) Sinto que os técnicos prepararam para as reuniões, como quando pedi à enfermeira para falarmos sobre a Eutanásia.

L92“Ajuda principalmente na saúde, mas também nos tramites sociais com os diferentes técnicos que estão ca, acompanham-me sempre desde a todas a consultas como ao consulado e SEF”.

L98“vigiam a minha saúde, tensão, os diabetes, os meus pés, venho cá quase todas as semanas para ser tratado” (...)“tratam da minha medicação, que de outra forma eu não conseguia comprar e agora até ma põe em caixinhas porque falhava alguns medicamentos já”.

P4

L102 “Mas aprendi muita coisa aqui e continuo a aprender, mas às vezes faço asneiras ainda. Quando desapareci e vocês terem de ligar a todo o lado à minha procura até para a morgue”.

L105 “mas agora por exemplo já sei ir sozinho à consulta ao centro de saúde, converso com os MdM antes se for preciso”. Por exemplo logo quando sair daqui sou capaz de ir ao centro de saúde pedir a receita ou quando esta a acabar alguma receita também sei fazer sozinho. Já consigo ir sozinho.

L53 “(...) estive um mês desaparecido e não disse nada a ninguém. Mas isto as vezes julgo que não estou a errar e afinal estou. Errar é humano. O humano erra, a própria autoridade também erra. Eles ajudaram-me a encontrar outro quarto para não ficar na rua”.

L56 “Foram eles que me tiraram da rua e arranjar um quarto, que me arranjam a receber o que estou a receber de reforma, a meter os papeis que eu não percebia nada disso”.

L44 “(...) a MdM, têm-me ajudado muito e resolvido muitos problemas, principalmente com a medicação na compra, e agora que fiquei mais distraído, com as caixas semanais, telefonam para todo o lado à minha procura, têm sido mais que a minha família”.

L50 “(...) já foram comigo ao médico e ajuda-me a tratar da saúde, cuidam dos meus problemas dos pés aqui na MdM, (...) arranjaram-me os sítios onde ir comer de graça e buscar”. Se não os tivesse as coisas seriam muito diferentes”.

P5

L12 “quando vou para aí cheia de dores à quarta-feira e enquanto aí estou não sinto dores nenhuma, passa um bocado mal volto para o carro já me voltam as dores. E isto não é maluquice minha, é mesmo assim que me sinto”.

L64 “Claro que sim. Em primeiro apoiam imenso com a medicação são despesas que eu não podia suportar. Ligo sempre para elas quando tenho dúvidas. Depois, acompanham-me sempre ao centro de saúde ou ao hospital e ajudam-me a explicar e dizer o que preciso. Dão-me muita atenção.

L66 “Eu não consigo andar sem cair, apenas alguns passos, então preciso sempre de transporte (...) conto com os MdM para me levarem às consultas, se eles não podem tenho de ir de táxi, mas o dinheiro não dá para tudo e às vezes prefiro nem ir. Na MdM, eles vão nos buscar e levar a casa para ir às actividades todas as semanas, se vamos a alguma visita ou actividade fora eles têm cadeiras de rodas e levam-nos na mesma aqueles que não conseguimos andar”. Olhe até em casa me ajudaram com coisas. Por exemplo tenho no wc um elevador de sanita e uma barra no chuveiro, para não cair”.

L73 “Foram tantas (actividades) e aprendo coisas novas. Ainda me lembro da última sobre a SIDA e outras infecções. Aquilo é bom para o convívio, divertimo-nos e aprendermos alguma coisa”.

L87 “os MdM foram eles que me ajudaram a tratar da casa, falar com a assistente social, quando tive de ficar sem a casa onde vivi toda a vida, mas fui enganada no contracto que o senhorio me fez assinar. As vezes

não sou tao esperta como pareço. E pronto, depois conseguiram me esta casinha no bairro”.

P6

L40 “Acho que a minha capacidade de decidir se mantém na mesma. Nem a mais nem a menos. Mas sim, nas actividades de quarta-feira eu sinto que aprendemos e ajuda para depois sermos mais informados e esclarecidos”.

P7

L50 “(...) Para ser sincero tudo que têm dito, eu já isso já passou tudo por mim, já eu sabia, não aprendi nada. Eu já passei muito desde a segunda guerra mundial, tempo difíceis. (...) Mas tem uma coisa que elas sabem, eu estou sempre a ajudar o próximo. Já fui acompanhá-las para entregar uma cama a um elemento do grupo, já participei nas oficinas com trabalhos para venda, para ajudar os que precisa...

“Eu se precisar de um conselho vou lá falar (à MdM) e às vezes aquilo que eles dizem já é aquilo que eu penso, e claro eles apoiam a gente”.

P8

L59 “É bom ir à MdM, pois claro que não estamos tão presas como quando estamos em casa. (...) Eu não sei ler não sei explicar tão bem, mas vou e vou aprendendo alguma coisa. “Temos o nosso convívio todos, vamo-nos divertindo, mas agora não temos o espaço que tínhamos antigamente, eramos muitos, agora já morreram alguns, outros foram para lares (...) fazíamos teatro, ginástica, 30 por uma linha. Mas eu acho que sim que a MdM ajuda-me com as decisões que eu tomo. Também se não fosse o que eu ia lá fazer? Eles têm-me apoiado ultimamente com fraldas, nesta fase complicada, estão sempre disponíveis”.

P9

	<p>L59 “(...) há coisas, actividades que para mim não têm sentido nenhum, parecem para crianças”.</p> <p>L60 “Eu gosto de fazer coisas reais, coisas que sejam úteis. Por exemplo em São Nicolau eu faço tudo que me pedem muitos trabalhos manuais em madeira e assim que tenho jeito, e esses trabalhos são para ajudar pessoas ou então para vender e o dinheiro para ajudar quem precisa.</p> <p>L64 “Há outras coisas como aprender sobre doenças, medicamentos, outros assuntos de informação, gosto disso e sinto que aprendo algumas coisas. Coisas que não sei e fico a saber, que faz melhor aqui ou acolá. E claro isso depois pode ajudar nas minhas decisões se estou mais informado”.</p> <p>L68 “Temos um grupo de voluntários que ajudam a ajeitar coisas em casa, carpinteiros, picheleiros, eletricitas e vamos a casa de outras pessoas idosas aqui da zona, com a S. também e arranjamos isso (técnica MdM). Só vou quando eles combinam. É Janelas, estores, torneiras, etc.”.</p>
--	---

<p>Valorização papeis sociais (desempenho de papeis é preciso, gosta de ajudar?)</p>	<p>12, 14</p> <p>P1</p> <p>L98 “A minha família (netas e filha adoptiva) estão bem orientadas. Vêm cá visitar-me e quando vêm eu faço umas compras mercearias e carne para elas poderem levar para casa.</p> <p>L100 “Por vezes até me pedem para arranjar algumas coisas que sabem que eu tenho e sei onde há coisinhas melhores (...) conselhos nem tanto, porque elas são muito inteligentes de resolver os seus problemas”.</p> <p>L114 “A minha vizinha de baixo, tem as chaves daqui. Se acontecer alguma coisa eles podem-me ajudar. E elas também podem contar comigo. A minha vizinha de cima cuida do marido e eu já tenho ajudado, reencaminhei para os MdM que agora estão a ajudá-los e se precisam de alguma informação eu estou sempre disposto”.</p> <p>L104 “Quando posso ajudar sinto-me muito alegre. Fico chocada por ver a tristeza dos outros, é difícil lidar com isso.</p>
---	---

L54 “Quando nós fomos com a mesma a Castanheira de Pera depois dos incêndios ver aqueles pobres, não há descrição, não há explicações. Fomos todos descascar batatas, cenouras, couves. As técnicas vieram também para a nossa beira. Mas foi uma festa. Para tentar animá-las. Naquele dia foi uma alegria para essas pessoas. Tenho muitas saudades”.

L60 “Fiquei muito satisfeito quando me pediram para ir falar a um congresso internacional sobre a Alzheimer à universidade de Viseu. Eu fui escolhido porque era uma pessoa mais comunicável e com mais experiência sobre o assunto por cuidar da minha mulher. Ela tinha falecido há pouco tempo”.

P2

L146 “Precisaram de mim quando tinha dinheiro, até me emprestavam dinheiro pois já sabiam com quem contar. Mas agora já não”.

L147 “Tive muita gente a precisar de mim e eu era mais feliz nessa altura, mas agora já ninguém precisa de mim”.

L150 “Eu fico muito triste das pessoas me pedirem ajuda, principalmente em dinheiro e não poder, antigamente até ia pedir dinheiro a outro para emprestar ou dar a quem precisa.

L153 “Eu fico muito feliz quando posso ajudar. E quando eu vejo que a pessoa está a precisar eu não espero que ela me peça, eu vou e faço”.

P3

L96 “Não é bem o precisar, é ao contrário. Eu é que preciso das pessoas com quem lido. E tenho de ter cuidado com essas pessoas”

L104 “. Eu é que preciso de ajuda, mas se calhar ainda consigo ajudar no aspecto da interajuda, se as pessoas valorizam em mim um comportamento cívico”.

L107 “Sinto-me feliz, e muitas vezes faço isso, nem que seja um pouco. Por exemplo nos conselhos, até porque muitos idosos são analfabetos e eu ajudo muito nas escritas, tento conversar com a pessoa quando têm

ideias bastante negativas, tento desvia-las desses comportamentos e fico feliz se me ouvirem”.

P4

L112 “Algumas precisam. Eu sou uma pessoa que se vir alguém a sofrer eu sou capaz de lhe dar a minha própria camisa. Dinheiro não dou, porque esse não fala. Mas se vir alguém a passar fome sou capaz de lhe dar e eu passar fome”.

L141 “Tenho a responsabilidade de vir aqui buscar a medicação, vir aqui aos convívios, ao centro de São Nicolau. Já é uma obrigação. Tenho a responsabilidade de chegar ao dia 10 e pagar ao senhorio, senão ele põe me cá fora”.

L116 “Sinto-me satisfeito. (...). Porque eu também já passei muito. Gosto sempre de ajudar, dou conselhos onde ir comer de graça. Se é preciso ajudar a carregar alguma coisa aqui ou no centro, ou acompanhar algum colega com mais dificuldades a casa, eu estou sempre disponível.

P5

L83 “Infelizmente as pessoas que estão aqui em casa precisam. O meu filho de 54 anos é muito doente, já foi operado ao coração, tem glaucoma e esta quase a ficar sem ver, coitadinho, sai à mãe (...)”.

L86 “Quando eu embarcar? Isso preocupa-me, claro que sim (emociona-se)”.

L91 “A companheira dele também precisa de mim. Os meus restantes filhos não. Só de uma palavra amiga ou conselhos, mas mais a minha mais nova”.

L95 “Fui sempre amiga do meu amigo. Gostei sempre muito de poder ajudar, fico feliz. Chegava a ficar sem um tostão no bolso para poder emprestar quando morava aí na Ribeira”.

P6

L49 “Sim ainda há. Eu ainda me considero útil ao meu semelhante. Ainda vou duas tardes por semana ajudar uma senhora idosa, com os meus 72 anos. Por isso eu ainda me sinto requisitada. É mais que precisar, é uma responsabilidade e uma preocupação”.

L58 “Sinto-me muito bem e muito feliz por ser útil ao meu semelhante”.

P7

L173 “nós enquanto cá andamos precisamos todos uns dos outros. Uns de uma maneira e outros de outro. Os meus filhos vivem bem os que estão lá fora, mas eles podem um dia precisar de voltar e precisar de mim. A bíblia é bem clara “o filho pródigo foi e voltou a casa do pai”.

L88 “O meu neto pode sempre precisar de mim e tenho essa responsabilidade, nem que seja em conselhos, que é bom para isto ou aquilo. A casa sou eu que cuido, que pago as coisas. (...), os meus filhos têm a vida deles (...) Mas se eles precisarem de alguma coisa eu estou cá”.

L67 “se eu faço bem sinto-me bem, se eu faço mal, sinto-me mal, nem durmo de noite. Ao ajudar as pessoas a gente sente-se melhor, já aconteceu eu não conseguir ajudar, mas ir pedir a quem possa, para ajudá-los. Ainda há pouco tempo fui com os MdM a casa de uma sra. minha conhecida que precisava de ajuda e fui eu que pedimos aos MdM para lá ir. E fiquei muito satisfeito”.

P8

L73 “Portanto, o meu filho mais novo precisa de mim e muito, é o único. Um dia que a mãe falte, para onde é que ele vai?”

L68 “Eu acho que ninguém precisa de mim”.

L77 “Eu gosto muito de ajudar, só se não puder. Mas agora não posso fazer muito. Eu agora tomara eu que me ajudem a mim. Mas toda a vida ajudei os outros. Sinto-me bem”.

P9

	<p>L76 “Sim, há pessoas que precisam e eu estou lá. Para ajudar quando elas precisam. Toda a pessoa que me pediu eu nunca deixei para trás”.</p> <p>L73 “Eu gosto, eu adoro é isso que gosto de fazer é ajudar as outras pessoas, o meu coração sente-se bem eu sinto-me bem”.</p> <p>L68 “Temos um grupo de voluntários que ajudam a ajeitar coisas em casa, carpinteiros, picheleiros, eletricitas e vamos a casa de outras pessoas idosas aqui da zona, com a S. do MdM e do Centro S. Nicolau”.</p>
--	---

<p>Participação social (programas de voluntariado, trabalho senior, activo no meio familiar, actividades de lazer centros de convívio....)</p>	<p>Pergunta 2, 13 (responsabilidades no meio familiar e centros de actividades, voluntariado, trabalho).</p> <p>P1</p> <p>L112 “Responsabilidades que tenho é respeitar as pessoas. Tenho as responsabilidades de pagar as minhas contas, mal chegue a reforma vai lá (...) Não tenho responsabilidades assim para os outros, estou só”.</p> <p>O único apoio de organização é dos MdM. Isto é a minha maravilha, venho cá todas as semanas.</p> <p>P2</p> <p>L171 “A única pessoa que teria obrigação seria a minha filha, por ser minha filha, mesmo que ela me despreze”.</p> <p>L173 “As minhas responsabilidades serão ser um cidadão que respeite as leis, mas também gosto que o governo cumpra as suas”.</p> <p>L19 “Tenho apoio da Benéfica, mas pago (...) estou a pagar 150 euros mês (...) Dão apoio com comida (pequeno almoço, almoço e trazer a sopa para casa, mas não trago porque não tenho onde aquecer. Então estou a ir à noite às carrinhas, ou vou a caminho à CASA ao cimo da Vila, que sei que lá é sempre certo há sempre comida (...). lavam a roupa da cama e na benéfica lavam-me a roupa e passam.</p>
---	--

L29 “(...) a dra. Cristina Simões da santa casa da misericórdia que agora me está a ajudar com o atestado de incapacidade de multiusos.

P3

L117 “Eu tenho responsabilidade como cidadão em todo o estado onde viva, com todas as pessoas, cumprindo as leis, sendo o melhor possível um cidadão (...) Não tenho responsabilidades com alguém, nesta minha situação, não tenho retaguarda familiar, é um problema, mas são questões tão difíceis de resolver...”.

L16 “(...) tenho apoio de uma organização mais para divertimento, para contacto e não estar isolado, o centro paroquial de são Nicolau. Na minha vida pessoal, o tenho o apoio domiciliário da SAOM e tenho apoio da segurança social por causa da reforma”.

P4

L141 “Tenho a responsabilidade de vir aqui buscar a medicação, vir aqui aos convívios, ao centro de São Nicolau. Já é uma obrigação. Tenho a responsabilidade de chegar ao dia 10 e pagar ao senhorio, senão ele põe-me cá fora”.

L24 “Tenho contacto com o centro social e paroquial de S. Nicolau onde vou pelo menos uma vez por semana, temos actividades e também me dão as vezes apoio com roupa e assim e produtos de higiene, tal como a MdM”.

P5

L101 “Responsabilidade... acho que não. Comigo tenho de ter sido obrigada. A casa sou eu que giro. Mas não me sinto responsável pelos outros, quando eu for acabasse a responsabilidade”.

L8 “O centro social paroquial S. Nicolau, vou lá à terça-feira, fazemos trabalhos artesanais, de costura, coisas para vender nos mercados e ajudar quem mais precisa”.

P6

L54 “Tenho responsabilidades ainda. Tenho de olhar pela minha vida., se eu estiver bem, aqueles com quem eu convivo também estarão bem”.

L65” Manter-me activa. É também uma responsabilidade para comigo”.

L7 “Vou ao Centro de dia de junta de freguesia de Cedofeita e venho à MdM de duas em duas semanas”, é um convívio, conversamos com outras pessoas, eu vivo sozinha então é sempre bom é uma alegria”.

P7

L88 “O meu neto pode sempre precisar de mim e tenho essa responsabilidade, nem que seja em conselhos, que é bom para isto ou aquilo. A casa sou eu que cuido, que pago as coisas. (...), os meus filhos têm a vida deles (...) Mas se eles precisarem de alguma coisa eu estou cá”.

L8 “Vou ao centro social e paroquial São Nicolau, faço parte do grupo até fiz duas peças de Teatro. O meu neto ia para lá estudar e eu ia para lá com ele”.

P8

L82 “Cuidar da casa, dos pagamentos, cozinhar sou eu que tenho de fazer tudo. A responsabilidade é minha. Tenho muitas coisas a pagar, os problemas da casa ...”

L7 “Ia ao Centro social e paroquial de são Nicolau, do local onde morava, ajudavam com banco de alimentos, mas agora estou noutra zona, mudei-me de casa, já não dá. Fiz aulas de culinária e ganhei o primeiro prémio. E os voluntários na Gás porto ligam para conversar às vezes.

	<p>P9</p> <p>L80 “Desde o momento que me pedem uma coisa eu fico responsável por fazê-la e claro evidente que também as minhas, sou eu que tenho de pagar as minhas contas evidentes. Eu gosto de pagar tudo logo, sou responsável”.</p> <p>L68 “Temos um grupo de voluntários que ajudam a ajeitar coisas em casa, carpinteiros, picheiros, eletricitas e vamos a casa de outras pessoas idosas aqui da zona, com a S. do MdM e do Centro S. Nicolau”.</p> <p>L11 “Além da MdM, centro social paroquial d São Nicolau para fazer trabalhos”. Cheguei a fazer parte de uma confraria, mas desde que esse padre foi embora depois não houve continuidade”.</p>
--	--

<p>Objectivos e projecto de Vida</p>	<p>Pergunta 14 e 16</p> <p>P1</p> <p>L106 “Uma das coisas que gostaria de fazer era ir viajar. Este ano não fui para o Funchal porque cai e acabei por não poder ir”.</p> <p>L109 (...) “cuidar da minha saúde, estar com as minhas netas”.</p> <p>P2</p> <p>L153 “Era ter alguém na família, mais duas pessoas na família, abrir um restaurante e eu trabalhar no restaurante sem estar preocupado com o ordenado (...) Mas era uma grande terapia para mim.”</p> <p>L163 “(...) gostava de poder surpreender as amigas ou saber que alguém está com dificuldades e poder oferecer o pequeno-almoço”.</p> <p>L185 “Gostava de criar uma organização como aquela do Padre Américo que apoia, de recolher meninos, mas antes meninas, mães solteiras, mulheres divorciadas, mães viúvas, mulheres que não têm maridos. Muitas delas que não tiveram sorte com o companheiro que tiveram e viram-se obrigadas. Ajudar todas as mulheres mais desamparadas e sozinhas”.</p>
---	--

P3

L113 Gostaria de continuar a ser prestável, naquilo que eu puder, do que não puder fica sempre uma mágoa (...) trabalhos do centro social (...), o meu estado físico neste tempo já não me ajuda muito”.

L115 “Gostava de ir visitar a campa da minha esposa a Lisboa, que desde que o SEF me transferiu para o Porto, nunca mais tive possibilidades de lá voltar e prestar a devida homenagem”.

L125 “ser autónomo, independente do aspecto financeiro, ter uma vida melhor, uma casa. Algo que os MdM sempre me incutiram...”.

P4

L137 “Tenho muitas coisas que gostava de fazer. Viajar”.

L146 Gostaria de ter saúde é o que eu gostaria. Gostaria de pôr algum dinheiro de lado que é uma coisa que eu não consigo...”.

P5

L98 “Nada, eu já fiz tudo. Não tenho assim nada”

L104 “Queria ter “saudinha” para poder fazer a comidinha, ir aos MdM e ao centro social. Todos os dias peço a Deus para conseguir andar sozinha...”.

P6

L60” Não, acho que não. Já fiz tanta coisa. Eu acho que a gente deve ser útil para os outros, já é uma coisa boa, já estou a fazer uma boa ação”.

L62 “Os meus objetivos seriam ter saúde e cabecinha no sítio para conseguir resolver os meus problemas do dia-a-dia (...) Não me isolar, conviver, caminhar não estar sempre no sofá, ir ao médico, tomar sempre a medicação. Manter-me activa. É também uma responsabilidade para comigo”.

P7

L78 “O que eu gostava era de contruir uma casa para as pessoas com demências, AVC ou outras dependências, como a minha mulher precisou, de cuidados continuados gratuitos”.

L94 “Para agora é continuar a ir aos médicos do mundo, que já faço muita coisa, e praticamente está tudo feito, a minha família, o meu neto está bem, e é isso. Eu sempre quis fazer um giro à noite (ronda) com os MdM, ajudar os toxicodependentes. Não gosto que façam pouco deles. Já tive um filho que me faleceu por causa dessa porcaria. Isso marcou-me muito”.

P8

L93 “Eu gostava de pegar numas escadas e pintar a minha casa de cima para baixo, mas não consigo”.

L96 “Outras coisas agora só com a MdM, passear, conhecer pessoas. Cuidar da minha saúde, estar com a minha família”.

L80 “(...) O meu desejo era ver o meu irmão todos os anos, que está fora, mas este ano não vou ver”.

P9

L94 “Objectivos, é ter saúde, viver da melhor maneira e ajudar os outros que precisarem de mim. Gostava de fazer muita coisa, ajudar muita gente, oferecia uma carrinha aos médicos do mundo. Mas eu sei o que posso ou não fazer que recebo pouco, 400 e poucos €”.

L90 “Eu gostava, muito de ir até Cabo verde. Gostava de lá voltar. Agora não posso. Estive lá dois anos e meio durante a guerra.

<p>História de vida (de envolvimento com ONG e projecto)</p>	<p>Pergunta 1</p> <p>P1</p> <p>L3 “O contacto que eu tive com a MdM foi por causa da minha vizinha a Fátima que tinha ajuda por causa da sua sogra, que nos disse que havia aqui na rua uns médicos muito bons e vinham a casa e não levavam dinheiro (...)</p> <p>L8 “Eles fizeram avaliação e o apoio que davam era para a minha mulher que tinha alzheimer. Até foram com eles que nos ajudaram a fazer o diagnóstico. Porque não sabíamos há quanto tempo tinha e quanto estava avançado. E depois acompanharam-nos sempre até à sua morte. E agora continuo cá eu”.</p> <p>P2</p> <p>L4 “Eu morava em Miragaia na rua Tomás Gonzaga, rua em que fui assaltado muitas vezes e felizmente saí de lá porque eu andava traumatizado. E eu andava lá era um mendigo autêntico, até andava de canadianas (...) A Dra. do Centro de dia/lar ia no carro passou e viu-me uma criatura com aquele aspecto e aceitei ir para lá a pagar pouco. (...) Então parava num café que conhecia a dona, eu andava por lá aninhado nas mesas. E um dia apareceu lá a Dra. S. da MDM e a D. perguntou-me se não arranjava um sítio para este indivíduo “que era um homem impecável” (...) Talvez há cerca de 3 anos, que foi quando consegui ir para a Pensão e ter o meu quartinho”.</p> <p>P3</p> <p>L3 “Eu tive contacto com os MDM quando eu estive em uma situação de ser deportado, num local que se chama USAH que é um centro de acolhimento para quem vai sair do país (...) isto foi em 2013, (...). portanto a partir daí foi uma união tão grande tão grande que eu sobrevivi e até agora eu estou em Portugal à espera, mas tenho uma grande proteção dos médicos do mundo proteção na parte da saúde e</p>
---	--

na parte social e num ambiente que é pra mim pra mim a minha nova Retaguarda familiar.

P4

L3 “Eu já conheço os MdM há muitos anos. Eu estava na rua (...) Mas um dia resolvi ir até aqui quando a RN já era na ribeira (...) la perguntou-me se queria ir para um albergue, eu disse logo que sim, mas depois disse que preferia ir para o Despertar, uma coisa para toxicod dependentes e sem abrigo, porque la sempre tinha mais liberdade. Quartos partilhados, mas não tinha tanto controlo de horários (...) Só mais tarde quando já tinha mais rendimentos consegui pagar um quarto”.

P5

L3 “Eu estava muito doente e soube que havia aí na minha rua os médicos do mundo e fui lá falar com a dra. J. (psicóloga), mais ou menos há 10 anos. Foi a E., a minha comadre que me falou que os MdM ajudavam e sem pedir dinheiro. E desde então nunca mais saí, fui sempre muito assídua.

P6

L3 “Foi através da D. B. que mora no meu prédio e já frequenta os MdM há muitos anos e então falou-me e fiquei muito satisfeita desde que me juntei. Foi há cerca de 2 anos.

P7

L3 “Foi há muito tempo, há mais de 10 anos. Estava sentado a beira da cabine de telefone, na rua e um dos médicos do mundo passou por mim a dra. Antónia e perguntou se estava sozinho, e se queria passar lá tempo com eles. E comecei a ir”.

P8

	<p>L3 “Eu nem sei como, parece-me a mim que foi através da técnica da junta de freguesia, que também me puseram o telefone com a pulseira (help-phone). Mais ou menos há 12 anos”.</p> <p>P9</p> <p>L3 “Isso foi por causa da minha esposa, quando lhe deu o AVC, eles apareceram lá passado 2-3 anos de lhe acontecer. Talvez tenha sido pela junta de freguesia, que nos ajudavam iam lá a ajudar com os cuidados de higiene, mas na maioria das vezes quando chegavam eu já tinha tratado, não queria estar à espera. Mas eles iam lá, ajudavam, conversavam um pouco e assim... Desde 2008 mais ou menos e depois continuei sempre ligado à MdM”.</p>
--	--

<p>Lugar</p> <p>Favorito</p>	<p>Pergunta 3 (está na carct. SD)</p> <p>P1</p> <p>L44“Este bocadinho de rua, a vizinhança é espetacular, podemos contar uns com os outros, vou à mercearia e até me ajudam a trazer as compras aqui a casa”.</p> <p>L16“O sítio que mais gosto de estar é na praia indiscutivelmente. Fui lá ainda há dias que estava chateado. Porque sempre adorei a praia, quase que nasci lá. Aquilo faz-me senti muitas amizades, pessoas muito culpas, de posição alta mesmo”.</p> <p>P2</p> <p>L40 “Não sei porque depende da hora.</p> <p>L42 “Eu gosto de estar em cafés, restaurantes” (...) Gosto de escrever, escrevo imenso. Escrever rascunhos de cartas para pessoas. Por vezes são 5 da manhã já estou em Matosinhos que é o café que abre primeiro.</p>
--	---

L50 “Se houvesse possibilidade de haver escola todos os dias, frequentava a escola pelo para informática estou-me a dedicar agora a Biblioteca também. Estou recentemente inscrito na Universidade Sénior Rotary de Matosinhos, e estou a gostar muito.

P3

L21 “Não haja dúvida que é nos MDM, porque foi a primeira que eu senti que era uma organização muito humanitária, com tendência para acompanhar a pessoa nas suas aflições de saúde ou mesmo sociais”.

P4

L32 “Gosto de estar isolado a escrever. Não gosto de barulho, se tiver muito barulho fico logo alterado. “Passo muito tempo no quarto”, a escrever a bater tecla numa máquina de escrever”.

P5

L10 “Não sendo na minha casa é na MdM. Gosto muito da minha casa, mas também gosto da MdM. Sinto-me bem. Por exemplo quando vou para aí cheia de dores à quarta-feira e enquanto aí estou não sinto dores nenhuma, passa um bocado mal volto para o carro já me voltam as dores. E isto não é maluquice minha, é mesmo assim que me sinto.

P6

L12 “Sim, mas o meu favorito seria a minha casa porque é onde me sinto bem. Meu lar, doce lar”.

P7

L11 “O lugar que gosto mais de estar é no café embaixador. O meu sítio favorito porque é um sítio que vou há muitos anos desde jovem, e tenho lá muitos amigos que é gente que é como família e gosto de lá estar. Sinto-me bem”.

	<p>P8</p> <p>L12 “Agora é mais por casa, habituei-me muito à casa. Estar sozinha por mim não tem importância. Ninguém me prende nem chateio ninguém. Tenho o meu gato sempre à minha, que me faz sempre companhia” (...) Antigamente era eu que fazia a roupa em croché dos meus filhos, mas agora não faço nada. Se quero sentar sento, se quero andar ando, não chateio ninguém nem ninguém a mim”.</p> <p>P9</p> <p>L15 “Gosto de estar em casa, mas não muito tempo, gosto de estar um bocado em cada lado (...) Eu gosto de estar a fazer trabalhos manuais, a ajudar os outros, ir a casa dos outros...”</p>
--	--

<p>Auto-Percepção Poder (opiniões decisões são respeitadas e consideradas?)</p>	<p>Pergunta 4 e 6</p> <p>P1</p> <p>L23 “Sinto-me ouvido e aceitam as minhas opiniões. Mas há o problema de a família estar longe. Mesmo assim preocupam-se e perguntam o que se passa quando as coisas não estão bem. Com as MdM nunca tive um vira-costas”.</p> <p>P2</p> <p>L24 “A minha irmã diz que aborreço, a minha madrasta quer controlar tudo, como se fosse capacho, quer que faça milagres com o dinheiro que tenho, as minhas filhas não querem saber do que digo”.</p> <p>P3</p> <p>L25 “Sim, opiniões, pedidos pessoais, que são aceites e as chamadas dicas para ajudar.</p>
--	--

Principalmente na area social e de saude com as minhas dificuldades. Aquele grupo profissional dos MdM, eu acredito que sim, eles têm em conta. porque é os pedidos que eu mais dirijo e até eles advinham. Sim eles têm em conta. Mas não é tudo á minha maneira, ajudam, vêm se podem ou não concordar e há que respeitar isso.

L32 “Por exemplo antes ia comer a uma cantina e recebia apoio domiciliário, e depois como segundo a lei não podia ter apoio de dois sítios, disse qual preferia ir e ficou esse.

P4

L40 “Sim. Têm em consideração. Sempre que preciso de alguma coisa, estão disponíveis. Quando eu tenho uma opinião diferente eles aceitam, mas se estou a fazer alguma coisa errado tento ouvir e corrigir (...) Família não tenho família, a minha família são os médicos do mundo e o centro de são Nicolau”.

P5

L16 “Pela minha família é um bocado chatice (...) Ouvem as minhas opiniões, mas nem sempre. Os profissionais de saúde eu acho que sim, ultimamente não me posso queixar muito, tendo em conta tantas doenças que tenho. Nos MdM também. Não tenho sido muito contrariada aí, só sou contrariado quando tem que ser. Quando não é como eu quero, quando não é aquilo que é certo, porque a gente nem sempre diz aquilo que é certo, (...) as minhas opiniões nem são sempre certo. Costumo fazer as coisas à minha maneira”.

P6

L14 “Gosto de dar as minhas opiniões. Acho que sim, na maioria sim. É bom nos termos a nossa opinião. Não sei se os outros me ouvem, não posso responder por eles, mas sim ouvem”.

P7

L15 “Os médicos do mundo sim, têm em conta aquilo que eu digo e faço e a prova é que podem perguntar a elas. Quanto á camaradagem não, em específico um membro do grupo que não toma em conta o que digo. Porque estamos pegados. Os restantes já me conhecem, gostam da minha maneira de ser, da minha pessoa.

L19 “A maior parte da minha família não está cá, está fora em Toulouse. Só tenho uma filha e um neto. Esse neto adora o avô, eu sou Deus para ele. Eles consideram o que eu digo porque eu quando faço uma coisa penso dez vezes, penso muito bem antes de fazer as coisas”.

P8

L22 “Agora que estou doente é por demais, estão sempre a ligar e a trazer coisas, até fico palerma. Tenho uns filhos maravilhosos, para o que eu vejo. Sim eles ouvem o que digo. Os médicos do mundo também, qualquer coisa que peça eles tentam fazer... No centro de saúde não sei se eles me ouvem... eu queixava-me de estar a emagrecer, a médica dizia que era bom para a idade... eu queixava-me do cansaço, de me levantar e até ficar tonta, mandou-me fazer um TAC umas análises e ficou fechado três meses, se não fosse a minha neta ninguém se lembrava de ver. E no final estava doente e elas não estavam a tomar atenção”.

P9

L19 “Depende da opinião, depende da conversa. Eu dou a minha opinião e as pessoas gostam ou não gostam. Sim eu também só gosto de falar quando sei o que estou a falar, se não conhecer não posso dar opinião. Mas as coisas que quero fazer em geral as pessoas acatam e concordam comigo. Com a família eu não me dou bem (...)”.

<p>Oportunidade de Participar nas decisões políticas, relações e integração de rede.</p> <p>Preocupações político-sociais</p>	<p><u>Pergunta 17</u></p> <p>P1</p> <p>L124 “Nunca ouvi um ministro da saúde ou médico qualquer, só falam da doença de alzheimer só sabem dizer que é mental e destrói a pessoa, mas nunca ouvi um debate dizer assim a dizer que vão fazer uma casa de apoio para os mais dificultados</p> <p>L128 “E gostava de dizer o que eu passei, e que muita gente está a passar, mas não tem capacidade</p> <p>L131 “Gostava de fazer ouvir aquilo que eu passei. Mas era preciso darem-me a oportunidade”.</p> <p>“Outra coisa que é feio e suja a falta de limpeza na praça. Custa-me as pessoas que não aceitam sair da rua por terem horários a cumprir, preferem ficar na rua porque estão livres. Isto é feio para o turismo.”</p> <p>L121 “E na assembleia da república há muita coisa errada, e sobretudo há gente a mais, e quem paga somos nós”</p> <p>L123 “Se eu fosse convidado a algum debate ou numa estação de televisão, eu gostaria de participar (...) partilhava a minha opinião”.</p> <p>P2</p> <p>L194 “As manifestações dos crimes domésticos, acho que está a ser muito demasiado (...) Parece que as mulheres querem ganhar mais poder que os Homens”</p> <p>L199 “(...) eu tive dois crimes domésticos que foi a minha mulher que provocou e acabei por ser eu o réu e ela a heroína” L197 (...) E eu sou defensor das mulheres”</p> <p>P3</p> <p>L131 “Gostaria imenso de participar num tema específico na minha classe de veterano, idoso, senior e de falar sobre isso se eu soubesse de uma oportunidade (...)”.</p> <p>L134 “Nós devíamos ter um dia, nem que fosse uma comissão parlamentar”</p>
---	--

L136 “... ouvirem a voz viva, para olharem nos nossos olhos, e verem que o rosto que eu tenho agora (...) o cabelo, as dificuldades físicas... Tudo mudado”

L139 “Todos os temas relacionados com os idosos: violência, a pobreza”

L140 “acho que estamos um bocado esquecidos!”

P4

L149 “...acho que a nossa sociedade agora está muito mais fechada.

L150 “Uma pessoa pede uma informação na rua e as pessoas têm medo.”

L153 “Há muitas desigualdades... Eu gostava de ter uma conversa com essas pessoas que estão lá no governo, com quem pode mudar as coisas, que a gente não tem voz para expor o nosso problema”

L156 “Porque antes das eleições eles prometem muito, mas depois não se vê nada”

L158 “Tenho 35 anos de desconto ... podiam-me dar o subsídio correspondente ... estão a dar uma ajuda, e não a reforma”

P5

L110 “Nesta altura apenas queria dizer aos nossos governantes que têm feito um bom trabalho na minha opinião”.

L108 “Não gostava nada do nosso 1º ministro, e agora tenho outra opinião e respeito sobre ele”.

P6

L68 “... não gostava de ir falar à assembleia, Deus me livre. Eu não tenho voz, vamos ao destino e é nos fechado tudo. Sabe que os pobres não têm voz. E os que têm é-lhes fechado”

“Eu acho que devia haver mais justiça e menos desigualdade, (...) mas já não se endireita o mundo”

L74 “Eu acho que as pessoas deviam ser mais humanas...”

P7

L100 “Já me disseram que eu dava um bom deputado na Assembleia da república.”

L102 “voltaram a injectar dinheiro no novo banco, milhões. Onde é que está o dinheiro que lá estava que desapareceu? vão injectar com os descontos dos Portugueses.”

L105 “...ia protestar os aumentos das reformas. Os pensionistas que trabalharam anos e anos e anos e recebem uma miséria, e esses que lá estão (AR) recebem seis, sete mil e ainda dizem que é pouco.

L107 “O rico cada vez mais rico e o pobre cada vez mais pobre.”

P8

L102 “... não achei bem quando eu me queimei, o centro de saúde fazer-me ir lá aos tratamentos quando estava tão doente, E custou-me muito ir lá a pé e vir, até me falta o ar”

L104 “os MdM ligaram para lá a pedir para fazer os tratamentos no domicílio, mas só vieram uma vez”

P9

L99 “...os sem-abrigo que era das primeiras coisas que tinha de falar que eles tinham de arranjar a todos sítio para viver.”

L102 “No tempo de Salazar não havia ninguém na rua, ninguém...!

L103 “Eu não gosto da política sabe porquê? Eu já fui presidente da junta de freguesia da minha Terra (...) não quis mais, porque é muita corrupção.”

L108 “A política para mim é a coisa pior que já no mundo... o dinheiro fala mais alto e é tudo por interesse.