



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI

**MESTRADO EM INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM CONTEXTOS DE RISCO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO
ENVELHECIMENTO ATIVO**

TRABALHO DE PROJETO APRESENTADO À ESCOLA SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI PARA OBTENÇÃO DE
GRAU DE MESTRE EM INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM CONTEXTOS DE RISCO

DE

MARIA DA GUIA LOPES GONÇALVES SOARES

ORIENTAÇÃO

DOUTORA FLORBELA SAMAGAIO

DOUTORA GABRIELA TREVISAN

Porto, Setembro de 2016

Agradecimentos

Agradeço a tudo aquilo que acredito e me fez lutar nesta caminhada e alcançar os objetivos que um dia tracei e hoje consegui conquistar.

Às minhas orientadoras, Doutora Florbela Samagaio e Doutora Gabriela Trevisan, pelas orientações, dedicação, esforço e paciência em todos os momentos de angústia, nervosismo e preocupação, que foram vários ao longo do percurso.

Não poderia deixar de agradecer ao professor Rui Ramalho, que se juntou a este trabalho de projeto e muito me auxiliou, no tratamento dos dados através da utilização de programas apropriados para este trabalho de projeto.

Expresso ainda o meu agradecimento ao Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP) que tão bem me acolheu e claro, aos seus idosos, que se disponibilizaram e colaboraram, pois sem a sua colaboração não teria sido possível a realização do mesmo.

Agradeço ainda à Direção da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, pela atenção e disponibilidade que demonstraram.

Em especial, à minha família por toda a dedicação, compreensão e apoio transmitido ao longo de todo o percurso, que se apresentou com vários obstáculos, mas que com a ajuda de todos consegui superar.

Finalmente, a todos(as) aqueles(as) que acreditaram em mim, nunca me fizeram desistir e estiverem sempre presentes nos momentos em que mais precisei.

Este projeto deve-se não só a mim, mas também a vós.

Obrigada a todos!

Resumo

Em pleno século XXI, o envelhecimento da população portuguesa é uma realidade cada vez mais acentuada, que tem vindo a ser alvo de atenção na nossa sociedade. É precisamente esta amplificação do envelhecimento que tem vindo a desafiar não apenas governos, mas também famílias e profissionais, a encontrar ofertas que proporcionem condições de vida dignas e com qualidade, aos seus idosos.

Perante esta realidade começa a valorizar-se, cada vez mais, o Envelhecimento Ativo, tema deste trabalho de projeto, que visa a melhoria das condições de saúde, a participação e segurança, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos.

O presente trabalho de projeto tem como objetivo principal perceber qual a perceção dos idosos do CCOP sobre o Envelhecimento Ativo, assim como se, na opinião dos mesmos, a instituição que frequentam lhes proporciona Envelhecimento Ativo. No fundo o objetivo é ouvir a opinião dos próprios idosos, a fim de se retirarem ilações. Para melhor complementar este trabalho de projeto, optou-se por ouvir também a opinião do presidente do CCOP, sobre o mesmo assunto.

A fim de se alcançarem estes objetivos, optou-se por utilizar uma metodologia mista, em concreto, o método qualitativo (entrevistas) e o método quantitativo (inquéritos), de forma a verificar as hipóteses formuladas na pesquisa com maior exatidão, assim como abranger uma amostra mais significativa.

De realçar que da confrontação entre a literatura da especialidade e os resultados obtidos, mais do que conclusões surgiram inquietações, reflexões e futuras linhas de investigação, que apontam não só para a necessidade de reformulação de políticas, medidas e estratégias rumo a um Envelhecimento Ativo, mas também para a valorização desta faixa etária, que nos próximos anos assumirá, sem dúvida, uma forte importância na regulação global das nossas sociedades.

Com a Intervenção Comunitária pretende-se não apenas intervir na comunidade, mas sim, com a comunidade, no sentido de envolver os próprios intervenientes no processo de reflexão, ajustamento e melhoramento, dentro daquilo que é desejável e possível.

Palavras chave: Envelhecimento Ativo; Idosos; Intervenção Comunitária

Abstract

In the twenty-first century, the ageing of Portuguese population is an increasingly sharp reality, which has been the subject of attention in our society. It is precisely this ageing amplification that has been challenging not only for governments, but also families and professionals, to find offers that provide decent living conditions and quality to their elderly.

Faced with this reality Active Ageing, subject of this research, is increasingly valued, which aims to improve the health, participation and security in order to provide a better quality of life for the elderly.

This research aims to understand perceptions perception of the elderly participants of the CCOP on Active Ageing, as well as if the institution provides them attending Active Ageing activities. In the background the goal is to hear the views of older people themselves in order to withdraw conclusions. To further complement this research, it was decided to also hear the opinion of the president of the CCOP, on the same subject.

In order to achieve these objectives, a mixed methodology was used, in particular, the qualitative method (interviews) and quantitative method (surveys) in order to verify the assumptions made in research with greater accuracy, as well as cover a more significant sample.

Note that the confrontation between the literature and the results brought more than conclusions. It also led to emerged concerns, reflections and future lines of research, pointing not only to the need to reform policies, measures and strategies towards an Active Ageing, but also for the development of this age group, which in the coming years will take undoubtedly a strong importance in the global regulation of our societies.

With Community Intervention it is intended to not only intervene in the community, but with the community, to involve stakeholders own the process of reflection, adjustment and improvement, within what is desirable and possible.

Keywords: Active Ageing; Elderly; Community Intervention

Índice Geral

Índice de Figuras	7
Índice de Tabelas	8
Índice de Anexos	9
Lista de Siglas e Abreviaturas	11
Introdução.....	12
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
Cap. 1 – Envelhecimento Demográfico.....	14
1.1. Envelhecimento Demográfico no mundo e em Portugal.....	14
1.2. Projeção do envelhecimento para Portugal em 2060.....	17
1.3. Causas e conseqüências do envelhecimento da população.....	20
Cap. 2 – Envelhecimento: uma perspetiva multidisciplinar	22
2.1. Contextualização e conceito do Envelhecimento	22
2.2. A passagem à reforma.....	26
2.3. Teorias e modelos para compreender o envelhecimento	29
2.4. Estereótipos, representações sociais e modos de vida no envelhecimento.....	33
Cap. 3 – Envelhecimento Ativo.....	41
3.1. O conceito de Envelhecimento Ativo	41
3.2. Envelhecimento Ativo – conceções de organismos supranacionais	45
3.3. Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (2012)	
49	
Cap. 4 – Envelhecimento e Políticas Sociais.....	52
4.1. Políticas Sociais do Envelhecimento	52
4.2. Acontecimentos internacionais que marcaram as políticas sociais do Envelhecimento	55
4.3. Evolução das respostas sociais dirigidas à população idosa em Portugal	57
4.4. Obstáculos e potencialidades das políticas de Envelhecimento Ativo	60
4.5. As Respostas Sociais e a Intervenção Socioeducativa no Envelhecimento.....	61
4.6. Hipóteses teóricas orientadoras do trabalho	63
II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO: Envelhecimento Ativo no CCOP	65
Cap. 5 – Alguns dados de caracterização do local de estudo	65
5.1. Freguesia da Sé	67
5.2. Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP).....	69

5.3. A População	71
Cap. 6 – Opções Metodológicas	72
6.1 – Definição e delimitação do estudo empírico.....	72
6.2. Objetivos do trabalho.....	73
6.3. Instrumentos utilizados na recolha de dados	73
6.4. Tratamento da informação recolhida	77
Cap. 7 – Representações de Envelhecimento Ativo, no Circulo Católico de Operários do Porto	79
7.1. Caraterização sociodemográfica dos inquiridos	79
7.2. Identificação e caraterização das profissões dos inquiridos	80
7.3. Caraterização do estado de saúde dos inquiridos.....	81
7.4. Análises correlacionais com base nos resultados dos inquéritos	81
7.5 – Discussão dos Resultados	92
7.6. – Sugestões para Intervenção numa perspetiva Comunitária	96
Considerações Finais	101
Bibliografia.....	106
Anexos	

Índice de Figuras

Figura 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2012 (estimativas) e 2035 (projeções, por cenários)

19

Figura 2 - Sexo e Idade dos inquiridos 71

Figura 3 – Grau de escolaridade dos inquiridos 80

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Género * O que significa envelhecer	81
Tabela 2 - Género * Satisfação com o envelhecimento (<i>crosstabulation</i>)	82
Tabela 3 - Género * Avaliação do EA (<i>crosstabulation</i>)	82
Tabela 4 - Idade * O que significa envelhecer (<i>crosstabulation</i>).....	83
Tabela 5 - Idade * Avaliação do EA (<i>crosstabulation</i>)	83
Tabela 6 - Estado Civil * o que significa envelhecer	85
Tabela 7 - Estado Civil * Satisfação com o envelhecimento	85
Tabela 8 - Estado Civil * Avaliação do EA	86
Tabela 9 - Idade da reforma * Como olha o próprio envelhecimento	87
Tabela 10 - Idade * Considera-se uma pessoa saudável? (<i>crosstabulation</i>)	87
Tabela 11 - Género * Considera-se uma pessoa saudável? (<i>crosstabulation</i>)	87
Tabela 12 - Como olha o envelhecimento* Considera-se uma pessoa saudável?.....	88
Tabela 13 - Sente-se ativo? * Avaliação do próprio EA (<i>crosstabulation</i>).....	88
Tabela 14 - Ocupação do dia-a-dia * Como olha o próprio envelhecimento	89
Tabela 15 – Ocupação do dia-a-dia * Avaliação do seu Envelhecimento Ativo	89
Tabela 16 - Motivo para ir para o CCOP * Estado Civil.....	90
Tabela 18 - O que ainda gostaria de fazer * Idade	90
Tabela 19 - O que ainda gostaria de fazer * Género	91
Tabela 21 - O que ainda gostaria de fazer * Sente-se uma pessoa ativa	91
Tabela 22 - O que ainda gostaria de fazer * Considera-se saudável?.....	92

Índice de Anexos

Anexo 1 - estrutura etária da população por grandes grupos de idade (%), Portugal, 1970-2014

Anexo 2 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal, 1970-2014

Anexo 3 - População jovem (0 a 14 anos de idade) (%), UE 28, 2003 e 2013

Anexo 4 - População idosa (65 e mais anos de idade) (%), UE 28, 2003 e 2013

Anexo 5 - Índice de envelhecimento, UE 28, 2003 e 2013

Anexo 6 - Índice de renovação da população em idade ativa, UE 28, 2003 e 2013

Anexo 7 - Pirâmides etárias, Portugal e UE 28, 2013

Anexo 8 - População residente dos 0 aos 14 anos (em milhares), Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções)

Anexo 9 - População residente com 65 ou mais anos (em milhares), Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções)

Anexo 10 - População residente dos 15 aos 64 anos (em milhares), Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções)

Anexo 11 - Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções)

Anexo 12 - Pirâmide etária, Portugal, 2012 (estimativas) e 2035 (projeções, por cenários)

Anexo 13 - Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013.

Anexo 14 - Determinantes do Envelhecimento Ativo

Anexo 15 - Estratégias de políticas sociais e programas sociais para a população idosa - Ver p. 98 (Carvalho, 2013)

Anexo 16 - Serviços e Equipamentos Sociais dirigidos à população idosa no âmbito da Segurança Social (Carvalho 2013, p.96)

Anexo 17 - Portaria n.º 67/2012

Anexo 18 - Distribuição espacial das respostas sociais para as Pessoas Idosas, por concelho 2014

Anexo 19 - Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente 2000-2014

Anexo 20 - Taxa de utilização das respostas sociais para as Pessoas Idosas, por concelho 2014

Anexo 21 - População residente com 65 e mais anos de idade (2001 – 2011), (Porto e freguesia da Sé)

Anexo 22 – Taxa de variação da população residente com 65 e mais anos de idade (2001 – 2011), (Porto e freguesia da Sé)

Anexo 23 – Densidade Populacional (Porto e freguesia da Sé)

Anexo 24 – Índice de Envelhecimento (Porto e freguesia da Sé)

Anexo 25 – Índice de dependência de idosos (Porto e freguesia da Sé)

Anexo 26 - Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro. Reorganização administrativa do território das freguesias

Anexo 27 – Agregação das freguesias do Concelho do Porto

Anexo 28 – Imagens da freguesia da Sé

Anexo 29 – Missão do Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP)

Anexo 30 – Objetivos do Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP)

Anexo 31 – Guião entrevista ao diretor do CCOP

Anexo 32 – Guião entrevista aos idosos

Anexo 33 – Guião inquéritos pré-testes

Anexo 34 - Conclusões Pré-testes (inquéritos)

Anexo 35 – Guião inquérito aos idosos

Anexo 36 – Transcrição integral das entrevistas (idosos)

Anexo 37 – Grelhas de análise de conteúdo (entrevistas idosos)

Anexo 38 – Transcrição integral da entrevista ao presidente do CCOP

Anexo 39 – Grelha de análise de conteúdo (entrevista ao presidente CCOP)

Anexo 40 – Análise de dados através do programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

Anexo 41 – Conclusões respostas Abertas (inquéritos), com base no Excel

Anexo 42 – Apoio aos idosos no local de residência - perspetiva dos inquiridos (elaborado com base no Excel)

Anexo 43 – Atividades do CCOP e promoção do Envelhecimento Ativo - perspetiva dos próprios idosos (elaborado com base no Excel)

Anexo 44 – Classificação Portuguesa das Profissões

Lista de Siglas e Abreviaturas

ADI - Apoio Domiciliário Integrado

CCOP – Círculo Católico de Operários do Porto

CPP – Classificação Portuguesa das Profissões

EA – Envelhecimento Ativo

fi – Frequência Absoluta

INE – Instituto Nacional de Estatística

km² – quilómetros quadrados

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

pp. – páginas

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Séc. – Século

Sr. – Senhor

UAI - Unidade de Apoio Integrado

UE – União Europeia

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Introdução

Numa época em que a temática do envelhecimento demográfico é transversal a quase todas as sociedades, importa analisar a forma como os idosos envelhecem e a influência que a própria sociedade tem nesse processo.

Tal como nos diz Lima (2010), citado por Carvalho (2013), o envelhecimento é um processo complexo e dinâmico, ao qual estão associadas representações e estereótipos, maioritariamente negativos, que tendem a causar desvalorização da pessoa idosa.

Neste sentido, a escolha desta temática sustenta-se em motivações que resultaram de vivências familiares e comunitárias, que precocemente nos despertaram o interesse por esta população, sempre com intuito de a valorizar.

Nesta linha de pensamento, coloca-se o problema de pesquisa “*Perceções e Representações Sociais sobre Envelhecimento Ativo*”, de forma a perceber de que forma as escolhas dos idosos influenciam as suas representações de Envelhecimento Ativo, assim como compreender o papel do Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP) no Envelhecimento Ativo dos idosos que frequentam esta instituição.

O presente trabalho de projeto divide-se em duas partes principais: enquadramento teórico e estudo empírico. A primeira parte composta por quatro capítulos procura explorar os conceitos teóricos associados ao problema de pesquisa. A segunda parte apresenta três capítulos onde se define e delimita o presente trabalho de projeto, apresenta-se a metodologia adotada, aclara-se os resultados e conclusões do estudo, faz-se uma discussão dos mesmos, apresenta-se algumas sugestões para projetos e intervenções futuras e apresenta-se uma proposta de Intervenção Comunitária.

Assim, este trabalho de projeto divide-se em sete capítulos, destinando-se o primeiro a uma contextualização do envelhecimento demográfico no mundo e em Portugal bem como a algumas projeções do envelhecimento para 2060.

Dedica-se um segundo capítulo ao envelhecimento onde para além da contextualização do termo e da apresentação de teorias e modelos que ajudam na compreensão do envelhecimento, se destaca uma questão central deste trabalho de projeto que são as representações sociais, conceito que é fortemente utilizado na Psicologia Social, entre outras abordagens científicas. Na realidade estamos perante uma sociedade que está imbuída de representações sociais, sobre o que é envelhecer e envelhecer ativamente, o que condiciona a visão que se tem dos velhos e do que é o

envelhecimento. Este trabalho centra-se precisamente nesta visão do Envelhecimento Ativo por parte dos próprios idosos, não tanto em saber como este envelhecimento é proporcionado mas sim como ele é visto pelos próprios idosos. Com base nestas representações sociais, terminamos este capítulo com alusão à passagem à reforma, uma vez que maioritariamente se associa esta etapa à transição para o envelhecimento, trazendo consigo estereótipos.

No terceiro capítulo com menção ao Envelhecimento Ativo, tema central deste trabalho de projeto, onde se procura clarificar o conceito, com base na definição feita por organismos supranacionais como é o caso da Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como referir alguns acontecimentos importantes neste âmbito, como por exemplo o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, assinalado em 2012.

Com o quarto capítulo objetiva-se clarificar e evidenciar algumas políticas sociais relacionadas com o envelhecimento, a evolução destas respostas dirigidas à população idosa em Portugal, assim como os obstáculos e potencialidades das mesmas. Para concluir este capítulo apresenta-se uma reflexão relativamente às respostas sociais e à intervenção no envelhecimento, bem como se apresentam as hipóteses de trabalho.

Segue-se o quinto capítulo onde se caracteriza de forma breve do concelho do Porto, da freguesia da Sé, do Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP), instituição onde se desenvolveu este trabalho de projeto, assim como dos seus idosos.

No sexto capítulo são apresentadas e justificadas as escolhas metodológicas, mais propriamente a necessidade da utilização de uma metodologia mista (qualitativa e quantitativa), bem como são formuladas as hipóteses de trabalho. Ainda neste capítulo são apresentados os objetivos deste trabalho e procede-se ao tratamento e análise dos dados.

Por último no sétimo capítulo apresentam-se os resultados finais devidamente dissecados, procura-se discutir os dados e sugerir futuras investigações e intervenções, terminando-se com uma proposta de Intervenção Comunitária com base na população alvo deste trabalho de projeto, os idosos do CCOP.

Para finalizar, apresentam-se algumas considerações finais, que procuram responder ao problema de pesquisa e às respetivas hipóteses teóricas, levantando ao mesmo tempo alguns desafios e considerações que se julga pertinente.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cap. 1 – Envelhecimento Demográfico

1.1. Envelhecimento Demográfico no mundo e em Portugal

Neste trabalho de projeto assume-se, de acordo com Lima (2010) citada por Carvalho (2013), que o envelhecimento é um processo complexo e dinâmico, que ocorre ao longo de toda a vida, desde a concepção até à morte. Defende-se ainda, de acordo com Carvalho (2013) que o envelhecimento é multidimensional e dinâmico, sendo a velhice assumida como algo inevitável, porém abordada com alusão ao ciclo de vida, como um processo que integra fatores pessoais, económicos, comportamentais, culturais, sociais e de género, os quais determinam o modo como se envelhece.

Como tal, após várias leituras julga-se que este processo pode ser explicado a partir do ponto de vista demográfico, dado que este envelhecimento demográfico abrange as alterações da estrutura etária da sociedade e traduz-se no acréscimo daqueles que têm 65 e mais anos de idade, no total da população (Carvalho, 2013).

De acordo com Carvalho (2013) o envelhecimento demográfico, entendido como sendo o aumento absoluto e relativo da população, com 65 e mais anos de idade no total da população em Portugal, começa a evidenciar-se a partir dos finais do século XX.

Na mesma linha de pensamento, o INE (2015), refere que o envelhecimento demográfico traduz as alterações na distribuição etária da população, revelando uma maior proporção de população em idades mais avançadas, consequência dos processos de declínio da natalidade e aumento da longevidade, sendo vista internacionalmente como uma das mais relevantes tendências demográficas do século XXI.

Esta tendência, tendo em conta o passar dos anos, depreende-se que decorre da evolução das estruturas demográficas, derivada quer dos índices de fecundidade quer da esperança de vida à nascença, tendo como ponto de partida a melhoria das condições de vida das sociedades contemporâneas.

Assim, como resultado da queda da natalidade e aumento da longevidade nas últimas décadas, a proporção de população jovem diminuiu 14 pontos percentuais entre 1970 e 2014, tendo, o peso relativo da população idosa aumentado de 9,7 por cento em 1970, para 20,3 por cento em 2014, o que significa um aumento de 11 pontos percentuais, como se pode ver no anexo 1 (INE, 2015).

Enquanto abordagem teórica, o envelhecimento demográfico “*assenta na teoria da transição demográfica, ou seja, na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e fecundidade assumiam valores elevados para um modelo em que ambos os movimentos assumem níveis baixos*” (Carrilho, 2007, p. 24).

Depreende-se assim, que os desafios que atualmente se colocam, são incitados pelo aumento da população com 60 e mais anos de idade, que como se pode observar no anexo 1, aumentou de 9,2 por cento em 1990, para 11,7 por cento em 2013, em Portugal (INE, 2015).

Para Carvalho (2013) o envelhecimento demográfico em Portugal, resulta essencialmente de três fatores, sendo eles a baixa da natalidade, dado que cada vez nascem menos crianças, os fluxos migratórios em que os jovens saem à procura de melhores condições de vida, acabando por ficar os mais velhos no país e, por outro lado, regressa a população idosa emigrada ao país de origem. Por último, mas não menos importante, a autora refere ainda o aumento da esperança de vida quer à nascença quer ao 65 anos de idade (Carvalho, 2013).

Relativamente ao índice de renovação da população em idade ativa, que se traduz na relação entre o número de pessoas em idade potencial de entrada no mercado de trabalho (20 a 29 anos de idade) e o número de pessoas em idade potencial de saída do mercado de trabalho (55 a 66 anos de idade, em 2015), tem vindo a diminuir, com maior ocorrência nos últimos quinze anos, dado que em 2010 se situava abaixo de 100, passando a atingir os 84 em 2014 (INE, 2015), como é possível observar no anexo 2.

Perante este cenário, em 2014, a população que residia em Portugal era composta por 14,4 por cento de jovens, 65,3 por cento de pessoas em idade ativa e 20,3 por cento de idosos.

Remontando ao ano de 2013, o último segundo o INE (2015) com informação disponibilizada pelo EUROSTAT, Portugal apresentava uma das estruturas etárias mais envelhecidas entre os 28 Estados Membro da União Europeia, onde a proporção de jovens atingiu os 15,6 por cento na UE 28, quando em Portugal era de 14,6 por cento, confirmando-se a maior proporção de jovens na Irlanda com 22 por cento e a mais baixa na Alemanha com 13,1 por cento, como se pode ver no anexo 3 (INE, 2015).

Por outro lado, relativamente à proporção de pessoas com 65 e mais anos de idade em 2013, era de 18,5 % na UE 28 e de 19,9 % em Portugal, tendo-se verificado valores mais altos apenas na Grécia (20,5%), Alemanha (20,8%) e por último na Itália

(21,4%), sendo o valor mais baixo na Irlanda, com 12,6 por cento, como se pode ver no anexo 4 (INE, 2015).

Contudo, entre 2003 e 2013 a maioria dos países da UE 28 teve um aumento da proporção de idosos e um decréscimo da proporção de jovens, exceto na Irlanda e na Espanha (INE, 2015).

Segundo os dados do INE (2015), expostos no anexo 5, o número de idosos ultrapassou o de jovens, pela primeira vez em Portugal em 2000, tendo o índice de envelhecimento, que traduz a relação entre o número de idosos e de jovens, atingido os 141 idosos por cada 100 jovens em 2014.

Desta forma, de acordo com a denominação de Mendes (2005) e de Rosa (2012), estamos perante um “*Continente e Portugal Grisalho*”, cuja tendência demográfica, que concilia a descida da população jovem com o aumento da população idosa, resulta no agravamento demográfico português da população idosa.

Por outras palavras, a evidência do envelhecimento demográfico português da população idosa, coliga-se com a esperança média de vida, ou seja, o aumento da longevidade, assim como com a diminuição da natalidade e, mais recente ainda, com o impacto da emigração (INE, 2014a), como se comprova no anexo 6.

Importa também referir, que em Portugal é visível o envelhecimento da população em idade ativa, tal como demonstra a diminuição do índice de renovação da população em idade ativa, onde existia em 2003 por cada 100 pessoas dos 55 aos 64 anos de idade, 136 pessoas com 20 a 29 anos de idade, tendo esse valor baixado para 84 em 2014 (INE, 2015).

Na UE 28 o cenário é semelhante, dado que em 2013 o índice de renovação da população em idade ativa era de 97 pessoas, com 20 a 29 anos de idade, por cada 100 pessoas dos 55 aos 64 anos de idade, tal como se pode verificar no anexo 6 (INE, 2015).

O que realmente se verifica segundo os dados do INE (2015) é que desde 2010 o número de pessoas em idade potencial de saída do mercado de trabalho, não é equilibrado com o número de pessoas com idade potencial de entrada no mesmo.

Perante estes dados, ao analisar-se as pirâmides etárias de Portugal e da UE 28, presentes no anexo 7, estas encontram-se sobrepostas, o que revela um duplo envelhecimento demográfico no topo e na base da pirâmide, que resulta da diminuição da população jovem e consequentemente alargamento do topo, devido ao aumento da população idosa.

Assim, estas pirâmides refletem o aumento do número de idosos (65 e mais anos de idade), a diminuição do número de jovens (0 a 14 anos de idade), assim como do número de pessoas em idade ativa (15 aos 64 anos de idade), dos últimos anos em Portugal e no conjunto dos Estados Membros da UE 28.

Em síntese, Portugal no conjunto dos 28 da UE apresenta o quinto valor mais elevado de índice de envelhecimento e o terceiro valor mais baixo de índice de renovação da população em idade ativa (INE, 2015).

Tal como nos diz Marques (2011, p. 22), “*É necessário responder aos desafios económicos e sociais colocados pelo envelhecimento da população que se tem verificado em todo o Mundo e, em particular, na Europa e em Portugal*”.

Tendo em conta as tendências demográficas atuais, aqui exploradas, entende-se que será uma tarefa fundamental repensar não só as políticas sociais destinadas aos mais velhos, como também o como encaramos a velhice.

1.2. Projeção do envelhecimento para Portugal em 2060

Os cenários de projeção considerados para este trabalho de projeto respeitam ao exercício de projeção do INE e estão sob um carácter condicional, tendo em conta a estrutura da população portuguesa residente em 2012, em cada um dos cenários de projeção (INE, 2014).

O INE definiu quatro cenários de projeção da população, sendo eles o cenário alto, central, baixo e sem migrações. O cenário alto combina as hipóteses de evolução otimista para a fecundidade, mortalidade e migrações. O cenário central por sua vez associa as hipóteses de evolução central para a fecundidade e para a mortalidade e a otimista para as migrações. O cenário baixo combina os pressupostos negativos para a fecundidade, primordial para a mortalidade e pessimista para as migrações. Por último, o cenário sem migrações é um cenário semelhante ao cenário central, mas que contempla a possibilidade de não ocorrência de migrações (INE, 2014).

Neste estudo, que visa salientar a acentuada tendência do envelhecimento demográfico, foram considerados apenas o cenário alto, central e baixo, dado que se pretende apenas ilustrar o acentuar da tendência do envelhecimento demográfico¹.

Destaca-se que os resultados deste exercício são condicionados pela estrutura e composição da população no momento de partida e pelos diferentes padrões de

¹ O cenário alto combina as hipóteses de evolução otimista para a fecundidade, mortalidade e migrações; o cenário *central* associa as hipóteses de evolução central para a fecundidade e para a mortalidade e a otimista para as migrações; o cenário *baixo* conjuga as hipóteses, pessimista para a fecundidade, central para a mortalidade e pessimista para as migrações (INE, 2012).

comportamento dos elementos de mudança da população, considerados em cada um dos cenários.

Importa ainda ter presente que, quanto maior for o período de projeção, maior será a incerteza associada, pelo que, a leitura dos resultados a longo prazo, deve ser munida de acrescida prudência.

De acordo com as projeções da população residente em Portugal entre 2012 e 2060, lançadas pelo INE a 28 de março de 2014, a população residente em Portugal tenderá a diminuir até 2060, em qualquer um dos cenários de projeção. No *cenário central* a população diminui de 10,5 milhões de pessoas em 2012, para 8,6 milhões de pessoas em 2060 (INE, 2014).

Para além deste declínio da população é também esperado que ocorram alterações da estrutura etária da população, tendo como consequência o contínuo envelhecimento demográfico em Portugal, em qualquer um dos cenários, podendo ser mais acentuado nas regiões atualmente menos envelhecidas (INE, 2014).

No entanto, além deste declínio populacional esperam-se também alterações na estrutura etária da população, sucedendo num contínuo e forte envelhecimento demográfico.

Desta forma, de acordo com o INE (2014), entre 2012 e 2060 no *cenário central* o índice de envelhecimento aumentará de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens.

De realçar que o INE disponibiliza os resultados do exercício das Projeções da população residente em Portugal entre 2012 e 2060, por sexo e idade, ano a ano até aos 95 anos de idade, tendo por base as Estimativas Provisórias Anuais de População Residente em Portugal em 31 de dezembro de 2012.

Neste sentido, o INE (2014) refere que a população com menos de 15 anos de idade, residente em Portugal, diminuirá no cenário central entre 2012 e 2060, de 1 550 para 993 milhares, como se pode ver no anexo 8. Contudo, embora esta tendência de decréscimo da população jovem seja comum a todos os cenários, há a possibilidade de em 2060 vacilar entre os 1 165 milhares no cenário alto e os 587 milhares no cenário baixo, dados que podem ser comprovados no anexo 8 (INE, 2014).

Relativamente às pessoas com 65 ou mais anos de idade, residentes em Portugal, esta aumentará entre 2012 e 2060, segundo as projeções do INE, de 2 033 para 3 043 milhares, no cenário central, podendo em 2060, a população idosa atingir os 3 344 milhares no cenário alto e os 2 729 milhares no cenário baixo (INE, 2014), como se

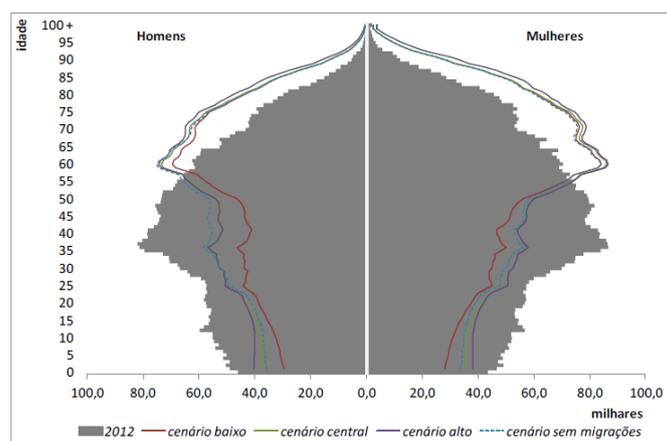
pode ver no anexo 9. O acréscimo mais intensificado da população idosa ocorrerá no cenário alto, como consequência de um maior aumento da esperança média de vida, estimado neste cenário (INE, 2014).

Também a população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade) residente em Portugal, diminuirá entre 2012 e 2060, de 6 904 para 4 540 milhares, no cenário central, podendo esta população em 2060, fixar-se entre os 4 715 milhares no cenário alto e 3 030 milhares no cenário baixo, como se pode comprovar no anexo 10 (INE, 2014).

Perante este panorama e de acordo com as projeções do INE (2014) espelhadas no anexo 11, o índice de envelhecimento da população aumenta de 131 idosos por cada 100 jovens em 2012, para 307 idosos no *cenário central* em 2060, sendo esta tendência comum a todos os cenários de projeção deste índice, mais concretamente, 464 idosos por cada 100 jovens no *cenário baixo*, ou aumentar, ainda que de forma menos saliente, para 287 idosos por cada 100 jovens no *cenário alto*.

Posto isto, depreende-se que as projeções e dinâmicas atuais da população portuguesa, indicam uma dinâmica populacional de declínio e envelhecimento, sem antecedentes na história portuguesa, com um aumento substancial do peso da população idosa e uma redução, embora que gradual, dos jovens e pessoas em idade ativa, como se poder verificar na **figura 1**.

Figura 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2012 (estimativas) e 2035 (projeções, por cenários)



Fonte: INE (2014a). Projeções de população residente 2012-2060. [Em linha]. Consultado em: 27 de novembro de 2015. Disponível em http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=215593684&att_display=n&att_download=y

Com base nos dados analisados, no que concerne à representação da pirâmide etária portuguesa, esta permite afirmar que se mantém envelhecida ao longo do período de projeção, como se pode ver no anexo 12, exposta pelo INE (2014). Mais concretamente, tendo presentes os valores dos cenários de projeção considerados, até 2060, assistir-se-á a um estreitamento na base da pirâmide assim como a um alargamento do seu topo, sendo conseqüentemente provável assistir-se a um duplo envelhecimento demográfico, facto que já se verifica, tal como foi descrito no ponto anterior.

1.3. Causas e consequências do envelhecimento da população

Considerando que a população com mais de 65 anos cresce a um ritmo acelerado, em comparação às gerações mais jovens e visto que a população ativa está a ser cada vez menor, de entre as várias causas possíveis, destacam-se os baixos índices de fecundidade e o aumento da esperança média de vida.

Os baixos índices de fecundidade, segundo Oliveira (2005) devem-se a um nível cada vez maior de formação da mulher, que tem como consequência o adiamento da decisão de ter filhos. Embora relativamente recente, outro dos fatores que tem influência nos níveis baixos de fecundidade prende-se com o uso generalizado de métodos contraceptivos e com o aborto, que vieram diminuir a procriação das mulheres portuguesas, dado que existem cada vez mais planeamentos para casais, consequência que provém do progresso (Oliveira, 2005).

Além disto, a nosso ver, também a instabilidade no trabalho e a insegurança relativamente ao futuro, devido a este cenário de crise, leva a que os casais evitem, de certa forma, ter filhos ou retardar os seus nascimentos.

De acordo com Rosa (2012), outra consequência associada ao envelhecimento é o aumento da longevidade que se deve essencialmente a três fatores, sendo eles a melhoria das condições de vida, dado que as pessoas hoje em dia possuem melhores condições de habitação, educação e saneamento básico, os progressos da medicina, pois com o passar dos tempos têm-se feito descobertas importantes, encontrando-se a cura para algumas e descobrindo a origem de outras, assim como a melhoria da assistência médica, dado que a população hoje em dia usufrui de uma panóplia de valências como os hospitais, médicos de várias especialidades, maternidades, entre outros (Rosa, 2012).

Na realidade, o tipo de vida que se leva, as consecutivas doenças e a influencia do meio, também tem uma grande parte de responsabilidade, impedindo que o envelhecimento seja unicamente uma calamidade biológica/hereditária (Oliveira, 2005).

O envelhecimento a nível individual depende também, nas palavras de Oliveira (2005) “*do mau ou bom uso que se tenha feito do corpo, da alimentação, dos hábitos mais ou menos saudáveis*” (Oliveira, 2005, p. 48).

Na prática muitas pessoas chegam à velhice em plena saúde, enquanto, outras atentam contra a sua própria saúde, precipitando por isso o envelhecimento, cometendo erros como o abuso na comida que leva a obesidade e outros problemas, a toxicidade como o álcool, tabaco e drogas, a vida sedentária, além de outras doenças mais ou menos graves, que provêm destes e outros fatores (Oliveira, 2005). Contudo, além destes fatores endógenos, existem fatores exógenos ou ambientais, fatores socioeconómicos e até mesmo socioprofissionais.

Perante este cenário e de acordo com Oliveira (2015), a Organização Mundial de Saúde teve de reformular aquilo a que se propunha em anos anteriores, dado que esta tinha como objetivo aumentar a esperança de vida, passando hoje em dia a considerar como desafio, aumentar a expectativa de vida dos idosos, visto que, nas últimas quatro décadas do século XX a esperança de vida aumentou, determinando-se agora dar a todos os idosos uma melhor qualidade de vida que passa por mante-los ativos.

Segundo Oliveira (2005), as consequências do envelhecimento podem ser pensadas a nível social, médico e económico, tendo-se consciência da existência de outras formas de pensar o envelhecimento. A nível social as consequências ligam-se à convivência de várias gerações, famílias com um ou vários idosos, enquanto a nível de saúde ou médico, as consequências relacionam-se com a exigência de mais serviços de saúde, maiores gastos com a medicação e tratamento e maior ocupação de camas hospitalares. Por último, a nível económico há cada vez um maior número de pensionistas, menos receitas para os cofres do Estado, mais lares para a terceira idade, assim como mais consequências políticas, como por exemplo, um maior peso nos votos de partidos conservadores.

Desta forma, de entre a diversidade de consequências do envelhecimento, este estudo e tendo em conta a sua finalidade, apenas se irá focar na possibilidade da Segurança Social se tornar insustentável e de algumas famílias abandonarem os idosos, situações que a nosso ver, se podem revelar mais gravosas a curto prazo.

Falando na Segurança Social, importa referir o objetivo primitivo da Segurança Social, abreviando, que passa por ajudar os mais desfavorecidos e aqueles que de certa forma já deram o seu contributo ao país. Remetendo à sociedade portuguesa, quando falamos no pagamento das reformas, este é feito, em parte, através dos descontos efetuados pela população que se encontra em situação ativa. Contudo, perante o agravamento do envelhecimento ao longo dos anos, os encargos com pensões, reformas e subsídios de desemprego são cada vez maiores, pois há um número cada vez maior de cidadãos inativos sobretudo nas áreas mais rurais. (Rosa, 1993).

Perante este cenário, a Segurança Social fica com dificuldades financeiras e faz emergir um sentimento de receio das gerações mais novas face ao futuro. A população pode estar assim perante o desmoronamento de um modelo de proteção social.

Relativamente ao abandono dos idosos pelas famílias, este dá-se mais facilmente na velhice, quando o idoso deixa de poder trabalhar. Para muitos idosos esta fase é encarada com revolta porque perdem o seu papel e a sua autonomia tendo que recorrer à família ou amigos mais próximos para procurar ajuda. Por isso correm o risco de ser excluídos, desvalorizados e desrespeitados (Teixeira, 2010).

Desta forma, está dependente da população contrariar estes indicadores, prestando auxílio aos mais velhos.

Resumidamente, de acordo com Oliveira (2005) é crucial que os biólogos, psicólogos e sociólogos convirjam na tentativa de uma explicação mais biopsicossocial, ou seja, holística, do envelhecer, assim como é importante não esquecer que para além dos fatores enunciados, cada pessoa envelhece a cada dia, cada uma com o seu modo e por causas muito diversificadas mas convergentes.

Cap. 2 – Envelhecimento: uma perspetiva multidisciplinar

2.1. Contextualização e conceito do Envelhecimento

Com base na pesquisa bibliográfica efetuada, percebe-se que o tema do envelhecimento reporta não só ao Antigo Testamento mas também aos filósofos “*enquanto tema de reflexão e de vivência pessoal*” (Paúl & Fonseca, 2005, p. 22). Em concordância com Platão, também Paúl & Fonseca (2005) defendem que o envelhecimento é o prolongamento da vida de jovens e adultos, ou seja, mais concretamente, que a velhice retrata o modo como se viveu. Contrariamente, a medicina romana representada por Galeno (médico romano), abarcava a visão de Aristóteles

acerca do envelhecimento, que caracterizava a velhice como sendo um estado de senilidade, um processo natural de deterioração do corpo e do espírito (Paul e Fonseca, 2005).

Na antiga Roma, de acordo com Rosa (2012), Cícero, filósofo romano da Antiguidade, ficou famoso pela sua obra sobre a velhice intitulada de “*Cato Maior Senectute*”, onde foram abordados vários problemas do envelhecimento como a memória, perda da capacidade funcional, alterações dos órgãos dos sentidos e perda da capacidade de trabalho, questões que atualmente continuam a ser debatidas (Paul e Fonseca, 2005). Prosseguindo a evolução histórica no que respeita ao envelhecimento e às problemáticas que estão associadas a este processo, nos séculos XVI e XVII, o filósofo inglês Bacon recomendava uma vida disciplinada na alimentação, emoções e exercício, como a “*chave*” para se ter “*saúde e longevidade*”, conselhos que ainda hoje são propostos (Paul & Fonseca, 2005).

Já no século XX continua-se a investir nas questões do envelhecimento, surgindo na década de 80, em consequência do tecido demográfico, uma propagação das investigações e publicações. Este último acontecimento desencadeou assim vários acontecimentos a nível internacional, que foram importantes no tratamento da questão do envelhecimento, tal como se poderá ver no anexo 13 mediante a cronologia citada no Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira – *Viver mais, Viver melhor*, 2009-2013.

Importa realçar que apesar de ter ocorrido em 1992 no Funchal, uma Conferência Europeia sobre as pessoas idosas, a problemática do Envelhecimento sofreu um novo estímulo a partir de 1999, através da consagração do *Ano Internacional dos Idosos* (Paul & Fonseca, 2005).

De acordo com Carvalho (2013) na tradição francófona o envelhecimento é abordado normalmente como um processo demográfico e biológico que salienta a dualidade do mesmo e enfatiza o lado negativo do processo de envelhecer, significando envelhecer “*ter mais idade*” e “*ser mais velho*”. Na tradição anglo-saxónica prevalece a abordagem do envelhecimento como *ageing*, ou seja, ciclo de vida, sendo o envelhecimento analisado sob o ponto de vista da discriminação pela idade (Carvalho, 2013). Segundo Carvalho (2013) estas perspetivas têm sido ultrapassadas por uma abordagem, a da representação categorial do envelhecimento e pela introdução da noção

de Envelhecimento Ativo, numa abordagem de confluência que tem em conta os determinantes da promoção da saúde.

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2004), o envelhecimento define-se como sendo o processo de mudança progressiva da estrutura física dos indivíduos que, iniciando-se antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida, acrescentando Schneller (2008), as mudanças físicas e cognitivas, combinadas com a experiências de perdas pessoais e diminuição de recursos sociais e financeiros que constituem um importante desafio à experiência de bem-estar do idoso.

Fernandes (2012) acrescenta ainda que o envelhecimento se define através de três elementos, cujo desenvolvimento se dá em paralelo, mais precisamente o envelhecimento biológico, que procede da fragilidade a que chama senescência e está associado às causas do envelhecimento celular, assim como ao aparecimento de perturbações de saúde e à diminuição da capacidade funcional. De realçar que este processo é vivido consoante o contexto social de cada indivíduo.

Assim percebe-se que o envelhecimento da população, por um lado, é em qualquer sociedade a maior realização ligada à esperança média de vida, mas, por outro um grande desafio, pelos cuidados que as pessoas idosas necessitam ou pelos gastos sociais que o envelhecimento implica.

Segundo a WHO (2007) e Rosa (2012), este desafio fundamenta-se, em certa parte, em manter a qualidade de vida das pessoas o maior tempo possível, desafio que Jacob (2008a, p. 20), realça ao afirmar que é desejável que o envelhecimento “(...) constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível”.

Conscientes de que envelhecer faz parte da vida de todos os seres humanos, a condição de ser idoso é assim uma situação que passa a ser comum a todos os indivíduos que “*têm o privilégio de experimentar vidas longas*” (Paúl & Fonseca, 2005, p. 75).

De acordo com a OMS, a tipologia do envelhecimento desenvolve-se em quatro estádios, sendo eles a meia-idade, que abarca pessoas entre os 45 e 59 anos de idade, os idosos que compreende pessoas entre 60 e 74 anos, os anciãos que abrange pessoas entre 75 e 90 anos e por fim a velhice extrema, que inclui as pessoas acima dos 90 anos de idade (Valentini & Ribas, 2003).

Deste modo, concorda-se com Rosa (2012), quando refere que esta “*visão negativa dos velhos na sociedade ocidental*”, possivelmente, ocorre porque o atual contexto de envelhecimento das populações é uma novidade, evidência que se observa quando Rosa (2012) nos diz que, até há bem pouco tempo atingir uma idade avançada era raro e as pessoas idosas representavam uma escassa franja da população, representando atualmente o grupo mais numeroso.

A autora acrescenta ainda que a visão negativa associa a velhice à morte e a sublinha como sendo a última fase da vida humana, mais concretamente, uma fase em que os sinais de decadência física como o cansaço, perda de memória ou diminuição da mobilidade ou capacidades de visão e audição, se sobrepõem sobre tudo o resto.

Desta forma, o desalento, a frustração e a infelicidade são sentimentos que sucessivamente evidenciam esta fase, surgindo muitas vezes associados à sensação de uma perda de protagonismo e de importância, face a um passado mais “*glorioso*”, como por exemplo, uma carreira profissional bem-sucedida (Rosa, 2012). Contudo, acrescem ainda outros fatores, como por exemplo o isolamento ou a solidão social, como efeito da reforma ou afastamento de amigos e companheiros, até porque alguns terão entretanto falecido.

Por outro lado, a visão mais positiva é a que coliga a velhice ao privilégio de chegar a idades mais avançadas. Deste modo, a velhice pode ser, além das dificuldades ligadas à saúde ou outras, o momento de realização de muitos sonhos irrealizáveis durante a firme pressão da vida quotidiana quando se é ativo (Rosa, 2012). Também a aglomeração de experiência com a idade ajuda a fortificar a valorização deste estado, em especial no caso de pessoas com atividade em certas áreas, como por exemplo, a artística ou a da investigação, não obstante as manifestações de deterioração física e de saúde que também vão ocorrendo (Rosa, 2012).

Ainda assim, se por um lado a visão de se viver mais anos é positiva, por outro é necessário ter em atenção os desafios que daí advêm. É precisamente nesse sentido que Fonseca (2006, p. 78) cita Baltes e Smith (2003, p. 123)

(...) se à 3ª idade estão actualmente associadas boas notícias – aumento da expectativa de vida; elevado potencial latente de manutenção de boa forma (física e mental); coortes sucessivos com ganhos ao nível da forma física e mental; existência de substanciais reservas cognitivo-emocionais; mais e mais pessoas que envelhecem com sucesso; níveis elevados de bem-estar pessoal e emocional; adopção de estratégias eficazes de gestão dos ganhos e das perdas da velhice, à 4ª idade vêm associadas notícias não tão boas assim ou mesmo más – perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem; aumento de sintomas de stresse crónico; considerável prevalência de demências (cerca de 50% aos 90 anos de idade); elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e múltimorbilidade (Baltes e Smith, 2003 cit por Fonseca, 2006, p. 78).

Na realidade, não nos surpreende que surja este novo estágio, visto que presencia-se cada vez mais idosos a viverem mais tempo e atingirem idades, que há algum tempo atrás seria quase impensável. No entanto, importa mencionar que de acordo com Stuart-Hamilton (2002), vários autores referem poder assistir-se a uma divisão desta população em três grupos etários, mais concretamente dos 65 aos 75 anos de idade como sendo idosos-jovens, entre os 76 e 85 anos de idade como idosos-idosos e por último, os que têm mais de 85 anos de idade como os muito idosos.

Acrescenta-se ainda que de acordo Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto (2007) dentro destes três grupos etários, os designados idosos-idosos, são aqueles que ostentam um ritmo mais acelerado de desenvolvimento nos últimos anos e que perante a sua maior longevidade, estão mais sujeitos a quadros de saúde graves juntamente a vários níveis de incapacidade.

No entanto, ao considerar-se a longevidade como sendo uma conquista, inquietam-nos perceber se estamos preparados para cuidar, apoiar e integrar estas pessoas idosas, cada vez mais envelhecidas.

Em suma, o envelhecimento é um processo de otimização de oportunidades, associado ao máximo de bem-estar a que se pode aspirar e ao modo como envelhecemos, não negando o aspeto negativo do mesmo, mas concebendo-o como algo a prevenir e a atuar, no sentido da capacitação individual e da mudança na estrutura social.

2.2. A passagem à reforma

A preocupação com a reforma e a noção de que o ser humano tem direito a descansar após um longo período de esforço e dedicação laboral, surgiu em 1889 na Alemanha de Bismarck (Pocinho et al., 2012). Este direito à aposentação incluiu no processo existencial do ser humano a dimensão do “*ser*” para além do “*fazer*” (Pocinho et al., 2012).

Simões (2006) tem preferido utilizar o termo aposentadoria em detrimento do de reforma, lembrando-nos que esta situação pode ser encarada enquanto estatuto, transição de vida e instituição social. O autor refere que enquanto estatuto a aposentadoria é um direito adquirido pelo sujeito, que durante anos conferiu trabalho e portanto dá direito a uma pensão vitalícia (Simões, 2006). Enquanto transição de vida, corresponde a uma etapa de passagem da vida laboral para o desligamento do trabalho formal. Ao falar-se em estágio de vida, fala-se numa fase em que o sujeito tem plena

liberdade para escolher tudo o que deseja fazer, com o tempo disponível que tem, mesmo que opte por não fazer nada (Simões, 2006). Por último, enquanto instituição social, é vista como uma “*justificação cultural*” da aposentação/reforma, que inclui regras, época e financiamento da mesma (Simões, 2006).

Habitualmente, a reforma está conotada com a velhice, levando a que muitas pessoas sintam esse momento como aquele que marca, verdadeiramente, o início desta fase da vida. Porém, devido ao aumento da longevidade e o incremento das reformas antecipadas, simultaneamente, a perceção do processo de reforma/aposentação passa a ter uma perceção diferente e deixa de ser evocada como a proximidade da velhice (Carvalho, 2013).

Assim, assume-se que o trabalho é um regulador da vida e quem organiza a atividade humana, ajuda a formar uma determinada imagem pessoal e a definir o lugar de cada pessoa no mundo, a sua perda, seja voluntária ou involuntária, traz sempre associado riscos de perturbação, dado que o ser humano deixa de ter obrigações ou regras laborais, que lhe regulam o seu dia-a-dia (Pocinho, et al., 2012).

Assume-se assim de acordo com Fonseca (2012, p. 77), que “*O trabalho é percecionado como algo gratificante para o próprio e útil para os outros e para a sociedade, constituindo uma das principais formas de ajustamento pessoal e de preservação da saúde mental*”.

Depreende-se com esta afirmação de Fonseca (2012), que para além do ganho direto do rendimento, que o mercado de trabalho propícia, existem outras razões mais subjetivas que representam também ganhos para o sujeito, como a estruturação do uso do tempo, conquista de identidade pessoal e estatuto social, contexto para interação social, local de expressão de capacidades pessoais, assim como sentimento de realização pessoal.

É precisamente desta ligação à sociedade através do mercado de trabalho que a conceção de EA da UE nos fala, salientando que a pessoa está integrada pelo mercado de trabalho na sociedade, desde que haja condições de saúde e incentivos criados pela sociedade, para exercerem profissionalmente. A conceção da OMS, não descarta a continuação da participação no mercado de trabalho, referida pela OCDE, cabendo a cada indivíduo decidir a(s) atividade(s) que pretende realizar de acordo com os seus gostos, necessidades e capacidades individuais. Indo assim ao encontro de Backstrom (2012), a conceção de EA foca que o trabalho efetuado por necessidade não é

considerado uma determinante do envelhecimento, salvo quando realizado opcionalmente pelo idoso como modo de se manter feliz.

No entanto, maioritariamente esta passagem à reforma/aposentação é marcada por sentimentos de perda de estatuto social, exclusão social, o que leva a uma diminuição da autoestima, condicionando assim a forma como o idoso enfrenta os desafios que a sociedade lhe impõe (Carvalho, 2013), opinião que se partilha neste trabalho de projeto.

Também os valores que a sociedade atribui à reforma têm influência no próprio idoso, dado que, levam a que a pessoa se lembre da iminente chegada à velhice e, conseqüentemente, considerada economicamente improdutivo (Carvalho, 2013).

Assim, de acordo com Fonseca (2011) esta nova situação requer que haja uma reorganização dos padrões de vida individuais, para que assim seja possível manter ou melhorar o bem-estar físico, psicológico e social.

De salientar, de acordo com Pocinho et al. (2012), que a cada indivíduo corresponde uma realidade, tendo por isso, a idade da reforma, diferentes repercussões em cada um, o que significa que se pode um lado existem idosos que após a reforma continuam a ter uma vida social ativa, por outro, há aqueles que acabam por permanecer na inatividade e no desinteresse, originando sentimentos de solidão, desvalorização, lesando a sua saúde física e psíquica e sociofamiliar.

Desta forma, é crucial pré-planear este período de transição, crítico, para a aposentação/reforma, contudo, em Portugal esta preparação ainda está longe de se concretizar efetivamente, dado que a tendência é de no futuro a idade da reforma ser cada vez mais tardia.

Referindo-se a Silva Neto (2012), Carvalho (2013) refere que esta fase do ciclo de vida exige preparação, uma verdadeira pedagogia e educação para a reforma, uma vez que os dados atuais salientam que esta será um excelente preditor do grau de satisfação durante a aposentação, sendo o principal o estado de saúde.

Atualmente já existem países onde são implementados programas de preparação para a aposentação, com grande sucesso, como é o caso dos EUA, Nova Zelândia, Espanha, Brasil, entre outros (Carvalho, 2013). Nestes programas, de acordo com Carvalho (2013) os principais objetivos destes programas passam por preparar a aposentação, educar e preparar o processo de envelhecimento para a mudança de papéis, hábitos e estilos de vida, bem como para os processos de adaptação social, para a gestão

adequada do tempo, economia e gestão financeira, para modos alternativos e saudáveis de ocupação de tempo, entre outros.

Mais concretamente, este trabalho educativo apresenta quatro grandes objetivos que passam por integrar socialmente o idoso, potenciar as qualidades individuais dos idosos, criar condições de autorrealização e aumento da satisfação de vida e, por último, garantir a atualização de possibilidades e potencialidades (Carvalho, 2013).

Todavia, enquanto esta gerontoeducação não é transversal a todos, referindo-se a Arthur Neto (2012), Carvalho (2013, p.18) defende que é necessário, face ao crescente envelhecimento, “*garantir rendimentos às pessoas idosas, defender a sustentabilidade de saúde e Segurança Social, proporcionar o bem-estar biopsicossocial dos sujeitos ativos e a empregabilidade dos mais jovens e desempregados*”.

Importa destacar que nas últimas décadas, o mercado de trabalho, em todos os setores, tem vindo a recrutar mão-de-obra qualificada para atender às necessidades da chamada “*era da informação*”. Contudo, a “*era do capital intelectual*” poderá ser uma grande mais-valia para a mão-de-obra da terceira idade, dado que se baseia na capacidade humana de gerar conhecimento e não, na força física.

Sendo assim, torna-se crucial que o mercado de trabalho promova um ambiente que estimule a produtividade e aproveite a capacidade intelectual dos idosos, dado que, muitas das vezes este se encontram em plena capacidade de continuar a laboral, não o fazendo apenas porque atingirem a “*idade da reforma*”.

Sugere-se assim, que continuem a ser realizados estudos com a população idosa de modo a conhecer os sentimentos e perceções dos idosos aposentados, compreender o seu processo de adaptação e de mudanças nos seus estilos de vida, a partir desta nova experiência, proporcionando-lhes melhoria na qualidade de vida.

2.3. Teorias e modelos para compreender o envelhecimento

Sendo o envelhecimento um processo complexo e multifacetado, consequentemente, surgiram diversas teorias e modelos que procuram explicar o envelhecimento.

De acordo com Oliveira (2005), as teorias sobre o envelhecimento são várias, existindo um livro editado por Bengtson e Schaie (1999), denominado de “*Manual das Teorias do Envelhecimento*”, que pode ser considerado, segundo o autor, “*como um espécie de Bíblia neste domínio*”. Neste livro constam as teorias biológicas e biomédicas (teorias do stress, neuropsicológicas e outras), teorias psicológicas (teorias

cognitivas, psicossociais e emotivas) e as teorias sociais (teorias antropológicas, construtivas e político-económicas), que através de uma perspetiva histórica percorreram os anos 40 do século XIX até aos anos 80 do século XX (Oliveira, 2005).

Referindo-se a Schroots (1996), Oliveira (2005), considera existirem três períodos sobre as teorias do envelhecimento numa perspetiva histórica, começando pelo período clássico (dos anos 40 a 70 do século passado), passando pelo moderno (dos anos 70 a 90) e o mais recente (iniciando nos anos 80).

Fernández-Ballesteros (2004 citado por Oliveira, 2005) delimita as teorias do envelhecimento em teorias biológicas (genéticas, celulares, sistémicas, entre outras), teorias psicológicas (teorias do desenvolvimento segundo Erikson) e teorias sociológicas (teorias da desvinculação, da subcultura, da modernização e outras).

Deste modo, pode-se dividir o envelhecimento em três teorias, sendo elas as teorias biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento.

Numa perspetiva biológica e fisiológica Phillips & Davidoff (2007), referem que torna-se custoso delimitar a forma como ocorre o processo de envelhecimento, mais precisamente, como surge a perda progressiva das reservas orgânicas e funcionais (homeostasia), dado que se trata de um processo inevitável.

Esta teoria liga-se ao envelhecimento orgânico, podendo, de forma geral, ser classificada em duas categorias, mais precisamente as de natureza genética e as de natureza estocástica (Fonseca, 2006). Estas categorias estudam o processo de envelhecimento segundo uma perspetiva do declínio e degeneração dos sistemas orgânicos e células, assim como teorias que defendem que o envelhecimento ocorre como resultado de lesões sucessivas que conduzem ao desgaste e inerente disfunção e morte celular, respetivamente (Mota, Figueiredo, & Duarte, 2004).

No entanto, apesar das teorias divergirem sobre as causas, são concordantes quanto ao resultado, particularmente na perda de funcionalidade progressiva com a idade, no aumento da suscetibilidade e incidência de doenças com consecutivo aumento da probabilidade de morte (Mota, Figueiredo, & Duarte, 2004).

Do ponto de vista psicológico e biopsicológico, o envelhecimento é visto como um retrato do envelhecimento cronológico, que diverge de indivíduo para indivíduo, sendo regulado pelo próprio através das decisões e opções que toma, ao longo da sua vida (Rosa, 2012). Neste seguimento, salienta-se aqui a Teoria Psicossocial de Erikson, que pressupõe que o processo de desenvolvimento ocorre ao longo da vida, ao mesmo

tempo que afirma que a experiência da vida pessoal no processo de desenvolvimento é crucial, dando-se este desenvolvimento por etapas, existindo no final de cada uma, uma crise que auxilia o indivíduo a preparar a etapa seguinte (Fonseca, 2006).

Falar do envelhecimento do ponto de vista social, segundo Rosa (2012) implica distinguir e referi-lo como sendo demográfico e societal, referindo-se o primeiro aos indicadores, números e estatística dos idosos em conexão com os outros segmentos da população, referindo-se o segundo ao envelhecimento demográfico, estando assim relacionado ao papel do idoso na sociedade e às expectativas da sociedade para a entrada na velhice (Rosa, 2012). Concretamente, esta teoria relaciona-se com o facto de os idosos não terem atividades suficientes para completar o seu tempo, o que faz com que se sintam excluídos, gerando sentimentos de inutilidade e de vazio (Fonseca, 2006), associado muitas vezes a vários fatores e perdas como perda de autoestima e amigos, a reforma, viuvez, independência dos filhos, entre outras coisas (Rosa, 2012).

Por fim, ao articular-se o envelhecimento numa lógica de mercado, ou seja, da passagem para a reforma, o indivíduo deixa de ser um contribuinte ativo, vivenciando vários tipos de perda, sobretudo na saúde, dinheiro, emprego, algumas vezes perda da casa, familiares e amigos (Rosa, 2012). Além destas perdas, perdem também de forma íngreme papéis sociais que dantes tinham, o que faz com que a velhice seja vista como um peso para a sociedade (Rosa, 2012).

Realça-se ainda que, a diminuição das relações sociais, também pode explicar-se com base na teoria da desvinculação, teoria da atividade e, teoria da seletividade emocional (Oliveira, 2012, p. 60).

Na teoria da desvinculação, considera-se que o indivíduo consoante vai envelhecendo vai destituindo-se ou afastando-se dos papéis sociais que anteriormente desempenhava, envolvendo-se cada vez menos, quer social quer emocionalmente (Oliveira, 2005). Isto ocorre em consequência de a sociedade limitar a oferta de papéis aos idosos, sendo o envelhecimento inevitável para todos os indivíduos.

A teoria da atividade realça a importância da atividade para um envelhecimento saudável, influenciando as políticas sociais que potenciam a atividade na velhice, mais precisamente o Envelhecimento Ativo (Dias, 2005). É indispensável que o envelhecimento, acima de tudo, seja um prolongamento da idade ativa do sujeito, embora que condicionada por exemplo, por problemas de saúde.

Na realidade, confirma-se uma relação direta entre a satisfação com a vida e os papéis sociais desempenhados e, com a intensidade das relações sociais ocorridas.

Na teoria da seletividade socioemocional, as relações sociais influenciam principalmente os contatos mais secundários, mantendo-se as relações mais íntimas inalteráveis (Oliveira, 2012, p. 60).

Portanto, independentemente da perspectiva teórica adotada, a realidade é que o envelhecimento é universal e remete-nos para um conjunto de mudanças físicas, cognitivas e psicossociais, sendo por isso crucial manter a interação social de modo a manter as habilidades cognitivas, evitar situações de depressão e isolamento (Phillips & Davidoff, 2007).

Nesta linha de pensamento, Carvalho (2013) destaca quatro modelos de envelhecimento, sendo eles o modelo do envelhecimento saudável, bem-sucedido, produtivo e por último, do Envelhecimento Ativo.

O modelo do envelhecimento saudável, relacionado com a condição de saúde numa ótica biomédica, de acordo com Carvalho (2013), considera o envelhecimento como positivo no sentido de um envelhecimento normal (sem doenças), negativo enquanto envelhecimento patológico (com doenças) e por último normal, emergindo da capacidade dos sujeitos, por si só, evitarem o envelhecimento patológico.

Nesta linha de análise, este envelhecimento saudável reconhece questões associadas às doenças degenerativas, à dependência e à necessidade de cuidados e realça o facto de os indivíduos se afastarem da vida social, ser um motivo para o aumento das doenças.

Referindo-se a Almeida (2007), Carvalho (2013), refere que no modelo de envelhecimento bem-sucedido, considera o normal e o patológico, como um percurso intersetado onde estão presentes determinantes biológicos, psicológicos e sociais.

Embora existam várias abordagens deste modelo, de acordo com Carvalho (2013) destaca-se a abordagem de Baltes e Margaret (1990), que revela um processo contínuo, onde os sujeitos, resultante das expectativas e interesses, podem participar e escolher o modo de vida desejam, embora dentro das possibilidades que lhes são oferecidas e/ou estão disponíveis na sociedade.

Nesta abordagem o envelhecimento resulta da capacidade de prevenção das doenças, da maximização das funções cognitivas, da participação e da integração nas redes de suporte familiar e social, estando relacionado com a capacidade dos indivíduos

e da sociedade, se adaptarem ao processo dinâmico do envelhecimento (Carvalho, 2013).

Contudo, no final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) substituiu a expressão Envelhecimento Saudável por Envelhecimento Ativo (OMS, 2005), outro dos modelos apresentado por Carvalho (2013).

O modelo de Envelhecimento Ativo, tema central deste trabalho de projeto, será aprofundado no capítulo 3 deste trabalho.

Assim, as várias teorias apresentadas são cruciais na compreensão do papel do indivíduo na sociedade, contudo, existem dificuldades em encontrar modelos gerais e teorias que descrevam um processo tão complexo e diversificado como é o do envelhecimento.

2.4. Estereótipos, representações sociais e modos de vida no envelhecimento

Na sociedade atual os estereótipos mais estudados são aqueles que dizem respeito a grupos étnicos. Contudo, existem estereótipos em todos os domínios da vida social, referentes a ambos os sexos, às ocupações, ao ciclo vital, à família, à classe social, ao estado civil, aos desvios sociais e a qualquer campo da vida que desejamos diferenciar.

Neste trabalho de projeto, o conceito de representações sociais e de estereótipos, assume um papel importante dado que refletem atitudes, preconceitos e imagens utilizadas para classificar e caracterizar certos grupos sociais, no nosso caso, os idosos.

Luisa Berger (1995) citada por Oliveira (2005) identifica sete estereótipos a respeito dos idosos, nomeadamente o facto de o idoso ser visto como uma pessoa doente, infeliz, improdutiva, necessitada de ajuda, conservadora, igual a todos os outros velhos, sofrendo de isolamento e de solidão

Usualmente, os estereótipos, maioritariamente negativos, causam junto dos idosos efeitos nefastos, uma vez que se referem à velhice como uma incapacidade, doença, declínio ou mesmo fracasso. Além disso, excluem a possibilidade de existir um crescimento do idoso e o reconhecimento das suas capacidades, assim como manipulam a forma de interação com o idoso, estando estes estereótipos muitas vezes ligados ao desconhecimento do processo de envelhecimento (Martins & Rodrigues, 2004).

O que acontece no mundo social e humano é que este raramente nos é exposto de forma real, sem apresentar qualificações que muitas das vezes são rotuladas. Mais precisamente fala-se de estereótipos que são percepções, que por sua vez são representações sociais (Martins & Rodrigues, 2004). Estas últimas, excessivamente simplificadas e normalmente com carência de matrizes (Martins & Rodrigues, 2004), assumem um papel crucial neste trabalho de projeto.

Os estereótipos relativamente ao envelhecimento e ao velho, demarcam sobretudo as sociedades ocidentais e desenvolvidas, dado que, tal como nos diz Rosa (2012, p. 9) há “(...) *uma visão negativa dos velhos na sociedade ocidental*”.

Neste sentido, importa citar o estudo realizado por McConatha et al (2003), referido por Oliveira (2005), feito a jovens adultos alemães e americanos, que responderam a vários itens a respeito dos idosos, entre outras coisas, os autores concluíram que os alemães tendiam a ver a velhice mais negativamente do que os americanos. Contudo, os jovens americanos catalogam as pessoas como “*velhas*” mais cedo do que fazem os alemães.

Nesta linha de pensamento, Castro (2007), afirma que os estereótipos que a sociedade tem do processo de envelhecimento, causam no idoso grande perturbação, uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades. É precisamente nesta linha de pensamento que Martins & Rodrigues, referem que

Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projetada sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das condições e circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam, uma vez que negam o processo de desenvolvimento (2004, p. 250)

Quando se fala no envelhecimento ao nível social, este carrega consigo vários estereótipos e preconceitos, consequência de uma sociedade que exalta a juventude, elevando assim o que é “*novo*” (Marques, 2011). Nesta linha de pensamento e em concordância com Fernandes (1997), o envelhecimento é revestido de estereótipos mais ou menos homogêneos dos quais se destaca a solidão, doença, pobreza e até mesmo, exclusão, estando várias vezes associada ao aumento das despesas sociais, mais especificamente às relacionadas com a proteção social e em particular, com as pensões sociais (Rosa, 2012).

Num estudo realizado por Molina (2000), trabalhando uma amostra de adolescentes e de adultos que deviam escolher os adjetivos que mais diziam respeito aos

idosos, conclui que ambos os grupos etários tinham uma visão positiva dos idosos, atitude que tende a crescer com a idade, o que significa que os mais novos têm percepções menos positivas do que os adultos relativamente aos idosos.

Referindo-se a Baltes, Eklund e Siffin (2000), Oliveira (2005) refere que estes provaram que as crianças modificam para melhor o seu conceito depois de terem sido sujeitos a um programa intergeracional onde participavam também idosos, daí a importância e a necessidade de programas educativos, de maior contato ou convívio entre novos e velhos, a começar nos bancos da escola.

Verifica-se assim uma valorização da juventude, que contribui igualmente para encarar a velhice como estando associada à invalidez, à incapacidade, gerando, muitas vezes o isolamento do idoso.

Com base na pesquisa bibliográfica efetuada, pode-se ainda afirmar que a maioria destes estereótipos influenciam a forma como a sociedade interage com a pessoa idosa, assim como a forma como o idoso encara a sua situação pela dificuldade em reconhecer e desenvolver as suas potencialidades.

Este problema surge, quando o fenómeno de envelhecer é considerado desvantajoso, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional, criando assim representações sociais em torno do envelhecimento e do idoso.

Na realidade o envelhecimento não é mais do que uma representação social, resultado dos significados que são conferidos e produzidos a partir da vivência de cada sujeito e da cultura, tal como se pôde ver até aqui. Assim, são várias as nomenclaturas usadas para definir o idoso e o envelhecimento, mais precisamente, adulto maduro, maturidade, maior idade, melhor idade, terceira idade, entre outros (Carvalho, 2013).

A Teoria das Representações Sociais foi criada por Moscovici em 1981, tendo sido vários os seus seguidores, como por exemplo Jodelet (1989) e Abric (1994) (Bôas, 2004).

Porém, o conceito de Representação Social surge inicialmente na sociologia de Émile Durkheim em 1898, com a noção de Representações Sociais Coletivas, defendendo a ideia de que a condição para a existência de todo o pensamento organizado é a vida social.

De acordo com as representações sociais coletivas, todos os fenómenos sociais são coagidos ao indivíduo, tornando-os obrigatórios, levando os indivíduos a pensar e a se comportar de uma forma homogénea (Castro, 2007).

Em 1961, o Psicólogo Serge Moscovici baseando-se na ideia de que as representações sociais coletivas geram-se na interação social, apresenta o conceito de Representação Social, com o fundamento de procurar uma explicação de origem e natureza do pensamento social (Castro, 2007; Silva, 2006).

O autor refere ainda que as representações são construídas pelos sujeitos na partilha do conhecimento, reforçando a ideia da representação social como sendo um conceito psicossocial (Bôas, 2004).

Assim, o contexto social influencia o comportamento dos indivíduos, enquanto estes constroem a sua realidade social (Mennocchi, 2009).

De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, a definição mais consensual entre os pesquisadores é a de Denise Jodelet (2002, p. 22) onde diz que “*As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*”, definição adotada neste trabalho de projeto.

Jodelet (2002) realça ainda que a representação social deve ser estudada articulando elementos afetivos, mentais e sociais, e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal (das ideias) sobre a qual elas vão intervir (Jodelet, 2002).

Neste sentido, sendo as representações sociais para Jodelet (1984, p. 360), “*uma maneira de interpretar e de pensar a nossa realidade quotidiana, uma forma de conhecimento social*”, estas fruem de cinco caraterísticas, sendo elas o facto de representarem sempre um objeto, terem sempre um carater imagético e a propriedade de deixar permutáveis a sensação e a ideia, perceção e o conceito, assim como terem um carater construtivo, autónomo e criativo.

De forma sintetizada, Jodelet (2002), refere que toda a representação é uma representação de alguém e de alguma coisa, assim como toda a representação se refere a um objeto e tem um conteúdo.

Por outro lado, Vala (2002, p. 479) refere-se às representações sociais como um saber funcional ou teorias sociais práticas, realçando que estas “*têm como função a atribuição de sentido ou a organização significativa do real*”. Mas essa função não é independente das funções de explicação, de orientação dos comportamentos, de diferenciação intergrupala e de criação de identidade social.

Depreende-se assim que a representação social resulta da interação entre indivíduos, sendo um conjunto de explicações e ideias comuns a um determinado grupo de indivíduos, que possibilitam a evocação de um objeto.

Embora a definição de representação social seja mais próxima da de imagem social, estas diferenciam-se, dado que a representação social é a imagem social confinada pelo processo de percepção e interpretação, visto que o conjunto cognitivo que compõe o conteúdo da representação social, possibilita apreender e interpretar o meio social, o origina a imagem social (Silva, 2006). Todavia, quando esta imagem social já se encontra relacionada com um dado objeto, não é possível ser transferida para outro, enquanto uma representação social já permite esse tipo de difusão.

Neste seguimento, uma representação social é perspetivada baseando-se nas experiências individuais dos sujeitos, das informações, saberes e modelos de pensamento, que são transmitidos pela tradição, educação e comunicação social, que são o que integra o conhecimento do senso comum.

Relativamente aos componentes de uma representação social, Moscovici (2003), aponta a existência de três eixos essenciais, sendo eles a atitude, informação e o campo de representação. A atitude atenta na orientação global do comportamento face ao objeto da representação, referindo-se a informação aos conhecimento que se tem sobre o objeto representado, divergindo conforme os grupos sociais, os meios de acesso à informação e os diversos objetos. Por último, o campo de representação refere-se à organização dos elementos que compõem a própria representação social, aludindo à forma como esses elementos se estruturam (Moscovi, 2003).

Posto isto, Moscovici (2003, p. 46), em relação à estrutura das representações sociais, apresenta-as em duas faces inseparáveis, “*como uma folha de papel*”, que possui verso e reverso, com uma face figurativa e outra simbólica, num processo de objetivação e ancoragem.

Estes processos são processos sociocognitivos, no sentido em que são processos cognitivos socialmente controlados, referindo-se a regulações normativas que certificam as operações cognitivas (Vala, 2002).

Para Vala

A objectivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes das representações e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural (2002, p. 465).

Desta forma, os elementos da representação social organizam-se e a observação converte-se em realidade percebida, ou seja, objeto social, criando uma base de informação (materialização).

Por seu lado, a ancoragem corresponde a um processo de formação das representações sociais, que se baseia no princípio da familiaridade, que dá sentido ao objeto que se apresenta à nossa percepção, trilha inverso ao da objetivação, em que os grupos sociais transformam o objeto social, por exemplo a velhice, em sistemas científicos (Deschamps & Beauvois, 1996).

Cardão (2009) considera que a representação social de velhice enquanto acontecimento individual, não apela apenas a dimensões negativas, associadas ao desgaste e a uma casual dependência, mas também a uma vertente positiva, como por exemplo, ter experiência, maturidade e uma percepção das coisas e do mundo de forma mais elaborada e abrangente.

O que acontece na maioria das vezes é que as pessoas vão acumulando experiência e conhecimento ao longo da vida e, quando se encontram na terceira idade, possuem um largo rol de experiências e conhecimento, revestindo-se como uma mais-valia para a comunidade (Rodriguez, 2006).

As representações sociais são assim cruciais para se compreender uma população e os seus comportamentos dentro de uma sociedade, dado que a forma como vemos o outro pode influenciar, frequentemente, o modo como nos comportamos com os mesmos.

No caso do envelhecimento, parece-nos essencial uma revisão dos estereótipos e das representações sociais que lhe associamos, com o intuito de melhorar as relações que se estabelecem.

Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projeta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e coopera para a imagem que estes têm de si próprios, assim como das condições e contextos que envolvem a velhice, pela perturbação que provocam, uma vez que negam o processo de desenvolvimento.

No entanto, é crucial que, quer os idosos, quer a sociedade envolvente, os ajude a envelhecer de forma criativa, não apenas revelando os vários mitos ou estereótipos de improdutividade, incapacidade, definhamento, entre outros associados aos idosos, mas sim propagando as suas capacidades e gerando uma cultura de respeito pelo envelhecimento, ao mesmo tempo que cuidam mais da saúde física e psíquica.

De acordo com Lacascade (1981) citado por Guerra (1993), o conceito de modos de vida, pode ser suporte de um discurso quer ideológico quer científico, requerendo apenas de uma definição clara e sem ambiguidades.

Os modos de vida, da forma como hoje são analisados, fixam-se ao nível da vida quotidiana (Guerra, 1993). De acordo com Guerra (1993), a oposição entre o quotidiano e a História produz uma quebra profunda com efeitos nocivos na realidade social, sem que ainda hoje seja possível, encontrar formas de ultrapassar os obstáculos nesta articulação. Contudo, a noção de modos de vida aborda a relação entre as variáveis de análise (o económico, político, cultura, entre outros, e a articulação entre os níveis de percepção do real), o “*sistémico*” e o “*estratégico*”. O estudo dos modos de vida encontra-se assim perante um dilema. Por um lado a análise da vida quotidiana adota a forma de uma “*mediação horizontal numa lógica prática, específica e irreduzível*”, pagando contudo, o elevado custo da marginalização das contradições sociais que só intervêm no estatuto de “*condições de um sistema de práticas que tendem a autonomizar-se*” (Guerra, 1993, p. 65). Por outro lado, a análise dos modos de vida, sujeitando-se á lógica da “*reprodução da força de trabalho*”, apenas obtém estatuto quando derivada do campo de “*interiorização e expressão das condições de exploração e de classe*” (Guerra, 1993, p. 65).

Deste modo, de acordo com Veltz (1983) citado por Guerra (1993), depois da crise dos modelos teóricos, exacerba-se a interconexão entre os “*modos de produção*” e os “*modos de reprodução*”. No plano categorial esta síntese tem o talento de reintroduzir o processo de trabalho e os modos de vida, no coração da economia tornando-se necessário ao faze-lo, discutir a articulação entre as “*práticas do trabalho e da vida fora do trabalho*” (Guerra, 1993, p. 65).

As pesquisas mais recentes acerca dos modos de vida centram-se em dois aspetos vitais. Por um lado, a análise da relação entre as diferentes práticas quotidianas (“*de trabalho, de vida familiar, de consumo, de lazer, etc.*”), por outro lado, as relações que o todo destas práticas quotidianas funda com as relações sociais mais genéricas (Guerra, 1993).

Por isto, a noção de modos de vida, de acordo com Guerra (1993) força à articulação e à integração dos níveis de análise, sendo importante referir que a utilização deste quadro de referências exige ainda, a indagação de novas dimensões de análise outrora secundarizadas pela sociologia.

Desta forma, a introdução atual da dimensão do imaginário social na compreensão da vida quotidiana, apenas é possível porque a análise dos modos de vida rompe com as “*determinações*” estruturais e introduz o ator como “*produtor*” do seu próprio destino, assim como participante de um dever coletivo (Guerra, 1993).

Segundo Guerra (1993) as “*estruturas*” que organizam os sistemas e os “*modos de ação coletiva*”, não são dados “*naturais*”, que surgem livremente, não sendo também consequência do conjunto direto das decisões individuais. “*As “estruturas” são sempre “provisórias e contingentes”, fruto das soluções encontradas pelos actores graças a recursos e capacidades específicas e historicamente datadas*” (Guerra, 1993, p. 61).

Invocando dimensões conjuntamente cognitivas e emocionais, “*estruturais e compreensivas*”, o imaginário é o desenho das capacidades do amanhã.

Esta dimensão, do imaginário social, torna-se assim importante na análise dos modos de vida, dado que reflete

a) uma tomada de posição efectiva sobre a realidade; b) uma tensão que permite descolar do “real” para a procura do amanhã (realização do seu próprio desejo); c) o conflito potencial entre as “práticas” e as “representações do mundo” e o mundo em si mesmo para a definição de um “novo mundo”; d) a “energia” disponível par a concretização de outros (novos) projectos individuais ou colectivos (Guerra, 1993, p. 67).

Na tentativa de incorporar a variedade das articulações e dimensões que a análise dos modos de vida está a exigir, o conceito de identidade, tal como o de projeto, foi retomado recentemente pela sociologia. Este conceito deseja agregar a percepção e a ação sobre o mundo combinando não apenas “*um sistema de representações e de imaginários sociais, mas também uma rede de pertenças a categorias sociais específicas.*” (Guerra, 1993, p. 69).

Segundo Guerra (1993) o conceito de identidade, apesar da sua indefinição e das dificuldades de operacionalização, faz atualmente parte do vocabulário e dos níveis de análise dos modos de vida.

A construção da identidade de acordo com Guerra (1993) faz-se assim num processo dinâmico onde os sujeitos têm uma percepção da realidade e estruturam os seus modos de vida num contexto limitado pelas circunstâncias históricas, estando este processo, por definição, em constante reformulação.

É precisamente esta dimensão temporal, de continuidade, que faz com que os modos de vida sejam compreendidos como um conjunto integrado de práticas articuladas a “*representações do mundo*” e a “*imaginários sociais*”, que de acordo com

Guerra (1993) “*irá exigir um conceito aglutinador de logicas estruturantes das práticas.*” (Guerra, 1993, p. 70).

Relativamente ao conceito de projeto, este parece resultar da necessidade de fortalecer a dimensão temporal de elaboração permanente de uma percepção do mundo e de clarificação do lugar no mundo de cada um (Guerra, 1993).

O projeto é assim, a dimensão libertadora e prospetiva onde se legitima, a todos, e a cada um, o desejo de agir em função dos seus objetivos, e fortalece, ainda, o reconhecimento da racionalidade intencional da ação humana (Guerra, 1993).

Cap. 3 – Envelhecimento Ativo

3.1. O conceito de Envelhecimento Ativo

De acordo com Ribeiro (2012) é num contexto de mudanças macrossociais a que se assiste a nível demográfico, mais concretamente o forte envelhecimento, que o discurso em torno do Envelhecimento Ativo e as medidas que o materializam, são estimuladas, bem como são sustentadas por um protótipo de envelhecimento positivo, que visa reabilitar o protótipo negativo de envelhecimento como sendo uma perda e declínio.

Na realidade, o que se procura é uma velhice que seja vivida ativamente com a conservação da ligação efetiva da pessoa à sociedade e da independência quer física, quer psíquica, ou seja, com a conservação de uma condição de vida social favorável, a começar pelos “*idosos bem-sucedidos e ativos*” até aos “*incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem*” (Paúl & Fonseca, 2005, p. 75).

Assim, a Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90 adotou o termo “*Envelhecimento Ativo*”, em detrimento do conceito de “*Envelhecimento Saudável*”, admitindo que o envelhecimento não se deve limitar aos cuidados com a saúde (Katache e Kickbush, 1997 cit. por Jacob, 2008, pp. 19-20). Desta forma, defende-se que o EA significa “*ter ainda objetivos de vida e permanecer interessado na vida, nas questões sociais, no estreitar de relações e em cuidar da saúde física e mental*” (Jacob, 2008, p. 21). Adota-se ainda a perspetiva mencionado pelo Comité Económico e Social Europeu (2012), sobre os idosos, dado que se considera que promover o EA é reconhecer as pessoas idosas enquanto membros contributivos da sociedade, mais do que colocar uma forte tónica sobre os problemas que a idade cronológica pode fazer emergir, procurando o seu solucionamento ou melhoria.

Segundo Jacob (2008, p. 20) o conceito de Envelhecimento Ativo,

aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e inclui a participação activa dos seniores nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais. O objectivo primordial do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de vida saudável e de qualidade de vida.

É precisamente nesta linha de pensamento que Almeida (2013) refere que “o envelhecimento activo é precisamente o conjunto de atitudes e acções que podemos ter no sentido de prevenir ou adiar dificuldades que envelhecer inevitavelmente acarreta.”

Porém, não nos podemos esquecer de que, tal como nos diz Stuart-Hamilton (2002, p. 17) “as pessoas podem influenciar radicalmente [a] sua expectativa de vida simplesmente pelo grupo socioeconómico ao qual pertencem e pelo estilo de vida que levam”, embora a escolha do estilo de vida, em alguns casos, seja involuntária.

De acordo com a OMS (2005, p. 13) o Envelhecimento Ativo pode ser definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, perspectiva assumida neste trabalho de projeto.

O modelo de Envelhecimento Ativo que se assume neste estudo, enunciado pela OMS, é no fundo uma construção do envelhecimento que identifica a vantagem dos idosos se manterem inseridos na sociedade, mantendo vínculos afetivos.

Depreende-se assim que é necessário promover oportunidades de bem-estar física, social e mental, ao longo da vida, com o intuito de aumentar a esperança de vida saudável e a produtividade, numa perspectiva de melhorar a qualidade de vida na terceira idade.

Tal como vimos anteriormente, o envelhecimento pode ser vivenciado de inúmeras formas e desfrutar de um Envelhecimento Ativo, obedece não apenas a questões relacionadas com a saúde, mas sobretudo, às acções e responsabilidades de cada indivíduo (Ribeiro e Paúl, 2011), sendo o idoso, por isso, um agente crucial na promoção do seu próprio envelhecimento.

De modo mais abrangente, a abordagem do Envelhecimento Ativo assenta no reconhecimento dos direitos e deveres de todos os seres humanos, abstendo-se assim de uma ótica baseada nas necessidades, onde se considera os mais velhos como passivos.

Todavia, um dos objetivos do Envelhecimento Ativo é possibilitar que as pessoas apreendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do

ciclo de vida, bem como participem na sociedade segundo as suas necessidades, desejos e capacidades (OMS, 2005).

Pensa-se assim que um Envelhecimento Ativo visa várias dimensões, no sentido do idoso continuar a beneficiar de uma vida dinâmica, com diferentes estímulos. Por conseguinte, torna-se relevante a questão da cidadania, dado que os idosos têm de continuar a participar na sociedade de forma útil, sentindo que continuam a fazer parte da mesma, ao mesmo tempo que contribuem para o seu desenvolvimento. É precisamente a esta participação contínua, que a palavra “ativo” no modelo de Envelhecimento Ativo se refere e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força do trabalho (OMS, 2005).

Todavia para se promover esta participação ativa, tanto a nível familiar, institucional como na sociedade, é necessário reunir-se esforços individuais e coletivos, para que assim se evite que esta fase do ciclo vital seja associada a algo desagradável, penoso e limitativo da sua atividade. Para isto é indispensável que, tal como argumenta Magalhães

(...) qualquer programa que pretenda incrementar o envelhecimento activo ou com êxito deverá prevenir a doença e a incapacidade associada, otimizar o funcionamento psicológico e em especial o funcionamento cognitivo, o ajuste físico e maximizar o compromisso com a vida, o que implica a participação social (2011, p. 15),

Assim, percebe-se que os fatores psicológicos são pertinentes para a efetivação do Envelhecimento Ativo e bem-sucedido, dado que são fatores “chave” para o indivíduo conseguir ultrapassar quaisquer situações adversas com que se depare.

Para melhor se compreender este modelo de Envelhecimento Ativo, concebido pela OMS, segundo Ribeiro e Paúl (2011), este obedece a uma vasta gama de fatores que englobam indivíduos, famílias e comunidades, tal como se pode ver no anexo 14.

Assim os principais determinantes do EA são os pessoais (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamentais (estilos de vida saudável, participação social e saúde mental), sociais (apoio social e acesso a recursos sociais, educacionais e a direitos fundamentais), ambiente físico (acessibilidade a serviços básicos sem barreiras arquitetónicas, assim como alimentação adequada, bom ambiente, transportes e integração social), económicos (rendimento e trabalho digno, assim como proteção social (reformas)), e por fim serviços sociais e de saúde (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade) (OPAS-OMS, 2005). A cultura e o género, de incontornável importância na definição de envelhecer, surgem

como determinantes transversais, dado que têm influenciado sobre todos os determinantes (OPAS-OMS, 2005). No fundo a forma como a sociedade encara o processo de envelhecimento, bem como os próprios idosos, é deveras influenciado pelos seus valores culturais e tradicionais.

Este conjunto de determinantes estabelecidos pela OMS é desenhado de uma forma circular, como se pode ver no anexo 14, dado que indica diversas direções em que os múltiplos sistemas atuam tanto ao nível pessoal do indivíduo como ao nível externo (OPAS-OMS, 2005).

Neste sentido, alude-se à opinião do Comité Económico e Social Europeu sobre “*O contributo e a participação dos idosos na sociedade*”, que dando conta desta visão positiva sobre os idosos, lhes reconhece importância social e acaba por sublinhar, no nosso parecer, o sentido fundamental de promover um EA tendo em conta o papel positivo dos idosos para a sociedade: “*Os idosos são membros dinâmicos (...). Transmitem conhecimento, competências e experiência para as próximas gerações. Contribuem individualmente e em conjunto, para a nossa economia, para as nossas comunidades e para a transmissão da nossa história*” (Comité Económico e Social Europeu, 2012, p. 10).

Depreende-se assim, através da pesquisa bibliográfica, que o conceito de EA assume-se na sua globalidade como um novo protótipo que visa alterar a perspetiva e os estereótipos negativos associados aos idosos, constituindo assim uma parte integrante de uma visão sociopolítica, na qual a garantia dos direitos humanos permitirá que os idosos permaneçam saudáveis, se mantenham no mercado de trabalho por um período mais alargado, ao mesmo tempo que participam nos processos políticos e comunitários do quotidiano, exercendo assim o seu direito de cidadania.

Importa salientar que o termo “*ativo*” extensivamente defendido na literatura contemporânea relacionada com o tema do envelhecimento, não deixa, todavia, de estar ausente das reflexões científicas investigadas, sobretudo quando comparado ao acúmulo de trabalhos existentes sobre outros conceitos relacionados, como o de envelhecimento saudável e bem-sucedido (Fernández-Ballesteros, 2009).

Em síntese e de acordo com Jacob (2011), pensa-se que o Envelhecimento Ativo pode ser considerado como o produto de um processo de adaptação que ocorre ao longo de toda a vida, através do qual se usufrui de um ótimo funcionamento físico, cognitivo, motivacional, emocional e social. Assim, a promoção do Envelhecimento Ativo implica, a otimização destas condições mediado por intervenções biomédicas, física, psicológicas e socioambientais. Importa também sublinhar que a promoção do

Envelhecimento Ativo supõe a promoção de medidas de prevenção de doenças e da incapacidade, assim como a fomentação do bem-estar e da qualidade de vida na velhice.

3.2. Envelhecimento Ativo – concepções de organismos supranacionais

Nos últimos anos o envelhecimento tem sido um dos objetos de interesse dos organismos internacionais, como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia (UE), organismos esses, que oferecem concepções explícitas do que se entende por Envelhecimento Ativo (Carvalho, 2013).

Assim, começando pela definição da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) sobre Envelhecimento Ativo, esta define-o do seguinte modo:

Active Ageing refers to the capacity of people, as they grow older, to lead productive lives in society and the economy. This means that people can make flexible choices in the way they spend time over life – learning, working, and partaking in leisure activities and giving care (OCDE, 2000, p. 126)².

No nosso entendimento, esta proposta contempla o Envelhecimento Ativo como sendo uma responsabilidade de cada indivíduo, mais do que um dever coletivo da sociedade, colocando a ênfase sobre a capacidade e autonomia das pessoas ao longo do processo de envelhecimento, para realizarem atividades produtivas não só na economia mas também na sociedade, como por exemplo aprender, trabalhar, ter atividades de lazer, cuidador dos outros, entre outras, realçando a vertente económica no envelhecimento. No entanto, considera-se que a repartição em atividades produtivas seja uma escolha do indivíduo, dado que, algumas das atividades enumeradas, ressaltam a desvinculação do mercado de trabalho, sendo exemplo as atividades de aprendizagem, de cuidados aos outros e de lazer.

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta a seguinte definição de Envelhecimento Ativo:

Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. [...] Active ageing applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well-being throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security and care when they require assistance (OMS, 2002, p. 12)³.

² Envelhecimento Ativo refere-se à capacidade das pessoas, à medida que envelhecem, para levar uma vida produtiva na sociedade e na economia. Isto significa que as pessoas podem fazer escolhas flexíveis na forma como passam o tempo ao longo da vida - aprender, trabalhar e participar em atividades de lazer e de prestação de cuidados (OCDE, 2000, p. 126, tradução livre).

³ O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida conforme as pessoas envelhecem. (...) O envelhecimento ativo aplica-se a ambos os indivíduos e grupos

Para além desta definição, a OMS acrescenta que:

The active ageing approach is based on the recognition of the human rights of older people and the United Nations Principles of independence, participation, dignity, care and self-fulfillment. It shifts strategic planning away from a “needs-based” approach (which assumes that older people are passive targets) to a “rights-based” approach that recognizes the rights of people to equality of opportunity and treatment in all aspects of life as they grow older (OMS, 2002, p. 13)⁴.

Assim, sintetizado o que foi dito pela Organização Mundial de Saúde, a promoção do Envelhecimento Ativo, para além do aspeto positivo no sentido económico, sublinha, o “*envelhecer bem*” como um dos princípios estratégicos de um novo desenvolvimento social. Logo, de acordo com a OMS o Envelhecimento Ativo relaciona-se com a melhoria de oportunidades de saúde, participação ativa na rede social e segurança, para que os indivíduos quando envelheçam tenham uma boa qualidade de vida, recebendo a assistência de que necessitam e se sintam realizados (OMS, 2002).

Assim sendo, o modelo de Envelhecimento Ativo proposto pela OMS (2002), assenta em três pilares, sendo eles: i) participação; (ii) saúde e (iii) segurança. O modelo integra também seis determinantes que podem promover ou constranger o Envelhecimento Ativo, sendo eles: (1) económicos, (2) de saúde, (3) ambientais, (4) pessoais, (5) físicos e (6) sociais, que dependem das questões da cultura e de género.

Importa assim referir aqui, de modo a completar o enquadramento do Envelhecimento Ativo proposto pela OMS, o Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (WHO, 2007), que é um instrumento que tem por base a promoção de uma cidade para todos, atendendo a preocupações relativas ao crescimento do número de pessoas idosas nos centros urbanos.

Na nossa leitura, esta definição evidência de forma mais saliente, a interação social e relação intergrupala, estando intimamente ligada ao bem-estar físico, psicológico e à autorrealização pessoal e social, como a criação por parte da sociedade, das oportunidades que são necessárias à promoção de um Envelhecimento Ativo. Quanto ao Envelhecimento Ativo, este refere-se à participação contínua em atividades sociais,

populacionais. Ele permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, proporcionando -lhes proteção adequada, segurança e cuidados quando eles necessitam de assistência (OMS, 2002, p. 12, tradução livre).

⁴A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e os princípios das Nações Unidas de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. Ela alterna o planeamento estratégico de uma abordagem “baseada em necessidades” (o que pressupõe que as pessoas mais velhas são alvos passivos) para uma abordagem “baseada em direitos” que reconhece os direitos das pessoas à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspetos da vida à medida que envelhecem (OMS, 2002, p. 13, tradução livre).

económicas, culturais, entre outras, assim como à existência de oportunidades para que este se concretize, como por exemplo, a participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, transportes e habitação, serviços de saúde, entre outros, previstos pelo Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

De forma sucinta, o entendimento da OMS sobre Envelhecimento Ativo, abarca também os aspetos produtivos, não querendo com isto fazer uma cópia do que foi proferido pela OCDE. No entanto, a OMS vai mais além, dado que faz uma abordagem à maximização das oportunidades de participação, por parte da sociedade, sublinhando também a saúde e autorrealização, que não são mencionadas pela OCDE. Mais concretamente, isto significa que o envelhecimento produtivo que o conceito da OMS compreende, aparenta estar além de uma necessidade económica exteriorizada na velhice.

Este pressuposto, dada a responsabilidade coletiva incitada por esta organização, parece ligar-se, porém, a uma reestruturação laboral, que adeque o mercado de trabalho às características dos idosos, possibilitando-os e capacitando-os para a maximização (em anos), da vida produtiva. Assim sendo, as pessoas passam a manter-se mais anos integradas no mercado de trabalho, por vontade e por reconhecida capacidade, mais do que por necessidade.

Para a UE, o Envelhecimento Ativo significa:

1. Enabling both women and men to remain in employment longer – by overcoming structural barriers (including a lack of support for informal careers) and offering appropriate incentives, many older people can be helped to remain active in the labor market, with systemic and individual benefits; 2. Facilitating active citizenship through enabling environments that harness the contribution that older women and men can make to society; 3. Enabling both women and men to keep in good health and to live independently as they grow older, thanks to a life-course approach to healthy ageing combined with adapted housing and local environments that allow elderly people to remain in their own homes as long as possible (UE, 2012, p. 3)⁵.

Esta definição apresentada pela UE, esteve presente na sua contribuição para o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, que ocorreu em 2012, onde propôs esta nova definição de Envelhecimento Ativo, que presume a capacitação do ser humano para se manter no mercado de trabalho, assim como a

⁵ 1. Permitir que homens e mulheres permaneçam no emprego mais tempo - por superar barreiras estruturais (incluindo a falta de apoio para carreiras informais) e oferecendo incentivos adequados, muitas pessoas mais velhas podem ser ajudadas a permanecer ativas no mercado de trabalho, com benefícios sistêmicos e individuais; 2. Facilitar a cidadania ativa através de ambientes que permitem aproveitar a contribuição que as mulheres e homens mais velhos podem dar à sociedade; 3. Permitir que as mulheres e os homens para se mantenham em boa saúde e vivam de forma independente à medida que envelhecem, graças a uma abordagem ao longo da vida para um envelhecimento saudável combinada com habitação adaptada e ambientes locais que permitam às pessoas idosas permanecer em suas próprias casas o maior tempo possível (UE, 2012, p. 3, tradução livre).

existência de incentivos para que as pessoas idosas possam continuar a trabalhar, promovendo assim uma cidadania ativa, estimulando um ambiente em que os tributos dos idosos sejam aproveitados e valorizados. Além disso, esta responsabilidade coletiva também pressupõe a capacitação das pessoas para que possam manter-se saudáveis e independentes da sociedade, como por exemplo, assuntos relacionados com a adaptação do ambiente habitacional e local onde as pessoas vivem, para que seja exequível estas viverem e permanecerem nas suas casas, o maior tempo possível

Se compararmos as três concepções apresentadas pela OCDE, OMS e UE, apesar de diferenciadas, convergem em alguns aspetos ligados à tónica da responsabilidade ou dever individual, da promoção e vivência de um Envelhecimento Ativo. Todavia, a OCDE e a UE, argumentam que “*envelhecer bem*”, em última instância, é uma responsabilidade individual, defendendo simultaneamente, que esta é uma responsabilidade coletiva, da sociedade em geral, da qual as próprias pessoas idosas fazem parte. Note-se que a OMS, menciona o respeito pelas características e direitos do homem, o que pressupõe o respeito pela sua individualidade, assim como pressupõe que participar ou não remete ao seu direito de decisão.

Quanto à responsabilidade coletiva na promoção do Envelhecimento Ativo, para a OMS, esta relaciona-se com a otimização por parte da sociedade em geral, de oportunidades para a participação real das pessoas idosas na comunidade e na família, na prestação de apoios, de segurança, proteção e cuidados às pessoas idosas, assim como, na subsistência dos direitos das pessoas idosas, melhorando assim a sua Qualidade de Vida.

Deste modo, depreende-se que o Envelhecimento Ativo depende não só da existência de determinantes sociais, mas também ambientais e económicas, que o podem constranger ou auxiliar. A título de exemplo, poder-se-á falar no projeto das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, onde o ênfase do Envelhecimento Ativo é colocado na existência e criação, nestes meios, de condições e estruturas que lhes permitam envelhecer de forma ativa, num processo de escuta das suas situações, sendo esta abordagem intitulada de “*abordagem participativa de baixo para cima*” (WHO, 2007, p. 7), pretendendo, ao mesmo tempo, saber quais os obstáculos que carecem de intervenção, com o intuito de se obter espaços que sejam mais humanizados para todos.

Todavia, tem-se novamente em paralelo a responsabilidade coletiva, concretamente a criação de condições na cidade, assim como a responsabilidade

individual, que tem a ver com a contribuição dos próprios idosos, para facultar informações e participar no levantamento de situações problemáticas, que possam resultar na criação de medidas ou tomadas de decisão pelos gestores ou políticos.

Vê-se assim, repetidamente, a responsabilidade individual reaparecer, associada à manutenção de hábitos de vida saudáveis e de participação em atividades produtivas, havendo aqui um maior relevo para a questão económica.

3.3. Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (2012)

Desde 1983 que a União Europeia escolhe temas específicos e variados para dar mote a cada ano civil, temas esses que normalmente são transversais a todos os estados membros, ma sobretudo temas que refletem aquelas que são as prioridades primordiais e os principais desafios que se colocam às sociedades europeias.

Neste sentido, 2012 foi o ano em que se celebrou um pouco por toda a Europa o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações.

O ano de 2012 foi assim definido pela Comissão Europeia como o ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, concedendo prolongamento a um percurso de eleição de temáticas tocantes com a questão geral do envelhecimento demográfico, inaugurado em 1999, ano que foi definido pela primeira vez pelas Nações Unidas como sendo o Ano Internacional da Pessoa Idosa.

De acordo com o documento da Decisão do Parlamento Europeu e do Conselho,

A celebração deste Ano Europeu deverá ser considerada como o principal evento de um conjunto de iniciativas importantes no período 2011-2014, durante o qual a UE irá centrar muitos dos seus programas e políticas na questão do envelhecimento activo e criar um quadro de promoção e divulgação, a todos os níveis (Estados-Membros, parceiros sociais, regionais e locais, e sociedade civil), das novas iniciativas e parcerias em prol do envelhecimento activo (Heitor, 2012, p.4).

Segundo Heitor (2012) o objetivo global deste Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, passa por contribuir para facilitar a criação de uma cultura de Envelhecimento Ativo na Europa, retomando o lema do Ano Internacional das Pessoas Idosas de 1999, que era uma sociedade para todas as idades e com os olhos postos já no próximo ano europeu, denominado a cidadania.

Por conseguinte, os objetivos mais específicos são:

a) Sensibilizar a opinião pública para o valor do Envelhecimento Ativo das suas diversas dimensões [incluindo a intergeracionalidade] e conseguir uma posição destacada nas agendas políticas;

b) Estimular o debate e o intercâmbio de informações e desenvolver a aprendizagem mútua entre os Estados-Membros e as várias partes interessadas;

c) Propor um quadro de compromisso e de ação concreta para que a União, os Estados-Membros e as partes interessadas possam elaborar soluções, políticas, estratégias e iniciativas de longo prazo inovadoras, sustentadas e duradouras;

d) Promover atividades de luta contra a discriminação em razão da idade, superando estereótipos e eliminando obstáculos, em especial quanto à empregabilidade (Heitor, 2012, p. 9).

Assim, para se atingir estes objetivos, foram incluídas atividades à escala da União Europeia e a nível nacional, regional ou local, mais propriamente conferências, eventos e iniciativas indicados a promover o debate, aumentar a sensibilização e favorecer a aceitação de compromissos específicos; campanhas informativas, promocionais e educativas; intercâmbios de informação, experiências e boas práticas; assim como investigação e inquéritos, à escala da União Europeia ou à escala nacional, com consequente divulgação dos resultados (Heitor, 2012).

Perante estas medidas anunciadas, pensa-se que todas são favoráveis a que se realize um bom trabalho na implementação deste Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e não só, contudo, seria também positivo que contribuísse para uma maior aceitação da sociedade a este tema. Seria fulcral que os cidadãos que ainda não estão informados sobre este tema, fossem esclarecidos e sensibilizados para a importância que as pessoas idosas devem ter na sociedade e mais particularmente, em cada comunidade, que realmente seja possível criarem-se iniciativas e configurações, para que os idosos contribuam de forma útil e proveitosa para o desenvolvimento desta.

Se por um lado é importante valorizar a sabedoria e experiência que os idosos adquiriram ao longo da sua vida, por outro, é importante apostar na formação e educação dos mesmos, para que possam obter novos conhecimentos e assim desenvolver-se ativamente.

O que aconteceu e espera-se que ainda aconteça, é que um pouco por todo o país, multiplicaram-se as iniciativas promovidas por um conjunto diferenciado de agentes, que respondem ao desafio lançado pela Comissão Europeia que passa por criar uma cultura europeia de Envelhecimento Ativo, numa sociedade amiga de todas as idades.

Assim sendo, hoje em dia o compromisso político com o Envelhecimento Ativo retrata uma posição de incontestável de destaque na agenda política Europeia, a qual é visível na comemoração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações (UE, 2012), na declaração de várias iniciativas para a sua promoção por agentes locais e regionais (UE, 2011), assim como nos depoimentos de compromisso e recomendações ostentadas pelos vários países da Europa, dos quais Portugal não é exceção.

Nas orientações para a celebração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo (2012), entre outras questões, é mencionado que os países são responsáveis por combater as reformas antecipadas, o isolamento das pessoas idosas e das doenças em idade avançada (Carvalho, 2013). Todavia, para efetivar estes objetivos, é essencial investir na manutenção do emprego das pessoas com mais idade, promover o voluntariado, desenvolver programas de promoção da saúde ao longo da vida, combater a discriminação pela idade e promover uma vida autónoma com acessibilidade aos recursos sociais e de saúde (Carvalho, 2013).

Segundo Heitor (2012, p. 9),

Promover o envelhecimento activo significa criar melhores oportunidades para que as mulheres e os homens mais velhos desempenhem o seu papel no mercado de trabalho, combater a pobreza, sobretudo das mulheres, e a exclusão social, encorajar o voluntariado e a participação activa na vida familiar e na sociedade, e incentivar o envelhecimento com dignidade.

É precisamente neste sentido que o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, visou promover o Envelhecimento Ativo em três domínios, mais precisamente no emprego, participação na sociedade e autonomia.

Relativamente ao emprego, este refere-se ao facto de à medida que a esperança de vida aumenta em toda a Europa, a idade da reforma aumentar, contudo, muitos receiam não conseguir manter o emprego ou não reouver outro de forma a conseguirem gozar de uma reforma decente. Assim, percebe-se que é urgente conceder melhores perspetivas de emprego aos trabalhadores mais idosos.

No que concerne à participação na sociedade, a saída do mercado de trabalho não significa fica inativo, sendo o contributo dos mais velhos para a sociedade, muitas vezes ignorado. Na realidade esquecemo-nos que são eles quem cuida repetidamente dos netos e ate dos próprios pais ou do conjugue, além de muita das vezes também fazerem trabalho de voluntariado.

Relativamente à autonomia, a saúde muitas vezes deteriora-se com a idade, ainda que as consequências dessa decadência podem ser amenizadas de várias formas. Pensa-se, assim, que pequenas mudanças à nossa volta podem melhorar expressivamente a vida das pessoas com deficiência ou problemas de saúde. O Envelhecimento Ativo, tal como se viu anteriormente, significa também desenvolver a capacidade dos idosos para preservar a autonomia o máximo de tempo possível.

De realçar que as iniciativas propostas neste ano europeu têm em consideração o legado do Ano Europeu do Combate à Pobreza e à Exclusão Social (2010) e do Ano Europeu das Atividades de Voluntariado que Promovam uma Cidadania Ativa (2011), desenvolvendo-se preferencialmente com uma abordagem local e inclusiva, no respeito pelos direitos humanos incluindo o reconhecimento da diversidade (Heitor, 2012).

Depreende-se assim que a estrutura da organização portuguesa deste Ano Europeu traduziu a preocupação em fazer envolver todos os agentes relevantes, que são chamados a gerar as mudanças necessárias para enfrentar os desafios do envelhecimento, falando-se não apenas em iniciativas públicas mas também privadas.

Importa salientar que apesar da visibilidade e do conhecimento que já existe sobre esta questão, muito há ainda a fazer, não apenas para compreender, mas para atuar no sentido de promover um envelhecimento realmente ativo, com proteção, com participação em saúde, acarretando uma sociedade inclusiva, no presente e no futuro, onde todas as idades tenham lugar, tal como nos diz Carvalho (2013).

Cap. 4 – Envelhecimento e Políticas Sociais

4.1. Políticas Sociais do Envelhecimento

Face ao envelhecimento da população, os órgãos governamentais, juntamente com os parceiros sociais e a maioria das políticas, apresenta um pacote de medidas para a Proteção Social do séc. XXI, com uma intenção dupla, isto é, tem o objetivo de reforçar a coerência estrutural do sistema de Segurança Social, ao mesmo tempo que objetiva reforçar a sustentabilidade social, económica e financeira.

Foi durante os anos 90 que começaram a surgir as mudanças nas políticas sociais, particularmente as que se destinam aos idosos. Estas mudanças pretendiam sobretudo melhorar o acesso e a qualidade do sistema de cuidados, contribuindo assim para uma maior universalização no seu acesso (Paúl & Ribeiro, 2012).

As respostas específicas para a Terceira Idade enquadram-se assim tanto no âmbito da Segurança Social, como nas políticas de outros setores, onde se destaca o acesso a determinados bens essenciais como os transportes, telecomunicações, apoios na saúde, entre outros.

Por conseguinte, a vertente demográfica e os novos riscos sociais emergentes, são um dos desafios com que os sistemas de Proteção Social têm de se confrontar.

Assim em concordância com Fernandes (1997, pp. 47-48), entende-se neste trabalho de projeto por políticas sociais de envelhecimento “*o conjunto das intervenções públicas, ou ações colectivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade*”.

De acordo com Carvalho (2013), referindo-se a Vaz (2008), estas políticas inserem-se no Estado Providência que se estrutura como equilibrador político-social e garante aos indivíduos os direitos sociais, assim como são direcionadas “*à população não produtiva, encarada como grupo homogéneo, que vive num período de vida que se apresenta com necessidades e problemas sociais comuns*”.

Segundo Osório (2007), as políticas sociais dirigidas à população idosa são influenciadas por condicionantes de caráter mais estrutural e de caráter mais político e ideológico. Enquanto as primeiras são demarcadas pelo aumento da população com 65 e mais anos de idade no total da população e pelas mudanças e transformações laborais, as segundas, são persuadidas pelo tipo de modelo de abordagem adotado na definição das políticas sociais dirigidas à população idosa. Assim, ainda de acordo com Osório (2007) se o modelo escolhido tiver um pressuposto ideológico, que se apoia no alarmismo do crescente envelhecimento,

“instauram-se as políticas de exclusão assentes na institucionalização, na rigidez da reforma, nas políticas de rendimentos e subsistência, na sobreposição de intervenções com pouca integração” (Osório, 2007, p. 15). Porém, se o modelo adotado partir do pressuposto socio histórico, onde se considera as pessoas em construção social, promovem-se “*as políticas de intervenção viradas para a autonomia e a reforma flexível, garantindo níveis suficientes de rendimentos segundo a necessidade*” (Osório, 2007, p. 15).

Neste sentido e de acordo com Carvalho (2013), defende-se uma política social de orientação socio histórica, para que não seja nem fatalista nem determinista, devendo reger-se pelos princípios definidos, de caráter geral e normativo, das Nações Unidas em 1991, revistos em 2001, que passam pelo princípio da independência (inclui temas como a alimentação, habitação, saúde, rendimentos, trabalho e educação), princípio da

participação (nas políticas que afetam diretamente o bem-estar próprio), princípio da assistência e cuidados (no campo da saúde e também no acesso aos serviços sociais e jurídicos), princípio da autorrealização (no que concerne aos recursos educativos, espirituais e recreativos da sociedade) e por último, o princípio da dignidade (para poder conviver satisfatoriamente e com segurança, livres de exploração e maus-tratos físicos e mentais) (Osório, 2007).

Contudo, existem atualmente algumas estratégias e medidas de políticas sociais para a população idosa, tal como se pode ver no anexo 15

Referindo-se a Martin et al. (2007), Carvalho (2013), enuncia três medidas primordiais, que se considera neste trabalho de projeto, sendo elas medidas de promoção ao cuidado dos idosos (que se definem como estruturas existentes para prestar serviços a esta população), medidas de promoção de EA (que consistem num conjunto de estratégias para fomentar a adoção de um papel ativo e intencional, por parte dos idosos, no seu próprio envelhecimento) e por último, medidas de promoção de envelhecimento produtivo (que pretendem uma participação mais ativa dos idosos na sociedade, através da continuidade da prestação dos seus serviços, contribuindo para o desenvolvimento económico e social).

Em 2012, de forma a auxiliar os decisores políticos no desenvolvimento de políticas para o Envelhecimento Ativo e saudável, foi criada uma nova ferramenta denominada de *Active Aging Index* (European Commission, 2013). Esta ferramenta assenta em vários indicadores, designadamente emprego, participação na sociedade, vida independente, saudável e segura e capacidade e ambiente propício para o Envelhecimento Ativo.

Esta ferramenta tem por base vários indicadores nomeadamente: Emprego, Participação na sociedade, vida independente, saudável e segura e por último, a capacidade e ambiente propício para o Envelhecimento Ativo.

De acordo com a OMS (2005) o desenvolvimento de políticas e programas com vista a um Envelhecimento Ativo, por parte de políticas de saúde, emprego e educação surtem vantagens como um menor número de deficiências associadas às doenças crónicas na terceira idade, um maior número de pessoas com maior qualidade de vida à medida que envelhecem, mais indivíduos ativamente envolvidos em aspetos sociais, culturais económicos e políticos, assim como na vida doméstica, familiar e comunitária,

bem como, menos gastos com tratamentos médicos, opinião que se partilha neste trabalho de projeto.

Assim, conclui-se que a política social de envelhecimento deve por um lado, potenciar as capacidades dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e, por outro lado, aproveitar as potencialidades de todas as pessoas em todas as idades, devendo para isso incorporar os princípios do Envelhecimento Ativo, definidos anteriormente pela OMS.

4.2. Acontecimentos internacionais que marcaram as políticas sociais do Envelhecimento

Diversos foram os acontecimentos internacionais que marcaram a política social em relação às pessoas idosas, a partir dos anos 70, altura em que se vislumbram as primeiras tendências de envelhecimento da população (Carvalho, 2013).

O primeiro acontecimento foi a celebração da I Assembleia Mundial de Viena sobre o envelhecimento, em 1982, seguida da Assembleia das Nações Unidas a favor dos idosos, em 1991, que orienta princípios gerais básicos de política social para a promoção desta faixa etária (Carvalho, 2013).

Desta primeira celebração resultou um documento intitulado de “*Plano de Viena*”, composto por duas partes, mais precisamente considerações gerais da política social e, recomendações pontuais da ação (Carvalho, 2013). Com a primeira parte, de acordo com Carvalho (2013) pretendia-se que “*as pessoas idosas desempenhem um papel activo na sociedade; a partir da idade adulta, todas as pessoas devem preparar-se para a reforma; na reforma as pessoas tivessem oportunidades de realização pessoal através de uma série de actividades*”, como por exemplo, viagens, actividades religiosas, formação, serviços voluntários da comunidade, entre outros. Relativamente à segunda parte do plano, este dividia-se em 62 pontos, tendo as preocupações sido formuladas de acordo com as preocupações das pessoas idosas, circunscrevendo-se ao âmbito da saúde e nutrição, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança do rendimento e emprego, bem como educação (Carvalho, 2013).

Assim, neste plano destacam-se três aspetos fundamentais: o desenvolvimento de um papel ativo na sociedade, a preparação para esse papel na fase da reforma e oferta nesta a oportunidade de realização pessoal, através de uma série de actividades (Carvalho, 2013).

Realmente é aliciente perceber que já em 1982 existia a preocupação com o envelhecimento da população e que, foram reunidos esforços no sentido de dissecar as questões relacionadas com esta situação.

No âmbito das Nações Unidas em 1991, de acordo com Carvalho (2013), realizou-se a Assembleia Geral das Nações Unidas a favor dos idosos, onde foram adotados 18 princípios a favor da população idosa, agrupadas em cinco grandes temas. Esses cinco grandes temas são a independência (o que significa o acesso aos direitos básicos de todo o ser humano, como alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação), participação (procura-se a manutenção da integração dos idosos na sociedade), cuidados (possibilitar aos idosos o acesso a cuidados, quer da família quer de instituições vocacionados para esse fim), autorrealização (possibilidade dos idosos poderem desenvolver o seu potencial através de recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos) e por fim, dignidade (requer que se assegure aos idosos a possibilidade de uma vida digna e segura, livre de qualquer forma de exploração e maus-tratos) (Carvalho, 2013).

A Assembleia Geral das Nações Unidas, mas em 1992, foi aprovada a Proclamação sobre o Envelhecimento, onde se estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos idosos, com o slogan “*uma sociedade para todas as idades*”, que recaia sobre quatro dimensões, sendo elas a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e, a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social (Carvalho, 2013).

Posteriormente, em 2002 realizou-se a II Assembleia Mundial de Madrid sobre o Envelhecimento, de onde surgiu o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento Ativo, que tinha como objetivos principais, produzir mudança de atitudes, políticas e praticas em todos os níveis e setores, de forma a garantir que toda a população possa envelhecer com segurança e dignidade, bem como os idosos possam participar como cidadãos de pleno direito (Carvalho, 2013).

Considera-se assim que este plano em Madrid, resultou de um conjunto de preocupações que foram expostas pelos diversos intervenientes, que continham a preocupação comum de garantir que a posição das pessoas idosas na sociedade seja respeitada. Por sua vez, no contexto Europeu, em 1992 foi proclamada a “*Carta Europeia dos Idosos*”, que define os seus direitos específicos, nomeadamente independência económica, habitação, saúde, transportes, segurança, lazer, informação e

participação, tendo sido celebrado posteriormente em 1993 o “*Ano Europeu dos idosos*” (Carvalho, 2013).

Assim, fica notória a preocupação do mundo em relação ao envelhecimento da população que cada vez é mais falado, não estando porém, a nosso ver, esgotadas as possibilidades de melhoria e avanços nas políticas e medidas relativamente aos idosos.

4.3. Evolução das respostas sociais dirigidas à população idosa em Portugal

De acordo com o Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) e o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS) (2014), a Rede de Serviços e Equipamentos Social (RSES), constitui-se como um elemento fundamental na promoção e desenvolvimento de proteção social, fundada na oferta de um vasto conjunto de respostas sociais, direcionadas, especialmente para os grupos mais vulneráveis.

As respostas sociais que constituem a RSES são fundamentais na conciliação da vida familiar e profissional, no que respeita aos cuidados dos idosos, a par do contributo para o reforço dos níveis de proteção social.

Conforme o GEP, MSESS (2014, nos últimos anos os cuidados às pessoas idosas tem melhorado de forma significativa, nomeadamente no âmbito da RSES. Assim, entre 2000 e 2014 o crescimento das respostas sociais a esta população, revela um crescimento de 49%, o que resulta aproximadamente num aumento de 2500 respostas (GEP, MSESS, 2014).

Em conformidade com o aumento do envelhecimento populacional, também a capacidade das respostas sociais dirigidas à população idosa tem aumentado, embora que a um ritmo mais moderado.

Assim, no que respeita às respostas sociais dirigidas à população idosa, perspetiva-se um crescimento da taxa de cobertura destes equipamentos e serviços nos próximos anos (GEP, MSESS, 2014).

Todavia, com o aumento da população idosa em Portugal, tal como se viu no primeiro capítulo deste trabalho de projeto, é possível antever um decréscimo na cobertura destas respostas sociais, tendo-se verificado em 2014, uma cobertura média de 12,7%, o que revela um incremento de 1,6 pontos percentuais, relativamente a 2006 (GEP, MSESS, 2014).

Segundo o Relatório da Carta Social de 2014, confirmou-se um decréscimo do número de respostas sociais, que entraram em funcionamento nesse mesmo ano, fruto, possivelmente, da maior contenção de despesas por parte das instituições e das famílias, devido à situação económica do país.

De destacar que foram os distritos de Lisboa, Porto, Santarém e Setúbal, que lideraram em 2014 a criação de novas respostas sociais, reunindo cerca de 50% das respostas que entraram em funcionamento (GEP, MSESS, 2014).

Estas respostas sociais existentes para as pessoas idosas, concretamente, são o Centro de Dia, a Estrutura Residencial para pessoas idosas, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), o Centro de Convívio, a Unidade de Apoio Integrado (UAI) e, o Apoio Domiciliário Integrado (ADI), explicados detalhadamente no anexo 16.

Assim, o Centro de Dia corresponde a 33% das respostas sociais, sendo o SAD com 68%, a resposta maioritária para esta população-alvo, que ascendeu de 48 700 lugares disponíveis em 2000, para 104 500, aproximadamente, em 2014 (GEP, MSESS, 2014).

No seguimento da evolução da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), as respostas UAI e ADI, têm sido reconvertidas em novas unidades, razão pela qual se observou uma supressão das mesmas.

Relativamente à distribuição espacial das respostas sociais, no território continental a maior concentração encontra-se nos territórios de maior densidade populacional, mais propriamente na faixa litoral norte e na área metropolitana de Lisboa, como se pode ver no anexo 18 (GEP, MSESS, 2014). Em 2014, 228 concelhos, no total de concelhos do Continente, oferecia dez ou mais respostas para os idosos.

Relativamente à oferta de SAD esta é feita maioritariamente por entidades da rede solidária, apesar dos distritos de Lisboa e Porto apresentarem uma oferta significativa de respostas propriedade da rede lucrativa.

No que concerne à resposta ERPI⁶ (nova denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, substituindo as designações lar de idosos e residência para idosos, nos termos da Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, disponível no anexo 17 a situação é idêntica, todavia em oito distritos do Continente (Setúbal, Lisboa, Leiria, Porto, Santarém, Faro, Évora e Coimbra), as entidades lucrativas representam já mais de 20% da oferta.

⁶ Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/604348/Portaria_n_67_2012_21_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e. Consultado em 20 de fevereiro de 2016.

Segundo o GEP, MSESS (2014), esta distribuição espacial é marcada sobretudo por uma assimetria no Continente, particularmente entre o interior e o litoral do país, apresentando os concelhos do interior, uma maior cobertura do que os concelhos do litoral, como se pode ver no anexo 18.

Em conformidade com o ano anterior, em 2014 no total dos concelhos do Continente, 179 registaram uma taxa de cobertura igual ou superior à média (GEP, MSESS, 2014).

Em relação à taxa de utilização destas respostas sociais, tem-se verificado uma quebra na utilização das mesmas, situando-se abaixo dos 80%, tendo sido esta redução menos evidente na ERPI, que manteve uma taxa de utilização de 90%, sendo esta a resposta mais procurada, tal como se pode verificar no anexo 19 (GEP, MSESS, 2014). Seguidamente encontra-se a resposta SAD com 73,9% e o Centro de Dia com 66% (GEP, MSESS, 2014).

A nosso ver, a diminuição da resposta de SAD e do Centro de Dia diminuiu, uma vez que o aumento destas ofertas ocorreu numa altura em que a procura diminuiu.

Resumidamente, a taxa de utilização em média, das principais respostas para a população idosa, fixava-se nos 78%, verificando-se alguma disparidade ao longo do Continente, tal como se pode ver no anexo 20 (GEP, MSESS, 2014).

De realçar que em 2014 estas respostas acolhiam, principalmente clientes do próprio concelho e freguesia. Neste mesmo ano, das respostas de SAD existentes, 55% funcionavam sete dias por semana, variando as necessidades e o nível de utilização dos serviços, de cliente para cliente (GEP, MSESS, 2014).

Relativamente à promoção do Envelhecimento Ativo, tema central deste trabalho de projeto, referindo-se a Martin et al. (2007), Carvalho (2013) refere três medidas essenciais, sendo elas programas de saúde e bem-estar físico, programas de ingressos económicos (diretos e indiretos), bem como programas educacionais (formais e não formais).

A estas medidas essenciais correspondem programas sociais específicos, contemplando o primeiro programa, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas; o Plano Nacional de Saúde e Programas e Medidas no âmbito do Envelhecimento Ativo (Carvalho, 2013). Ao segundo programa correspondem os direitos, mais precisamente apoios da Segurança Social (pensão de velhice, social de velhice e Complemento Solidário para Idosos) (Carvalho, 2013). No terceiro e último

programa, encontram-se os programas de formação ao longo da vida, ministrados nas instituições de Ensino Superior e cursos ministrados pelas Universidades Seniores (Carvalho, 2013).

Assim, conclui-se que em Portugal o mais evidente é a alteração das respostas e equipamentos, de forma a possibilitar a manutenção do idoso na sua própria residência e a criação de programas no âmbito da saúde.

Contudo, a nosso ver, estas respostas sociais continuam a não estar ao alcance de todos os cidadãos, dado que, face à situação económica do país, a maioria não auferir de rendimentos necessários para usufruir deste tipo de serviços.

4.4. Obstáculos e potencialidades das políticas de Envelhecimento Ativo

Algumas dinâmicas sociais podem ser obstáculos na implementação das políticas de EA, sobretudo aquelas que pretendem aumentar a proporção de pessoas idosas no mercado de trabalho, bem como aquelas que procuram prolongar as suas trajetórias profissionais.

Entre estes obstáculos, destaca-se o “*idadismo*” que continua a perdurar nos mercados de trabalho, que se traduz por exemplo, numa maior apetência dos empregadores a contratarem trabalhadores mais jovens em vez de mais velhos, assim como numa falta de preocupação, dos empregadores, em tornarem os locais de trabalho harmoniosos com os trabalhadores mais velhos (Fonseca, 2006).

Relativamente às potencialidades das políticas de EA, estas podem ocorrer a nível individual ou societal. A nível individual, há uma evidência empírica de que a atividade física e mental, assim como os contatos sociais melhoram os níveis de bem-estar e qualidade de vida (José & Teixeira, 2014).

Segundo José & Teixeira (2014), um estudo realizado recentemente conclui que a atividade física previne o agravamento de problemas de saúde, assim como a participação em atividades sociais tende a reduzir os sintomas depressivos ao longo do tempo, especialmente atividades religiosas ou ligadas à igreja, o que não acontece em atividades de voluntariado e caridade. Este mesmo estudo refere ainda que, a continuidade no mercado de trabalho até à idade da reforma, aparenta prevenir o declínio das capacidades cognitivas, consequente da saída precoce do mercado de trabalho e da diminuição dos contatos sociais (José & Teixeira, 2014).

De acordo com Almeida (2013), as políticas de EA poderão ainda, contribuir para a emancipação e o empoderamento das pessoas idosas, numa lógica de reforço da

sua dignidade e estatuto social, valorizando os interesses, necessidades e capacidades individuais, tal como preconiza a OMS, na sua conceção de EA. Acrescenta-se ainda, que estas políticas podem também promover a inclusão das pessoas idosas que se encontram em situações desfavoráveis, como por exemplo níveis de independência e autonomia baixos, combatendo assim a exclusão social desta população.

Relativamente aos benefícios sociais, estes ocorrem quando se assume que existe um círculo virtuoso entre atividade e saúde, onde as pessoas mais ativas tendem a ser mais saudáveis e, por sua vez, as mais saudáveis tendem a ser mais ativas (José & Teixeira, 2014). Na prática isto significa que as pessoas ativas, laboralmente, contribuem para a produtividade económica e para as receitas do sistema de proteção social, assim como tendem a ser mais saudáveis, o que conseqüentemente faz com que recorram menos aos serviços de saúde, contribuindo para a contenção de despesas públicas com estes serviços (José & Teixeira, 2014).

Contudo, os contributos sociais também podem advir por exemplo, da ajuda a cuidar dos netos, o que leva a que os casais tenham mais filhos, que conseqüentemente tendem a ter uma maior probabilidade de virem a receber cuidados por parte dos filhos e respetivos cônjuges, como forma de retribuição, ao mesmo tempo que contribuem para a contenção de despesas públicas com estes serviços (José & Teixeira, 2014). Associado a estas atividades, é possível também fomentar, a nosso ver, a promoção da intergeracionalidade.

Assim, em concordância com José & Teixeira (2014), pode-se referir que as estratégias de EA podem-se constituir como uma resposta para os países enfrentarem o dilema do envelhecimento da população, assim como o aumento das despesas com pensões na UE, caso a estratégia utilizada tenha como base uma parceria entre o cidadão e a sociedade em geral e se, apontar uma abordagem abrangente, não coerciva e inclusiva.

4.5 As Respostas Sociais e a Intervenção Socioeducativa no Envelhecimento

Enquanto problema social, o envelhecimento torna-se objeto de um processo de intervenção a partir do reconhecimento por parte da sociedade contemporânea, do direito que todo o cidadão detém, de usufruir de um sistema de garantias sociais que lhe permite desfrutar de um lugar na sociedade.

De acordo com Carvalho (2013) se se considerar que intervir socialmente equivale a agir sobre situações ou problemas que, geram ou foram gerados por fatores que direta ou indiretamente, contribuem para a despretensão das pessoas relativamente ao seu sistema de redes, compreende-se que as respostas sociais podem ser ideologicamente concedidas como a consubstanciação de soluções refratoras dos problemas sociais.

Na intervenção ao nível do envelhecimento, a comunidade torna-se a entidade com faculdades para se tornar o eixo estruturador das políticas para o Envelhecimento Ativo, assim como para o “*exercício da desvitimização*” do idoso e para maior adaptação da população ao novo formato tecnológico, como suporte de segurança à distância (Carvalho, 2013).

Ao pensar-se na intervenção com os idosos, tendo por base as políticas sociais, segundo Carvalho (2013), a organização das respostas sociais que vão consolidar as políticas de intervenção ao nível do envelhecimento, tanto podem ser instigados pelo poder político através das instituições públicas ligadas à saúde ou à educação, como por organismos não-governamentais, gerados por dinâmicas a que podem estar associados processos associativos a idosos (que têm por finalidade prover as respostas em conformidade com os seus interesses, mais especificamente centros de atividades, de noite e residenciais), respostas criadas na comunidade através do poder local (por exemplo centros comunitários, a partir dos quais seja possível se desenvolver atividades de interesse coletivo e individual, que promovam relações de vizinhança e laços sociais na comunidade), bem como dinâmicas de ativação de organismos sociais já existentes na comunidade (suscetível de promover projetos de intervenção social sob a sua responsabilidade ou em parceria com outras entidades locais, que tenham como missão não apenas a promoção de uma vida ativa, mas também a constituição de redes de entreajuda comunitária).

Com a dualização das políticas de intervenção (idosos e envelhecimento) e a diversificação das entidades principais no exercício da intervenção social, de acordo com Carvalho (2013), as repostas sociais podem ser divididas em três níveis, mais propriamente respostas humanitárias, convencionadas e direcionadas. Nas respostas humanitárias integram-se as visitas ao domicílio por voluntários ou entidades de segurança pública, enquanto nas repostas convencionadas se insere a institucionalização, temporária ou continuada em lares, cuidados continuados e

paliativos, bem como os serviços de apoio domiciliário (Carvalho, 2013). As respostas direcionadas, por sua vez podem incluir todos os serviços que permitam retardar a institucionalização do idoso e promovem o Envelhecimento Ativo e pró-positivo (Carvalho, 2013).

Assim, perante a perda de espaço da política de intervenção assistencial a favor da política de intervenção para a cidadania, a Intervenção Comunitária e Social, constitui-se como um instrumento profissional de responsabilização sobre as realidades marginais, que condicionam a mudança das políticas de intervenção utilizadas para minimizar o impacto social produzido pela vulnerabilidade resultante do processo de envelhecimento, tal como nos diz Carvalho (2013).

A questão da inovação profissional, também referida por Carvalho (2013), centra-se basicamente na intervenção para a cidadania ativa, em que o envelhecimento não é envolto em censuras, mas em atitudes propositivas que permitem confiar a não perda de direitos e desvalorização social do idoso.

Ao nível do envelhecimento esta intervenção centra-se na participação intergeracional, no desenvolvimento de projetos de partilha comunitária, na criação de serviços ao domicílio entre pares ou com outras faixas etárias, projetando espaços de dinamização e reconstrução da cultura comunitária inclusiva (Carvalho, 2013). Ao nível dos idosos, pode incluir projetos institucionais participativos de serviços à comunidade ou de atividades com escolas e infantários, onde se proteja a inclusão do idoso e a sua valorização pessoal ou social.

É precisamente nesta linha de pensamento de Carvalho (2013), que este trabalho se insere, na medida em que pretende a valorização do idoso, das suas capacidades e potencialidades, assim como a promoção de uma cidadania e Envelhecimento Ativo, gozando ao mesmo tempo dos seus direitos, rumo a uma inclusão real.

4.6. Hipóteses teóricas orientadoras do trabalho

Ao longo dos tempos, como referido anteriormente, foram-se criando ao longo dos tempos, mitos e estereótipos acerca do envelhecimento e do idoso, o que conduziu a representações sociais que hoje estão fortemente enraizadas.

Desta forma, ao longo do enquadramento teórico, percebeu-se de que forma os estereótipos e representações sociais, que normalmente estão associados ao processo de envelhecimento e ao idoso, influenciam a forma como estes envelhecem.

Neste seguimento, tendo por base o problema de pesquisa, mencionado anteriormente, colocaram-se as seguintes hipóteses para exploração:

1. As escolhas que os idosos fazem ao longo da vida influenciam as percepções e representações sobre o que é envelhecer ativamente.

2. A passagem à reforma por parte dos idosos tem impacto nas representações sociais sobre o próprio processo de envelhecimento.

Estas hipóteses pretendem averiguar se os modos de vida dos idosos e as representações sociais, que lhes estão associadas, inibem o seu Envelhecimento Ativo.

II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO: Envelhecimento Ativo no CCOP

Cap. 5 – Alguns dados de caracterização do local de estudo

De forma a conduzir este trabalho de projeto o melhor possível, cabe-nos caracterizar a cidade do Porto, a freguesia da Sé e mais propriamente o Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP), local onde este trabalho de projeto se realizará.

O Porto teve o seu início no Morro de Penaventosa, por razões de ordem estratégica e pela facilidade de ligação com outros locais, sendo um lugar privilegiado no que concerne ao aprovisionamento de água, rodeado por três cursos, nomeadamente um pequeno ribeiro a nascente, o rio de vila a oeste e o rio Douro a sul (Borges, 1998).

Este distrito situa-se na Região Norte de Portugal (NUTS II), limitando a Norte com o distrito de Braga, a Leste com o Distrito de Vila Real, a Sul com os Distritos de Viseu e Aveiro e a Oeste com o Oceano Atlântico (Câmara Municipal do Porto, 2013).

Na época romana a cidade do Porto era denominada de “*Cale ou Portus Cale*”, tendo o distrito sido criado em 1833, integrado na reorganização administrativa proposta por Mouzinho da Silveira (Câmara Municipal do Porto, 2013).

Segundo Borges (1998), foi a partir do séc. XI, que se traçaram e delinearão as ruas e os espaços construídos, cuja estrutura permanece até aos dias de hoje. A partir desta época, até meados do séc. XIV, o Porto sofreu um desenvolvimento contínuo, fruto de um aumento populacional, resultado da imigração atraída pelo trabalho e vitalidade da cidade, assim como pelo crescimento natural das populações, que se encontravam à procura de melhores condições de subsistência (Borges, 1998).

De acordo com os dados do INE (2012), esta é a segunda cidade de Portugal com 41,66 km² de área, é a capital do Distrito, da Área Metropolitana do Porto e da região estatística do Norte (INE, 2012).

Conforme a Câmara Municipal do Porto (2013), com o passar dos anos a cidade do Porto destacou-se nas diversas áreas, sendo hoje conhecida mundialmente pelo Vinho do Porto, pelas suas pontes e arquitetura contemporânea e antiga, bem como pelo Futebol Clube do Porto.

Em 1996, o Centro Histórico do Porto, área mais antiga da cidade, foi classificado pela UNESCO, como Património Cultural da Humanidade, tendo sido

capital europeia da cultura em 2001, onde se encontra também o testemunho das origens medievais da cidade (Câmara Municipal do Porto, 2013).

De acordo com a Câmara Municipal do Porto (2013), a gastronomia, o artesanato e o comércio ofertam um leque diversificado de propostas, desde uma oferta tradicional, suportada por um passado de grande significado histórico, até aos desafios mais progressistas dos jovens criadores da cidade.

Assim, a cidade possui vários espaços de referência quer regional quer nacional e internacional, destacando-se o Museu Nacional de Soares dos Reis, a Casa da Música, o Teatro do Campo Alegre, o Rivoli Teatro Municipal, o Teatro Nacional São João, o Coliseu do Porto e a Fundação de Serralves (Câmara Municipal do Porto, 2013).

Na cidade do Porto, segundo os dados do INE (2015), relativamente à densidade populacional desta cidade no ano de 2011 era de 5 626,8 habitantes por km², passando a ser de 5 268,7 habitantes por km² em 2014, verificando-se uma perda de habitantes por km², como se pode verificar no anexo 23.

No que respeita à população com 65 e mais não de idade em 2001 é de 51 003 habitantes, crescendo em 2011 para 55 083, o que corresponde a um aumento de 8%, como se pode ver no anexo 22 (INE, 2012a).

Assim, a Câmara Municipal do Porto (2013) refere que esta diminuição da população verificada na cidade, pode associar-se a diversas causas, entre as quais o envelhecimento da população e diminuição da taxa bruta de natalidade, aumento da procura de habitações nas cidades periféricas do Porto, entre outras.

Relativamente à distribuição da população e a respetiva faixa etária, de acordo com os dados do INE (2012) na cidade do Porto 23,2% corresponde à população com 65 ou mais anos de idade, tal como se pode ver no anexo 21, Figura 2.

No que concerne ao envelhecimento da população a cidade do Porto, de acordo com os dados do INE (2015) em 2011 apresenta um índice de envelhecimento de 101,1 pessoas, com um índice de dependência de idosos de 22,6 pessoas (INE, 2015a) passando em 2014 para um índice de envelhecimento de 119 pessoas (INE, 2015) com um índice de dependência de idosos de 25,3 pessoas (INE, 2015a), como se pode ver nos anexos 24 e 25, verificando-se assim um aumento não só do número de idosos mas também da sua dependência.

5.1. Freguesia da Sé

Focando a nossa leitura ao nível da freguesia da Sé segundo Borges (1998), embora a cidade do Porto, entendida no seu todo, tenha sido fonte de vários polos, foi a Sé quem estruturou, a par das vias de ligação com outros territórios, a malha urbana.

Esta freguesia da Sé, até ao ano de 1583 formava o Porto, tendo sido depois dividida em quatro, mais propriamente Sé, S. Nicolau, Vitória e São João de Belmonte, a última, porém, anexada em 1592 à de S. Nicolau (Borges, 1998).

Assim, administrativamente a cidade do Porto era constituída por quinze freguesias até ao ano de 2013, passando com a entrada em vigor da Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro, disponível no anexo 26, que determina a “reorganização administrativa do território das freguesias [...]”, para apenas sete freguesias, como se pode comprovar no anexo 27.

Geograficamente a freguesia da Sé encontra-se na zona baixa da cidade do Porto, com uma área de 0,48 km² integrando a zona histórica da cidade. Esta é uma área citadina que após décadas de abandono, acabou por se converter num centro cujos espaços físicos denotam algumas particularidades, como se pode ver no anexo 28, que aludem à importância daquela região, assim como para a degradação a que se foi sujeitando ao longo do tempo (Loza, Borges & Repolho, 1996; Borges, 1998).

No séc. XIX a degradação progressiva da zona da Sé acentuou-se, tendo-se realizado entre outras importantes intervenções, a abertura da Rua Mouzinho da Silveira, que para o Bairro da Sé teve grandes consequências. Mais precisamente, a abertura desta rua criou uma barreira física entre a Sé e o resto da cidade, através das edificações ao longo de toda a rua, foram eliminados todos os vestígios da zona marginal ao rio de Vila e por último, constitui um eixo alternativo de tráfego, que contribuiu para a marginalização urbana da Rua da Bainharia (Borges, 1998).

Perante este cenário a Sé aparece de acordo com Borges (1998, p. 19) “*por detrás de uma importante fachada urbana, como se não fosse parte da cidade, antes se constituindo num resíduo do antigo burgo abandonado*”, acrescentando ainda que até ao ano de 1974 o Centro Histórico do Porto foi uma das áreas mais pobres e degradadas da cidade, sendo os seus contornos sociais, até então, definidos a partir de populações marginais a que se associaram a ruína generalizada dos antigos edifícios e uma sobreocupação destes por agregados familiares de muito baixos recursos (Borges, 1998).

Todavia, após 1974 houve uma mudança de atitude acompanhada de uma nova sensibilidade para a riqueza do Centro Histórico e dos seus valores, expressos quer nos edifícios monumentais e artísticos, quer no denso casario caracterizador da cidade, resultando daí a criação do Comissariado para a Recuperação da Área da Ribeira e do Barredo (CRUARB), que desde se então se dedicou à recuperação do antigo casco histórico (Borges, 1998).

Relativamente às principais características apontadas para a degradação desta zona histórica, ressalta-se o processo de abandono a que esta esteve submetida há mais de cem anos (Loza, Borges & Repolho, 1996; Borges, 1998). Esta degradação não significa assim, apenas desconforto e falta de qualidade de vida, mas é também um importante fator de exclusão, produzindo e agravando problemas na saúde, na inserção profissional e na participação social (Loza, Borges & Repolho, 1996).

Neste contexto, até ao ano de 1993, o fenómeno da pobreza e exclusão social reproduzem-se e agravam-se, adquirindo novas formas e assumindo novas expressões, registando-se um aumento das situações de marginalidade social e de comportamentos desviantes, associados ao consumo de droga e à pequena criminalidade, o que contribuiu para acentuar a má imagem que no exterior se construiu da população da zona, o que representou um fator adicional de marginalização (Loza, Borges & Repolho, 1996; Borges, 1998).

Porém, há outras razões de integração da população, que por vezes se encontra enquadrada em programas, associações, estruturas e grupos de promoção pública ou particular, possuindo uma grande coesão social e comunitária, essencialmente visíveis nas novas gerações (Loza, Borges & Repolho, 1996). Exemplo disso são os clubes e associações que promovem a prática desportiva e a atividade recreativa, entre os jovens da população local (Loza, Borges & Repolho, 1996).

Assim sabe-se que a freguesia da Sé é uma zona tipicamente urbana, com um edificado seriamente degradado e com péssimas condições de habitabilidade, ao mesmo tempo estigmatizada devido a situações visíveis de tráfico, consumo de drogas e outras atividades ilícitas (Borges, 1998).

No que respeita à população no geral, esta possui um baixo nível de escolaridade (65% tem apenas o 1º ciclo) assim como de qualificação profissional, alistada pelo insucesso escolar, desvalorização da escola, entrada direta no mercado de trabalho em atividades pouco qualificadas assim como indiferenciadas, sendo exemplo a construção

civil, serviços domésticos e venda ambulante (Loza, Borges & Repolho, 1996; Borges, 1998).

Concretamente, na freguesia da Sé de acordo com os dados do INE (2007) em 2001, existia uma densidade populacional de 9 788,89 habitantes por km², passando segundo os dados do INE (2013b) a observar-se uma densidade populacional em 2011 de 7 129,6 habitantes por km², o que comprova uma redução do número de habitantes por km², como se pode apurar no anexo 23.

Segundo os dados do INE (2012a), no ano de 2001, a população residente na freguesia da Sé com 65 e mais anos de idade, era de 1 140 habitantes, passando no ano de 2011 para 908 habitantes, como se pode ver no anexo 21, Figura 1, o que se traduz numa variação entre 2001 e 2011 de -20,35%, evidenciando assim a perda de população idosa nesta freguesia, como se pode comprovar no anexo 22.

No que diz respeito ao índice de envelhecimento nesta freguesia, no ano de 2011 segundo os dados do INE (2013) observava-se um índice de envelhecimento de 237,7 pessoas com um índice de dependência nesse mesmo ano, de 41,8 pessoas (INE, 2013a) como se pode ver nos anexos 24 e 25.

Assim, de acordo com a realidade social, cultural e económica desta zona, percebe-se que o esforço desenvolvido colide muitas vezes com políticas e programas desadequados às necessidades reais da população, com a afetação insuficiente de recursos técnicos e logísticos, ausência de respostas em tempo útil (como por exemplo de saúde e Segurança Social), entre outros.

Em síntese, os principais problemas identificados são a desertificação do Centro Histórico, população envelhecida, indivíduos isolados a residir em pensões, famílias desestruturadas / disfuncionais, tráfico de substâncias psicoativas e baixa qualificação académica.

Estes dados permitem-nos assim refletir sobre as medidas e ações a implementar, respondendo às necessidades diferenciadas deste grupo etário.

5.2. Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP)

Contextualizando o campo de análise deste trabalho de projeto, esta desenvolve-se no Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP), situado na Rua Duque de Loulé, nº 202, tendo sido o primeiro círculo católico de operários a ser criado em Portugal, remontando a sua fundação a 9 de junho de 1898 (CCOP, 2016).

O propósito da sua criação prendeu-se com o objetivo de ver resolvida a “*Questão Social*” em congruência com as doutrinas expostas na altura pelo Papa Leão XII, na circular “*RERUM NOVARUM*” (CCOP, 2016).

Já no ano de 2001, a Câmara Municipal do Porto, concedeu ao CCOP a medalha de Valor Desportivo – Grau Ouro, pela atividade que este desenvolveu em prol da juventude da cidade. Seguidamente em outubro de 2011, o CCOP passa a ser reconhecido enquanto Pessoa Coletiva de Utilidade Pública, beneficiando do seu estatuto de IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social), que lhe foi concedido pela sua vertente de apoio à terceira idade (CCOP, 2016).

De forma direta, esta instituição serve um universo de cerca de 500 associados, sendo os serviços prestados à comunidade variados, não se esgotando na fração populacional referida anteriormente. No conjunto das várias iniciativas lúdicas, culturais e artísticas de que o CCOP dispõe, destaca-se o Teatro, Cinema, Grupo de Fados, Grupo Coral Feminino e Ténis de Mesa, que são as mais solicitadas por quem frequenta a instituição (CCOP, 2016).

Na área da Ação Social, ao longo da história do CCOP, realizaram-se diversas iniciativas como “*Consultório Medico, S. Frei Gil*”, “*Patronato*”, “*Secretariado do Desemprego*”, “*Cooperativa de Crédito e Consumo*” e “*Caixa Económica*”, contabilizando-se em alguns milhares o número de pessoas que já usufruíram dos mais distintos apoios (CCOP, 2016).

Na área da Educação, já funcionaram no CCOP diversos níveis de Ensino, desde o Primário ao Secundário, incluindo o Programa Novas Oportunidades, passando pelo ensino de Línguas, Artes & Ofícios, Estudos Sociais, entre outros (CCOP, 2016).

No que concerne ao público-alvo do CCOP este é bastante heterogéneo, incluindo particularmente jovens provenientes de agregados familiares com baixos recursos, residentes na zona da Sé.

Em concordância com as suas disposições estatutárias, o CCOP tem por missão, promover ações de caráter cívico, moral, social, cultural, recreativo e desportivo dos seus Associados e outros. Apoiar crianças em idade escolar, adolescentes e jovens, orientando as atividades dos tempos livres, através da promoção de ações de caráter educativo, formativo e informativo, assim como apoiar a Terceira Idade, através de um Centro de Convívio, como se poderá ver detalhadamente no anexo 29 (CCOP, 2016).

Além destes objetivos a instituição compromete-se ainda a cumprir outros objetivos, nomeadamente apoio á família, infância e juventude, população idosa e

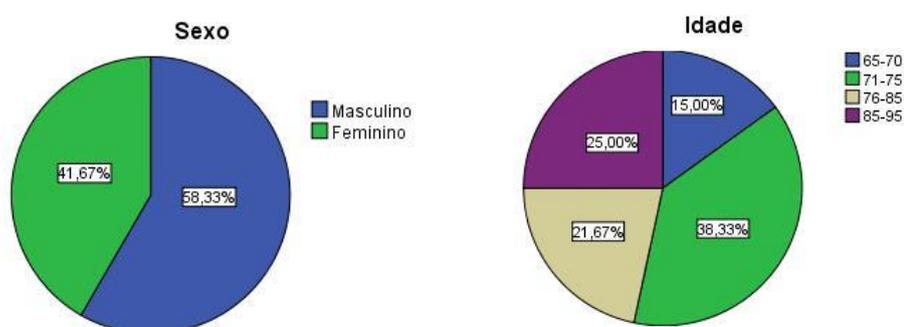
integração Social, assim como a criar iniciativas e eventos culturais, recreativos e desportivos, como se poderá ver no anexo 30 (CCOP, 2016).

5.3. A População

No que respeita à população-alvo e à sua caracterização, realça-se que os dados utilizados foram recolhidos com base no inquérito aplicado.

A população é composta por 60 idosos, sendo eles homens e mulheres, mais precisamente 35 homens e 25 mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, a grande maioria (90%) a residir no Porto e apenas 10% a residir em Gaia, tal como se pode ver na figura 2.

Figura 2 - Sexo e Idade dos inquiridos



Quanto ao estado civil destes idosos 45 são casados(as), 8 vive com companheiro(a) e apenas 6 são viúvos(as).

No que diz respeito ao dia-a-dia dos inquiridos, grande maioria (91,7%) afirma viver sozinho e 86,7% viver com conjugue/companheiro.

Quanto às habilitações literárias 48,33% possui o ensino primário, enquanto apenas 20% completou o ensino preparatório.

Segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010) (INE, 2009), a maioria dos idosos (28) ao longo da vida operou em trabalhos não qualificados, assim como em trabalhos “Operários, Artífices e Trabalhadores Similares” (13).

Esta população é na sua totalidade reformada, tendo passado para a reforma, na sua maioria (83,3%) aos 65 anos.

No que concerne ao estado de saúde dos inquiridos, 70% (42 idosos) afirmam sentir-se saudáveis, tendo mencionado como principal motivo o facto de ainda não necessitarem de recorrer a serviços médicos (60%).

A fim de melhor conhecer a população em causa, serão apresentados dados mais pormenorizados posteriormente no ponto 7.1, 7.2 e 7.3 deste trabalho de projeto.

Cap. 6 – Opções Metodológicas

6.1 – Definição e delimitação do estudo empírico

“Uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica.” (Quivy & Campenhoudt, 2003, p. 31).

De acordo com Pereira & Poupa (2012), o início de um processo de investigação comprova-se a partir da escolha de um tema e elaboração de um problema de pesquisa, que consolida todas as questões de investigação, originando os objetivos que fundamentam a pesquisa.

Assim, tendo por base o referido por Pereira & Poupa (2012), baliza-se como tema deste trabalho de projeto/investigação “*Representações Sociais do Envelhecimento Ativo*”.

Tendo em conta o tema central deste trabalho de projeto, o público-alvo da mesma será a terceira idade, dado que se concorda com Stuart-Hamilton (2002), quando refere que a terceira idade é um estilo de vida mais ativo e independente da velhice. Todavia, se durante este trabalho de projeto se fala em terceira idade, não se pode deixar de referir que vários autores defendem que atualmente se pode falar numa quarta idade, que compreende os 75/80 anos até aos 100 anos de idade, dado que, o número de anos que as pessoas vivem aumentou e continua a aumentar, tendo sentido atribuir-se mais um estágio de idade.

Conforme Fonseca (2006, p. 58) pode-se apurar que com a “*distinção entre 3ª e 4ª idade: há diminuição da importância da idade cronológica e aumento da importância da idade funcional; não há uma idade para se passar à 4ª idade, tudo depende do grau de funcionalidade*”.

Posto isto, cabe-nos questionar de forma mais objetiva aquilo que se pretende investigar, especificando-se para isso a pergunta de partida, que segundo Quivy e Campenhoudt (2008, p. 34), “ (...) constitui normalmente um primeiro meio para pôr em prática uma das dimensões essenciais do processo científico: a rutura com os preconceitos e as noções prévias.”

Tendo em conta este esclarecimento do que é a pergunta de partida, cabe-nos relembrar o problema de pesquisa desta investigação: “*Perceções e Representações Sociais sobre Envelhecimento Ativo*”.

6.2. Objetivos do trabalho

Com um problema de pesquisa focado, importa definir os objetivos do trabalho de projeto, que especificam de acordo com Fortin (2009, p. 160) “(...) *as variáveis – chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de acção que serve para orientar a investigação*”.

No que concerne ao objetivo geral do trabalho de projeto, Marconi e Lakatos (2007, p. 24), referem que “(...) *torna explicito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto*”.

Este trabalho pretende contribuir para a construção de representações sociais, num ambiente contextualizado no tempo e no espaço.

Assim, para este problema de investigação definiu-se como objetivo geral:

“Construir Representações Sociais sobre Envelhecimento Ativo”

Quanto aos objetivos específicos, Marconi e Lakatos (2007, p. 24) aludem que estes podem definir a natureza do trabalho, o tipo de problema a ser selecionado e as informações a colher.

Assim sendo, em seguimento aos objetivos gerais surgem os objetivos específicos seguintes:

1.1 Analisar as opiniões dos idosos sobre o que é envelhecer ativamente

1.2 Perceber de que forma a ocupação do dia-a-dia dos idosos influencia a forma como avaliam o próprio Envelhecimento Ativo

1.3 Averiguar se na opinião dos idosos as atividades desenvolvidas pelo CCOP promovem o Envelhecimento Ativo

1.4 Perceber de que forma o CCOP promove o Envelhecimento Ativo

Feita a delimitação do estudo, importa definir os instrumentos que melhor se adequam à recolha de dados que se pretende realizar.

6.3. Instrumentos utilizados na recolha de dados

Tendo como ponto de partida as relações conceituais de Representações Sociais, Modos de Vida e Envelhecimento Ativo, o presente trabalho de projeto pretende fundamentar a pertinência dos modos de vida nas representações/perceções que os próprios idosos têm do que é envelhecer ativamente.

Enquanto investigadora teve-se sempre consciência ao longo de todo o processo, que é crucial manter-se uma atitude reflexiva e crítica face aos objetivos traçados para este estudo.

Assim, a investigação aqui apresentada desenvolveu-se em cinco fases: contacto com o CCOP; realização de entrevistas; construção e teste do instrumento (pré-teste dos inquéritos); apresentação e aplicação do instrumento à amostra selecionada; codificação e tratamento (análise e discussão) dos dados obtidos, que passaremos a apresentar.

De forma a responder aos objetivos deste trabalho de projeto, recorreu-se à utilização de uma metodologia mista, mais precisamente, ao método qualitativo (entrevistas) e quantitativo (inquéritos), de forma a verificar as hipóteses formuladas na pesquisa, com maior precisão e a abranger uma amostra e adesão mais significativa dos idosos.

Segundo Ribeiro (2007, pp. 65-66) a Investigação Qualitativa “(...) *é um trabalho de proximidade e interactivo, dado que exige o contacto face a face com um indivíduo (...) o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam, experimentam os acontecimentos em estudo*”.

Assim, no método qualitativo optou-se pela realização de entrevistas, uma vez que uma das suas vantagens passa pela adaptabilidade, constituindo um modo de comunicação verbal entre o entrevistador e o entrevistado, sendo assim uma das que melhor se adequa ao estudo que se pretende realizar, tendo em conta a amplitude do mesmo e a idade dos participantes. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008, p. 192), a entrevista semiestruturada, que este apelida de semidiretiva, “(...) *não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma serie de perguntas guias, relativamente abertas (...)*”, sendo este o tipo de entrevista adotado.

As entrevistas realizadas foram assim semiestruturadas, tendo-se em consideração respeitar os objetivos do estudo, o método qualitativo e responder às questões de investigação.

De realçar que para este processo de recolha de dados, foram utilizados dois instrumentos, mais propriamente os guiões das entrevistas que se encontram no anexo 31 e 32, com a finalidade de garantir a objetividade necessária, recorrendo também à utilização de um dispositivo de gravação áudio, mediante o consentimento prévio dos entrevistados, de forma a proceder à posterior transcrição integral das entrevistas, presentes no anexo 36 e 38. De modo a proporcionar e preservar um ambiente tranquilo e acolhedor aos entrevistados, optou-se por realizar as mesmas na própria instituição.

As entrevistas realizadas tiveram dois momentos. Num primeiro momento foi realizada uma entrevista ao presidente do CCOP, Sr. M. V., com o intuito de

percecionar a forma como este olha e promove o Envelhecimento Ativo na sua instituição, tendo sido, num segundo momento, realizadas entrevistas a dois idosos do CCOP, com mais de 65 anos de idade (população alvo deste trabalho de projeto), pretendendo-se perceber de que forma estes idosos percecionam o Envelhecimento Ativo, assim como de que forma os seus modos de vida influenciam as suas representações de Envelhecimento Ativo.

As entrevistas aos idosos dividiram-se em três dimensões, sendo elas caraterização individual, caraterização profissional, Envelhecimento Ativo e futuro.

Na caraterização individual procurou-se caraterizar sociodemograficamente os participantes, o que permite conhecer os mesmos, informação que será complementada com a caraterização profissional que procura saber um pouco sobre a vida profissional dos idosos. A dimensão do Envelhecimento Ativo explora o que estes consideram ser importante para um EA, a sua opinião sobre as atividades desenvolvidas no CCOP rumo a um Envelhecimento Ativo, bem como de que forma os seus modos de vida influenciam ou não este envelhecimento. Quanto á dimensão do futuro pretendeu-se explorar possíveis ideias e conselhos para um Envelhecimento Ativo, assim como algumas aspirações futuras.

Quanto ao método quantitativo optou-se pela aplicação de um inquérito por questionário, enquanto técnica privilegiada de recolha de dados não-documental. De salientar que este procedimento, embora possa não ser o mais privilegiado numa investigação como esta, tendo em conta a amostra escolhida, foi necessário recorrer a esta técnica de forma a conseguir responder aos objetivos fixados.

Após a construção do guião dos inquéritos, de forma a avaliar a adequação dos mesmos e testar a sua pertinência, extensão e compreensão das questões que o compõem, realizou-se um pré-teste a dez idosos, com idades compreendidas entre os 71 e os 95 anos, a residir no Porto, como se pode comprovar no anexo 34.

Aquando da realização destes pré-testes uma das preocupações subjacentes prendia-se com a clareza dos itens, uma vez que a amostra do estudo se apresentava heterogénea, tendo-se, em conformidade com o que é dito por Moreira (2004), redigido as questões por referência a pessoas com um nível de compreensão e escolaridade menor, procurando ao mesmo tempo não ofender os que possuíam um nível mais elevado. A estes participantes foi explicado antes da realização dos pré-testes o propósito dos mesmos (tornar o questionário o mais compreensível e objetivo possível),

sendo por isso o mais importante não as respostas que eram dadas, mas sim refletir sobre como as questões foram geradas e as hipóteses de resposta apresentadas.

Assim, com a realização destes pré-testes foram feitas algumas alterações e ajustes mais precisamente:

- 1– Agrupar e eliminar algumas questões iniciais
- 2– Fechar algumas questões que eram abertas
- 3– Colocar algumas hipóteses de resposta, que não constavam nas apresentadas inicialmente

Feitas estas alterações, procede-se à administração dos inquéritos, que decorreu no mês de Maio de 2016, tendo sido inquiridos 60 idosos.

De realçar que a definição da amostra tem em conta os recursos disponíveis na instituição, o tempo para a realização do estudo no âmbito do mestrado, assim como as diretrizes da orientadora, tendo os participantes sido recrutados com auxílio da técnica de Educação Social do CCOP.

Assim, opta-se por um questionário misto, composto por perguntas abertas e fechadas, que remetem ao passado, presente e futuro do idoso, deixando pouca margem para as não-respostas, tal como nos diz Moreira (2004).

Nos inquéritos encontram-se questões fechadas, em consequência da facilidade de tratamento e interpretação dos dados obtidos. No entanto, e tendo em conta a probabilidade dos participantes não se reverem em nenhuma opção de resposta e/ou a dificuldade de previsão de algumas respostas, optou-se por incluir respostas abertas.

Nas respostas fechadas existem itens bipartidos, formulados em “*sim/não*”, embora se reconheça que estes podem dar uma informação diminuta, uma vez que a própria pergunta impõe este tipo de resposta (Moreira, 2004). Para compensar este tipo de respostas, de seguida apresenta-se uma pergunta, com um conjunto de alternativas, no sentido de se obter informação complementar à recolhida anteriormente.

Os questionários dividem-se assim em sete dimensões, sendo elas: caracterização sociodemográfica, caracterização profissional, Saúde, Envelhecimento, Envelhecimento Ativo, Envelhecimento Ativo e CCOP e Futuro. Na caracterização sociodemográfica, profissional e de saúde procura-se traçar o perfil do grupo de inquiridos nas várias dimensões. A dimensão do Envelhecimento e do Envelhecimento Ativo, explora a forma como os idosos olham o próprio envelhecimento e o ser velho, o que estes consideram ser importante para um Envelhecimento Ativo e se estes se consideram ativos. Relativamente à dimensão Envelhecimento Ativo e CCOP, procura-se perceber

se os idosos se sentem ativos na Instituição e se consideram que esta lhes proporciona Envelhecimento Ativo, deixando espaço para possíveis sugestões. Quanto à dimensão do Futuro pretende-se explorar os objetivos de vida dos participantes, bem como possíveis conselhos sobre Envelhecimento Ativo.

É importante referir que todas as entrevistas e inquéritos foram efetuados após consentimento dos inquiridos, sendo estes anónimos e confidenciais.

Após a recolha dos dados, considera-se pertinente descrever e interpretar esses mesmos dados, como veremos de seguida.

6.4. Tratamento da informação recolhida

Após a recolha de dados, isto é, o levantamento “*dos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar*” (Bogdan e Biklen, 1994, p.149) foram produzidos instrumentos para posterior análise. De acordo com Lessard-Hébert, Goyette, Boutin (1990), a análise de dados de uma investigação quer seja quantitativa ou qualitativa, prevê uma fase de codificação que permite a sistematização dos resultados e conseqüentemente o seu tratamento.

A análise de dados é assim uma das etapas de investigação que de acordo com Yin (2005, p. 137) “*consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar ou, do contrário, recombina as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo*”. Por sua vez, Bell (2010, p. 183) defende que “*os dados em estado bruto, provenientes de inquéritos, esquemas de entrevistas, listas, etc., têm de ser registados, analisados e interpretados*” para terem significado.

Neste sentido, no caso das entrevistas a análise foi feita através da transcrição integral das mesmas e da construção de uma grelha de análise de conteúdo, organizada em categorias, como se pode ver no anexo 36 e 37, assim como a evidência de certas respostas, através por exemplo da transcrição de algumas. No caso da análise de informação patente nos inquéritos, recorre-se ao SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, de acordo com as categorias e os objetivos pré-estabelecidos, utilizando-se também a representação gráfica e em tabela. Procura-se selecionar e apresentar os dados relativos aos indicadores, mais importantes, no sentido de dar resposta ao problema de pesquisa, encontrando-se todo o material estatístico construído disposto em anexo.

Com base neste programa e com o propósito de se caracterizar a amostra recorreu-se à estatística descritiva, mais precisamente a frequência (absoluta e percentual) que descreve sucintamente algumas características de uma ou mais variáveis,

fornecida por uma amostra de dados. Apesar desta análise da informação, realizou-se uma análise estatística dos dados relativos aos objetivos deste trabalho de projeto, apresentando-se a análise descritiva e o teste (não paramétrico) em anexo.

Assim, na análise estatística realizada utilizou-se o teste de Qui-Quadrado (χ^2), dado que não se verificaram os requisitos para o uso de testes paramétricos, particularmente os valores de uma variável serem medidos numa escala de intervenção ou de razão; a variável dependente ser normal; e as variâncias populacionais serem homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais populações.

O teste de Qui-Quadrado (χ^2) é uma estatística, gerada por Karl Pearson em 1899 e presta-se a testar sobretudo dois tipos de hipóteses: Aderência e Independência. Um Teste de Aderência, também chamado de Teste (ou prova) de ajustamento, serve para auxiliar o investigador a decidir se os dados que colheu se ajustam bem a uma determinada Lei (Laureano, 2013). Um Teste de Independência serve para auxiliar o investigador a deliberar se duas variáveis estão ou não “*acorrentadas*” uma à outra por uma relação de dependência (Laureano, 2013).

Portanto, para este trabalho de projeto adotou-se o Teste de Independência, que passa por perceber que quanto menor a dependência entre as duas variáveis, menor o valor de (χ^2).

O teste de Qui-Quadrado (χ^2) serve assim para testar se duas ou mais amostras independentes diferem relativamente a uma determinada característica, ou seja, se a frequência com que os elementos da amostra se dividem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica (Laureano, 2013).

Os valores de χ^2 são obtidos através das tabulações cruzadas entre duas variáveis nominais, com o objetivo de relacionar a frequência de casos numa variável, com duas ou mais categorias (ou amostras) independentes de outra variável (Laureano, 2013).

Relativamente à regra de decisão, quando os valores de χ^2 são estatisticamente significativos (menores do que 0,05) diz-se que há uma relação estatística entre duas variáveis nominais (cada variável com duas ou mais categorias) e o contrário quando os valores de χ^2 não são estatisticamente significativos (maiores do que 0,05) (Laureano, 2013).

Uma vez feito o tratamento e análise dos dados, cabe-nos apresentar e olhar mais atentamente os mesmos, de forma a responder aos objetivos e ao problema de pesquisa deste trabalho.

Cap. 7 – Representações de Envelhecimento Ativo, no Circulo Católico de Operários do Porto

Com base no tratamento e análise dos dados, este capítulo visa dar a conhecer e sublinhar as principais tendências que os dados suportam, tanto numa lógica descritiva e crítica como numa lógica de associação de variáveis, que lideram uma fase de discussão dos mesmos, a partir de uma reflexão que contempla os conhecimentos obtidos através da investigação teórica realizada e da interpretação dos resultados dos inquiridos e das entrevistas .

A partir da aplicação do questionário à amostra selecionada e após o seu tratamento estatístico, é possível proceder à sua organização e ordenação em tabelas. O objetivo da apresentação dos dados em tabelas, consiste em permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos, de forma a analisá-los e estabelecer relações entre a variável dependente e as variáveis independentes.

Este capítulo inicia-se com uma breve caracterização sociodemográfica da população inquirida, a partir do reconhecimento e qualificação das profissões dos inquiridos com base na Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010) (INE, 2009), uma sucinta caracterização do estado de saúde da amostra e a uma análise de correlações através do programa *SPSS*, seguida de uma discussão dos resultados obtidos. Para terminar são feitas algumas sugestões para uma intervenção numa perspetiva Comunitária. Lembra-se o problema de pesquisa deste trabalho de projeto que passa por perceber as “*Perceções e Representações Sociais sobre Envelhecimento Ativo*”.

7.1. Caracterização sociodemográfica dos inquiridos

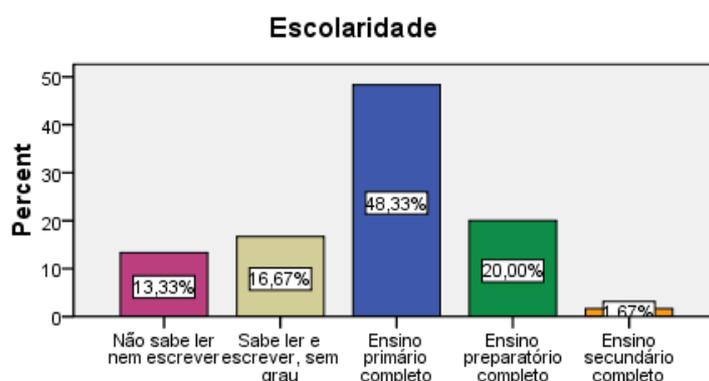
A amostra cooperante ou por conveniência de projeto é constituída por 60 idosos maioritariamente do sexo masculino (35 idosos), o que corresponde a 58,3% e 25 do sexo feminino (41,7%), como se pode ver no anexo 40, Grupo I.

Face ao total de inquiridos, o grupo com maior representatividade é o dos 71-75 anos com 23 idosos, seguindo-se a faixa etária dos 85-95 anos com 15 idosos, a faixa dos 76-85 anos com 13 idosos e, por último, 9 idosos com 65-70 anos, idade mínima de participação nesta investigação. Dos idosos inquiridos 54 residem na cidade do Porto (90%), enquanto 6 residem em Gaia (10%), como se verifica no anexo 40, Grupo I.

Quanto ao estado civil dos participantes, verifica-se que 45 são casados(as), 8 vive com companheiro(a) e apenas 6 são viúvos(as).

No que respeita às habilitações literárias destes idosos estamos perante uma amostra que na sua maioria completou o ensino primário (48,33%), tendo ainda 20% completado o ensino preparatório. De destacar que 16,67% sabe ler e escrever sem grau e 13,33% não sabe ler, nem escrever, existindo apenas 1,67% que afirma ter o ensino secundário completo, como se pode verificar na Figura 3.

Figura 3 – Grau de escolaridade dos inquiridos



Através da análise dos dados recolhidos conclui-se que no seu dia-a-dia os inquiridos maioritariamente vivem sozinhos (91,7%) ou com o conjuge, companheiro(a) (86,7%), como se pode observar no anexo 40, Grupo I.

7.2. Identificação e caracterização das profissões dos inquiridos

Quanto ao passado profissional destes idosos, estes iniciaram a sua atividade profissional muito cedo, mais precisamente aos 10-12 anos (68,33%) e aos 13-15 anos (31,67%), afirmando 35% que teve uma profissão ao longo da vida, como se comprova no anexo 40, Grupo II. De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010) (INE, 2009), a verificar no anexo 44, a profissão desenvolvida pela maioria dos idosos (28) ao longo da vida enquadra-se maioritariamente em trabalhadores não qualificados, seguindo-se trabalhos como “Operários, Artífices e Trabalhadores Similares” (13), o que permite concluir que mais de 40% não possui um trabalho qualificado.

Destes idosos, que tiveram uma profissão ao longo da vida (51 idosos), todos se encontram reformados, a sua maioria (83,3%) aos 65 anos. Além destes dados ainda é possível perceber que 46 idosos, isto é, mais de 70%, afirmam ter sentido mudanças após a reforma, apontando como principais mudanças a falta de contacto com as pessoas

(68,3%), seguido da falta de uma ocupação (41,7%), mais tempo para passear e estar com a família (40%), mais tempo para cuidar de si (31,7%), falta de ânimo/motivação (28,3), mais tempo para desenvolver um hobby ou interesse (24%) e por fim, o aumento da preocupação com a saúde (20%), como se pode confirmar no anexo 40, Grupo II e também no anexo 37, através das entrevistas exploratórias.

7.3. Caracterização do estado de saúde dos inquiridos

Quanto ao estado de saúde 70% dos inquiridos, o que equivale a 42 idosos refere que se considera saudável, apontando como principais motivos o facto de não precisar de recorrer a serviços médicos (60%), não ter doenças (38,3%), ter uma alimentação saudável (36,7%) e por fim, o facto de praticar desporto/exercício (3,3%), como se comprova no anexo 40, Grupo III. Contrariamente 30% (18 idosos), refere que não é saudável apontando como principal razão o facto de tomar medicação (21,7%), seguido de ter uma doença (20%), não ter uma alimentação saudável (11,7%) e por fim, não praticar desporto/exercício (6,7%), a verificar no anexo 40, Grupo III.

7.4. Análises correlacionais com base nos resultados dos inquiridos

Retomando os objetivos e às hipóteses de trabalho que orientam este trabalho de projeto, pretende-se encontrar associações entre variáveis, tendo-se procedido à análise de correlações, de forma a melhor responder aos objetivos deste trabalho de projeto.

Tabela 1 – Género * O que significa envelhecer

	Masculino	Feminino	Total
Deixar de trabalhar	24	14	38
Reformar	17	9	26
Estar perto da morte	0	0	0
Perder capacidades	22	12	34
Ter mais de 65 anos	0	0	0
Ser feliz	10	7	17
Deixar de ser independente	16	3	19
Ter vivido muito	27	18	45
Ter experiência/sabedoria	24	16	40
Natural/inevitável	20	20	40
Uma alegria	1	8	9
Ficar dependente	22	3	25
Deixar de ter saúde	24	18	42
Aproveitar para passear e estar com a família	24	18	42

Tendo em conta a tabela 1, podemos concluir que para os idosos do sexo masculino envelhecer significa “*ter vivido muito*” (27), enquanto para os idosos do sexo feminino significa uma coisa “*natural/inevitável*” (20).

Tabela 2 - Género * Satisfação com o envelhecimento (crosstabulation)

Count		Satisfação com o envelhecimento			
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Total
Sexo	Masculino	8	5	22	35
	Feminino	0	3	22	25
Total		8	8	44	60

Em relação à satisfação com o envelhecimento, tendo em conta o género dos inquiridos, através do cruzamento efetuado, podemos afirmar que ambos os sexos se encontram satisfeitos ($f_i=22$).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,029 ^a	2	,030
Likelihood Ratio	9,921	2	,007
Linear-by-Linear Association	6,521	1	,011
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,33.

Questão: Será que o género dos inquiridos influencia a satisfação do próprio envelhecimento?

Hipóteses:

H₀: o género e a satisfação com o próprio envelhecimento são independentes, ou seja, não estão relacionados

H₁: o género e a satisfação com o próprio envelhecimento não são independentes, ou seja, estão relacionados

Interpretação: Para um nível de significância de 0,05 existem evidências estatísticas para se afirmar que o género e a satisfação com o envelhecimento dos inquiridos estão relacionados ($\chi^2_{(2)} = 7,029$; $p\text{-value} = 0,030$), isto é, o género influencia a satisfação com o envelhecimento.

Tabela 3 - Género * Avaliação do EA (crosstabulation)

Count		Avaliação do próprio EA			Total
		Não sinto que tenho	Mau	Bom	
Sexo	Masculino	11	7	17	35
	Feminino	1	8	16	25
Total		12	15	33	60

Quanto à avaliação do próprio Envelhecimento Ativo, tendo em conta o género dos inquiridos, como se pode ver na tabela 3, tanto o sexo masculino como o feminino referem ter um “*bom*” Envelhecimento Ativo.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,957 ^a	2	,031
Likelihood Ratio	8,174	2	,017
Linear-by-Linear Association	4,197	1	,040
N of Valid Cases	60		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

Questão: Será que o género dos inquiridos influencia a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo?

Hipóteses:

H₀: o género e a avaliação com o próprio Envelhecimento Ativo são independentes, ou seja, não estão relacionados

H₁: o género e a avaliação com o próprio Envelhecimento Ativo não são independentes, ou seja, estão relacionados

Interpretação: Para um nível de significância de 0,05 existem evidências estatísticas para se afirmar que o género e a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo dos inquiridos estão relacionados ($\chi^2_{(2)} = 6,957$; $p\text{-value} = 0,031$), isto é, o género influencia a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo.

Tabela 4 - Idade * O que significa envelhecer (crosstabulation)

	65-70 anos	71-75 anos	76-85 anos	86-95 anos
Deixar de trabalhar	8	5	13	12
Reformar	7	12	6	1
Estar perto da morte	0	0	0	0
Perder capacidades	1	19	3	11
Ter mais de 65 anos	0	0	0	0
Ser feliz	7	2	4	4
Deixar de ser independente	1	4	3	11
Ter vivido muito	9	16	9	11
Ter experiência/sabedoria	9	19	6	6
Natural/inevitável	9	18	10	3
Uma alegria	0	2	4	3
Ficar dependente	0	11	3	11
Deixar de ter saúde	2	17	10	13
Aproveitar para passear e estar com a família	3	12	7	3

De acordo com o cruzamento apresentado na tabela 4, podemos concluir que o significado de envelhecer, tendo em conta a idade é diversificado, significando entre os 65-70 anos “*ter vivido muito*” (9), “*ter experiência/sabedoria*” (9) e uma coisa “*natural/inevitável*” (9), aos 71-75 anos “*deixar de trabalhar*” (13) e por último, entre os 86-95 anos “*deixar de ter saúde*” (13).

Tabela 5 - Idade * Avaliação do EA (crosstabulation)

		Avaliação do próprio EA			
		Não sinto que tenho	Mau	Bom	Total
Idade	65-70	0	1	8	9
	71-75	2	12	9	23
	76-85	3	1	9	13
	86-95	7	1	7	15
	Total	12	15	33	60

No que concerne à avaliação do próprio EA, tendo em conta a idade, os inquiridos com idades compreendidas entre os 65-70 anos e os 76-85 anos referem, na sua maioria, ter um “*bom*” envelhecimento ativo, enquanto os inquiridos com idades entre os 71-75 anos na sua maioria referem ter um EA “*mau*” e os inquiridos entre os 85-95 anos, dividem-se entre um “*bom*” EA e o não sentirem que têm EA.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,327 ^a	6	,001
Likelihood Ratio	23,818	6	,001
Linear-by-Linear Association	4,826	1	,028
N of Valid Cases	60		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,80.

Questão: Será que a idade dos inquiridos influencia a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo?

Hipóteses:

H₀: a idade e a avaliação com o próprio Envelhecimento Ativo são independentes, ou seja, não estão relacionados

H₁: a idade e a avaliação com o próprio Envelhecimento Ativo não são independentes, ou seja, estão relacionados

Interpretação: Para um nível de significância de 0,05 existem evidencias estatísticas para se afirmar que a idade e a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo dos inquiridos **estão relacionados** ($\chi^2_{(6)} = 23,327$; $p\text{-value} = 0,001$), isto é, a idade influencia a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo.

Tabela 6 - Estado Civil * o que significa envelhecer

	Solteiro(a)	Casado(a)	Viúvo(a)	Vive com um(a) companheiro(a)
Deixar de trabalhar	1	27	5	5
Reformar	0	22	4	0
Estar perto da morte	0	0	0	0
Perder capacidades	1	24	1	8
Ter mais de 65 anos	0	0	0	0
Ser feliz	0	16	1	0
Deixar de ser independente	1	9	1	8
Ter vivido muito	1	32	5	7
Ter experiência/sabedoria	0	30	5	5
Natural/inevitável	0	35	5	0
Uma alegria	0	8	1	0
Ficar dependente	1	15	1	7
Deixar de ter saúde	1	31	3	8
Aproveitar para passear e estar com a família	0	21	4	0

Relativamente ao significado de envelhecer tendo em conta o estado civil, verifica-se que para os solteiros(as) envelhecer significa “deixar de trabalhar” (1), “perder capacidades” (1), “deixar de ser independente” (1), “ter vivido muito” (1), “deixar de ter saúde” (1), enquanto que para os casados(as) significa uma coisa “natural/inevitável” (35). Quanto aos viúvos(as) estes afirmam que envelhecer significa “deixar de trabalhar” (5), “ter vivido muito” (5), “ter experiência/sabedoria” (5) e uma coisa “natural/inevitável” (5). Por último, os que vivem com um companheiro(a) consideram que envelhecer significa “perder capacidades” (8), “deixar de ser independente” (8) e “deixar de ter saúde” (8), tal como se pode confirmar na tabela 6.

Tabela 7 - Estado Civil * Satisfação com o envelhecimento

Count		Satisfação com o envelhecimento			
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Total
Estado Civil	Solteiro(a)	0	0	1	1
	Casado(a)	4	4	37	45
	Viúvo(a)	0	1	5	6
	Vive com um(a) companheiro(a)	4	3	1	8
	Total	8	8	44	60

No que respeita à satisfação com o envelhecimento, de acordo com o estado civil dos inquiridos, os solteiros, casados e viúvos referem estar satisfeitos com o seu envelhecimento, enquanto os que vivem com companheiro(a) relatam, na maioria, estar muito insatisfeitos (4) e insatisfeitos (3).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,722 ^a	6	,005
Likelihood Ratio	17,564	6	,007
Linear-by-Linear Association	14,986	1	,000
N of Valid Cases	60		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

Questão: Será que o estado civil dos inquiridos influencia a satisfação do próprio envelhecimento?

Hipóteses:

H₀: o estado civil e a satisfação com o próprio envelhecimento são independentes, ou seja, não estão relacionados

H₁: o estado civil e a satisfação com o próprio envelhecimento não são independentes, ou seja, estão relacionados

Interpretação: Para um nível de significância de 0,05 existem evidências estatísticas para se afirmar que o estado civil e a satisfação com o envelhecimento dos inquiridos estão relacionados ($\chi^2_{(6)} = 18,722$; *p-value*).

Tabela 8 - Estado Civil * Avaliação do EA

Count		Avaliação do próprio EA			
		Não sinto que tenho	Mau	Bom	Total
Estado Civil	Solteiro(a)	0	0	1	1
	Casado(a)	5	12	28	45
	Viúvo(a)	1	2	3	6
	Vive com um(a) companheiro(a)	6	1	1	8
	Total	12	15	33	60

Quando questionados sobre como avaliam o próprio EA, de acordo com o estado civil, os inquiridos solteiros, casados e viúvos referem ter um “*bom*” EA, enquanto aqueles que vivem com o companheiro(a) referem não sentir que têm EA (6), como se pode comprovar na tabela 8.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,527 ^a	6	,005
Likelihood Ratio	15,502	6	,017
Linear-by-Linear Association	14,064	1	,000
N of Valid Cases	60		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

Questão: Será que o estado civil dos inquiridos influencia a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo?

Hipóteses:

H₀: o estado civil e a avaliação com o próprio Envelhecimento Ativo são independentes, ou seja, não estão relacionados

H₁: o estado civil e a avaliação com o próprio Envelhecimento Ativo não são independentes, ou seja, estão relacionados

Interpretação: Para um nível de significância de 0,05 existem evidências estatísticas para se afirmar que o estado civil e a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo dos inquiridos estão relacionados ($\chi^2_{(6)} = 18,527$; *p-value* = 0,005), isto é, o estado civil influencia a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo.

Tabela 9 - Idade da reforma * Como olha o próprio envelhecimento

	Antes dos 65 anos	65 anos	Depois dos 65 anos	Total
Com medo	7	38	0	45
Com saudades da juventude	8	50	2	60
Com tristeza	1	19	0	20
Como uma coisa natural	8	37	2	47
Com alegria	0	7	2	9
Com preocupação	8	40	2	50
Com otimismo	0	8	0	8

No que concerne à forma como os inquiridos olham o próprio envelhecimento, tendo em conta a idade com que reformaram, de acordo com o cruzamento da tabela 9, verificamos que os que reformaram “antes dos 65 anos” afirmam olhar “com saudades da juventude” (8), “como uma coisa natural inevitável” (8) e “com preocupação” (8). Por outro lado, os que se reformaram aos “65 anos” referem olhar o envelhecimento “com saudades da juventude” (50), enquanto os que reformaram “depois dos 65 anos” afirmam olhar o envelhecimento “com saudades da juventude” (2), “como uma coisa natural” (2), “com alegria” (2) e “com preocupação” (2). Assim, concluímos, que quer os que reformaram “antes dos 65 anos”, “aos 65 anos” ou “depois dos 65 anos”, olham o envelhecimento, na totalidade, “com saudades da juventude” (fi=60).

Tabela 10 - Idade * Considera-se uma pessoa saudável? (crosstabulation)

Count		Considera-se saudável?		
		Sim	Não	Total
Idade	65-70	9	0	9
	71-75	19	4	23
	76-85	10	3	13
	86-95	4	11	15
	Total	42	18	60

No que respeita ao estado de saúde dos inquiridos, tendo em conta a idade, verificamos através do cruzamento presente na tabela 10, que os inquiridos com idades compreendidas entre os 65-70 anos, 71-75 anos e os 76-85 anos, consideram-se saudáveis, enquanto os inquiridos com idades entre os 86-95 anos não se consideram saudáveis (11).

Tabela 11 - Género * Considera-se uma pessoa saudável? (crosstabulation)

Count		Considera-se saudável?		
		Sim	Não	Total
Sexo	Masculino	20	15	35
	Feminino	22	3	25
	Total	42	18	60

Por outro lado, ao analisarmos o estado de saúde dos inquiridos, tendo em conta o género, tanto os inquiridos do sexo masculino como os do sexo feminino, na sua maioria, referem sentir-se saudáveis, como se pode comprovar na tabela 11.

Tabela 12 - Como olha o envelhecimento* Considera-se uma pessoa saudável?

	Considera-se saudável?		Total
	Sim	Não	
Com medo	28	17	45
Com saudades da juventude	42	18	60
Com tristeza	5	15	20
Como uma coisa natural	41	6	47
Com alegria	9	0	9
Com preocupação	34	16	50
Com otimismo	8	0	8

Analisando os dados sobre a percepção do estado de saúde dos inquiridos e a forma como estes olham o envelhecimento, pode-se aferir de acordo com a tabela 12, que quer os que se consideram saudáveis como os que não se consideram, olham o envelhecimento “*com saudades da juventude*” (fi=60).

Tabela 13 - Sente-se ativo? * Avaliação do próprio EA (crosstabulation)

Count		Avaliação do próprio EA			
		Não sinto que tenho	Mau	Bom	Total
Sente-se ativo?	Sim	0	2	27	29
	Não	12	13	6	31
	Total	12	15	33	60

No que respeita aos inquiridos se sentirem ativos, tendo em conta a avaliação do próprio EA, é possível concluir através da tabela 13, que a maioria não se considera ativo (31) e afirma ter um “*mau*” EA (13). Por outro lado, os que se consideram ativos (29) afirmam ter

um “*bom*” EA (27).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,401 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	40,038	2	,000
Linear-by-Linear Association	29,695	1	,000
N of Valid Cases	60		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,80.

Questão: Será que o estado do inquirido influencia a avaliação do seu próprio Envelhecimento Ativo?

Hipóteses:

H₀: o estado do inquirido e a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo são independentes, ou seja, não estão relacionados

H₁: o estado do inquirido e a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo não são independentes, ou seja, estão relacionados

Interpretação: Para um nível de significância de 0,05 existem evidencias estatísticas para se afirmar que os inquiridos sentem-se ativos e a avaliação do próprio

Envelhecimento Ativo estão relacionados ($\chi^2_{(2)} = 33,401$; $p\text{-value} = 0,000$), isto é, o sentir-se ativo influencia a avaliação do próprio Envelhecimento Ativo.

Tabela 14 - Ocupação do dia-a-dia * Como olha o próprio envelhecimento

	Com medo	Com saudades da juventude	Com tristeza	Como uma coisa natural	Com alegria	Com preocupação	Com otimismo
Trabalhos domésticos e cuidar da família	31	46	18	34	9	38	7
Ouvir rádio	4	4	0	4	0	3	1
Excursões/viagens	2	2	0	2	0	2	0
Ver televisão	34	41	16	31	2	36	4
Dança/baile	12	14	0	13	2	40	4
Atividades Religiosas	15	17	14	16	1	14	0
Ir ao cinema/teatro	2	2	2	0	0	2	0
Ginásio	0	8	1	8	7	8	0
Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP)	45	60	20	47	9	50	8
Voluntariado	2	2	2	2	0	2	0
Conviver com amigos	19	22	14	10	2	21	0
Outra? Qual?	45	60	20	47	9	50	8

De acordo com os inquiridos a ocupação maioritária do seu dia-a-dia é o “Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP)”, tendo-se verificado que estes olham o envelhecimento “com saudades da juventude” (60), “com preocupação” (50), “como uma coisa natural/inevitável” (47) e “com medo” (45). Assim, concluímos que na sua maioria os idosos associam o seu envelhecimento a sentimentos negativos.

Tabela 15 – Ocupação do dia-a-dia * Avaliação do seu Envelhecimento Ativo

	Não sinto que tenho	Mau	Bom	Total
Trabalhos domésticos e cuidar da família	8	12	26	46
Ouvir rádio	2	1	1	4
Excursões/viagens	0	0	2	2
Atividades manuais	1	8	13	22
Ver televisão	10	12	19	41
Dança/baile	0	2	12	14
Atividades Religiosas	3	6	8	17
Ir ao cinema/teatro	2	0	0	2
Ginásio	0	0	8	8
Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP)	12	15	33	60
Voluntariado	0	1	1	2
Conviver com amigos	10	3	9	22
Outra? Qual?	0	0	0	0

No que respeita à avaliação do próprio Envelhecimento Ativo dos inquiridos, tendo em conta a forma como ocupam o seu dia-a-dia, destacam-se três ocupações, sendo a ocupação maioritária o “Círculo Católico de Operários do Porto (CCOP)” ($f_i=60$), seguido da realização de “trabalhos domésticos e cuidar da família” ($f_i=46$)

assim como “*ver televisão*” ($f_i=41$). Quanto à avaliação do próprio EA, relativamente às três ocupações mais destacadas pelos inquiridos, todos avaliam o seu EA como “*Bom*”.

Tabela 16 - Motivo para ir para o CCOP * Estado Civil

	Solteiro(a)	Casado(a)	Viúvo(a)	Vive com um companheiro(a)
Ocupar o tempo/distrair	1	21	1	7
Conviver	0	22	4	1
Estar com os amigos	0	2	1	0

No que concerne ao motivo que levou os inquiridos a irem para o CCOP, tendo em conta o estado civil, conclui-se que os(as) solteiros(as) e os que “*vivem com um companheiro(a)*” referem que o motivo foi “*ocupar o tempo/distrair*”, enquanto os(as) casados(as) e os(as) viúvos(as) referem que o motivo foi “*conviver*”. Assim, percebe-se, com base na tabela 16, que independentemente do estado civil, o principal motivo para ir para o CCOP passa por manterem-se ocupados e estabelecerem relações com outras pessoas.

Tabela 17 - Local onde mora * Preocupação com o local de residência

Count		Apoio aos idosos no local de residência		
		Sim	Não	Total
Local de Residência	Porto	10	44	54
	Gaia	0	6	6
	Total	10	50	60

Questionados sobre a oferta de serviços e apoios ao envelhecimento, por parte do território onde residem, verificamos que os que vivem no Porto afirmam não haver apoios locais aos idosos (44), assim como os que moram em Gaia (6), como se pode ver na tabela 17.

Tabela 18 - O que ainda gostaria de fazer * Idade

	65-70	71-75	76-85	86-95	Total
Fazer uma viagem	8	18	12	9	47
Aprender uma profissão que gosta	0	1	0	0	1
Mudar de visual	1	4	0	0	5
Casar/voltar a casar	0	2	3	1	6
Tirar a carta	0	6	2	1	9
Fazer um cruzeiro	7	10	6	5	28
Outra, qual?	2	6	4	6	18

Tendo em conta a idade dos inquiridos e aquilo que ainda gostariam de fazer, em todas as idades, a resposta maioritária foi “*fazer uma viagem*” ($f_i=47$).

Tabela 19 - O que ainda gostaria de fazer * Género

	Masculino	Feminino	Total
Fazer uma viagem	24	23	47
Aprender uma profissão que gosta	0	1	1
Mudar de visual	0	5	5
Casar/voltar a casar	2	4	6
Tirar a carta	5	4	9
Fazer um cruzeiro	10	18	28
Outra, qual?	13	5	18

Tendo em conta o género podemos afirmar que a maioria dos inquiridos, o que ainda gostaria de fazer era viajar ($f_i=47$) e em segunda opção “*fazer um cruzeiro*” ($f_i=28$).

Tabela 20 - O que ainda gostaria de fazer * Avaliação do EA

	Não sinto que tenho	Mau	Bom	Total
Fazer uma viagem	6	14	27	47
Aprender uma profissão que gosta	1	0	0	1
Mudar de visual	0	4	1	5
Casar/voltar a casar	1	3	2	6
Tirar a carta	2	5	2	9
Fazer um cruzeiro	2	8	18	28
Outra, qual?	7	2	9	18

Tendo em conta o que os inquiridos ainda gostariam de fazer e a forma como avaliam o próprio EA, podemos afirmar que a maioria gostaria de “*fazer uma viagem*” ($f_i=47$),

Tabela 21 - O que ainda gostaria de fazer * Sente-se uma pessoa ativa

	Sente-se uma pessoa ativa?		Total
	Sim	Não	
Fazer uma viagem	26	21	47
Aprender uma profissão que gosta	0	1	1
Mudar de visual	1	4	5
Casar/voltar a casar	4	2	6
Tirar a carta	3	6	9
Fazer um cruzeiro	19	9	28
Outra, qual?	6	12	18

Atendendo ao facto de os inquiridos se sentirem ativos e aquilo que ainda gostariam de fazer, tanto os que se consideram ativos como os que não se consideram, afirmam maioritariamente, que gostariam de “*fazer uma viagem*” ($f_i=47$), seguido de “*fazer um cruzeiro*” ($f_i=28$), como se pode comprovar na tabela 21. Destaca-se ainda que, das 18 pessoas que escolheram “*outra(s)*”, 7% opta por “*não fazer nada*”, o que

permite concluir que não demonstram ter objetivos, expectativas ou aspirações futuras, como se pode ver no **anexo 41, tabela 3**.

Tabela 22 - O que ainda gostaria de fazer * Considera-se saudável?

	Considera-se saudável?		Total
	Sim	Não	
Fazer uma viagem	37	10	47
Aprender uma profissão que gosta	0	1	1
Mudar de visual	5	0	5
Casar/voltar a casar	5	1	6
Tirar a carta	7	2	9
Fazer um cruzeiro	23	5	28
Outra, qual?	9	9	18

No que concerne ao estado de saúde dos inquiridos e aquilo que ainda gostariam de fazer, tanto os idosos que se consideram saudáveis como os que não se consideram, afirmam, em maioria, que gostariam de “*fazer uma viagem*” (47), imediato de “*fazer um cruzeiro*” (28), havendo ainda quem enumere outras atividades para além das mencionadas (18), como se pode observar na tabela 22.

7.5 – Discussão dos Resultados

Tendo por base os dados recolhidos através dos inquéritos e da revisão bibliográfica efetuada, optamos por complementar e confirmar os dados recolhidos nos inquéritos, recorrendo a duas entrevistas exploratórias onde foi possível complementar a parte teórica e concetual, recolher pistas para fundamentar o projeto de intervenção assim como analisar as respostas dadas pelos inquiridos.

Assim, considera-se que os resultados obtidos através deste estudo são exploratórios, dado que a metodologia utilizada não permite uma generalização dos dados, contudo, acredita-se que estes resultados podem servir para nortear trabalhos futuros.

Assim sendo, procurou-se ter uma amostra heterogénea, uma vez que se pretendia a opinião de ambos os sexos sobre o assunto. Em relação ao local onde o estudo se realizou, o Circulo Católico de Operários dos Porto (CCOP), foi notória uma maior participação do sexo masculino (35 idosos) em responder aos inquéritos, facto que se repetiu nas duas entrevistas exploratórias.

Tendo em conta a variável relativa ao estado civil, verificou-se que mais de metade dos idosos (52) vivem com um(a) companheiro e que 45 são casados, ao que arriscamos a dizer que, não é notória a ausência de apoio emocional, ao que apuramos

que é precisamente neste sentido que Stuart-Hamilton (2002) refere que na atualidade, segundo os idosos, estes pretendem ter a sua própria residência a uma curta distância da residência dos seus filhos, de forma a sentirem-se mais “*reconfortados*”.

No que respeita à escolaridade, conclui-se que estamos perante idosos que revelam uma baixa instrução, o que corresponde ao descrito na caracterização da freguesia da Sé, estando assim presentes o analfabetismo, a baixa escolarização e iliteracia, também presentes nas entrevistas exploratórias realizadas, como se pode ver no anexo 37 o que poderá justificar que tenha sido o motivo que conduziu a postos de trabalho não qualificados (40%). Desta forma, perante este cenário, importa lembrar que de acordo com a OMS (2002) os baixos níveis de educação e de analfabetismo são considerados fatores de risco, muito elevados, de morte, no passar do processo de envelhecimento.

Relativamente ao estado de saúde dos idosos, na sua maioria (42 idosos) consideram-se saudáveis, apontando como principais motivos o facto de não precisar de recorrer a serviços médicos (60%), sendo possível verificar que a maioria dos inquiridos não frui de um estado de saúde apreensivo, repetindo-se o cenário nas duas entrevistas exploratórias realizadas. Contudo, é crucial existir uma concordância e ênfase na intervenção precoce das doenças, o que levanta questões de multidisciplinaridade nas equipas de saúde e no tipo de cuidados a desenvolver.

De acordo com Fontaine (2000), cada vez mais quando falamos de envelhecimento surge associado o termo Envelhecimento Ativo, estando a relação entre saúde, bem-estar e qualidade de vida, cada vez mais patente em múltiplos estudos, já realizados sobre o tema.

De entre os vários desafios atuais, nesta sociedade envelhecida, destaca-se a existência de idosos mais ativos, saudáveis e autónomos, sendo por isso premente garantir que esta população tenha um estilo de vida ativo, contudo, é necessário que seja cada idoso a definir a(s) atividade(s) que melhor se adapta(m) e mais o motiva, de modo a envelhecer com o máximo de satisfação e qualidade possível, porque na realidade não existe um padrão universal a seguir, pois tudo depende das condições intermediárias que divergem de pessoa para pessoa. Neste estudo, a totalidade da amostra refere que ocupa o seu tempo livre ao ir para o CCOP, referindo também a realização de “*trabalhos domésticos e cuidar da família*” (76,7%).

Assim, neste estudo, verifica-se que ambos os sexos têm um envelhecimento ativo, dado que procuram ocupar o seu tempo livre naquilo que mais gostam e

estabelecer relações com os outros, de forma a sentirem-se úteis e ativos, o que vem comprovar o que Jacob (2008a) nos dizia no início deste trabalho de projeto, ao referir que o pretendido é que o envelhecimento seja um momento para se viver de forma “*autónoma e saudável, o mais tempo possível*” (Jacob, 2008, p. 20).

Embora tenhamos um número significativo de idosos (24) que indique que o facto de já não trabalhar é um fator limitador ao EA, a presente amostra apontou também como principais barreiras ao EA a “*falta de saúde*” (13%), “*falta de vontade e motivação*” (10%), referindo também o “*desconhecimento de locais que promovam o Envelhecimento Ativo*” (5%), como se pode comprovar no anexo 41, Tabela 1. Portanto, a falta de saúde é um dos principais fatores de entrave ao EA destes idosos, contudo, também a questão económica os preocupa. Esta preocupação económica acentua-se, a nosso ver, pelo clima de crise económica e social, vivido atualmente, que se julga que irá manter-se nos anos que se seguem, o que de certa forma leva a questionar a possibilidade de se desenvolver uma política de EA, em Portugal, que seja eficiente.

Um dos pontos que se pretendeu analisar com este inquérito foi verificar se existia oferta de serviços e apoios ao envelhecimento, por parte do território onde os inquiridos residem, ao que apuramos que tanto os que residem no Porto (90%), como os que residem em Gaia (10%), referem que não há apoios locais aos seus idosos. Assim, 83,33% considera que não há apoio aos idosos referindo como principais motivos a inexistência de apoios (na alimentação, higiene e cuidados médicos) (56,7%), a falta de centros de dia e lares (51,7%), bem como os difíceis acessos (longe de tudo e falta de transportes) (33,3%), como se pode confirmar no anexo 42.

Assim, concluímos que a totalidade dos inquiridos sente que o seu local de residência não apoia os seus idosos, na sua maioria, devido à falta de apoios naquilo que estes consideram ser as suas necessidades do dia-a-dia, mais precisamente a higiene e alimentação, juntamente com os cuidados médicos de que necessitam.

Com base nos resultados obtidos, alguns dos inquiridos referem que associam o envelhecimento ao facto de se “*ter vivido muito*” e ao “*deixar de trabalhar*”, a verificar no anexo 40, Grupo IV, o que vem comprovar o que nos dizia Carvalho (2013), ao referir-se ao idoso como alguém que apesar de ter a sabedoria que adquiriu ao longo dos anos, tem de se confrontar com o sentimento de perda de estatuto social, que vem com a falta de um trabalho remunerado.

Respondendo ao primeiro objetivo específico deste trabalho de projeto, relativamente ao que é envelhecer ativamente para os idosos do CCOP, concluímos que

para a maioria é “*não depender de ninguém*” (96,7%), “*ter saúde*” (91,7%), “*trabalhar*” (56,7%) e “*ter dinheiro*” (45%), como se verifica no anexo 40, Grupo V, tabela 1.

Quanto à avaliação do próprio Envelhecimento Ativo, percebemos que a maioria considera que tem um “*bom*” EA ao mesmo tempo que afirmam sentir-se ativos, o que demonstra uma coerência de respostas, como se pode confirmar no anexo 40, Grupo IV.

Tendo em conta um dos objetivos deste trabalho de projeto, que se propunha a perceber de que forma a ocupação do dia-a-dia dos idosos tem influência na forma como estes avaliam o próprio Envelhecimento Ativo, conclui-se que aqueles que optam por ir para o CCOP, ao “*ginásio*”, realizar “*trabalhos domésticos e cuidar da família*”, “*atividades manuais*”, frequentar a “*dança/baile*” referem ter um EA positivo. Por outro lado, aqueles que preferem atividades como “*ouvir rádio*”, avaliam o seu EA de forma negativa. Assim pode-se concluir que, o tipo de ocupação escolhida pelos idosos pode influenciar a forma como estes avaliam o seu EA, uma vez que verifica-se com esta amostra que aqueles idosos que se encontram a realizar tarefas que implicam o contacto com os outros e sentem-se úteis, ativos, referem estar muito mais satisfeitos do que aqueles que se isolam.

No que concerne ao último objetivo específico deste trabalho de projeto, que pretendia perceber de que forma o CCOP promove o EA junto dos seus idosos, com a recolha feita através da entrevista realizada ao presidente do CCOP e através dos inquéritos feitos aos idosos, concluímos que a promoção do EA no CCOP é feita essencialmente através de atividades lúdicas, mais precisamente jogos de cartas, dominó, grupo coral e teatro.

Respondendo a outro objetivo deste trabalho de projeto, que pretendia verificar se o CCOP proporciona condições favoráveis ao EA dos seus idosos, os resultados indicam que o CCOP, na opinião dos seus idosos, não promove o seu EA (73%), como se atesta no anexo 43, Gráfico 1.

Através da análise da entrevista realizada ao presidente do CCOP, apresentada no anexo 39, este também refere que gostaria de fazer mais atividades voltadas para o EA dos idosos da sua instituição, uma vez que considera que também não tem a melhor oferta, contando, para isso, com o apoio e colaboração das estagiárias que vão passando pelo CCOP.

Questionados sobre possíveis atividades que gostariam de realizar, com vista à promoção do seu EA, de entre as várias respostas dadas pelos inquiridos, destaca-se os

“bailes e festas” (73%), “passeios/viagens” (65%) e “aulas de ginástica” (55%), como se pode ver no anexo 43, Gráfico 2.

Desta forma, denota-se uma urgente reformulação e ajustamento das atividades existentes na instituição, assim como de técnicos especializados, de forma a proporcionar o melhor EA possível aos seus idosos.

Ao questionarmos os participantes sobre possíveis conselhos para se ser mais ativo e ter um EA, verificamos que apesar de existir uma variedade de respostas, um dos conselhos passa por “*praticar exercício/desporto*”, “*ajudar e estar bem com a família*”, bem como “*não cair na monotonia*” e “*ter uma alimentação saudável*”, como se pode verificar no anexo 41, tabela 2. Assim existe uma preocupação em manter-se ocupado, sentir-se útil e ao mesmo tempo cuidar de si próprio e da sua saúde.

De realçar que relativamente aquilo que os inquiridos ainda gostariam de fazer, na generalidade, referem, independentemente da idade, do sexo ou do estado civil “*fazer uma viagem*” ou “*fazer um cruzeiro*”, destacando-se ainda o facto de uma pequena percentagem (7%), afirmar não querer fazer nada, o que levanta um alerta para a falta de motivação, objetivos e projeção de futuro destes inquiridos.

7.6. – Sugestões para Intervenção numa perspetiva Comunitária

De acordo com Gómez (2007) a comunidade é um espaço de vida social onde se caracterizam constantemente múltiplas e complexas relações e interações sociais, entre os indivíduos e as coletividades que vivem e convivem com laços de solidariedade e intercâmbio de significados específicos do seu território, da sua língua e cultura e das suas vivências individuais e comuns.

Tendo em conta esta realidade, a participação dos cidadãos na vida pública é um elemento fundamental, que por vezes acaba por não acontecer no caso dos idosos, dado que não há um ajustamento dos indivíduos á sociedade e vice-versa.

Importa assim destacar que o comunitário assenta numa conotação de luta contra aquilo que é o pensamento único, a favor daquilo que são as identidades múltiplas, a pluralidade e abertura das fronteiras, partindo de realidades do quotidiano, longe do reducionismo, do individualismo, da competitividade discriminatória (Gómez, 2007).

Contudo, ao falar-se no caso de um idoso, o estigma que a sociedade lhe atribui, o reducionismo e mesmo a própria competitividade existente na sociedade hoje em dia, fazem com que o idoso tenha dificuldade em estabelecer uma relação com a sociedade,

melhor dizendo, não consegue estabelecer uma relação com a sociedade dado que esta impõe barreiras que o idoso tem dificuldade em derrubar.

Constata-se assim, que a comunidade deve ser o principal agente de mudança, para desfrutar da transformação na sua realidade (Menezes, 2007). Desta forma, prevê-se que é necessário ter consciência de que o trabalho comunitário pressupõe entender, primeiramente as comunidades e as pessoas como sendo agentes de mudança, grupos e pessoas com capacidade de alterar a sua própria vida pessoal, hábitos, atitudes e comportamentos, bem como, influenciar a dinâmica cultural.

Por conseguinte, é pertinente existir abertura, diálogo e flexibilidade em todo o processo, pois sem o compromisso das pessoas, a intervenção não será sólida, nem sequer duradouros os seus efeitos (Gómez, 2007).

Nesta lógica de envolver a comunidade no próprio processo de intervenção, a Intervenção Comunitária fala-nos disso mesmo, na promoção de uma intervenção em que os grupos se assumem como membros ativos, participantes e protagonistas da intervenção, pensando-se por isso, que este tipo de intervenção apenas é verídica quando a participação e colaboração dos destinatários existe (Menezes, 2007).

Com isto, a fim de se alcançar um desenvolvimento comunitário, importa que as populações estejam envolvidas na preparação e execução dos programas, devendo ter uma voz ativa e ser o principal recurso de intervenção (Menezes, 2007).

Desta forma, para que a questão do envelhecimento possa ser debatida, é necessário reconhecê-la como sendo um problema fraturante da sociedade, de todos e de tal natureza que fere a dignidade humana, sendo essencial conceber o envelhecimento como sendo um dos problemas centrais na nossa sociedade, merecedor de uma intervenção urgente em termos de Intervenção Social e Comunitária.

A fim de se desenvolver uma intervenção coerente, é indispensável ter em conta que enquanto técnicos deveremos não apenas nos cingir aquilo que é o nosso conhecimento profissional, científico, mas também ao conhecimento sociocultural das pessoas com quem se vai trabalhar, a fim de se perceber quais são os seus problemas, necessidades concretas, potencialidades e competências (Menezes, 2007).

Ressalva-se ainda que a previsão das dificuldades de intervenção, dos problemas, das situações de conflito e de desencontro, devem ser uma das preocupações comuns tanto ao educador como ao sujeito-objeto.

Deste modo, é pertinente definir objetivos e destacar o envolvimento de elementos chave da comunidade, assim como se apresenta crucial, discutir e analisar a

informação recolhida, definindo-se prioridades e estratégias a implementar, reconhecendo sempre, que a Intervenção Comunitária, é um processo inacabado e cíclico (Menezes, 2007).

Perante esta realidade, o processo de envelhecimento é também ele um processo inacabado, no que diz respeito ao atingir do seu limite, dado que a cada dia surgem novas formas de envelhecer e de contornar os problemas subjacentes ao mesmo, numa sociedade em que cada vez mais esta problemática se acentua.

No que concerne à metodologia ou ao processo instrumental, este deve adequar-se a cada nível de atuação, contexto ou comunidade e problema concreto, dado que, no caso dos idosos, por exemplo, importa não só encontrar estratégias de inserção social destes indivíduos, como também por exemplo, proporcionar oportunidades de Envelhecimento Ativo, no âmbito da comunidade.

Sintetizando, na realidade e especialmente com este tipo de população-alvo, nunca ou raramente se tem apenas um problema, pois dentro daquilo que um idoso identifica como sendo um problema, conseguem identificar-se subproblemas. Importa também evidenciar que apelar à participação e envolvimento da população no processo de intervenção é importante; contudo, o processo torna-se mais demorado e mais desgastante, mas pode permitir-nos não só um maior apoio e abertura por parte dos intervencionados, como também ter consciência de quais são os fatores que concorrem para que o problema exista, dado que os problemas devem ser sempre definidos pelas suas causas e não pelas suas consequências.

Contudo, não se pode deixar de ter consciência de que quando se trabalha com uma população demasiado extensa torna-se mais difícil “*controlar*” a comunidade, não só pela sua dimensão como também pelo facto de existirem motivos que originam os problemas que nos “*escapam*”.

Paralelamente a esta metodologia, em Portugal, a técnica de *empowerment* é utilizada por vários técnicos de Intervenção Social, em várias áreas de ação. Parte do pressuposto que os grupos marginalizados e discriminados na sociedade sofrem de uma falta de poder, que os impede de lutar pelos seus direitos e usufruir de benefícios económicos e sociais, assim como de participar nas decisões políticas que interferem nas suas vidas (Fazenda, 2006).

Neste sentido, é necessário auscultar a opinião dos próprios idosos, de forma a promover a sua participação, fazerem escolhas e poderem expressar as suas vontades e necessidades, concedendo-lhes assim um maior envolvimento e empoderamento.

Para alterar esta situação é necessário que esses grupos aumentem as suas competências e o seu poder, porque estes indivíduos são capazes de superar as suas dificuldades e frustrações, algo que a nosso ver é crucial em situações de envelhecimento, em que muitas vezes os aspetos positivos parecem se tornar todos negativos e os contratempos serem cada vez mais difíceis de ultrapassar.

Por último, ressalta-se que prevenir que os problemas se repitam é já uma forma de Intervenção Comunitária, sendo exemplo disso, o combate ao envelhecimento isolado e eventualmente de “*natureza depressiva*” solitário, que cada vez se torna mais evidente nas nossas sociedades.

Assim, tendo por base o supracitado, no que respeita à intervenção pretende-se que esta incentive o Envelhecimento Ativo dos idosos e fomente a partilha de ideias e experiências rumo a um Envelhecimento Ativo.

Embora este trabalho tenha ficado um pouco limitado no número de participantes e no espaço de observação, foi possível criarem-se algumas linhas de tendência e abrir possíveis pistas de reflexão e investigação.

Mesmo existindo algumas limitações inerentes ao tempo e disponibilidade dos idosos, foi possível (e um privilégio) privar com sessenta idosos, num processo que se apresentou exigente, sendo necessário uma adaptação à disponibilidade dos idosos, facto, entre outros, que tornou todo este processo mais moroso, mas, afirme-se, também mais desafiante e gratificante.

Pensa-se que não se pode dar um trabalho de projeto por terminado, em especial na área da Intervenção Comunitária, sem antes se mencionar algumas sugestões e possíveis intervenções, que se julgam úteis nesta área.

Assim, com este trabalho de projeto fica a vontade de o expandir, para a freguesia da Sé, dado que é a freguesia a que pertence o CCOP, ou quiçá, para uma dimensão mais lata, como por exemplo o concelho do Porto, que sofre um acentuado envelhecimento demográfico, de forma a ouvir o máximo de idosos. Para além disto, seria também pertinente um estudo que contivesse uma amostra unicamente de idosos de serviços sociais da cidade do Porto, mais precisamente lares e centros de dia, para que de acordo com os resultados obtidos, se adotassem estratégias para os seus idosos em concreto e não estratégias universais, que maioritariamente não se ajustam a todos os contextos.

Concretamente fala-se de possíveis investigações na área do EA, que trata um conjunto de problemáticas que beneficiariam de um estudo, sobretudo com políticas

cruzadas, pensadas e executadas de forma estratégica, onde deverá prevalecer a dimensão do trabalho social junto de outras dimensões, num processo de acompanhamento e promoção de um envelhecimento com qualidade e ativo.

Desta forma, alerta-se para o facto de ao colocar-se estes desafios, de tamanha dimensão, estes exigirem a procura de recursos que sejam duradouros, sustentáveis e humanos, devendo por isso contemplar equipas multidisciplinares. Para isto é premente uma cultura mais pró-ativa, contrariando a cultura assistencialista que marcou o percurso socio histórico dos idosos portugueses, bem como um período de intervenção alargado.

Além disto, cada vez mais é importante a própria comunidade ter noção dos resultados de estudos sobre temas que dizem respeito à vida em comunidade, que são realizados e não são divulgados.

Assim, espera-se um dia vir a apresentar os resultados junto destes idosos, rentabilizando-os, de modo a obter uma intervenção proveitosa, sempre consciente, junto da população de modo a promover um envelhecimento mais ativo e com o máximo de qualidade possível.

Considerações Finais

Este trabalho focou-se na população idosa, uma vez que se assiste a uma tendência geral nos países desenvolvidos no sentido do envelhecimento demográfico, facto que não é exceção em Portugal.

Com o envelhecimento da população surge a necessidade de se criarem dinâmicas nacionais no sentido de se otimizar as capacidades dos mais velhos, conjuntamente com o desenvolvimento de iniciativas regionais e locais, centrados nesse mesmo objetivo.

Na realidade, apesar das orientações já existentes, as ações desenvolvidas são ainda isoladas e pontuais, havendo a necessidade de ajustar esforços e recursos. Torna-se indispensável o conhecimento real das necessidades e expectativas de quem envelhece, assim como propor ações articuladas com as instituições já existentes.

Ao longo deste trabalho de projeto, o trabalho implicou um processo permanente de escolhas teóricas e preocupações socioeducativas que, de forma mais ou menos coerente, conduziram a um conjunto de interpretações e conclusões apresentadas nesta dissertação.

Assim, o presente trabalho de projeto procurou responder ao problema de pesquisa “*Percepções e Representações Sociais sobre Envelhecimento Ativo*”, junto da população idosa.

Para isso, foi necessário ter como base diversos autores, que auxiliaram no enquadramento teórico, que posteriormente foi desenvolvido, assim como analisar os inquéritos realizados. Feita esta análise podemos responder àquela, com a convicção de que *as escolhas* dos idosos têm influência nas suas representações sobre o que é o Envelhecimento Ativo, dado que de acordo com as escolhas que fazem ao longo da sua vida a forma como passam a encarar o processo de envelhecimento e o Envelhecimento Ativo vai sendo diferenciada, como vimos na análise dos dados.

Através da indagação teórica sobre os conceitos centrais do problema de pesquisa, foi possível formular hipóteses de pesquisa, mais precisamente a hipótese de que *as escolhas* que os idosos fazem ao longo da vida, influenciam as suas representações sobre o que pode significar envelhecer ativamente e a hipótese de que a passagem à reforma tem *impacto* nas representações sociais sobre o próprio processo de envelhecimento.

Assim, percebemos que as hipóteses formuladas se podem apoiar, uma vez que as escolhas que estes idosos fizeram ao longo da vida mostraram influenciar as percepções e representações que cada um tem do EA, assim como se percebeu que a passagem à reforma teve impacto (embora por fatores diferentes) no próprio processo de envelhecimento de cada um.

Neste sentido, passamos a apresentar as conclusões deste estudo, onde foi notória uma maior participação do sexo masculino tanto em responder aos inquéritos como às entrevistas exploratórias, facto que nos surpreendeu.

Esta população caracteriza-se por baixos níveis de escolaridade e pelo desempenho de uma profissão ao longo da vida, que se iniciou em tenra idade, principalmente em atividades não qualificadas. Destaca-se também o facto de esta profissão ao longo da vida corresponder, em maior número, ao sexo masculino do que ao feminino.

No que diz respeito ao envelhecimento, estes idosos não consideram que haja apoios por parte dos concelhos onde vivem, como alimentação, higiene e cuidados médicos, preocupação que os inquieta com o passar do tempo, porque acabam por não ter a quem recorrer. Para estes idosos o envelhecimento mais do que “*ter vivido muito*”, passa por “*deixar de trabalhar*”, acontecimento que na sua opinião, deixa marcas profundas uma vez que consideram que já não são úteis para a sociedade, assinalando este fator igualmente como inibidor do seu EA.

Além destas considerações, também foi possível perceber que para estes idosos do CCOP para se ter um EA é preciso “*não depender de ninguém*”, “*ter saúde*” e “*trabalhar*”, afirmando a maioria que tem um “*bom*” EA.

No que concerne à instituição que os inquiridos frequentam (CCOP) estes consideram que esta não promove o seu EA, apontando como possíveis sugestões de melhoria, a realização de “*bailes e festas*”, “*passeios/viagens*” e “*aulas de ginástica*”, atividades que, a nosso ver, se prendem com os gostos pessoais dos mesmos. De ressaltar que também o próprio presidente do CCOP, com o seu olhar crítico, considera que a instituição não oferece aos idosos aquilo que desejavam, mencionando que necessita de contributos externos de forma a obter melhores resultados.

Assim, concluímos que as formas de ocupação do dia-a-dia destes idosos influencia as representações que estes constroem sobre o Envelhecimento Ativo. Também acrescentam que o CCOP, não promove o EA.

O CCOP deve assim investir na contratação de profissionais qualificados na área da gestão de recursos institucionais e comunitários e na sua implementação. Este investimento permitiria reavaliar as atividades existentes, assim como responder, dentro do possível, aos aspetos que os idosos identificam para envelhecer ativamente, anteriormente assinalados. Contudo, para isso será necessário fazer-se uma auscultação das opiniões dos próprios idosos, como foi realizado no âmbito deste trabalho de projeto. Citando um dos entrevistados “*Envelhecimento Ativo é (...) ter uma escolha também, tem de haver uma escolha (...)*”.

Paralelamente a esta análise feita através dos dados recolhidos, retiraram-se algumas conclusões a partir da permanência no terreno, uma vez que um inquérito por muito elaborado, organizado e eficaz que seja, não transmite toda a informação sobre a realidade. Assim, com base neste contato com a realidade, percebemos que os idosos que fizeram parte deste trabalho revelam sentimentos de solidão, isolamento, que tentam minimizar através do convívio e ocupação no CCOP, “escondendo” assim esse lado mais negativo das suas vidas. Por outro lado, também foi possível perceber que existe um sentimento de medo e preocupação com o envelhecimento, por parte dos idosos que preferem viver com um(a) companheiro(a), uma vez que referem sentir-se apoiados por outra pessoa, embora ao mesmo tempo afirmem sentir-se entregues a si próprios e vêm o futuro sozinhos e sem amparo.

Além destas conclusões, também se percebeu que futuramente a estrutura demográfica e social portuguesa exigirá às novas gerações novas formas de encarar o envelhecimento, assim como novas soluções na utilização dos recursos. Se envelhecemos desde o dia em que nascemos, então as inquietações com as pessoas mais velhas dizem diretamente respeito a todos nós, não apenas porque partilhamos o mesmo espaço cultural, social e político, mas também porque vamos envelhecendo a cada dia que passa.

Cada vez mais o fenómeno do envelhecimento obriga-nos a repensar os nossos sistemas de valores e os modelos de organização social, tendo em conta os contextos sociais, económicos e culturais, para que seja possível adaptar-se as diferentes políticas do envelhecimento, instituindo prioridades.

Este será um desafio não só para todos os cidadãos, mas principalmente para os profissionais, uma vez que terão de planear os serviços que melhor se adequam a este novo público. Precisamos ter consciência de que na próxima década os idosos poderão ser menos liberais às respostas imediatas e massificas que hoje existem, ou seja,

poderão exigir mais relativamente aos serviços e direitos. Devemos, por isso, estar vigilantes uma vez que apesar das iniciativas públicas e privadas, o problema do envelhecimento e do envelhecimento ativo, afeta-nos a todos direta ou indiretamente, num ou noutra momento.

Torna-se assim crucial, que as instâncias responsáveis pela implementação de políticas sociais se organizem para as transformações que começam a ter lugar, de forma acelerada. Concretamente fala-se das políticas que têm marcado a maior parte dos países, como os centros de dia e apoios domiciliários, que poderão deixar de ser a orientação substancial das políticas, nas futuras gerações de idosos.

O grande desafio dos próximos anos será, a nosso ver, uma velhice independente, assente num Envelhecimento Ativo.

Conscientes e com certeza de que este é apenas o início de um longo percurso que ambicionamos percorrer, mesmo perante dificuldades como a escolha da metodologia e da análise de dados, pensamos ter respondido às inquietações que originaram este trabalho, assim como ter contribuído um pouco mais com este trabalho de projeto. Na realidade, mesmo perante a satisfação com o resultado final, fica sempre a vontade de fazer mais, melhor e noutros contextos, pois este é um tema que não se esgota e o qual precisa urgentemente de ser trabalhado, ficando à consideração de investigadores da área social, novos programas e políticas que desafiem as futuras gerações de idosos.

Desta forma, tanto o Educador Social como outros trabalhadores da área social estão habilitados, para intervir de forma multidisciplinar e face às necessidades que vão surgindo.

Assim sendo, estes profissionais em conjunto com equipas multidisciplinares, devem delinear estratégias interventivas na área do Envelhecimento Ativo, operando no terreno e apoiando a orientação de atividades que valorizem a participação social e ativa da população no geral, reforçando, conseqüentemente, as suas competências e capacidades, retardando o mais possível, os processos de dependência e institucionalização das pessoas idosas.

Assim é necessário dar uma dimensão humana ao envelhecimento e fazer com que este não seja visto como um problema, mas sim como uma conquista produtiva do ser humano, que foi feita ao longo de toda a vida.

De modo a finalizar, deixamos algumas questões que nos inquietam e podem ser um impulso, para futuras investigações como por exemplo perceber a razão pela qual os

resultados, após uma investigação, não são devidamente publicados e assim devolvidos à comunidade, de modo a que esta tenha conhecimento das conclusões a que se chegaram; perceber porque é que as respostas sociais, como lares, centros de dia e convívio não apostam mais na auscultação dos seus clientes, respondendo assim de forma mais direcionada e focada; assim como, entender o porquê de numa sociedade envelhecida como a nossa, ainda não existirem programas concretos de EA. Estas são algumas das questões que gostaríamos de ver respondidas, uma vez que, enquanto Intervenção Comunitária, o trabalho social é um trabalho de proximidade, que envolve a comunidade, que trabalha na, para e com a comunidade, não fazendo por isso sentido não ouvir e envolve-la nos processos de tomada de decisão.

Parafrazeando Alan Walker (2008, p. 80) devemos ter sempre presente que “ *um envelhecer permanecendo ativo, só pode ser entendido na perspectiva de uma vida inteira.*” Sendo assim apontamos como possível ideia de intervenção comunitária, a conceção de um projeto socioeducativo que vise um acompanhamento de proximidade na transição para a reforma.

Bibliografia

ALMEIDA, A. (2013) *Envelhecimento Activo – faça mais por si*. Consultado em: 1 de dezembro de 2015. Disponível em http://www.psicronos.pt/artigos/envelhecimento-activo-faca-mais-por-si_6.html.

ARAÚJO, F., RIBEIRO, J., OLIVEIRA, A., & PINTO, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 25, nº2 (Julho-Dezembro).

BACKSTROM, B. (2012). Envelhecimento Ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes, In Machado, F. L. (Org.). *Revista Migrações*. Número Temático Imigração e Envelhecimento Ativo, Nº 10, Lisboa: ACIDI, pp. 103-136.

BÔAS, L. (2004). Teoria das Representações Sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. *Psicologia da Educação*, 19, 143-166.

BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Câmara Municipal do Porto. (2013). *(Projeto Educativo Municipal) PEM-Porto*. Pelouro da Educação, Organização e Planeamento Departamento Municipal de Educação. Obtido em fevereiro de 2016, de http://www.cm-porto.pt/assets/misc/img/Links_uteis/Projeto_Educativo_Municipal.pdf

CARDÃO, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

CARVALHO, M. (coord) (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

CASTRO, C. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso Em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta. Disponível em <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/705>

CÍRCULO CATÓLICO DE OPERÁRIOS DO PORTO (CCOP) (2016). *Recuperação das Janelas do Salão de Festas do CCOP*. Porto.

COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU (2012). *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “O contributo e a participação dos idosos na sociedade”* [Em linha]. Disponível em http://www.igfse.pt/upload/docs/2013/2013_C_11_04.pdf . Consultado em 26 de dezembro de 2015.

CORREIA, J. C. (2004). *As Representações Sociais do Suicídio em adolescentes com e sem Tentativas de Suicídio*. Monografia de licenciatura em Psicologia Aplicada. Lisboa, ISPA.

DIAS, I. (2005). Envelhecimento e violência contra idosos. In: *Sociologia* (FLUP), Vol. 15, pp. 249-273. Consultado em: 25 de novembro de 2015. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf>.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. (Nº: 13) Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em: 27 de novembro de 2015. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

EUROPEAN COMMISSION (2013). *Introducing the Active Ageing Index: European Commission and United Nations, Germany*.

FERNANDES, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editores.

FERNANDES, S. L. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos Um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Departamento de Ciências da Educação e do Património. Consultado em: 01 de dezembro de 2015. Disponível em <http://repositorio.uportu.pt/jspui/bitstream/11328/219/2/TME%20434%20tese.pdf>.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2009), *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

FONSECA, A. M. (2006). *O Envelhecimento, Uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica.

FONSECA, A. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Almedina

FONSECA, A. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia*. (Revista da Faculdade de Letras do Porto), 2, pp. 75-95.

FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO (GEP), Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS) (2014). *Carta Social – Rede de*

Serviços e Equipamentos. Relatório 2014. Obtido em janeiro de 2016, de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2014.pdf>.

GÓMEZ, J., Freitas, O., & Callejas, G. (2007). *Educação e Desenvolvimento Comunitário Local. Perspectivas Pedagógicas e Sociais da Sustentabilidade*. Profedições.

GUERRA, I. (1993). Modos de vida. Novos percursos e novos conceitos. *Sociologia Problemas e Práticas*. N.º 13, pp. 59-74. Obtido em janeiro de 2016, de <http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/27/270.pdf>

HEITOR, F. (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações - 2012*. (P. e. Gabinete de Estratégia, Ed.). Obtido em 28 de dezembro de 2015, de <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>.

INE (2009). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

INE (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. [Em linha]. Consultado em: 26 de novembro de 2015. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554.

INE (2012a). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Região Norte*. [Em linha]. Consultado em: 2 de fevereiro de 2016. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156638623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

INE (2014). *Projeções de população residente 2012-2060*. [Em linha]. Consultado em: 27 de novembro de 2015. Disponível em http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=215593684&att_display=n&att_download=y.

INE (2014a). *Estimativas de População Residente em Portugal 2014*. Consultado em: 27 de novembro de 2015. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224677968&DESTAQUESmodo=2.

INE (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Consultado em: 26 de novembro de 2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt .

JACOB, L. (2008). *Animação de Idosos*. (4ª ed.). Porto: Âmbar.

JACOB, L. (2008a). Participação activa da população idosa na sociedade. In *Envelhecimento Activo*: Edição Janeiro-Julho REPN: Porto, pp.20-22.

JACOB, L.; FERNANDES, H. (coord) (2011). *Ideias para o envelhecimento activo*. Almeirim: Edição Rutis, p. 225-230.

JODELET, D. (1984). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Consultado em: 02 de dezembro de 2015. Disponível em <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales-djodelet.pdf>

JODELET, D. (2002). Representações sociais : um domínio em expansão. In JODELET, D. (org.). *As Representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, pp.17-44.

JOSÉ, J. S.; TEIXEIRA, A. R. (2014). Envelhecimento Ativo: Contributo para uma Discussão Crítica. *Análise Social*. 210, XLIX (1.º, pp.29-49).

LAUREANO, R. (2013). *Testes de Hipóteses com o SPSS - O meu manual de consulta rápida* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro. *Diário da República, 1.ª série – N.º 19 – 28 de janeiro de 2013*. Assembleia da república. Obtido em 2 de fevereiro de 2016, de http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/lei_11_a_2013_reorganizacao-administrativa-freguesias.pdf

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G. & BOUTIN, G. (1990). *Investigação Qualitativa - Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, Coleção: Epistemologia e Sociedades.

MAGALHÃES, E. (2011). O Envelhecimento Activo: Uma Perspectiva Psicossocial. In JACOB, L.; FERNANDES, H. (coord). *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Almeirim: Edição Rutis, pp. 11-39.

MARQUES, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

MARTINS, R. & RODRIGUES, M. (2004). Estereótipos sobre Idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium*. Revista do ISPV, N.º 29, pp. 249-254. Consultado em: 02 de dezembro de 2015. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf>.

MATEUS, M. (2012). O educador social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas. *Revista EDUSER* (vol 4), pp. 60-71.

MENDES, F. R. (2005). *Conspiração Grisalha. Segurança Social, Competitividade e Gerações*. Oeiras: Celta Editora.

MENNOCCHI, L. (2009). *Representações Sociais de Professores e Alunos sobre o Envelhecimento Humano e Educação em um programa de Universidade Aberta à Terceira Idade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Universidade Estadual Paulista: Bauru. Disponível em <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/97457>.

MOLINA, J. (2000). Estereótipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de Psicologia General y Aplicada*, 53(3), pp. 489-501.

MOREIRA, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

MOTA, M., FIGUEIREDO, P., & DUARTE, J. (2004). *Teorias biológicas do envelhecimento*. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(1), pp. 81-110.

OCDE (2000). *Reforms for an Ageing Society*. Paris: OECD Publications.

OLIVEIRA, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.

OLIVEIRA, J. H. B. (2012). *Psicologia do idoso: temas complementares*. Porto: Livpsic.

OMS (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Genève: OMS.

OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde* (Suzana Montijo, trad.). Brasília, DF: Organização Pan-americana da Saúde.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS) (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde*. Brasília. Consultado em: 28/12/2015. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

OSÓRIO, A. R. (2007). *Os Idosos na Sociedade Actual*. In OSÓRIO, A. R.; PINTO, F. C. (coord.). *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget, pp. 11-46.

PAÚL, C. & FONSECA, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

PAÚL, C., & RIBEIRO, O. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.

PEREIRA, A., & POUPA, C. (2012). *Como escrever uma tese monografia ou livro científico usando o word (5ª - Revista ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo .

PHILLIPS, E., & DAVIDOFF, D. (2007). Normal and Successful Aging: What happens to function as we age. *Primary Psychiatry*, pp. 1-6.

REGIAO AUTONOMA DA MADEIRA. SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS. Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira: *Viver mais, Viver melhor, 2009-2013*. Edição SRAS. Consultado em: 27 de novembro de 2015. Disponível em http://www.portaldahabitacao.pt/opencms/export/sites/intranet/pt/intranet/documentos/gepa/1222_doc_plano_gerontologico_parte1.pdf

POCINHO, R., SANTOS, E., FERREIRA, J., GASPAR, J., RAMALHO, A., SOEIRO, D., et al. (2012). *Envelhecer em tempo de crise: Respostas Sociais*. Porto: livpsic.

Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. *Diário da República, 1.ª série – N.º 58 – 21 de março de 2012*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Obtido em 2 de fevereiro de 2016, de http://www.seg-social.pt/documents/10152/532229/Portaria_n_67_2012_21_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e

QUIVY R. & CAMPENHOUDT, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª ed., J. Marques, M. Mendes & M. Carvalho, trad.). Lisboa: Gradiva.

RIBEIRO, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia*, (Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto). Número temático: Envelhecimento demográfico, pp. 33-52. Consultado em: 28 de dezembro de 2015. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10580.pdf>.

RIBEIRO, O.; PAÚL, C. (2011). Envelhecimento Activo. In RIBEIRO, O.; PAÚL, C. (coord.). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel, pp. 1-11.

ROBERT, L. (1995). *O Envelhecimento - Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget

RODRIGUEZ, T. M. (2006). *Envejecimiento activo y participación social en los Centros Sociales de Personas Mayores*. In RODRIGUEZ, T. M. (2006). *Los centros sociales de personas mayores como espáeios para la promoción del envejecimiento y la participación social*. Principado das Asturias, pp. 20-43.

ROSA, M. J. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, pp. 679-689. Obtido de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223291769P9jTF51a0Hq76JE3.pdf>.

ROSA, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

SCHNELLER, D. P., & VANDSBURGER, E. (2008). Self-Efficacious Behaviors for Reducing Stress in Older Adulthood. *Ageing Int.* 32, pp. 78–91.

SILVA, J. (2006). *Quando a vida chega ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência.

SIMÕES, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a educar*. Porto: Âmbar

STUART-HAMILTON, I. (2002) *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

TEIXEIRA, L. M. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf.

UE (2011). *How to promote active ageing in Europe. EU support to local and regional actors*. Brussels: AGE Platform Europe, Committee of the Regions and the European Commission.

UE (2012). *The UE Contribution to Active Ageing and Solidarity between Generations*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

VALA, J.; MONTEIRO M. B. (2002). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 5ª Edição.

VALENTINI, M. T. P., & RIBAS, K. M. F. (2003). Terceira Idade: Tempo para semear, cultivar e colher. *ANALECTA*, 4(1), pp.133-145.

WALKER, A. (2008) Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, pp. 75-93.

WHO (2007). *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. Genebra: WHO.